Sterbefälle in einem «Praktikerleben»[1]

Eine retrospektive Zusammenstellung

Als Hausarzt ist man im Verlauf eines «Praxislebens» oft und auf unterschiedlichste Weise mit dem Tod konfrontiert. Über Sterbefälle in der Hausarztmedizin wird allerdings kaum berichtet. Eine Medline-Suche bringt vier Arbeiten zum Thema Todesfallregister in der Hausarztmedizin [1–4].

Au cours de sa carrière, un médecin de premier recours est souvent et de diverses façons confronté à la mort, mais il existe fort peu de comptes rendus sur ce sujet. En voici un. Une recherche dans la Medline a fait ressortis seulement quatre travaux sur le thème enregistrement de décès et médecine de premier recours [1–4].

Max Schreier[2], Franz Marty[3]

Einleitung

Die Zusammenstellung in dieser Arbeit basiert auf den mir während meiner Hausarzttätigkeit zur Kenntnis gekommenen Todesfällen praxisbekannter Patienten. Eine Zusammenstellung a posteriori lebt natürlich immer mit dem Mangel – die Angaben waren oft nicht im gewünschten Masse vollständig. Es sei hier aber doch der Versuch gewagt und gestattet, eine Übersicht zu zeichnen. Sie soll einen Eindruck geben von der hausärztlichen Tätigkeit an der Schnittstelle zwischen Leben und Tod.

Methode

Ich übernahm die Praxis 1974 und übergab sie im Herbst 2002 einem Ärzte-Ehepaar. Die Praxis liegt auf dem Land im Solothurner Wasseramt. Zur Zeit des Praxisbeginns waren 5 Kollegen im Notfallkreis tätig; bei Praxisaufgabe waren es deren 12, wovon 3 Kolleginnen mit reduziertem Pensum in Gemeinschaftspraxen. Der Notfallkreis erstreckt sich über 15 Gemeinden mit insgesamt 21 155 Einwohnern (Stand 1.1.1998). Der Praxisstandort zählte 1081 Einwohner.

Nach meiner Praxisübergabe im September 2002 fasste ich den Entschluss, sämtliche Krankengeschichten (KG) von verstorbenen Patienten zu sichten. Diese Gelegenheit bot sich, da alle Sterbefälle praxisbekannter Patientinnen und Patienten einen Vermerk in der KG erhielten, ausgeschieden und aufbewahrt wurden. Vom Versterben erhielt ich Kenntnis durch die Hausarzt- bzw. Dienstarzt-Tätigkeit, durch eine Mitteilung von Angehörigen oder Bekannten, durch einen Spitalbericht oder durch Todesanzeigen in der Zeitung.
Die Auswertung erfolgte in Handarbeit, da ich meine Praxis ohne PC führte.
Die Daten der KG wurden tabellarisch zusammengestellt. Als «harte Fakten» wurden erfasst: Geschlecht, Sterbealter, Sterbeort und Zivilstand, ebenso die generellen Todesursachen (Krankheit, Unfall, Suizid) und die aussergewöhnlichen Todesfälle (AGT)[4].

Übersicht über Anzahl der Sterbefälle

Insgesamt sind 745 Sterbefälle erfasst, 406 Männer und 339 Frauen (Tab. 1). Männer verstarben häufiger an Unfällen und suizidierten sich öfter als Frauen. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen betrug für die Männer 69,7, für die Frauen 75,9 Jahre. Das Durchschnittsalter bei unfallbedingten Todesfällen betrug für Männer 42,7 und für Frauen 32,4 Jahre, für Suizidopfer lauten die entsprechenden Zahlen 55,1 und 43,5 Jahre.
Männer sterben öfter verheiratet, die Frauen öfter im Witwenstand, was sich aus der höheren Lebenserwartung der Frauen erklärt. Es waren nur sehr wenige Sterbefälle als geschieden bekannt (7 Männer und 1 Frau), der Zivilstand unbekannt war bei 306 oder 40% der Sterbefälle (Tab. 2).

