

Zur Erde zurück

Hauptreferat B am 14. Juni 2002 anlässlich des KHM-Kongresses in Luzern (Prof. Max Stäubli, Dr. Werner Bauer)

Zusammenfassung
von Susanna Walser

Zurück zur Erde könnte den Weg meinen, der zur Erde zurückführt und der alle Menschen erwartet – ganz gleich, woher sie gekommen sind. Zur Erde zurück könnte aber auch bedeuten, im Gesundheitswesen von Techno-höhen auf festen Boden zurückzukehren, also bescheidener zu werden. Hier soll aber über den erstgenannten, oft schweren Weg zurück zur Erde gesprochen werden. Die ÄrztInnen sollten sich Gedanken dazu machen, wie die alten Menschen, die Schwerkranken, auf diesem Weg begleitet werden können.

«Retourner à la terre», cela veut dire prendre le chemin qui attend tout un chacun, d'où qu'il vienne. C'est une autre nuance que «revenir sur terre», qui dans le secteur de la santé publique, pourrait signifier redescendre de vertigineuses hauteurs technologiques sur le sol ferme de la réalité – c'est-à-dire devenir plus modeste. Ce dont il est question dans cet article, c'est du dernier bout de route, si souvent ardu, des personnes âgées et des grands malades. L'accompagnement des mourants est un sujet difficile sur lequel les médecins devraient bien se pencher.

Wir stellen in diesem Artikel drei Patienten vor, die folgende Aspekte der palliativen Behandlung zeigen:

- Palliative Massnahmen sind nicht gleichbedeutend mit der herkömmlichen Bezeichnung «therapia minima». Auch eine «therapia minima» muss verstanden werden als der Situation entsprechende bestmögliche Erhaltung der Lebensqualität unabhängig von den übrigen, zum Beispiel diagnostischen Massnahmen.
- Palliation umfasst je nach Situation das ganze Spektrum moderner medizinischer Technik wie zum Beispiel die Gamma-Knife-Behandlung bei Hirnmetastasen. Der Stellenwert solcher Behandlungen hängt ab von der Haltung der Patienten und Angehörigen. Dabei muss immer auch die noch zu erwartende Lebensspanne im Vergleich zu den subjektiven Belastungen, die dem Patienten mit der

Behandlung zugemutet werden, in Rechnung gestellt werden.

- Der Entschluss, in Anbetracht eines unheilbaren Leidens «nichts zu tun», wird von Patienten und Angehörigen oft so verstanden, dass «schulmedizinisch» nichts getan wird. Sehr oft werden dann alternative bzw. komplementäre Methoden in Anspruch genommen.
- Bei ätiologisch und diagnostisch unklaren Zuständen sind oft viele Umwege bis zur Etablierung einer wirksamen Behandlung notwendig. In diesem Sinne kommen wir um eine empirische Polypragmasie sehr oft nicht herum, dies gerade auch, um die für die Patienten optimalen therapeutischen Massnahmen zu ermöglichen. Wichtig wäre es, diese eventuell notwendige Vorgehensweise gegenüber Patienten und Angehörigen möglichst früh zu thematisieren.
- Juristische Regelungsvorschläge könnten dazu führen, dass die medikamentöse Therapie zusehends kompliziert wird durch kaum zumutbare Dokumentationsvorschriften über Aufklärungsgespräche betreffend Wirkungen, Nebenwirkungen und Interaktionen von Medikamenten, was eine vernünftige und auch ökonomische Medizin immer mehr erschweren dürfte.
- Die Kommunikation zwischen Hausarzt und Spital und innerhalb von Spitalteams spielt bei der Behandlung von chronisch kranken und unheilbar kranken Patienten eine absolut zentrale Rolle. Informationslücken zum Beispiel bezüglich der individuellen Verträglichkeit von Medikamenten können die Lebensqualität massiv beeinträchtigen.
- Die Vermeidung von zusätzlichem Leid, das durch Komplikationen medizinischer Handlungen entstehen kann, ist in palliativen Situationen besonders wichtig.

