



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Nr. 1 / Februar 2016
www.berner-aerzte.ch

Themen dieser Ausgabe:

<u>Jahresbericht 2015 der Ombudsstelle</u>	2
<u>Rochade im BEKAG- Sekretariat</u>	2
<u>Verordnete Denkpause?</u>	3
<u>Nobelpreis Medizin 2015</u>	8

Mehr Solidarität!



Nach über 20 Jahren standespolitischer Arbeit werde ich an der Delegiertenversammlung im Frühling 2016 zurücktreten. Zeit für eine Bestandsaufnahme: Kolleginnen und Kollegen fühlten sich früher stärker zum Arzt berufen als heute. Das Arztsein ist zu einem Job verkommen. Karrierepläne werden auf Familienleben und Freizeit abgestimmt – und das möglichst ohne Kompromisse. So löblich die individualisierten und flexibilisierten Arbeitsbedingungen für den Einzelnen sein mögen, so schwierig gestaltet sich dadurch die Aufrechterhaltung standesorganisatorischer Strukturen. Bestes Beispiel: der ärztlich ambulante Notfalldienst.

Ärztinnen und Ärzte sind **gesetzlich verpflichtet**, Notfalldienst zu leisten oder eine Ersatzabgabe zu entrichten. Statt dieser Pflicht nachzukommen, beschreiten immer mehr Kolleginnen und Kollegen den juristischen Weg, um sich dieser Zusatzbelastung zu entledigen. Sicher: Nicht alle Disziplinen eignen sich gleichermassen für den Dienst. Die fachspezifischen Notfalleinsätze an den Kliniken nehmen zu. Rechtfertigen diese Umstände das Untergraben der eigenen ambulanten Notfalldienstorganisation? Die neue Anspruchshaltung verlangt nach klaren gesetzlichen Bestimmungen, inklusive juristischer Konsequenzen bei Nichterfüllen der Dienstpflicht oder Verweigerung der Ersatzabgabe. Leider erhält die Ärztegesellschaft von den kantonalen Behörden wieder einmal nicht die dringend nötige Rückendeckung. Behördliche Verweigerung ist das eine, standesinterne Zerfallserscheinungen sind das andere.

Mehr denn je ist eine Rückbesinnung auf gemeinsame Werte gefordert. Die strikte Verfolgung von Partikularinteressen schadet am Ende uns allen. Nur wenn wir wieder mehr Verständnis für die Belange der anderen Disziplinen zeigen, uns solidarischer verhalten, können wir die kommenden Aufgaben erfolgreich meistern: Kassenvertreter haben erneut zum Kampf gegen den Kontrahierungszwang aufgerufen.

Dr. med. Christian Gubler
Vizepräsident Ärztegesellschaft
des Kantons Bern

Jahresbericht 2015 der Ombudsstelle der Aerzte- gesellschaft des Kantons Bern

Im Jahr 2015 behandelten wir 97 Anfragen. Sie konnten, mit 2 Ausnahmen, alle bis Ende Dezember abgeschlossen werden. Wie schon im Vorjahr meldeten sich mehr Frauen als Männer: 55 versus 42.

Als Hauptkonfliktpunkte zwischen Arzt und Patient/-in traten – oft allein – Kommunikationsprobleme (14) auf, oft auch verbunden mit anderen Konfliktpunkten, welche zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen bzw. Unzufriedenheit mit der Behandlung (45) führten, häufig auch noch verbunden mit Beanstandungen bzw. Fehlinterpretationen von Arztrechnungen (32).

Negativ aufgefallen ist im Jahr 2015 die Einstellung einzelner Kollegen / Kolleginnen betreffend Krankenakten-Übergabe an den Patienten bzw. an nachbehandelnde Ärzte (6x mehrmalige telefonische Intervention seitens der Ombudsstelle notwendig).

Die zwischenmenschlichen Kommunikationsprobleme konnten wir grossmehrheitlich in Gesprächen zwischen Ombudsfrau/-mann und Patient/-in klären, begleitet von gegenseitigen Briefwechseln, Mail-Verkehr und Telefonaten mit den Beteiligten.

In **4 Fällen** (bei 2 Tariffragen, bei einem Kommunikationsproblem und bei einer Kompetenz-Problematik Apotheker/Arzt) musste unser Rechtsdienst in Anspruch genommen bzw. der Kantonsarzt/Kantonsapotheker orientiert werden.

Ombudsstelle Aerztesgesellschaft
des Kantons Bern

Dres. med. Helene und Beat Baur

Mitteilungen des Sekretärs

Rochade im BEKAG-Sekretariat

Der Ausschuss hat die Organisation des BEKAG-Sekretariates überprüft und Optimierungen vorgenommen.

Dr. iur. Thomas Eichenberger,
Sekretär Aerztesgesellschaft des Kantons Bern



Das BEKAG-Sekretariat
ist in fähigen Händen!
Das garantieren Sandra Küttel,
Marie-Therese Zurkinden
und Isabelle Müller (v.l.).

Bild: Martin Bichsel

Um seine Ressourcen bestmöglich zu nutzen, hat der BEKAG-Ausschuss eine Umverteilung der Tätigkeitsgebiete in seinem Sekretariat beschlossen. Seit dem 1. Januar 2016 leitet Sandra Küttel die täglichen Geschäfte an der Postgasse. Sie koordiniert die Anlässe der BEKAG und nimmt an Sitzungen teil. Markus Gubler wird neu stellvertretender Sekretariatsleiter. Er kümmert sich vermehrt um standespolitische Aufträge und begleitet konzeptionelle Arbeiten. Wir danken Sandra Küttel und Markus Gubler herzlich für ihren unermüdelichen Einsatz!

Aus persönlichen Gründen hat sich unsere Sekretariatsmitarbeiterin Isabelle Müller (ehemals Schiesser) zu einer Namensänderung entschlossen. Sie absolviert während der nächsten 3 Jahre eine Weiterbildung zur Betriebswirtschafterin an der Höheren Fachschule. Die BEKAG unterstützt sie in dieser beruflichen Entwicklung und freut sich, dass Frau Müller dem Sekretariat erhalten bleibt. Wir wünschen ihr viel Erfolg!

Beschlüsse der Delegiertenversammlung **Verordnete Denkpause?**

Der Regierungsrat hat seinen Gegenvorschlag zur Spitalstandortinitiative zurückgezogen. Vertreter der SVP und der SP haben daraufhin eigene Vorschläge ausgearbeitet. An der Delegiertenversammlung der BEKAG vom 3. Dezember 2015 informieren sämtliche Initianten die kantonale Ärzteschaft über ihre politischen Vorhaben.

*Text: Markus Gubler, Bilder: Marco Tackenberg,
Presse- und Informationsdienst*

BEKAG-Präsident Beat Gafner blickt zurück: Ausschlaggebend für die heutige Situation in der bernischen Spitalpolitik sei der mühsam erarbeitete Kompromiss zum Spitalversorgungsgesetz im Jahr 2013 gewesen. Die Situation spitzte sich mit der Schliessung der Geburtsabteilung des Spitals Riggisberg und dem Projekt Stärkung Medizinalstandort Bern weiter zu. Obwohl beide Vorhaben sachlich unabhängig voneinander realisiert wurden, so Gafner, fielen sie zeitlich ungünstig zusammen. Sie führten zu Unmut in der Basis der Ärzteschaft und beim Stimmvolk. Als Antwort auf diese Entwicklungen wurde die Spitalstandortinitiative SSI lanciert. «Die Vorlage hat einen griffigen Text und ist auf Zustimmung gestossen», erklärt Gafner. Auch die Delegierten der BEKAG haben sich an der Versammlung vom 24. Oktober 2013 mit 23 Ja zu 11 Nein bei 8 Enthaltungen für die Unterstützung der Initiative ausgesprochen.