1 Nachdruck, in leicht reduzierter Form, des Artikels «Sterbefälle in einer ländlichen Allgemeinpraxis im Kanton Solothurn» aus «Ärzte-Info» der GaeSO, Dezember 2005.
2 Daten und Bericht.
3 Redaktion.
4 Definition des aussergewöhnlichen Todesfalls: als AGT sind alle plötzlich und unerwartet eintretenden sowie alle gewaltsamen und solche, die vielleicht gewaltsam verursacht sein könnten, anzusehen [8].

Tabelle 1. Generelle Todesursachen.

	Männer	Anteil	Durchschnitts-alter	Frauen	Anteil	Durchschnitts-alter	Total	
Sterbefälle alle	406	100,00%	69,7	339	100,00%	75,9	745	100,00%
Krankheitsfälle	371	91,38%	71,7	322	94,99%	78,0	693	93,02%
Unfälle	21	5,17%	42,7	10	2,95%	32,4	31	4,16%
Suizide	14	3,45%	55,1	7	2,06%	43,5	21	2,82%

Tabelle 2. Zivilstand der Verstorbenen.

Zivilstand	Männer	in %	Frauen	in %	Total
Verheiratet	128	31,5%	63	15,5%	191
Ledig	29	7,1%	33	9,7%	62
Verwitwet	43	10,6%	135	39,8%	178
Geschieden	7	1,7%	1	0,3%	8
Unbekannt	199	49,0%	107	31,6%	306

Todesfall-Bescheinigungen

In den 28 Jahren wurde ich für eine Todesfall-Bescheinigung (Leichenschau) 214mal gerufen – 121mal bei männlichen, 93mal bei weiblichen Verstorbenen. Dabei handelte es sich bei 118 Fällen (62 Männer, 56 Frauen) um einmaligen Kontakt anlässlich der Leichenschau als Dienstarzt. Die Beanspruchung durch diesen Dienst war sehr variabel (wie vieles in der Hausarztmedizin): In den Jahren 1984 und 1997 mussten lediglich 2 Leichenschauen, in den Jahren 1975, 1981 und 1982 12 Leichenschauen durchgeführt werden. Im Durchschnitt musste ich 7mal pro Jahr für solche Einsätze ausrücken.
Im Kanton Solothurn ist es üblich, dass der herbeigezogene Arzt beim aussergewöhnlichen Todesfall (AGT) oder bei Verdacht auf einen solchen als erste Massnahme die Polizei benachrichtigt, welche ihrerseits den diensthabenden regionalen Untersuchungsrichter (UR) kontaktiert. Nach telefonischer Rücksprache des UR mit dem zuständigen Arzt liegt es im Ermessen des UR, die Leiche ohne persönliches Erscheinen freizugeben oder das gesamte «Rösslispiel» (mit Fotograf, Protokollführer usw.) aufzubieten. Wenn sich der UR für die amtliche Leichenschau entschied, konnte diese Aktion mehrere Stunden dauern und war besonders in kalten Winternächten nicht sehr beliebt (Tab. 3). Bei den 22 aussergewöhnlichen Todesfällen erschien der UR 17mal vor Ort.

Tabelle 3. Aussergewöhnliche Todesfälle.

AGT	mit UR	nur mit Polizei
männlich	8	4
weiblich	9	1
total	17	5

AGT: aussergewöhnlicher Todesfall
UR: Untersuchungsrichter

Sterbeort

Bei einem Viertel der Sterbefälle fand ich in den Unterlagen keinen Vermerk. Von den Sterbefällen mit Angaben zum Sterbeort verschieden ungefähr ein Drittel zu Hause und zwei Drittel in Institutionen. Frauen verschieden deutlich häufiger in Alters- und Pflegeheimen als Männer, Männer öfter ausser Haus.