Fall 1

Bei einem 1920 geborenen Juristen und Ordinarius aus Deutschland musste 1997 eine Nephrektomie rechts wegen eines Nierenzellkarzinoms vorgenommen werden. Bei gutem Allgemeinzustand – er war noch immer wissenschaftlich tätig – begann 1999 seine Leidensgeschichte mit plötzlichen, ziehenden Fuss- und Beinschmerzen, wie ein

Stiefelgefühl, Schmerzen und Krämpfen auch nachts und in Händen und im Gesicht. Die Diagnose einer Polyneuropathie wurde gestellt, allerdings blieb die Ätiologie auch nach Durchführung vieler Untersuchungen inklusive MRI des Schädels im Dunkeln. Die anschliessenden Therapieversuche waren ebenso vielfältig wie erfolglos. 1999 suchte der Patient erstmals seinen neuen Hausarzt in der Schweiz auf. Die Beziehung zum Patienten war sowohl dadurch erschwert, dass er verwandt war, als auch durch ein gewisses Misstrauen der Ordinarien in Deutschland gegenüber dem Provinzarzt. Die Zusatzuntersuchungen ergaben einige pathologische Werte, so eine IgM-Paraproteinämie, ein erhöhtes IgM und Ferritin. Da die Schmerzen unerträglich wurden, musste der Patient in das Spital Zollikerberg eingewiesen werden. Die Frage stellte sich dort, wieviel Diagnostik noch nötig sei, um bei unbeherrschbaren Schmerzen am sinnvollsten helfen zu können. Die Abklärungen ergaben ein neurogenes Schmerzsyndrom mit entzündlicher, toxischer, metabolischer, paraneoplastischer bzw. paraproteinämischer Ursache. Man versuchte behandelbare Dinge auszuschliessen, insbesondere einen Tumor bzw. ein Tumorrezidiv des Nierenzellkarzinoms. Nachdem die diesbezüglichen Abklärungen negativ waren, wurde eine symptomatische Therapie veranlasst – nach den Prinzipien der Tumorschmerztherapie auch mit Opioiden bei Bedarf, zusätzlich zu einer regelmässigen Verabreichung von Carbamazepin (Tegretol®). Die umfassende internistische Beurteilung hatte zu 13 Diagnosepunkten geführt, ohne dass jedoch eine für die Schmerzsymptomatologie verbindliche Ursache festgelegt werden konnte. Der Hausarzt veranlasste auch noch das im Austrittsbericht empfohlene PET, was aber nichts Neues brachte. Die Tegretol-Behandlung wurde schlecht vertragen, so dass der Hausarzt auf Fentanyl (Durogesic®) als Pflaster umstellte. Trotz etwas eigenartiger Anwendung dieser Schmerztherapie durch den Patienten und seine Ehefrau waren die Schmerzen nun einigermaßen erträglich. Wegen der IgM-Paraproteinämie wurden Chlorambucil (Leukeran®) und Steroidstösse verordnet. Auch das linderte die Beinschmerzen vorübergehend. Wegen einer paradoxen Reaktion auf Zolpidem (Stilnox®) in Kombination mit Durogesic wurde eine Kurzhospitalisation nötig. An

diesem Punkt war zu überlegen, ob die inzwischen offenkundige Polypragmasie nicht doch umgehbar war.

Die Suche nach einer wirksamen Behandlung war hier wegleitend und wurde entsprechend den Schmerzzuständen des Patienten modifiziert. Solche Polypragmasie ist patientenzentriert und hat nichts zu tun mit der Situation des «Versuchskaninchens». Bei Versuchstieren wird eine bestimmte Anzahl Individuen einer absolut identischen Behandlung unterzogen, damit statistische Aussagen möglich werden. In Fall von Therapieoptimierung entsprechend der individuellen Notwendigkeit, wie hier, handelt es sich um das genaue Gegenteil, um Individualmedizin, die nicht statistische Ziele verfolgt, sondern in Praxis und Spital zu empirischen Lösungen kommen muss. Polypragmasie in einem guten Sinn ist deshalb nicht zu vermeiden. Das Wichtigste ist, dass man nicht locker lässt und sucht, bis man eine individuell zugeschnittene Behandlung findet.