Erhebliche Mehrkosten

Der Regierungsrat sah sich gezwungen, einen eigenen Vorschlag auszuarbeiten zu lassen. Anders als die Initiative zeigt dieser auf, mit welchen finanziellen Konsequenzen bei den beiden Vorlagen, SSI und Gegenvorschlag, zu rechnen wäre. «Gemäss den Berechnungen der Regierung entstünden bei der SSI Mehrkosten von 26 bis 110 Millionen Franken pro Jahr. Beim Gegenvorschlag liegt der Betrag mit 25 bis 108 Millionen Franken pro Jahr ein bisschen tiefer, weil das Angebot an den lokalen Standorten schmaler wäre». In der Öffentlichkeit wurden nicht nur die berechneten Kosten vielfach kritisiert, sondern auch die regierungsrätlichen Vorschläge zur Finanzierung: Schaffung eines Spitalfonds oder Erhöhung der Steuerprozente.

Zustände zementieren

«Die vorberatende Gesundheits- und Sozialkommission (GSoK) lehnte sowohl die SSI



BEKAG-Präsident Beat Gafner: Das Stimmvolk wird frühestens im Herbst 2016 über die Spitalstandortinitiative abstimmen.

als auch den Gegenvorschlag ab. Darauf distanzierte sich die Regierung von ihrem Gegenvorschlag. Kurz vor der Novembersession 2015 reichten die beiden Grossräte Pierre Alain Schnegg und Michael Aebersold schliesslich zwei neue Gegenvorschläge ein», fasst Gafner die jüngere Entwicklung zusammen. Weil die Eingabe der Gegenvorschläge kurzfristig erfolgte, konnte die zuständige Kommission die Vorlagen noch nicht sorgfältig prüfen. Daraufhin hat der Grosse Rat am 24. November 2015 die Vorlage an die GSoK zurückgewiesen. Für Gafner steht fest: «Die Abstimmung wird somit frühestens im Herbst 2016 vors Volk kommen.» Er rechnet damit, dass die Vorlagen noch abgeändert werden. Gleichwohl präsentiert er den Delegierten zur besseren Einschätzung eine Gegenüberstellung der verschiedenen Forderungen der Vorlagen. Allen Vorlagen gemein ist ein Moratorium von 6 bis 8 Jahren. Aus der gesundheitspolitischen Perspektive sind dies Ewigkeiten. Gafner warnt, damit würden Zustände zementiert. Das Argument, man könne während dieser Zeit in Ruhe entscheiden, ist nach Gafner reine Schönfärberei. Er fragt sich, wo die liberalen Forderungen nach mehr Wettbewerb geblieben

sind. Bei Annahme der Initiative würde der Wettbewerbsgedanke ausser Acht gelassen.

Kaderschmieden für Hausärzte

Für Monika Reber Feissli, Co-Präsidentin des Vereins der Berner Haus- und Kinderärzte VBHK, sind die öffentlichen Berner Spitäler wichtige Partner. Sie übernehmen einen Teil der Grundversorgung und stellen Kaderschmieden für Hausärzte dar. Die öffentlichen Spitäler spielten für die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung in der Peripherie eine wichtige Rolle – dies dank kurzer Wege und persönlicher Beziehungen zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern. Die Regionalspitäler haben zudem eine wichtige Aus- und Weiterbildungsfunktion für künftige Hausärzte. Ein Regionalspital steigere die Attraktivität peripherer Regionen für Hausärzte, steht für Reber Feissli fest. Und sie fragt sich, was die zunehmende Zentralisierung für die Grundversorgung bringe. Sie bezweifelt, dass die Zentralisierung tatsächlich Mehrwerte schafft und Kosten spart. «Der VBHK fordert mehr Transparenz in der Entwicklung des Spitalwesens. Alle Massnahmen sollen auf Grundlage einer



Monika Reber Feissli, Co-Präsidentin VBHK:
«Ein Regionalspital steigert die Attraktivität
peripherer Regionen für Hausärzte.»



BEKAG-Vizepräsident Christian Gubler: «Es ist
nicht zwingend, dass alle Spezialisten in der
Region vor Ort sein müssen. Patienten sind heute
bereit, längere Wege zurückzulegen als früher.»

transparenten und nachvollziehbaren Kostenrechnung erfolgen. Die Spitalplanung soll sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientieren und die Versorgungssicherheit in allen Regionen garantieren», fasst Reber Feissli zusammen. Die SSI stosse eine wichtige Diskussion an. Deshalb unterstütze der VBHK den geforderten Marschhalt in der Spitalplanung.

Behandlung im Zentrum, Nachbehandlung in der Peripherie

Christian Gubler, Vizepräsident der BEKAG, entgegnet: Es gebe schlicht nicht genügend Fachpersonal, um den Betrieb der Bezirksspitäler im gesetzlich geforderten Masse zu sichern. Er erinnert an alte Zeiten, als Spitalärztinnen und -ärzte noch «Allrounder» waren und die unterschiedlichsten medizinischen Leistungen erbrachten. Heute brauche es, so Gubler, mehr Personal für eine gute Versorgung. Bevor wir festlegen, welche Leistungen wir an welchen Standorten anbieten, sollten wir definieren, was wir unter Versorgungssicherheit verstehen. «Es ist nicht zwingend, dass alle Spezialisten in der Region vor Ort sein müssen. Patienten sind heute bereit, längere

Wege zurückzulegen als früher. Sie kommen selbst für Notfalleingriffe aus dem ganzen Kanton ins Zentrum», weiss Gubler aus eigener Erfahrung als leitender Spitalarzt der Klinik Sonnenhof. Behandlung im Zentrum, Nachversorgung in der Peripherie durch den Hausarzt: Das wäre für Gubler eine Lösung, die allen dient.

Trotz Spitalschliessungen keine Kostensparnisse

Am 21. Januar 2014 wurde die Spitalstandortinitiative mit 25'945 Unterschriften bei der Staatskanzlei eingereicht. Dies sei die zweithöchste Zahl von Unterschriften, die je eine Volksinitiative im Kanton Bern erreichte habe, beginnt Alt-Nationalrat Rudolph Joder (SVP) sein Referat. Für ihn ist es unverständlich, dass die vorberatende Kommission GSoK den Initianten eine Anhörung bislang verweigert hat. Er empfindet dies als Geringschätzung gegenüber dem Volk. Joder ortet verschiedene Probleme im Spitalbereich: So beobachtet er eine massive Kostensteigerung im Spitalwesen. Dies obwohl seit 1999 im Kanton Bern 13 Landspitäler geschlossen wurden. Die versprochenen Kosteneinsparungen

seien nicht realisiert worden. Dies liesse sich, so Joder, anhand der offiziellen Statistiken belegen. Er befürchtet eine verschlechterte medizinische Versorgung in ländlichen Regionen. Je mehr Landspitäler geschlossen würden, umso schwieriger sei es, Hausärzte zu finden, die sich in dem Gebiet niederlassen. «Dass man rund eine Milliarde in das Inselspital und das Tiefenaspital investiert, aber die Investition von 10'000 Franken für den Erhalt einer Geburtenabteilung in der Peripherie ablehnt, ist skandalös», tobt Joder. Durch den Wegfall der Landspitäler gingen viele Aus- und Fortbildungsplätze verloren. Die SSI fordere deshalb einen Marschhalt für acht Jahre. «Diese Zeit soll genutzt werden, um die bisherige Entwicklung sorgfältig zu analysieren. Die Initiative will eine klare Strategie für die Spitalpolitik der Zukunft», beendet Joder seine Ausführungen.

Landspitäler können rentabel sein

Jürg Sollberger befürwortet die Spitalstandortinitiative. Er gehört dem Ärztenetzwerk Oberes Emmental an, war langjähriger Chefarzt Medizin des Spitals Langnau und ist jetzt dort als Belegarzt tätig. Das Netz-



«Durch den Wegfall der Landspitäler gehen viele Aus- und Fortbildungsplätze verloren. Die Spitalstandortinitiative fordert deshalb einen Marschhalt für acht Jahre»: SVP-Alt-Nationalrat und Mitinitiant Rudolf Joder.