Todesfälle im Spital oder im Alters-/Pflegeheim

Es verstarben insgesamt 145 Männer und 108 Frauen im Spital (Tab. 4).
Bei 233 Patienten (135 Männer, 98 Frauen) verfügte ich über einen Austrittsbericht in der KG. Bei 140 Patienten (79 Männer und 61 Frauen) war ich der einweisende Arzt. Bei den Männern lag die Hospitalisationszeit bis zum Eintritt des Todes in einem Drittel bei 1–3 Tagen und in einem Drittel bei über 14 Tagen. Bei den Frauen verstarben nur ein Viertel innerhalb der ersten 3 Tage und knapp die Hälfte erst 14 Tage nach Eintritt oder später. 12 Männer und 14 Frauen waren vor ihrem Tod länger als 3 Monate hospitalisiert (Tab. 5). Die Hospitalisierung von moribunden Patienten geschah oft auf Wunsch von Angehörigen. Dies erklärt zum Teil den hohen Anteil der innert 3 Tagen Verstorbenen. Als Kuriosum sei die längste Überlebenszeit von 6 Jahren und 8 Monaten eines männlichen Patienten in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik erwähnt.
In einem Alters- oder Pflegeheim verstarben 27 Männer und 59 Frauen.

Sterbefälle in der eigenen Praxis

Drei Männer verstarben in der eigenen Praxis. Es handelte sich dabei um Herztodesfälle:

- Herzinfarkt mit Todeseintritt mit 48 Jahren unmittelbar nach Betreten der Praxis im Empfangsbereich. Der Patient hatte am Nachmittag dem Nachbarn geholfen, einen kleinen Baum zu fällen, und

Tabelle 4. Sterbeort.

Sterbeort	Männer n = 406	Anteil in %	Frauen n = 339	Anteil in %
Zu Hause	105	25,9	88	21,7
In Institutionen	172	42,4	167	41,1
Spital	130	32,0	101	24,9
Reha	10	2,5	5	1,2
Psychiatrie	5	1,2	2	0,5
AH und PH	27	6,7	59	14,5
In eigener Praxis	3	0,7	0	0,0
Ausser Haus	29	7,1	11	2,7
Unbekannt	97	23,9	73	25,9

Tabelle 5. Zeitdauer bis zum Versterben nach Spitaleintritt (n = 233).

verstorben nach	Männer Anzahl	Frauen Anzahl	total
1–3 Tagen	41	24	65
4–7 Tagen	18	11	29
8–14 Tagen	27	17	44
14 Tagen – 3 Monaten	37	32	69
3 Monaten – 1 Jahr	9	7	16
>1 Jahr	3	7	10
Total	135	98	233

über Brustschmerzen geklagt. Gemäss Angaben seines Hausarztes bestanden keine anamnestischen Hinweise für ein koronares Herzleiden. Nach dem Duschen kam er vom Nachbardorf zu Fuss in die Praxis, und zwar ausserhalb der ordentlichen Sprechstunden. Zu dieser Zeit war ich unterwegs. Bei meiner Rückkehr sah ich gerade die durch meine Frau aufgerufene Ambulanz vorfahren. Eine Reanimation war nicht mehr möglich.

■ Herzinfarkt mit akut einsetzendem Lungenödem trotz medikamentöser Behandlung mit Todeseintritt auf der EKG-Liege. Der 72jährige Patient hatte eine nächtliche Feuersbrunst im Nachbardorf besucht und wurde mit Infarktsymptomen in die Praxis gebracht, wo er trotz intravenöser Medikation innert Minuten verstarb.

■ Dieser 65jährige Patient ohne anamnestische Hinweise auf eine koronare Herzkrankheit kam mit der Ehefrau in die Praxis mit Symptomen eines akuten Herzinfarktes und verstarb trotz Reanimationsversuchen, wobei am Ende auch die alarmierte Ambulanzbesatzung einbezogen war.