Im Oktober 2001 wurde anlässlich eines Sturzes zu Hause ein Thoraxröntgenbild angefertigt, welches leider multiple Rundherde in beiden Lungen zeigte, mit grosser Wahrscheinlichkeit Metastasen des Nierenkarzinoms. In einem Gespräch mit dem Patienten und dessen Ehefrau sprachen sich beide gegen weitere Abklärungen und Therapien aus, sondern für die alleinige symptomatische Schmerztherapie. Die Schmerzen konnten nun als paraneoplastisch und in ihrem Entstehungsmechanismus über die Paraproteinämie verstanden werden. Ärzte und Eheleute waren sich einig, dass man nun keine weiteren Schritte unternahm. Der Patient verzichtete danach auf eine schulmedizinische Behandlung und liess sich in deutschen Kurkliniken mit Vitamin-Cocktails und anderen Verfahren behandeln. Als Grundlage der Schmerzbehandlung wurde jedoch das Durogesic® beibehalten. Der Patient fühlte sich leicht besser.

Im April 2002 erfolgte eine erneute Hospitalisation wegen unstillbaren Erbrechens. Die Ehefrau führte dieses auf den Verzehr von zu viel fettiger Polenta zurück. Ausser einer Cholelithiasis wurde nichts gefunden, was das Erbrechen erklärte, und der Patient konnte nach Hause entlassen werden. Anfang Mai trat jedoch ein akuter Hörsturz auf. In der Folge war eine Rehospitalisation unumgänglich wegen erneuten massiven Er-

brechens. Wieder wurde die Polenta verdächtigt. Ein MRI des Schädels zeigte aber einen Tumor im Bereich des Kleinhirns mit enger Beziehung zu Hirnstamm und Hörnerv, womit Erbrechen und Hörsturz erklärt waren. Der Patient war weiterhin in gutem Allgemeinzustand und zeigte einen starken Lebenswillen. Beim Tumor handelte es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um eine Metastase und nicht um ein Akustikusneurinom. In dieser Situation war nun darüber zu entscheiden, ob eine Gammaknife-Bestrahlung durchzuführen sei; die konventionelle Chirurgie war ohnehin zu riskant. Angesichts einer Besserungschance von 90% erfolgte die Gammaknife-Bestrahlung in einer eintägigen Sitzung. Der Patient erholte sich allmählich und wurde wieder mobiler. Leider kam es wegen verstärkter Beinschmerzen zu einem unangenehmen Zwischenfall an einem Wochenende: Die diensttuende Assistenzärztin verabreichte Novaminsulfon (Novalgin®), obwohl der Patient nur Durogesic® ertragen hatte. Deswegen trat erneut starkes Erbrechen auf.

Leider hatte man versäumt, die Ehefrau nach der Medikamentenverträglichkeit beim Patienten zu fragen. Die Erfahrung zeigt, dass insbesondere in palliativen Situationen, wo sich die Angehörigen intensiv um das Patientenwohl kümmern, diese sehr genau über die Begleitumstände medikamentöser Behandlungen Bescheid wissen. Dieses Wissen soll immer genutzt werden und die entsprechende Kommunikation auch intensiv gesucht werden. Auf diese Weise können solche Fehler reduziert werden.

Bemerkenswert und menschlich ist, wie das Ehepaar sich in einer Situation, wo das Tumorrezidiv noch nicht bekannt war, für einen Therapieverzicht aussprach, dann aber bei der akuten Symptomatik nicht gezögert hatte, das «high-tech»-Verfahren der Bestrahlung anzunehmen, da der Ort der Not umschrieben und behandelbar war.

Palliative Therapie heisst nicht, dass man sich auf eine «therapia minima» beschränkt, denn wenn eine aufwendige und teure High-tech-Methode dazu beitragen kann, die Lebensqualität zu verbessern, sollte diese auch im Sinne der Palliation angewandt werden.