«Die Zentralisierung des bernischen Spitalwesens ist ökologisch und ökonomisch unsinnig», tadelt Jürg Sollberger, Präsident IG medizinische Grundversorgung Kanton Bern.

werk Oberes Emmental wurde im Jahr 2005 gegründet, um Synergien zu nutzen und die Gesundheitsversorgung in der Region zu sichern. Dazu hat das Ärztenetzwerk zwei Studien initiiert: Die eine Studie verglich die Gesundheitskosten der Region mit jenen des Kantons Bern und der Schweiz. «Dabei zeigte sich, dass im oberen Emmental die Kosten tiefer waren als in der übrigen Schweiz, obwohl der Anteil der über 65-jährigen Einwohner über dem Durchschnitt liegt», erklärt Sollberger. Die zweite Studie untersuchte die Rentabilität eines Landspitals. Sie kommt zum Schluss, dass sich ein peripheres Spital durchaus rechnet, wenn es über einen genügend grossen Patiententamm verfügt («case load»). Für Sollberger und seine Mitstreiter waren die Resultate Grund genug, die Interessengemeinschaft (IG) medizinische Grundversorgung Kanton Bern zu gründen. Die IG kritisiert denn auch die Berechnungen der GEF zu den Kostenfolgen der SSI. «Die Zentralisierung des bernischen Spitalwesens ist ökologisch und ökonomisch unsinnig», tadelt Sollberger. Er ist überzeugt, dass 80 Prozent der Spitalpatienten in den Regionen behandelt werden können. Verschwinden die Regionalspitäler, dann verschwinden auch Aus-

bildungsplätze. Für Sollberger ist die SSI die einzige Möglichkeit, einen Marschhalt in der Spitalplanung zu erwirken.

Schaden für regionale Wirtschaftssysteme

Grossrat Pierre Alain Schnegg kennt sich in der Spitalbranche aus. Der Bernjurassier ist seit sechs Jahren Verwaltungsratspräsident der Hôpital du Jura bernois SA. Kleine Spitäler in Randregionen haben für ihn durchaus Platz im kantonalen Spitalangebot. Qualität und Wirtschaftlichkeit liessen sich aber mit grossen Spitälern nicht vergleichen. «Wenn periphere Spitäler geschlossen werden, wirkt sich dies auf das gesamte Wirtschaftssystem einer Region aus», warnt Schnegg. Wie seine Vorredner weist auch er auf die Bedeutung der Regionalspitäler für die Ausbildung hin. In kleineren Spitälern fallen tiefere Kosten an als in einem grossen Spital. Laut der kantonalen Gesundheitsbehörde ist das Hôpital du Jura bernois das zweitbilligste Spital im Kanton Bern. Für Schnegg steht fest: «Müssten die Patienten wegen einer Spitalschliessung in ein weiter entferntes Spital wechseln, entstünden Mehrkosten». Er räumt aber auch

ein, dass es schwieriger wird, Personal für die Randregionen zu finden. Dafür müsse man kämpfen. Bislang habe man im Berner Jura aber immer gutes Personal gefunden. Schnegg hat seinen Gegenvorschlag formuliert, weil auch er sich Zeit verschaffen will, um mit allen Beteiligten zu diskutieren. Sein Ziel: eine gute Lösung für Ärzte, Pflegepersonal und Patienten finden.

Gesundheitspolitik als Wirtschaftsförderung

Dr. Michael Aebersold ist Fraktionspräsident der SP im Grossen Rat des Kantons Bern und der letzte Referent an dieser Delegiertenversammlung. Mit Rudolf Joder geht Aebersold darin einig, dass die Initiative zu einer wichtigen Diskussion geführt hat. Aebersold kennt sich aus mit heiklen Dossiers: Er ist Sektionsleiter «Entsorgung radioaktiver Abfälle» im Bundesamt für Energie. Die heutigen Rahmenbedingungen im Spitalwesen seien politisch geprägt, moniert er. Der Staat habe heute nichts zu sagen, obwohl er eine Milliarde an das Gesundheitswesen überweise. Aebersold ist überzeugt, dass die Initiative weder im Grossrat noch im Volk eine Chance hat.



«Wenn periphere Spitäler geschlossen werden, wirkt sich dies auf das gesamte Wirtschaftssystem einer Region aus», warnt SVP-Grossrat Pierre-Alain Schnegg.



«Das Problem der Spitalstandortinitiative ist nicht nur die Infrastruktur, die erhalten werden müsste, sondern auch der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen», erläutert SP-Grossrat Michael Aebbersold.

Dies, weil wir eine exzellente Gesundheitsversorgung haben. Es sei schliesslich nicht so, dass die Gesundheitsversorgung ohne die Initiative auf dem Spiel stehe.

«Das Problem der SSI ist nicht nur die Infrastruktur, die erhalten werden müsste, sondern auch der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen», erläutert Aebbersold. «Soll Gesundheitspolitik auch Wirtschaftsförderung sein?» fragt er die Anwesenden. Die SSI ist aus Sicht Aebbersolds nicht nötig. Deshalb hat er einen Gegenvorschlag ausgearbeitet. Die Hauptdifferenz zum Gegenvorschlag Schneggs liegt in der Frage, welche Leistungen an den Hauptstandorten und welche an den regionalen Standorten angeboten werden sollen. Die Gesetzeslebensdauer soll zudem auf 6 Jahre begrenzt bleiben.

Gegen Konsultativabstimmung

Die abschliessende Diskussion unter der Delegierten ist lebhaft und verdeutlicht die Verunsicherung innerhalb der Ärzteschaft. Es vermischen sich Sorgen um die Praxisnachfolge mit Kritik an der Ausbildung und der standesinternen Kommunikation. Während die einen bereits zum jetzigen Zeit-

punkt von der BEKAG ein grundsätzliches Bekenntnis zu einem Marschhalt fordern, wollen andere die anstehende politische Diskussion im Grossen Rat abwarten. Eine Mehrheit der Delegierten spricht sich schliesslich gegen eine Konsultativabstimmung aus. Sie wollen der zuständigen Kommission GSoK Zeit zur sorgfältigen Prüfung der Gegenvorschläge einräumen. An einer ordentlichen oder ausserordentlichen Delegiertenversammlung werden die Delegierten nochmals die Gelegenheit haben, über die SSI und die bereinigten Gegenvorschläge zu diskutieren und eine finale Parole zu fassen. Wann dies sein wird, hängt vom politischen Prozess im Grossen Rat ab.

Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern,
Postgasse 19, 3000 Bern 8 / erscheint 6 x jährlich
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der
Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Redaktion: Marco Tackenberg, Gabriela Troxler und
Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst
BEKAG, Postgasse 19, 3000 Bern 8,
Tel. 031 310 20 99, Fax 031 310 20 82
E-Mail: tackenberg@forumpr.ch, troxler@forumpr.ch,
gubler@forumpr.ch
Inserate: Markus Gubler, E-Mail: gubler@forumpr.ch
Layout: Claudia Bernet, Bern, c.bernet@bluewin.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern
Ausgabe Februar 2016

Spitalstandortinitiative und Gegenvorschläge in der Übersicht (Stand: 3. Dezember 2015)

