

**Thomas Pasch: Gehört Anästhesiologie
zu den operativen Fachgebieten?**

**Marco P. Zalunardo:
Programme d'inspection des centres
de formation post-graduée**

**Im Gespräch:
Michèle Mérat, Philippe Clerc und Manfred Füeg
„Es macht mir nichts aus,
Sklave des Chirurgen zu sein“**

Inserat

2



Schlafmilch

Liebe Leserin, lieber Leser

Die Schmerzen in seinem Unterbauch waren unerträglich geworden. Kaltschweissig und zitternd, krumm vor Schmerzen, schob der Narkosearzt seine erwachende Patientin auf die Überwachungsstation. Dann war er erleichtert, dass er sich endlich selber seiner jahrelangen Mitarbeiterin, der diplomierten und erfahrenen Pflegefachfrau für Anästhesie, anvertrauen durfte. Dass die weisse Milch langsam in seine Venen tropfte und er dankbar spürte, wie die brennenden Schmerzen sich immer weiter entfernten. Er hörte noch ihren so vertrauten einlullenden murmelnden Tonfall: „Stell Dir vor, Du gehst an einem Frühlingsmorgen bei Sonnenaufgang über eine Bergwiese voll von...“

Ihr gut gemeinter Wunsch brachte ihm zwar einen Traum. Nur war es ein Albtraum. Wenn auch auf einer Alpenwiese.

Zwei gnomenhaften Hexer tanzen um ein höllisches Feuer, in dem ein heisses Eisen glüht. „Wir schmieden das billige Gesundheitswesen“, trällert der mit der grossen krummen Nase in welschem Singsang. „Es ist ganz einfach“, grinst der Graubart durch seine intellektuelle Brille und wirbelt sein Stethoskop wie einen Propeller: „Die Krankenkassen zahlen keine Narkosen mehr.“ „Die Kantone streichen die Anästhesisten von den Lohnlisten der Spitäler.“ „Chirurgen sollen selber schauen, wie sie dann noch Mengen ausweiten.“ – „...aber die Dignität für Lokalanästhesien geben wir ihnen nicht!“ – „...und streichen alle Anästhetika aus der Arzneimittelliste.“ Und sie tanzten wie Rumpelstilzchen um das Feuer, und eine Heerschar kleiner, giftig blickender Controller tanzte fanatisch mit ihnen. „Dann sollen die halt Schnaps trinken und auf einen Knebel beißen, wenn sie unbedingt Menisken oder Blinddärme loswerden wollen“, giftelten sie hämisch.

Unser braver Narkosemann schreckte aus dem bösen Traum. Beruhigt bemerkte er, dass der brennende Schmerz im Unterbauch ganz, ganz weit weg geblieben war. Aber erschreckend deutlich, ja zuvorderst im hellwachen Hirn wusste er auf einen Schlag, was zu tun war, um die Medizin im Land zu retten: 95 Krankenkassen mussten liquidiert und ihre 95 mal x hämischen Controller in die Wüste geschickt werden...

Träumend,
Ihr Roland de Roche

Somnifère

Chère lectrice, cher lecteur,

Les douleurs dans son abdomen étaient devenues insupportables. En proie à des sueurs froides et à des tremblements, tordu de douleur, l'anesthésiste a transféré dans l'unité de surveillance sa patiente en train de se réveiller. Il a alors été soulagé de pouvoir enfin remettre sa propre carcasse aux soins de sa collaboratrice de longue date, infirmière diplômée et expérimentée en anesthésie. Et de voir que le liquide blanc et laiteux coulait goutte à goutte dans ses veines, constatant avec reconnaissance que ses insupportables douleurs se dissipaient peu à peu. Il entendait encore l'infirmière murmurer, sur ce ton de berceuse auquel il était si habitué: «Imagine que par une matinée de printemps, au lever du soleil, tu marches dans une prairie de montagne pleine de...»

L'injonction douce et bienveillante de l'infirmière l'a certes amené à rêver. Seulement, il a fait un cauchemar, même en plein alpage.