Fall 2

Das zweite Beispiel betrifft eine Sozialarbeiterin, die ihrem Hausarzt seit vielen Jahren

bekannt war, also eine vielleicht klassische Hausarztpatientin. 1999 hatte sie eine abdominale Hysterektomie mit einer Nachbestrahlung wegen Uteruskarzinom. 2001 suchte sie erneut ihren Hausarzt auf wegen einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Dyspnoe, Reizhusten, aber auch schleimigem Husten. Ein Computertomogramm des Abdomens ergab ein erweitertes Nierenbeckenkelchsystem und Lungenrundherde. Die Patientin wurde ins Spital Zollikerberg eingewiesen mit der Frage nach sinnvoller Abklärung und Therapie. Die Untersuchungen ergaben, dass ein fortgeschrittenes Tumorleiden vorlag und dass die Ureterstenose durch Kompression wegen biotisch bewiesenen Lymphknotenmetastasen des Uteruskarzinoms bedingt war. Man begann eine palliative Chemotherapie – 6 Stösse eines Platinsalzes waren vorgesehen – und legte einen Pigtail-Uretherkatheter ein. Dieser wurde regelmässig gewechselt. Vor Beginn der Chemotherapie lautete die Frage, wann und in welcher Situation eine palliative Therapie mit allen möglichen Nebenwirkungen Sinn mache und wann darauf verzichtet werden sollte. Nach der Pigtail-Einlage und der Chemotherapie besserte sich der Allgemeinzustand, und die Lebensqualität nahm deutlich zu. Auch Reizhusten und Dyspnoe verschwanden weitgehend.

Nach dem zweiten stationären Chemotherapiestoss wurde von einem Pfleger die Infusion etwas unsanft herausgerissen, eine subkutane Blutung trat auf, danach Überwärmung, Rötung, Schwellung und sogar Fieber. Die Hospitalisation musste um einige Tage verlängert werden. Bei der Chemotherapie handelte es sich nicht um eine kurative Massnahme, und der Patientin ging es vorübergehend leider schlechter als vorher. Bei dieser Patientin lag eine empfindliche Steroidhaut vor, welche die starke Blutung und das Hämatom nach Wegnahme des Heftpflasters begünstigt hatte. Eine Heftpflasterallergie war auch bekannt. Solche Komplikationen sollten insbesondere bei einer Palliativtherapie unbedingt vermieden werden. Der Pfleger entschuldigte sich jedoch in aller Form, man meldete den Vorfall auch der Haftpflichtversicherung, und die Patientin erhielt eine finanzielle Genugtuung für die erlittene Unbill. So wurde die Situation wenigstens in materieller Hinsicht befriedigend gehandhabt; die Patientin hat deswegen auch keinen

Spitalwechsel vorgenommen, jedoch eine andere Pflegestation gewählt. Sie steht noch immer in Behandlung. Vor jeder Chemotherapie findet ein ausführliches Gespräch statt, vor allem darüber, ob die Paraplatin-Behandlung noch etwas bringen könne. Zunehmende allgemeine Schwäche wird in nächster Zukunft zur Frage der weiteren Verträglichkeit und Wünschbarkeit der Chemotherapie versus rein symptomatische Palliation führen.

In 21 internistischen Kliniken ist seit 5 Jahren ein Qualitätssicherungsprogramm der SGIM wirksam. Es handelt sich um die Sammlung der Komplikationen aller internistischen Eingriffe mit dem Ziel, zusätzliches Leid und Kosten zu vermindern. Ein Beispiel: Man versucht, Phlebitiden durch folgendes Massnahmenpaket zu verhindern: Venenpflege nur bei Bedarf, Zwischenstück zwischen Venenkanüle und Infusionsschlauch, um Irritationen der Venenkanüle bei intravenösen Injektionen zu vermeiden sowie kürzere Anwendungszeiten von intravenösen Behandlungen. Ein weiteres Ziel ist es, Blutungen zu vermeiden, denn gerinnungshemmende Massnahmen sind häufige Ursachen iatrogenen Leidens und iatrogenen Todesfälle in Spitalern.