	Spitalstandortinitiative	Schnegg	Aebersold
Standorte	<p>Hauptstandorte Bern, Biel, Burgdorf, Interlaken, Langenthal, Thun;</p> <p>Regionale Standorte Aarberg, Frutigen, Langnau, Moutier, Münsingen, Riggisberg, St-Imier, Zweisimmen</p>	<p>Hauptstandorte Bern, Biel, Burgdorf, Interlaken, Langenthal, Thun;</p> <p>Regionale Standorte Aarberg, Frutigen, Langnau, Moutier, Münsingen, Riggisberg, St-Imier, Zweisimmen</p>	<p>Hauptstandorte Bern, Biel, Burgdorf, Interlaken, Langenthal, Thun;</p> <p>Regionale Standorte Aarberg, Frutigen, Langnau, Moutier, Münsingen, Riggisberg, St-Imier, Zweisimmen</p>
Umfang	<p>Regionale Standorte Umfassende Spitalgrundversorgung; akutsomatische Notfallversorgung rund um die Uhr, Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie / Geburtshilfe soweit bisher angeboten.</p>	<p>Regionale Standorte Akutsomatische Notfallversorgung in Innerer Medizin, Chirurgie, Gynäkologie / Geburtshilfe, soweit per 1.11.2015 angeboten. Vom RR als versorgungsnotwendig definierte Spitäler müssen die akut-somatische Notfallversorgung uneingeschränkt sicherstellen.</p>	<p>Hauptstandorte Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie / Geburtshilfe, umfassende Notfallbehandlung rund um die Uhr.</p> <p>Regionale Standorte Notfallaufnahme durch Internisten, Notfallchirurgie zusammen mit Hauptstandorten.</p>
Geburtshilfe / Gynäkologie	<p>Regionale Standorte Gynäkologie / Geburtshilfe soweit bisher angeboten. Art. 6 Übergangsbestimmung: Die Geburtsabteilung des Spitals Riggisberg ist mindestens bis zur ersten Berichterstattung gemäss Art. 4 Abs. 1 dieses Gesetzes zu betreiben.</p>	<p>Regionale Standorte Gynäkologie / Geburtshilfe, soweit per 1.11.2015 angeboten.</p>	<p>Hauptstandorte Gynäkologie / Geburtshilfe</p> <p>Regionale Standorte keine</p>
Berichterstattung	<p>RR erstattet GR alle 8 Jahre Bericht über Situation und Entwicklung im Bereich der Spitalversorgung.</p>	<p>RR erstattet dem GR nach 6 Jahren Bericht über die Situation und Entwicklung im Bereich der Spitalversorgung und die neu ausgearbeitete Spitalstrategie.</p>	<p>Gesetz erlischt sechs Jahre nach Inkrafttreten. Vor dem Ablauf dieser Frist erstattet RR Bericht über die Situation und Entwicklung im Bereich der Spitalversorgung.</p>
Änderungen	<p>RR stellt GR Anträge. GR nimmt Bericht zur Kenntnis. Über Anträge des RR entscheidet GR in Form eines dem fakultativen Referendum unterstehenden Sachbeschlusses.</p>	<p>RR stellt GR Anträge. GR nimmt Bericht zur Kenntnis. Über Anträge des RR entscheidet GR in Form eines dem fakultativen Referendum unterstehenden Sachbeschlusses.</p>	<p>Gesetz erlischt sechs Jahre nach Inkrafttreten. Eine Weiterführung des Gesetzes kann durch den GR beschlossen werden.</p>
Vollzug	Regierungsrat	Regierungsrat	Regierungsrat
Inkrafttreten	Gesetz tritt sofort mit Annahme durch das Volk in Kraft.	Nach Ablauf der Referendumsfrist tritt das Gesetz sofort in Kraft.	Der Regierungsrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.

Nobelpreis Medizin 2015

Die Erkenntnisse der drei Preisträger haben die Behandlung von Menschen mit Parasitenkrankheiten grundlegend geändert: Flussblindheit und lymphatische Filariose könnten bald ausgerottet sein, und viele Menschen mit Malaria können heute geheilt werden.

*Text: Felicitas Witte, Ärztin und Journalistin,
Grafiken: Emanuele Fucecchi*

Ihr Tagesablauf in Afrika habe sie so beschäftigt, erzählt Amrei von Braun, dass sie überhaupt nicht darüber nachgedacht habe, dass jetzt im Herbst wieder der Nobelpreis für Medizin verliehen werde. «Ich habe mich dann total gefreut, dass eine Forschung honoriert wurde, die Tausenden von Menschen pro Jahr das Leben rettet», sagt die Ärztin. «Die drei Forscher haben den Preis mehr als verdient.» Amrei von Braun ist Assistenzärztin in der Klinik für Infektiologie am Unispital Zürich und arbeitet seit anderthalb Jahren in Uganda im Rahmen eines Kooperationsprojektes zwischen der Uni Zürich und der Makerere Uni in Kampala. Im Mulago National Hospital betreut sie Patienten in einer der grössten HIV-Ambulanzen des Landes, forscht über Tuberkulose und HIV und bildet junge ugandische Ärzte, Laboranten und Medizinstudierende fort. «Ich finde es super, dass dieses Jahr Wissenschaftler ausgezeichnet wurden, die sich mit Krankheiten armer

Menschen beschäftigen», sagt von Braun. «Die Betroffenen haben keine gute Lobby – die Forschung interessiert sich für sie kaum.» Insbesondere Wurminfektionen, die zu den «vernachlässigten tropischen Krankheiten» gehören, fänden nicht genügend Beachtung durch Regierungen, Industrie, Wissenschaft und Medien. «Viele Menschen in den Industrieländern haben vermutlich durch die Preisverleihung erstmals von diesen Krankheiten erfahren.»

«Eine richtige und mutige Entscheidung»

Drei Wissenschaftler wurden dieses Jahr geehrt: Der US-Amerikaner William C. Campbell und der Japaner Satoshi Ōmura für ihre Entdeckung des Antiwurm-Medikaments Ivermectin (Abb. 1) und die Weiterentwicklung zum wirksameren Arzneimittel Ivermectin teilen sich den Preis mit der Chinesin Youyou Tu (Abb. 2), die nach jahrelangen Bemühungen das pflanzliche Malaria-

mittel Artemisinin isolieren konnte. Ivermectin wird seitdem erfolgreich gegen die tropischen Wurmkrankheiten Flussblindheit und Elephantiasis eingesetzt, sodass die Krankheiten bald ausgerottet sein könnten. Artemisinin gehört heute zu den Standard-Medikamenten gegen Malaria, die häufigste tödliche Tropenkrankheit.

«Das Beeindruckende an den drei Preisträgern ist, dass sie früh und klar erkannt haben, was für ein Potenzial in ihren Entdeckungen steckt», sagt Christoph Hatz, Chefarzt des Schweizerischen Tropeninstituts. «Ich wagte nicht davon zu träumen, dass eine Forschung über Parasitenkrankheiten und dann auch solche, die vor allem die ärmsten Länder betreffen, geehrt würde.» Als Hatz von dem Preis erfuhr, habe er gedacht: «Wow, da hat das Nobelkomitee eine richtige und mutige Entscheidung getroffen.»

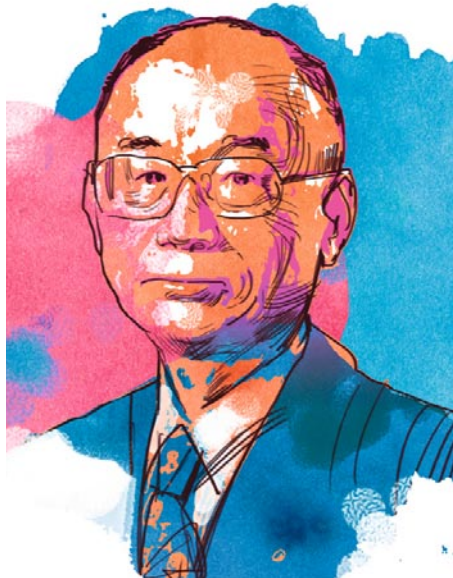
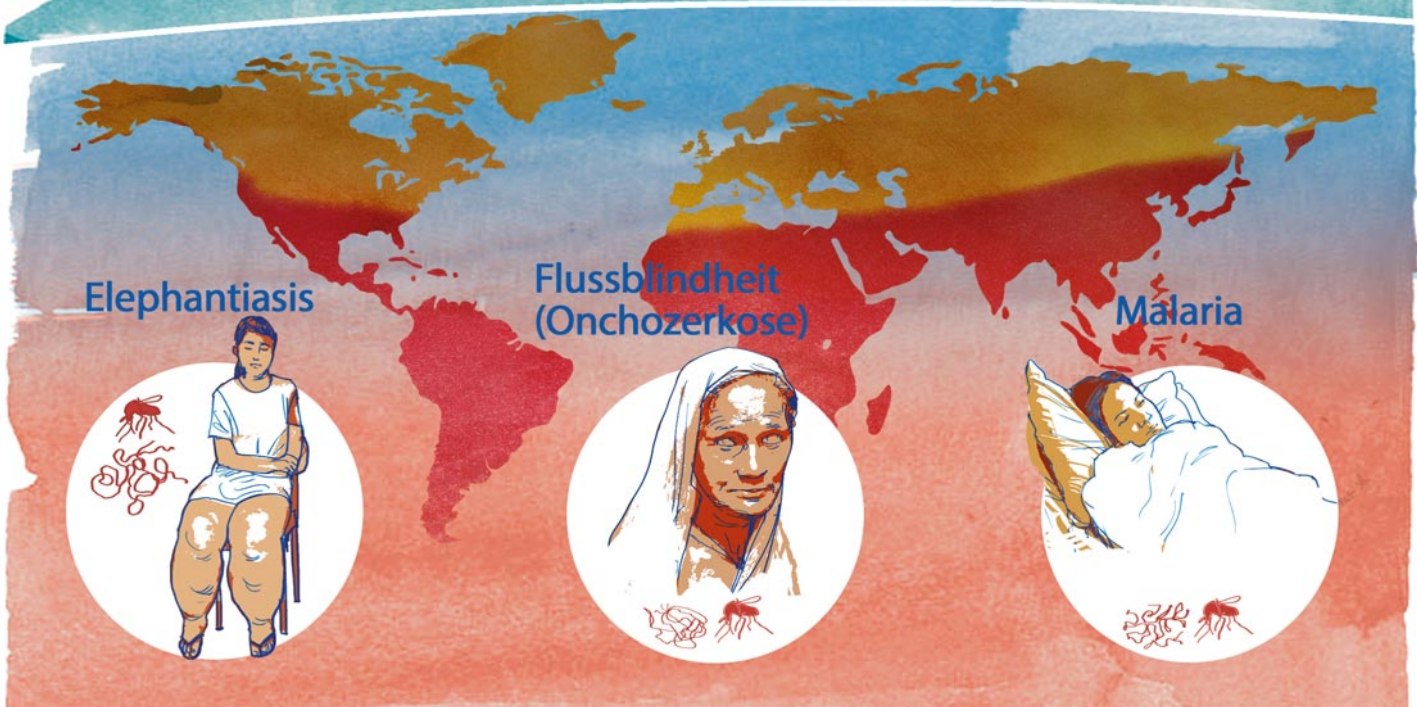