Deux sorciers aux allures de gnomes dansent autour d'un feu infernal dans lequel rougeoit un fer brûlant. «Nous forçons le secteur bon marché de la santé», fredonne celui qui a le grand nez recourbé, sur l'air monotone d'un chant de Suisse romande. «C'est très simple», ricane celui qui porte une barbe grise et des lunettes d'intellectuel, tout en agitant son stéthoscope comme une hélice: «Les caisses d'assurance maladie ne remboursent plus les anesthésies.» «Les cantons rayent les anesthésistes de la liste des employés des hôpitaux.» «Les chirurgiens doivent regarder eux-mêmes comment ils peuvent encore augmenter leur quantité des cas» – «...mais nous ne leur accorderons pas de valeur intrinsèque pour les anesthésies locales!» – «... et nous rayons tous les anesthésiques de la liste des médicaments.» Et ils dansaient autour du feu comme des personnages de contes de fées, et une armée de petits contrôleurs de gestion au regard vénéneux dansait fanatiquement avec eux. «Ils n'auront qu'à faire boire un coup de schnaps à leurs patients et les bâillonner s'ils veulent à tout prix leur enlever un ménisque ou l'appendice», disaient-ils méchamment, du fiel plein la voix.

Notre brave anesthésiste s'est réveillé de ce mauvais rêve tremblant de peur. Soulagé, il a constaté que sa douleur lancinante dans l'abdomen avait complètement, mais alors complètement disparu. Seulement, tout d'un coup, d'une manière effroyablement claire, son cerveau à présent tout à fait réveillé lui a soufflé la solution pour sauver la médecine dans son pays: liquider 95 caisses d'assurance maladie et limoger leurs 95 fois x contrôleurs de gestion malveillants...

On peut toujours rêver...
Roland de Roche

Inserat

4



**Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für
Anästhesiologie und Reanimation (SGAR)**

Prof. Thomas Pasch, Zürich (Präsident)
Dr. Elisabeth Van Gessel, Genf (Past President)
Dr. Tiziano Cassina, Lugano
PD Dr. Karl Hampl, Aarau
Prof. Patrick Ravussin, Sion
Prof. Albert Urwyler, Basel
Dr. Max Wintsch, Yverdon

Gehört **Anästhesiologie** zu den operativen **Fachgebieten**?

Herausgewachsen aus dem damals noch nicht segmentierten „Mutterfach“ Chirurgie ist die Anästhesiologie seit mehr als 50 Jahren in der Schweiz ein eigenständiges Fachgebiet.

Gab es noch um 1990 herum diskrepante Auffassungen zwischen chirurgischen Chefärzten kleinerer Spitäler und Anästhesisten über deren Status (nachzulesen im Informationsbulletin Nr. 12 der Union vom April 1990), ist das Verhältnis heute durchwegs vom Geiste gleichberechtigter Partnerschaft geprägt.

Operateur und Anästhesist behandeln zusammen denselben Patienten, ihre organisatorischen Abläufe sind verzahnt, sie nutzen viele Ressourcen gemeinsam. Daraus entsteht fast natürlicherweise eine Interessengemeinschaft gegenüber den Spitalverwaltungen und -trägerschaften, der Gesamtärzteschaft (konkret: der FMH), der Politik und im Tarifwesen. So können beispielsweise Anästhesisten nicht nach TARMED ihre Leistungen erfassen und fakturieren, ohne direkt auf die entsprechenden operativen Leistungen Bezug zu nehmen. In diesem Bewusstsein hat die Generalversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) am 30. April 2004 mit grosser Mehrheit für eine Mitgliedschaft in der FMCH votiert.

Die meisten Ziele, die sich die FMCH gesetzt hat, sind auch solche der SGAR und ihres Vorstandes: Genannt seien Weiterbildung und Nachwuchsförderung, Fortbildung, Qualitätssicherung und Risikomanagement, Sicherung der wirtschaftlichen Grundlagen, wirksame Vertretung unserer Anliegen in der Öffentlichkeit, Auseinandersetzung mit rechtlichen und ethischen Fragen. Konkrete Probleme wie die Strukturreform der FMH oder die Einführung von DRGs im stationären

Bereich und deren jeweilige Konsequenzen sollten unseres Erachtens innerhalb der FMCH diskutiert und aufeinander abgestimmt werden.