Eine Charta für die Praxis

Die Begleitung auf dem Weg zur Erde zurück gehört zur Grundversorgung durch die Ärzte. Man muss nicht immer aktiv therapieren, sondern manchmal für die Schwerkranken einfach da sein: «He also serves who only stands and serves». In der Palliation ist das «*primum nihil nocere*» ganz besonders wichtig. Dazu kann neben einem engen Kontakt zu nahen Angehörigen die gute Zusammenarbeit zwischen Praxis und Spital ganz entscheidend beitragen. Zu diesem Zweck wurde eine entsprechende Charta «Zusammenarbeit Spital-Praxis» durch die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin geschaffen, welche eine beherzigenswerte Grundlage der täglichen Zusammenarbeit der Ärzte darstellt (s. unten). Wichtig in dieser Zusammenarbeit ist zum Beispiel, dass über sämtliche angewandten Medikamente gegenseitig informiert wird, auch über solche, die nicht regelmässig oder die nur in grossen Abständen angewandt werden; hierher gehören zum Beispiel Depot-Steroid-In-

jektionen, die durch Suppression der körpereigenen Kortisol-Produktion bei Spitaleinweisungen im Rahmen akuter Erkrankungen Ursache von akuter Nebenniereninsuffizienz werden können. In Unkenntnis solcher Depot-Steroid-Behandlungen kann dieser Zustand gefährlich sein, weil er verkannt und deshalb inadäquat behandelt werden könnte.

Fall 3

Ein 94-jähriger Patient, ehemaliger Architekt, litt an einer Prostatahyperplasie, wollte aber keine Operation. Dazu kamen Vorhofflimmern, Mitralsuffizienz und zunehmende Demenz. Er musste mit einer TIA und einem epileptischen Anfall hospitalisiert werden. Es zeigten sich eine Harnretention, Hydronephrose und Niereninsuffizienz. Eine Antikoagulation hatte der Patient stets abgelehnt. Man beschloss stattdessen, Aspirin und Clopidogrel (Plavix®) kombiniert zu geben mit der Begründung, dass eine Antikoagulation zwar nötig, aber nicht durchführbar sei wegen der Sturzgefahr und Verweigerung von Laborkontrollen durch den Patienten. Allerdings kam dieser dann mit einer Makrohämaturie wieder ins Spital und musste katheterisiert werden. Es lag nun eine schwere Urämie vor.

In diesem Fall wurde eine Prophylaxe mit fraglicher Wirksamkeit aber eindeutiger Blutungsrisiko in einer eher palliativen Situation betrieben. Die Therapie basierte nicht auf Evidenz. Die Urämie erhöhte die Blutungsgefahr beträchtlich durch zusätzliche urämisch bedingte Hemmung der Thrombozytenaggregation. Man sollte sich als Hausarzt überlegen, ob man das vom Spital vorgeschlagene Therapieschema tatsächlich weiter anwenden will, oder ob es nicht doch zu riskant sei; insbesondere bei sich mit dem Alter ändernden Organfunktionen können sich auch prophylaktische und therapeutische Optionen verändern. Der Fall zeigt, dass es wichtig ist, dass Kommunikation bidirektional stattfindet und dass mündliche Kommunikation der formalen schriftlichen Mitteilung über eine Spitalbehandlung eventuell überlegen sein kann: Die Diskussion der dreifach erhöhten Blutungsgefahr durch die Verwendung von Aspirin, Plavix sowie durch die Niereninsuffizienz hätte eventuell zu einem wenig aggressiveren Prophylaxeversuch geführt. In diesem Sinne möchte die SGIM-

Charta zu einer verbesserten Kommunikation der Behandlungspartner in Praxis und Spital beitragen.