Sterbeorte der Männer ausserhalb des Domizils

Die Sterbeorte der Männer ausserhalb des Domizils werden nachstehend aufgeführt.

- Am Steuer des PW in einem Wald mit der Nitroglyzerintablettenschachtel in der Hand; die Schneeschaufel lag unter dem PW, der im Schnee steckengeblieben war.
- auf einer Baustelle;
- in einem Verkaufsladen;
- im Garten;
- in der Anstalt bei Polytoxikomanie;
- auf der Strasse im Dorf;
- in einer Grube;
- im PW nach Suizid mit den Autoabgasen;
- auf Montage;
- im PW bei einer Autobahnraststätte;
- auf der Autobahn nach Unfall (2 Fälle);
- in einem Nachbardorf;
- bei der Arbeit;
- im Pfarreiheim;
- in den Ferien;
- vor dem heranbrausenden Zug (Suizid);
- auf einer Wiese beim Eintreiben der Kühe;
- Tauchunfall im See;
- in einer Ferienwohnung;
- auf dem Trottoir im Dorf;
- ertrunken im Fluss;
- Absturz am Berg;
- Absturz mit einem Kleinflugzeug;
- Suizid durch Erschiessen vor dem Krematorium vor den Augen der selbst informierten Polizei;
- Arbeitsunfall in der Fabrik;
- in einer Arztpraxis.

Todesfälle durch Unfall

Insgesamt starben 31 Patienten einen Unfalltod. Das Durchschnittsalter bei den Männern war 10 Jahre höher als bei den Frauen (Tab. 1). 18 Todesfälle wurden durch den Strassenverkehr verursacht (10 Männer, 7 Frauen) 5 Todesfälle ereigneten sich während der Arbeit und 4 Todesfälle bei Freizeitaktivitäten. Bei 2 Todesfällen war Feuer die Ursache. Einmal strangulierte sich ein Kleinkind im Bett mit dem Leintuch. Bei einem Unfalltod war die Ursache unbekannt.

Unfall-Todesfälle der Frauen

- Verkehrsunfall auf Autobahn (20 J.). Die übrigen 4 Insassen leicht verletzt.
- Verkehrsunfall auf Autobahn (20 J. / 20 J. / 20 J. / 22 J.). Kollision mit Spannkabel auf der Fahrt an ein Konzert mit 4 weiblichen und 1 männlichen Todesopfer.
- Motorradunfall (19 J.).
- Helikopterunfall (40 J.). Nach Notlandung des

durch den Ehemann pilotierten Helikopters auf schiefer Ebene sprang die Ehefrau heraus und wurde durch den umkippenden Heli erdrückt. Pilot und 2 Kinder blieben unverletzt.
- Ertrinken (70 J.) in Scheunensilo.
- Reitunfall (18 J.). Sturz von scheuendem Pferd auf schmalem geteertem Weg. Tod im Spital nach offenem Schädelhirntrauma.
- Verbrennungstod (72 J.). In der Wohnung bei chronischem Äthylismus mit Hepatopathie, portaler Hypertonie, Ösophagusvarizen und Aszites, Diabetes mellitus Typ 2 und Verdacht auf äthylische Kardiopathie.