Abb. 1: Der US-Amerikaner William C. Campbell (links) und der Japaner Satoshi Ōmura (rechts) entdeckten das Antiwurmmedikament Ivermectin und entwickelten es zum wirksameren Ivermectin um. Dies wird seitdem erfolgreich gegen die tropischen Wurmkrankheiten Flussblindheit und Elephantiasis eingesetzt.



Abb. 2: Die Chinesin Youyou Tu isolierte das pflanzliche Malariamittel Artemisinin. Es gehört heute zur Standardtherapie gegen die häufigste tödliche Tropenkrankheit.

Parasitenkrankheiten: Ein globales Gesundheitsproblem



Mikrobazillen haben Menschen jahrhundertlang viel zu früh sterben lassen. Erst in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts gelang es Forschern, wirksame Medikamente gegen Bakterien zu entwickeln: Gerhard Domagk entdeckte die Sulfonamide und bekam dafür 1939 den Nobelpreis, Alexander Fleming kurze Zeit später Penicillin. Ernst Chain und Howard Flory isolierten den aktiven Wirkstoff und bewiesen, dass man damit bakterielle Infektionen bekämpfen kann. Dafür wurden sie 1945 mit dem Nobelpreis geehrt. Den bekam 1952 auch Selman Waksman. Er isolierte *Streptomyces*-Bakterien aus dem Boden und entdeckte so Streptomycin als wirksames Medikament gegen Tuberkulose-Bakterien. Doch gegen parasitäre Erkrankungen gab es lange Zeit keine wirksamen Behandlungen oder sie hatten zu viele Nebenwirkungen. Infektionen mit Parasiten gehören immer noch zu den Krankheiten, welche die Lebensqualität extrem beeinflussen. Malariapatienten werden immer wieder von hohem Fieber geschüttelt und haben ein hohes Risiko, an der Infektion zu sterben. Wurmkrankheiten wie die Onchozerkose lassen Menschen erblinden, und bei der Elephantiasis schwellen Beine oder Arme wie bei dem grauen Dickhäuter entstellend

an. Tausende von Menschen litten unter diesen Parasitenkrankheiten, was in dutzenden verlorenen Lebensjahren resultierte (Abb.3). Das änderte sich deutlich durch die Entdeckungen der drei diesjährigen Nobelpreisträger.

Mehr als eine Milliarde Menschen auf der Welt sind mit Faden- oder Rundwürmern (Nematoden) wie *Ascaris*, *Ancylostoma*, *Trichuris*, *Filaria*, *Onchocerca*, *Strongyloides* oder *Loa Loa* infiziert. Die Wurminfektionen betreffen viel mehr arme als reiche Menschen, sie schränken die Lebensqualität ein und beeinflussen das ökonomische Wachstum der Länder, weil die Menschen nicht mehr arbeiten können.

Onchozerkose, die Flussblindheit, kommt vor allem im tropischen Afrika vor, daneben auch im Jemen und in Mittel- und Südamerika. 25 Millionen Menschen sollen weltweit infiziert sein, mehr als 300'000 sind deshalb erblindet. Der Mensch infiziert sich durch den Stich von Kriebelmücken (Abb. 4), mit dem Blut der Mücke gelangen die Wurmlarven (Mikrofilarien) in den Menschen.

Die Mücken brüten in rasch fliessenden Flüssen auf Wasserpflanzen, deshalb erkranken vor allem Bewohner von Fluss-

Abb. 3: Der diesjährige Nobelpreis in Medizin ehrt Forschung über Krankheiten, die zu entstellendem Aussehen oder Blindheit führen oder viele Menschen sterben lassen: Lymphatische Filariose (Elephantiasis), Onchozerkose (Flussblindheit) und Malaria. Die Krankheiten kommen in ähnlichen Regionen auf der Welt vor (rot).

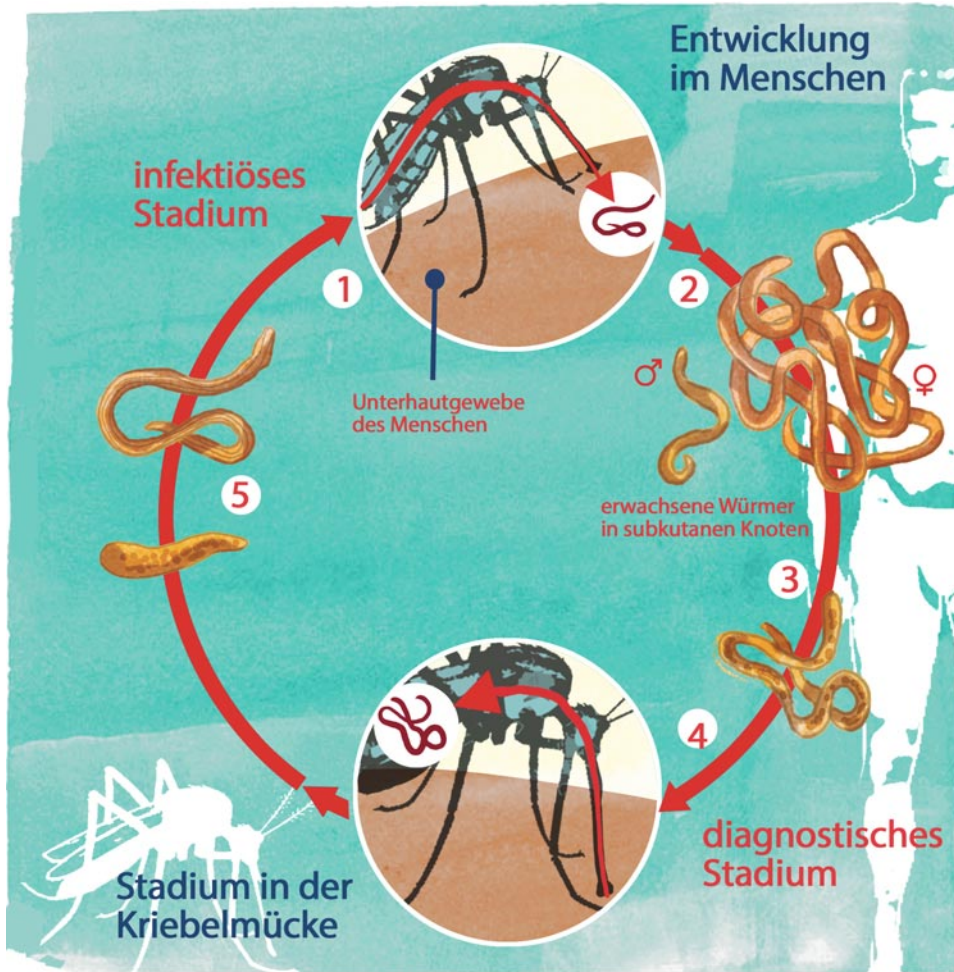


Abb. 4: Entwicklungszyklus der Onchoserkose-Erreger: Mit dem Stich der Kriebelmücke (1) gelangen Wurmlarven in den Körper des Menschen (2). Dort entwickeln sie sich zu erwachsenen Würmern, die Mikrofilarien produzieren (3). Mit einem nächsten Mückenstich gelangen die Larven in die Mücke (4). Aus dem Blut der Mücke bohren sich die Larven in den Darm (5) und von dort in den Kopf der Mücke. Mit der nächsten Blutmahlzeit werden die Larven wieder übertragen.