SGIM-Charta «Zusammenarbeit Spital-Praxis»

Stand Oktober 2002

Grundlagen

- Die ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung wird durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit des stationären und des ambulanten Sektors sichergestellt. Im Zeichen der Entwicklung von vernetzten Strukturen und von Disease-Management-Modellen verwischen sich die Grenzen zwischen den beiden Sektoren zusehends.
- Nur der manifestierte Wille und das persönliche Engagement der beteiligten Ärztinnen und Ärzte stellt eine befriedigende Kooperation sicher.
- Die immer wieder bewusst gesuchte Kommunikation in beiden Richtungen ist eine unverzichtbare Grundlage für die erfolgreiche Zusammenarbeit. Dies gilt sowohl für die praktizierenden Ärzte namentlich bei der Übermittlung aller notwendigen Befunde und Daten beim Spitalertritt eines Patienten als auch für die Spitalärzte bei der zeitgerechten Information des Hausarztes am Ende einer Hospitalisierung oder bei wichtigen Vorkommnissen.
- Wirtschaftliche Aspekte und Qualitätsprobleme müssen als Realitäten akzeptiert und diskutiert werden.
- Neue oder weiter ausgebauten Modelle einer erweiterten Zusammenarbeit oder teilweisen Integration von Praxis- und Spitaltätigkeit sollten ihre Chance erhalten. Sie können möglicherweise Schrittmacherfunktion für zukünftige Entwicklungen übernehmen.
- Als Leistungsanbieter sind Spital und Praxen in bestimmten Bereichen auch Konkurrenten. Es sollte keine Illusion sein, hier zumindest Fairness zu fordern. Automatische Nachkontrollen in der Spitalambulanz stossen oft auf wenig Verständnis der einweisenden Ärzte, gleichzeitig erwarten diese aber ohne weiteres die permanente Bereitschaft des Spitals.
- Noch wenig ausgeschöpft werden die

prinzipiell bestehenden Möglichkeiten gemeinsamer klinischer Forschungsprojekte vor allem in den zunehmend wichtiger werdenden Bereichen integrierter medizinischer Systeme, des Disease Management, der Outcome-Forschung, der Decision Analysis unter Einbezug ökonomischer Fragestellungen.

Kommunikation

- Kommunikation ist Informationsaustausch. Dem Einweisungszeugnis mit allen nötigen Angaben entspricht die sofortige Kurzinformation bei Austritt, Übertritt in eine andere Institution oder Tod, gefolgt von einem Austrittsbericht mit allen für die Patientenbetreuung relevanten Befunden und Überlegungen.
- Die gegenseitigen Bedürfnisse müssen periodisch ermittelt werden. Regelmässige Aussprachen der Spitalärzte mit den praktizierenden Ärzten oder jeweils einer Delegation beider Gruppen können sicherstellen, dass die Kommunikation in beiden Richtungen optimiert und aktualisiert werden kann. Sie verhelfen auch dazu, dass sich die Beteiligten persönlich kennen, was oft an sich schon mithilft, mögliche Friktionen zu entschärfen.
- Die Kenntnis des Angebotes und der Verfügbarkeit beider Partner ist eine Grundlage für die optimale Zusammenarbeit. Die Spitalärzte müssen wissen, ob ein Hausarzt gewisse Kontrollen und Nachbehandlungen (z.B. Naht- und Gipsentfernung, Röntgenkontrollen, EKG, Sonographie, Labor, Chemotherapien) kompetent durchführen kann und wie er zeitlich verfügbar ist.
- Das Berichtswesen ist ein entscheidender Faktor. Wünschenswert sind ein Kurzbericht unmittelbar beim Austritt mit Fax oder – sofern die Frage des Datenschutzes gelöst ist – mit E-Mail oder zumindest per Telephon. Der vollständige Bericht sollte innert fünf bis zehn Tagen vorliegen und alle relevanten Befunde und Begründungen für Therapieänderungen, neue Therapien oder andere wichtige Massnahmen enthalten.
- Der Einbezug der Hausärzte in wichtige soziale und medizinische Entscheidungen (Pflegeheimweisung, vormundschaftliche Massnahmen, schwere therapeutische und diagnostische Eingriffe bei