Unfall-Todesfälle der Männer

- Verkehrsunfall mit PW (22 J.). Selbstunfall mit übersetzter Geschwindigkeit, Pfosten gerammt und über Bord der Autobahnauffahrt geraten mit Landung auf dem Dach. Contusio cerebri. Äthyl?
- Verkehrsunfall mit PW (65 J.). Als Beifahrer bei Baustelle auf Autobahn mit anderem PW kollidiert. Offenes Schädel-Hirn-Trauma, Bein- und Rippenfrakturen als Begleitverletzung. Fahrzeugführer beider beteiligter PW schwer verletzt.
- Verkehrsunfall mit PW (39 J.). Selbstunfall.
- Verkehrsunfall mit PW (21J.). Kollision mit Spannkabel auf Autobahn mit Todesfällen der 4 weiblichen Mitfahrerinnen.
- Verkehrsunfall unbekannter Art (64 J.). Auf dem Weg zur Arbeit.
- Motorradunfall (25 J.) auf Autobahn.
- Motorradunfall (21 J.). Nähere Umstände unbekannt.
- Unfall mit Traktor (70 J.). Beim Aufspringen auf einen mit Äpfeln beladenen Traktorwagen gestürzt und von diesem überfahren worden. Polytrauma, terminal massive Lungenembolie.
- Unfall mit Traktor (11 J.). In Mauer gefahren. Polytrauma. Durch Autopsie bestätigte Schocklunge und Fettembolie als Todesursache.
- Unfall mit Mofa (85 J.).
- Von Lastwagen überfahren (7 J.). Unfall auf Baustelle.
- Absturz mit Kleinflugzeug (52 J.).
- Arbeitsunfall (39 J.).
- Tauchunfall (31 J.) im See.
- Absturz beim Bergsteigen (59 J.).
- Sturz von Leiter (71 J.). Sturz auf ein Blech.
- Ertrinken (56 J.).
- Ersticken (2 J.) durch Strangulation im Bett.
- Verbrennungstod (71 J.).
- Unfall unbekannter Art (58 J.).
- Motorradunfall (22 J.). Kollision mit PW und Baum. Schweres Schädel-Hirn-Trauma mit Contusio cerebri, Gesichtsfrakturen, stumpfes Bauchtrauma mit Leber- und Milzruptur, Thoraxtrauma mit Pneumothorax bds, Lungenkontusion re., Claviculafraktur re., Abriss Os ileum re., Hospitalisation während 26 Tagen. Danach Wechsel des Spitals mit Tod nach weiteren 116 Tagen (Überlebenszeit total 142 Tage!)

Todesfälle durch Suizid

21 Patienten schieden durch Suizid aus dem Leben (14 Männer und 7 Frauen). Das Durchschnittsalter bei den Männern war 11,5 Jahre höher als bei den Frauen (43,5 Jahre). Männer setzten häufiger die Schusswaffe ein, Frauen strangulierten sich öfter. Intoxikation mit Medikamenten oder CO lag in je 2 Fällen vor; in je einem Fall handelte es sich um Drogenabhängige.
Bei den 7 Frauen bestand in 2 Fällen ein Zusammenhang mit einer Suchterkrankung im Hintergrund, in drei Fällen mit einer Depression. 3 Frauen hatten schon einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich. Bei den 21 Männern war in 5 Fällen der Suizidgrund unklar. In 3 Fällen stand eine Suchtproblematik dahinter, in einem Fall muss man soziales/persönliches Versagen annehmen, in einem Fall die Entwicklung einer Demenz und in einem Fall eine Psychose. 2 Männer entschieden sich im Angesicht einer unheilbaren somatischen Erkrankung für den Freitod (einer mit Sterbehilfe).

Suizid-Todesfälle der Frauen

- Erhängen (35 J.). In Hausgarage bei chron. Äthylismus.
- Erhängen (25 J.). Depression nach akuter Wochenbettpsychose.
- Ertrinken (56 J.). Depression und St.n. Suizidversuch mit Librium.
- Erschiessen (66 J.). Mit Pistole im Bett. Witwe mit reaktiver Depression nach 2 Suizidversuchen.
- Medikamenteneinnahme (19 J.). Saroten retard bei Drogenabhängigkeit und St.n. 3 Suizidversuchen.
- CO-Intoxikation durch Autoabgase (45 J.).
- Suizid unbekannter Art (56 J.). Vater der Suizidantin machte vor 30 Jahren erfolglosen Suizidversuch durch Erhängen!