gebieten. Die meisten Symptome entstehen durch die Mikrofilarien, die in die Haut und das Gewebe am Auge wandern. Es juckt an der Haut, später kann es zu Hyper- oder Hypopigmentierung kommen und zu einer chronischen, papulösen, schuppenden Dermatitis. In den Augen lösen die Mikrofilarien eine akute oder chronische Konjunktivitis aus, Keratitis oder Chorioretinitis. Wird die Onchoserkose dann nicht behandelt, können die Augen so geschädigt werden, dass die Betroffenen erblinden. Die infektiösen Larven reifen während ihrer monatelangen Wanderung durch den Menschen. Die erwachsenen Würmer siedeln sich gerne im subkutanen Gewebe an. Dort knäueln sich die Würmer zusammen, kapseln sich ab und es entstehen gut verschiebbare und harte sogenannte Onchoserkome. Diese entwickeln sich bei Patienten in Afrika meist im Becken, bei denen in

Amerika eher im Kopf- und Thoraxbereich. Die erwachsenen Würmer (Makrofilarien) leben etwa zehn Jahre. Bedeutend für die Gesundheit des Patienten sind weniger die Onchoserkome, sondern die Schäden der Mikrofilarien in seinen Augen und in der Haut. Die Mikrofilarien werden durch eine Hautbiopsie nachgewiesen. Als Standard-Therapie empfiehlt das Robert-Koch-Institut in Berlin Ivermectin in Kombination mit dem Antibiotikum Doxycyclin. Ivermectin tötet die Mikrofilarien, aber nicht die erwachsenen Würmer – deshalb das zusätzliche Antibiotikum. Die Onchoserkome müssen manchmal operativ entfernt werden.

Paarweise verknäuelte im Lymphknoten

Die lymphatische Filariose ist eine Infektion des Lymphsystems mit Fadenwürmern der

Familie Filariodidea, also *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* oder *Brugia timori*. Mehr als 120 Millionen Menschen sind weltweit infiziert. Die Parasiten werden durch verschiedene Mückenarten übertragen. Die Mikrofilarien verursachen vor allem in der Haut entzündliche Reaktionen, die Symptome entwickeln sich über Jahre oder Jahrzehnte. Die erwachsenen Würmer leben in Lymphknoten oder Lymphgängen und können dort schwere Schäden verursachen. Die Würmer liegen paarweise verknäuelte in Lymphknoten und -gefäßen, gerne im Bauch und in den Beinen. Bei den Betroffenen entzünden sich immer wieder Lymphknoten und Gefäße, verbunden mit Fieber. Durch die chronischen Schäden staut sich die Lymphe, und Bein oder Hoden schwellen massiv an – daher der Name «Elephantiasis». «Das ist ziemlich entstellend», erzählt Amrei von Braun. «Die Patienten leiden verständlicherweise sehr darunter.» Manche Patienten bekommen zusätzlich ein tropisches pulmonales Eosinophilie-Syndrom mit nächtlichen Asthmaanfällen, einer chronischen interstitiellen Lungenerkrankung und Fieberschüben. Auch die Filariose wird durch Nachweis der Mikrofilarien im Blut diagnostiziert. Das RKI empfiehlt als Therapie Diethylcarbamazin, das gegen erwachsene Würmer und Mikrofilarien wirkt. Allerdings sprechen einige Patienten auf die Therapie nicht an. Alternativ rät das RKI zur Kombi-Therapie aus Doxycyclin und Ivermectin.

Bakterienstamm am Golfplatz

Die Entdeckung von Ivermectin geht zurück auf den damaligen Chef-Mikrobiologen der Pharmafirma Merck Sharp & Dohme. 1972 reiste H. Boyd Woodruff zum Kitasato Institut nach Japan, um neue antimikrobielle Wirkstoffe zu finden. Woodruff hatte gehört, dass der Mikrobiologe Satoshi Ōmura ein Spezialist auf diesem Gebiet war. Ōmura forschte vor allem über *Streptomyces*-Bakterien, die in der Erde gefunden werden.

Diese haben eine grosse antibakterielle Aktivität, wie schon der Nobelpreisträger Selman Waksman festgestellt hatte. Es war aber ziemlich schwierig, die Bakterien im Labor zu züchten – die Forschung ging nur schleppend voran. So bat Woodruff um eine Kooperation zwischen Ōmura und dem Forschungsinstitut der Pharmafirma. Ōmura war einverstanden, isolierte neue *Streptomyces*-Stämme und kultivierte sie erfolgreich im Labor. Von Tausenden von *Streptomyces*-Kulturen suchte er die 50 aus, von denen er sich erhoffte, dass sie antimikrobielle Substanzen herstellen könnten. Schliesslich fand er 1979 den Stamm *Streptomyces avermitilis* im Boden in der Nähe eines Golfplatzes im japanischen Ito, der gut gegen Keime wirkte (Abb. 5).

William Campbell arbeitete ebenfalls in dem Forschungsinstitut und identifizierte gemeinsam mit seinem Kollegen Thomas Miller den aktiven Wirkstoff, nämlich Avermectin. Campbell bewies zunächst in Mäusen mit Fadenwurm-Infektion, später in grösseren Tieren, dass der *Streptomyces avermitilis*-Stamm erfolgreich Parasiten tötete. Der Wissenschaftler änderte Avermectin durch chemische Umwandlung in den Stoff Ivermectin, der noch besser wirkte. 1982 führte der Arzt Mohammed Aziz, der ebenfalls bei der Firma arbeitete, erste Studien bei Patienten mit Flussblindheit durch. Die Ergebnisse waren beeindruckend: Nach nur einer Dose verschwanden die Mikrofilarien komplett oder nahezu vollständig. Auch bei Parasiteninfektionen mit dem Wurm *Wucheria bancroftii* wurden die Mikrofilarien ähnlich gut beseitigt. Bis 2012 hatten mehr als 200 Millionen Patienten Ivermectin erhalten, für Zeiträume zwischen einem und 25 Jahren. Nach dem Plan der Weltgesundheitsorganisation sollen die beiden Krankheiten bis spätestens 2025 ausgerottet sein – das könnte jetzt realisierbar sein. «Früher haben wir Flussblindheit und Elephantiasis mit mehreren Medikamenten über Wochen behandeln müssen»,



Streptomyces avermitilis

erzählt Hatz. «Abgesehen von den Nebenwirkungen war es für die Patienten schwierig bis unmöglich, die Medikamente regelmässig und so lange zu nehmen.»

Malaria wird durch Parasiten der Gattung Plasmodien übertragen, die Keime gelangen mit dem Stich einer Anopheles-Mücke in den Menschen (Abb. 6).

Es ist eine der gefährlichsten Tropenkrankheiten. Weltweit sterben pro Jahr rund 600'000 Menschen an Malaria, etwa drei Viertel von ihnen sind Kinder unter fünf Jahren. Malaria bekommen vor allem Leute in Afrika, Asien und Südamerika, wobei am häufigsten Menschen in Afrika betroffen sind. Malaria beginnt mit Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen und die Betroffenen fühlen sich müde und abgeschlagen. Oft hält man die Beschwerden für einen grippalen Infekt oder eine Magen-Darm-Infektion. Je nach Art der Plasmodien kann Malaria zu regelmässigen Fieberschüben alle drei oder vier Tage führen, oder zu unregelmässigen

Abb. 5: Der japanische Mikrobiologe Satoshi Ōmura isolierte neue Streptomyces-Stämme und kultivierte sie erfolgreich im Labor. Von Tausenden von Streptomyces-Kulturen suchte er die 50 aus, von denen er sich erhoffte, dass sie antimikrobielle Substanzen herstellen könnten. Schliesslich fand er 1979 den Stamm Streptomyces avermitilis im Boden in der Nähe eines Golfplatzes im japanischen Ito, der gut gegen Keime wirkte.