- schwerkranken oder alten Patienten) kann deren Qualität und Akzeptanz bei Patienten und Angehörigen verbessern.
- Bei Patienten mit besonders gelagerten Krankheitsbildern sind auch die Spitalärzte an einem Verlaufsbericht interessiert.
 - Je nach lokalen Möglichkeiten und Bedürfnissen bestehen weitere Möglichkeiten zur Vertiefung von Informations- und Gedankenaustausch: Sicherstellung der direkten telephonischen Erreichbarkeit der Kaderärzte, Möglichkeiten des Internet, Hotline, Telephonkonferenzen, informelle Oberarzttrunden, Therapiekonsensgruppen Spital/Praxis, Abgabe der Medikamentenliste oder anderer interner Richtlinien des Spitals an die zuweisenden Praktiker, Teilnahme an Visiten.

Fortbildung

- Die medizinischen Spitalabteilungen haben ohne eigentlichen strukturierten Auftrag eine zentrale Bedeutung für die Fortbildung der Ärzte in ihrer Region.
- Die praktizierenden Ärzte schätzen eine Fortbildung, die sich aus Kongressbesuchen, Fortbildung an Universitäts- und Regionalspitälern, Lektüre und zunehmend auch aus der Anwendung elektronischer Medien modular und liberal zusammensetzen lässt.
- Interaktive Formen der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten stehen heute im Vordergrund, doch auch die souveräne Magistralvorlesung mit Diskussionsmöglichkeit wird ihren Platz behalten.
- Fortbildungsveranstaltungen sind grundsätzlich zu evaluieren.
- Wo sinnvoll und möglich, wird die Abgabe schriftlicher Unterlagen geschätzt; je nach Thema kann es sich hier auch um die internen Weisungen des Spitals handeln, deren Kenntnis für die nachbehandelnden Ärzte wertvoll sein kann.
- Möglichkeiten von Austauschprogrammen Spital-Praxis auch im Rahmen von Praxisassistenzmodellen sind lokal zu evaluieren und zu testen.

Perspektiven

- Die Auffassung, wonach bestimmte Patienten oder bestimmte Krankheiten einem Arzt, einer Spezialistengruppe oder einer Klinik «gehören», ist je länger je unhaltbarer.
- Die strikte Aufgabenteilung der verschiedenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen – Hausärzte, Spezialärzte, Spitäler, Spitex, Zentren, Heime, Kur- und Rehabilitationsinstitutionen und andere – zerfließt zunehmend. Nachfrage, Marktbedingungen, Konkurrenzsituation, technische und strukturelle Entwicklungen, finanzielle Anreize und andere Faktoren führen zu einem Strukturwandel. Er müsste durch den Aufbau vernetzter Strukturen positiv genutzt werden.
- In Zukunft wird das Qualitätsmanagement in den Bereichen Diagnostik, Therapie und kontinuierliche Betreuung für die ganze Abklärungs- und Behandlungskette der Patienten immer grössere Bedeutung erlangen. Hier kann nur die Eigeninitiative von Spitälern und Praktikern Regulierungen von dritter Seite verhindern.
- Die Empfehlungen dieser Charta beziehen sich auch auf das Verhältnis der im ambulanten und im stationären Bereich tätigen Ärzte grosser Spitäler oder zukünftiger Gesundheitsorganisationen mit stationären und ambulanten Sektoren (Modell: Spital betreibt Praxen bzw. ambulantes Netzwerk betreibt Spital).

Empfohlene Literatur

- 1 Gottschlich M. Sprachloses Leid (Wege zu einer kommunikativen Medizin. Die heilsame Kraft des Wortes). Berlin: Springer; 1998.
- 2 Nuland SB. Wie wir sterben (Ein Ende in Würde?). München: Kindler; 1994.
- 3 Preston TA. Final Victory: Taking Charge of the Last Stages of Life, Facing Death on Your Own Terms. Roseville, CA: Prima Publishing; 2000.
- 4 Snyder L, Quill TE, eds. Physician's Guide to End-of-Life Care. American College of Physicians; 2001.