Suizid-Todesfälle der Männer

- CO-Intoxikation (38 J.). Im Dorf im Auto sitzend bei laufendem Motor mit Abgasleitung in den PW nach Mitternacht aufgefunden worden. Nach Anfordern der Ambulanz war ich 10 min später vor Ort, Ambulanz und Polizei ebenfalls anwesend. Nach erfolgloser Reanimation Leichenschau im örtlichen Leichenhaus.
- Erhängen (65 J.).
- Erhängen (18 J.). Wegen nicht bestandener Prüfung.
- Erhängen (25 J.). Im Wohnzimmer. War in Behandlung wegen Mischpsychose.
- Schusswaffe (84 J.). Kopfschuss mit «Kaninchentöter». Seit langem verwitwet. Wegen infiltrierendem Pankreaskopfkarzinom operiert. Suizid 6 Wochen später.
- Schusswaffe (64 J.). Kopfschuss mit Karabiner vor dem Krematorium. Von einer Telefonkabine aus hatte er die Polizei über sein Vorhaben verständigt. Mehrere Personen versuchten erfolglos, den Mann von seiner Tat abzuhalten, schliesslich erschoss er sich vor den Augen der Polizei. Er war zweimal geschieden, alkoholabhängig und sozial total isoliert. Jede Hilfe wurde von ihm kategorisch abgelehnt.
- Schusswaffe (44 J.). Mit Karabiner im Keller.
- Schusswaffe (60 J.). Kopfschuss mit Pistole im Schlafzimmer. Die sich in der Stube befindende Ehefrau hörte den Schuss.
- Schusswaffe (55 J.). Kopfschuss mit Sturmgewehr. Der Mann hatte seinen Arbeitsplatz am späteren Nachmittag vorzeitig verlassen und wurde von seiner von der Arbeit heimkehrenden Ehefrau aufgefunden.
- Schusswaffe (87 J.). Kopfschuss fronto-okzipital mit Pistole im Badezimmer. Exitus nach etwa 2 h. Der Patient litt an einer Multiinfarktkonstellation mit Hemisyndrom li. und wurde deswegen zweimal hospitalisiert. Begleitkrankheiten: Gonarthrose re., beg. Polyneuropathie, koronare Herzkrankheit mit St. n. Infarkt.
- Schusswaffe (22 J.). Drogenabhängig, genauere Umstände unbekannt.
- Durch Eisenbahnzug (58 J.). Warf sich vor einen Zug. Wurde wegen nachlassenden intellektuellen Leistungen abgeklärt. Im CT fand man 2 Jahre zuvor eine geringe Hirnatrophie. Seit 1 Jahr in psychiatrischer Behandlung.
- Medikamenteneinnahme (70 J.). Suizid mit Beihilfe durch Dignitas bei Krebsleiden im Terminalstadium.
- Todesart unbekannt (77 J.). Bei chronischem Äthylismus.

Diskussion

Über den «letzten Dienst» am Patienten, die hausärztliche Tätigkeit beim Todesfall, wird kaum berichtet. Meine Gewohnheit, die Akten der Verstorbenen jeweils separat aufzubewahren, erlaubte mir, nach der Pensionierung die Sterbefälle in meiner Praxis noch einmal zu sichten.

Es ist für den Hausarzt keine alltägliche, in einer Übersicht über 28 Praxisjahre aber doch eine häufige und wichtige hausärztliche Tätigkeit. Als Hausarzt wurde ich über 200mal zu Todesfällen gerufen.

Das Durchschnittsalter der Verstorbenen und die Verteilung der allgemeinen Todesursachen (Krankheit, Unfall, Suizid) sind erstaunlich deckungsgleich mit den offiziellen Daten des Bundesamtes für Statistik (BfS) [5], für uns ein Hinweis, dass eine Praxispopulation eines Hausarztes auf dem Land die Bevölkerung als Ganzes gut repräsentiert.