Fieber-Attacken. Malaria tertiana und quartana tertiana – hervorgerufen durch *P. vivax*, *P. ovale* beziehungsweise *P. malaria* – verlaufen milder und nur selten tödlich. Bei Malaria tropicana, ausgelöst durch *P. falciparum*, kommt es zu einem schweren Krankheitsbild mit Vergrößerung von Milz und Leber, Nierenversagen, Kreislaufkollaps oder Krämpfen. Unbehandelt stirbt jeder fünfte.

Ein Malariamedikament auf der Basis eines chinesischen Krautes

Weil Malaria so viele Menschen dahinraffte, haben Wissenschaftler schon seit längerem intensiv darüber geforscht. Das hat zu verschiedenen Nobelpreisen geführt, etwa 1902 für Ronald Ross, der nachgewiesen hat, dass Malaria durch Mücken übertragen wird. Oder für Charles Laveran, der 1907 Parasiten in den Blutzellen von Malaria-

kranken identifizierte. Der Schweizer Chemiker Paul Hermann Müller bekam den Preis 1948, weil er entdeckte, dass das Pflanzenschutzmittel DDT Mücken tötete. Gemeinsam mit dem gerade entwickelten Chloroquin wollte man endlich Herr über die Malaria-Epidemie werden. Nach einigen Jahren merkten die Forscher aber, dass die Mücken resistent gegen DDT wurden, und auch die Plasmodien sprachen nicht mehr gut auf Chloroquin an. Die Chinesin Youyou Tu suchte im Bereich der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) nach Alternativen – dort musste es etwas geben, denn die TCM behandelt schon seit Jahrtausenden Menschen mit Fieber. Tus Team fiel auf, dass die Pflanze *Artemisia annua* in Hunderten von Rezepten der TCM verwendet wurde. Die Forscher testeten einen Extrakt dieser Pflanze und sahen: Damit liessen sich Plasmodien in ihrem Wachstum hemmen. Tu sah aber, dass die Wirksamkeit

Abb. 6: Der Lebenszyklus des Malaria-Parasiten. Eine weibliche Anopheles-Mücke nimmt aus dem Blut des Menschen Gametozyten auf (1). In der Mücke befruchten sich die Gametozyten (2) und bekommen Nachfahren (Oozysten, 3). Diese setzen Sporozoiten frei (4), die mit einem Mückenstich in das Blut gelangen (5). Die Sporozoiten dringen in Leberzellen ein und vermehren sich dort ungeschlechtlich (6). Deren Nachkommen (Merozoiten) befallen die roten Blutkörperchen (7), vermehren sich weiter, und aus einigen Merozoiten entstehen männliche und weibliche Gametozyten (8). Werden diese von einer Mücke aufgenommen, können sie sich wieder vermehren – der Zyklus ist geschlossen.

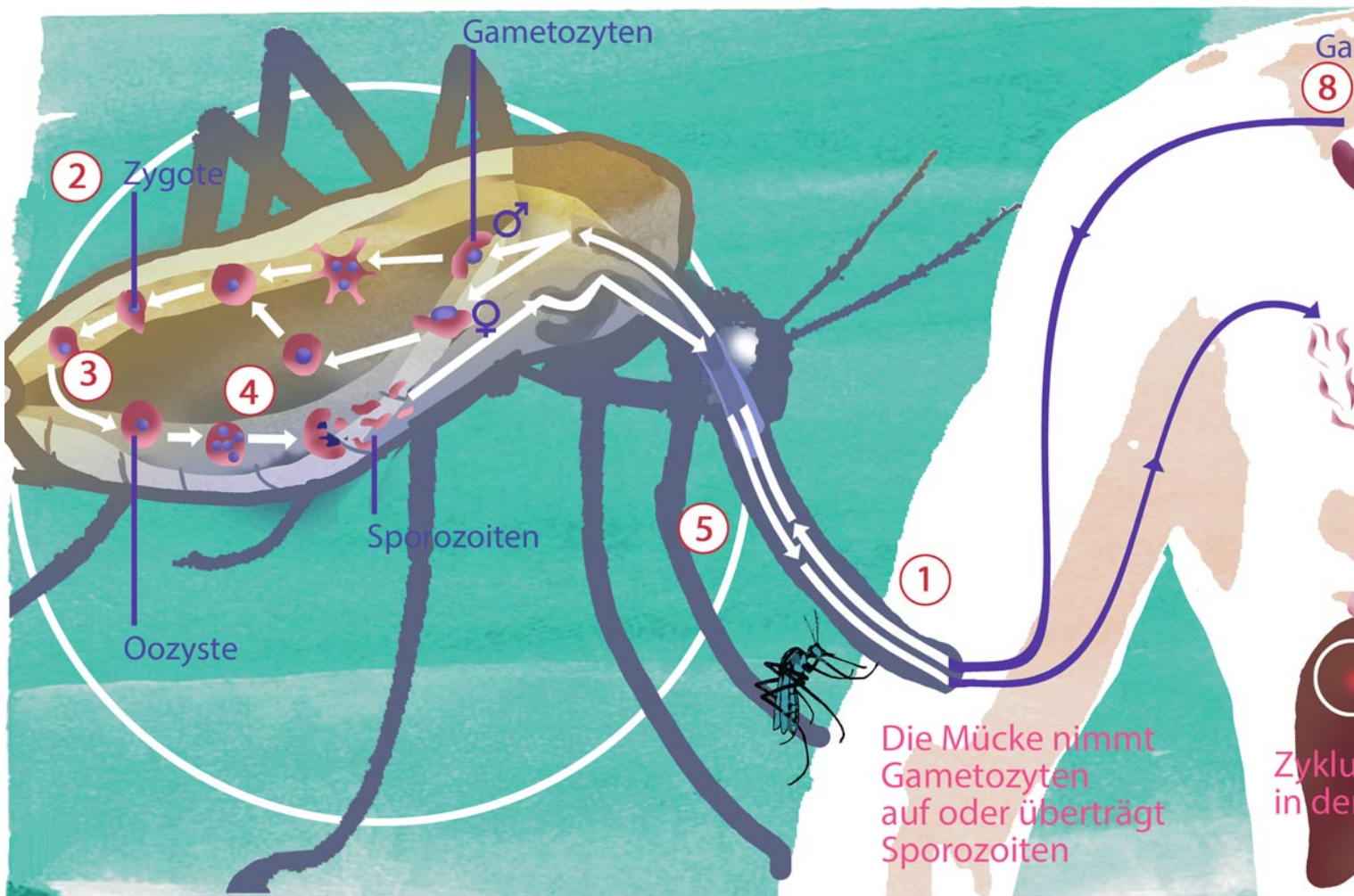




Abb. 7: Mit Artemisinin ging die Mortalität der Malaria um mehr als die Hälfte zurück. Die klassische Extraktion ist teuer und aufwändig. Seit einigen Jahren kann man Artemisinin synthetisch in Hefezellen herstellen.



ziemlich schwankte. So studierte sie noch einmal die alten Rezepte. In einem aus dem Jahre 340 nach Christus las sie, dass die Heiler damals kaltes Wasser für den Extrakt verwendet hatten und nicht, wie zu Tus Zeiten üblich, kochendes. So verwendete Tu einen kalten Alkohol-Extrakt und in Versuchen mit Mäusen und Affen starben damit hundert Prozent der Plasmodien. Ermutigt testete Tu die Pflanze bei Malariapatienten und sah, dass das Fieber zurück ging und die Zahl von Parasiten im Blut abnahm. Das Forscherteam isolierte schliesslich die aktive Substanz, Artemisinin, und einige Jahre später kam eine neue Klasse von Malaria-medikamenten auf den Markt. Die Herstellung von Artemisinin ist teuer und dauert lange. 2013 gelang es, das Medikament semisynthetisch in Hefezellen herzustellen (Abb. 7). In Kombination mit Mückenbekämpfungsmassnahmen und anderen Malaria-Medikamenten reduzierte Artemisinin die Mortalität der Malaria weltweit um fast die Hälfte zwischen 2000 und 2013. Während 2000 noch 173 Millionen Menschen erkrankten, waren es 2013 128 Millionen.