Das Durchschnittsalter der Verstorbenen lag mit 69,7 Jahren für Männer und 75,9 Jahren für Frauen in dieser Zusammenstellung ein wenig tiefer als vom BfS in der Sterbestatistik ausgewiesen. Diese betrug in der Beobachtungsperiode 1968/73 (zu Beginn der Praxiszeit) 70,3 für Männer bzw. 76,2 Jahre für Frauen, in der Beobachtungsperiode 1998/2003 77,2 J. für Männer und 82,2 Jahre für Frauen [6]. Eine mögliche Ursache dieser Diskrepanz dürfte eine nicht vollständige Erfassung sein: So ist es denkbar, dass mir der Hinschied von hochbetagten, schon jahrelang in Alters- oder Pflegeheimen lebenden Patienten nicht zur Kenntnis kam.

Die Unfalltoten und die Suizide sind in der Dokumentation leicht übervertreten.

Das viel jüngere Durchschnittsalter der Unfall- und Suizidopfer erinnert daran, dass diese beiden Todesursachen beim jüngeren Menschen eine sehr wichtige Rolle spielen. So sind bei den 18- bis 24jährigen 58% der Todesfälle auf «äussere Ursachen» (Unfälle und Suizid) zurückzuführen, bei den 35- bis 44jährigen immer noch 26% [7].

Überraschend häufig, nämlich in einem Drittel der Fälle mit bekanntem Sterbeort, verstarb der Patient zu Hause. 44% der Patienten verstarben in einem Spital. Englische Hausärzte berichteten in einer Beobachtungsstudie über 15 Jahre [3], dass 64% im Spital verschieden und nur 25% zu Hause.

Literatur

1 Khunti K. A method of creating a death register for general practice. BMJ 1996;312:952. http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/312/7036/952.
2 Berlin A, Bhopal RA, Spencer J, Van Zwanenberg T. Creating a death register for general practice. Br J Gen Pract 1993;367:70–2.
3 Beaumont B, Hurwitz B. Is it possible and worth keeping track of deaths within general practice? Results of a 15 year

observational study. Qual Saf Health Care 2003;125:337–42. http://qhc.bmjjournals.com/cgi/content/full/12/5/337.
4 Stacy R, Robinson L, Bhopal R, Spencer J. Evaluation of death registers in general practice. Br J Gen Pract 1998;436:1739–41.
5 Bundesamt für Statistik (BfS). Sterbefälle und alterstandardisierte Sterbeziffern 2000. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit_todesursachen/kennzahlen0/todesursachen0/wichtigste_todesursachen.html.
6 Bundesamt für Statistik (BfS). Sterbetafeln für die Schweiz 1998/2003. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit_todesursachen/kennzahlen0/todesursachen0/wichtigste_todesursachen.html.
7 Bundesamt für Statistik (BfS) Todesursachenstatistik. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit_todesursachen/publikationen.Document.25995.html.
8 Mund MT, Bär W. Rechtsmedizinische Aspekte beim plötzlichen Todesfall. Schweiz Med Forum 2005;5:129–35.

Dr. med. Max Schreier
Haltenstrasse 23
CH-4566 Kriegstetten
schreier.max@bluewin.ch

SSMG SGAM Informatics

Voranzeige

DIE · PRAXIS DER ZUKUNFT

Facing the Challenge of Electronics in PrimaryCare

Donnerstag, 17. August 2006, 09.00–17.30 Uhr, Kantonsspital Olten

Themen:
• Elektronische Krankengeschichte
• Versichertenkarte/Gesundheitskarte
• ICPC-2 und Forschung in der Arztpraxis
• Sicherheitskonzept für eine Arztpraxis

Referate, Workshops, Präsentationen, Round table usw.

Vorstellung des Projektes «e-toile» (Genf) und Erfahrungsbericht von «Rete sanitaria» (Tessin)

Referenten u.a.: Burkhard Schwalm, Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter; Adrian Schmid, BAG, Projektverantwortlicher «Versichertenkarte»; Marco Zoller, Zürich; REACH.CH-Projekt

Kontaktadresse: SGAM.Informatics, Heinz Bhend, Aarburg (heinz.bhend@sgam.ch)