«Die Entdeckung von Artemisinin war ein Durchbruch, weil es rascher und auf alle Stadien des Parasiten wirkt», sagt der Tropenmediziner Hatz.

Die Erkenntnisse der drei Forscher haben die Behandlung von Menschen mit Parasitenkrankheiten grundlegend geändert:

Flussblindheit und lymphatische Filariose könnten bald ausgerottet sein und viele Menschen mit Malaria können heute geheilt werden. «Wir dürfen uns aber nicht auf den Erfolgen ausruhen», sagt Hatz. «Plasmodien entwickeln über fünf bis zehn Jahre eine Resistenz, und man fördert das noch, wenn so viele Menschen Malariamedikamente in geringer Dosierung einnehmen», sagt Hatz. «Resistenzentwicklungen können wir aber verhindern mit mindestens zwei Kombinationen von Malariamitteln – eine Monotherapie mit Artemisinin darf nie erlaubt werden.» Die zunehmende Resistenz habe damals kurz vor Entdeckung von Artemisinin die Welt in die grauenvolle Lage versetzt, eine Krankheit, welche ganze Kontinente bedroht, nicht mehr vernünftig behandeln zu können, sagt die Ärztin Amrei von Braun. «Ich fürchte, wir sind noch weit weg von der Ausrottung der Malaria. Politische Unruhen und andere Katastro-

phen, die zu Armut und Unsicherheit führen, bieten einen ständigen Nährboden für Malaria. Vielleicht werden wir erst mit einem Impfstoff die Seuche wirklich bekämpfen können.»

Dieser Artikel erschien erstmals im Swiss Dental Journal SSO, Vol. 125, 12/2015.

Literatur:

- Informationen vom offiziellen Internetauftritt des Nobelpreises: www.nobelprize.org
- Robert-Koch-Institut in Berlin mit vielen Infos zu Infektionskrankheiten: www.rki.de
- Schweizerisches Tropeninstitut: www.swisstph.ch/de
- Nord-Süd-Kooperationsprojekt zwischen Unispital Zürich und Makerere Universität in Uganda: www.uzh.ch/news/articles/2014/symposium-uganda.html

Abrechnen via Internet
Schön simpel



publik.ch

Ganz einfach: ohne Softwareinstallationen, Tarifupdates oder Backup-Systeme.

Beratung + Service + Software + Schulung = Ärztekasse
www.aerztekasse.ch

Ä K **ÄRZTEKASSE**
C M **CAISSE DES MÉDECINS**
CASSA DEI MEDICI



Mit Know-how und Charme

Haben Sie einen Termin mit Ariane Horvath, stehen Ihre Chancen auf ein Mandelbärli ausgezeichnet. Mindestens ebenso wichtig wie ihre Rolle als Bindeglied zwischen Praxis, Labor und Geräte Lieferanten ist unserer langjährigen Kundenberaterin ein offener und kollegialer Umgang mit ihrer Kundschaft. Sie werden sie deshalb garantiert nie mit leeren Händen in Ihrem Wartezimmer antreffen. Weder in professioneller noch in persönlicher Hinsicht.



Medics Labor AG, Bern
www.medics.ch

professionell
und persönlich

POLITIK+PATIENT

12. Jahrgang
 Herausgeber: Verband deutschschweizerischer
 Ärztgesellschaften (VEDAG)
 Politik+Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung
 Verantwortlich für die Redaktion:
 Marco Tackenberg, Gabriela Troxler; forum | pr
 Layout: Claudia Bernet, Bern
 Druck: Stämpfli AG

Politik+Patient ist die gesundheitspolitische Stimme der Ärzteschaft. Nur hier kommentieren Ärzte aktuelle Themen der öffentlichen Gesundheitsdebatte. Stets im Visier: das Wohl der Patienten. Und das ab jetzt in neuem Look, aber mit dem gleichen hohen Qualitätsanspruch beim kritischen Blick auf die Gesundheitspolitik.



Bestellung von Politik+Patient

Bestellen Sie das neue Politik+Patient noch heute – kostenlos!

Ja, ich bestelle kostenlos weitere Exemplare von Politik+Patient

20

50

100

Name / Vorname:

Adresse:

Stempel / Datum / Unterschrift:

Bitte Talon ausfüllen und per Fax oder Post schicken an:

Ärztgesellschaft des Kantons Bern
 Presse- und Informationsdienst
 Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

Fax: 031 310 20 82



SCHWEIZERISCHE HIRNLIGA
LIGUE SUISSE POUR LE CERVEAU
LEGA SVIZZERA PER IL CERVELLO

Die schweizerische Hirnforschung gehört zur Weltspitze. Um diese Forschung weiter zu unterstützen und voranzutreiben, haben engagierte Wissenschaftler 1995 die Schweizerische Hirnliga gegründet. Die bedeutenden Fortschritte in der Behandlung von Hirnschlägen, Multipler Sklerose und der Parkinson Krankheit weisen darauf hin, dass sich die Forschung auf dem richtigen Weg befindet. Die Schweizerische Hirnliga fördert diese Entwicklungen ebenso wie die Bestrebungen, Therapien von Alzheimer-Krankheit, Depressionen, Hirntumoren und Suchtkrankheiten zu verbessern.

Zu ihren wichtigsten Anliegen gehört auch, die Bevölkerung über die Möglichkeiten zur Gesunderhaltung des Gehirns zu informieren. Dazu gibt die Schweizerische Hirnliga viermal im Jahr das Magazin «das Gehirn» heraus.

«Das Gehirn» bestellen Sie auf www.hirnliga.ch oder telefonisch unter 031 310 20 90. Übrigens: Spenderinnen und Spender der Schweizerischen Hirnliga erhalten «das Gehirn» kostenlos.

Schweizerische Hirnliga
Postgasse 19, Postfach
CH-3000 Bern 8

Tel. 031 310 20 70
Fax 031 310 20 82
info@hirnliga.ch

Spendenkonto PC 30-229469-9

das Gehirn



SCHWEIZERISCHE HIRNLIGA
LIGUE SUISSE POUR LE CERVEAU
LEGA SVIZZERA PER IL CERVELLO

Inhalt Nr. 1/2016

Editorial	2
Bei Schlaflosigkeit wirkt Verhaltenstherapie so gut wie ein Medikament	3 - 5
Denkspiel	5
Das flexible Gehirn	6 - 7
Vorschau	8

Wenn der Sandmann pfuscht...

«Papa! Paaapaa!» Was? Ist er nicht eben erst eingeschlafen? Schlaftrunken schaut der Vater auf die Leuchtziffern seines Weckers: 10 nach 6! Schon hüpfet sein dreijähriger, hellwacher Sohn aufs Bett und redet ohne Punkt und Komma auf ihn ein. Der Vater quält sich in eine aufrechte Haltung. Nein, er ist definitiv kein Morgenmensch.

Eulen: Sie sind nachtaktiv, kommen am Morgen später in die Gänge. Bei jedem Menschen tickt die innere Uhr anders, meist liegt der eigene Schlaf-Wach-Rhythmus irgendwo zwischen dem der reinen Lerche und dem der reinen Eule.

Lerche-Eule-Lerche

Der Chronotyp ist nicht nur von Mensch zu Mensch anders, sondern auch von Lebensphase zu Lebensphase. Hellwache Dreijährige gibt es frühmorgens viele, denn kleine Kinder sind meist Lerchen und frühmunter. In der Pubertät verschiebt sich der Schlaf-Wach-Rhythmus nach hinten: Jugendliche machen die Nacht zum Tag. Dies aber nicht absichtlich,

Wie wir frühmorgens aus den Federn kommen, entscheiden zu einem grossen Teil unsere Gene: Die innere Uhr legt fest, ob wir eher zum Chronotyp Lerche oder zum Chronotyp Eule gehören. Lerchen sind Morgenmenschen. Sie gehen abends zeitig ins Bett und stehen früh auf. Anders die