Gegenwärtig ist die Anästhesiologie ein attraktives Fachgebiet für junge Mediziner, was die SGAR nicht von Massnahmen zur stetigen Verbesserung der Weiterbildungsqualität entbunden hat. Als Beispiel hierfür wird das Programm zur Evaluation der Weiterbildungsstätten von M. Zalunardo beschrieben. Wie die chirurgischen Fächer sehen auch wir uns dem von aussen kommenden Zwang ausgesetzt, dass ein Übermass an arbeitsrechtlichen Bestimmungen und formalen Anforderungen (Stichwort „formatierte Weiterbildung“) die direkte Weiterbildung am Patienten mehr und mehr einschränkt. Um ihre Mitglieder bei der Bewältigung einiger dieser Probleme vor Ort zu unterstützen, hat die Kommission für Struktur- und Prozessfragen der SGAR Empfehlungen zur Personalberechnung der Anästhesieärzte erarbeitet (Beitrag C. Heim).

Ein Schwerpunkt der SGAR-Aktivitäten ist seit über 10 Jahren die Förderung der Qualität und Sicherheit der Anästhesie. In diesem Rahmen wurde eine Kommission zur Analyse abgeschlossener Haftpflichtfälle etabliert, über deren Arbeit S. Staender berichtet. Erwähnt sei auch die auf Initiative von B. Meister 2001 erfolgte Gründung einer Stiftung Patientensicherheit in der Anästhesie, deren Träger ausser der SGAR die SPO, der schweizerische Versicherungsverband sowie pharmazeutische und medizintechnische Firmen sind.

Prof. Thomas Pasch
Direktor Institut für Anästhesiologie, Universitätsspital Zürich
Präsident der SGAR

Inserat
6



L'anesthésiologie fait-elle partie des disciplines chirurgicales?

En Suisse, l'anesthésiologie est depuis plus de 50 ans une spécialité autonome. Elle est issue de la «discipline mère», la chirurgie, qui, à l'époque, n'était pas encore segmentée. Si, vers 1990, les conceptions des chirurgiens-chefs des petits hôpitaux et celles des anesthésistes divergeaient encore à propos de leur statut (voir le bulletin d'information n° 12 d'avril 1990 de l'Union), leurs rapports sont aujourd'hui entièrement marqués par un esprit de partenariat et d'équité des droits.

Chirurgien et anesthésiste soignent ensemble le même patient, chacun est tributaire de l'autre pour l'organisation et le bon déroulement d'une intervention, et ils utilisent en commun des nombreuses ressources. Il en résulte la constitution presque naturelle d'une communauté d'intérêts face à l'administration et aux responsables des hôpitaux, à l'ensemble du corps médical (concrètement: à la FMH), aux milieux politiques et à la tarification. Ainsi, par exemple, les anesthésistes ne peuvent pas répertorier et facturer leurs prestations conformément au TAR-MED sans se référer directement aux prestations opératoires correspondantes. Consciente de cet état de fait, l'assemblée générale de la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (SSAR) a voté à une grande majorité, le 30 avril 2004, l'adhésion à la FMCH.

La plupart des objectifs affichés par la FMCH sont également ceux de la SSAR et de son comité: citons la formation post-graduée et le soutien aux jeunes collègues, la formation continue, l'assurance qualité et la gestion des risques, la consolidation des bases économiques, une défense efficace de nos intérêts vis-à-vis de l'opinion publique, un débat sur les questions juridiques et éthiques. À notre avis, des problèmes concrets comme la réforme structurelle de la FMH ou l'introduction des DRG en hospitalisation stationnaire, ainsi que leurs conséquences respectives, devraient être discutés au sein de la FMCH en tenant compte de l'influence des uns sur les autres.

Actuellement, l'anesthésiologie est une spécialité attirante pour les jeunes médecins, ce qui n'a pas dispensé la SSAR de prendre des mesures visant à augmenter en permanence la qualité de la formation post-graduée. Pour donner un exemple, c'est M. Zalunardo qui a rédigé le programme d'évaluation des centres de formation post-graduée. À l'instar des disciplines chirurgicales, nous sommes également exposés à une contrainte venue de l'extérieur, qui fait qu'un excès de dispositions relatives au droit du travail et d'exigences formelles (mot-clef «formation post-graduée formatée») restreint de plus en plus la formation post-graduée directe en présence du patient. Pour aider ses adhérents à résoudre sur place quelques-uns de ces problèmes, la commission de la SSAR chargée des questions de structures et de qualité de processus a établi des recommandations pour le calcul des besoins en personnel pour ce qui concerne les médecins anesthésistes (article de C. Heim).

Depuis plus de 10 ans, la promotion de la qualité et de la sécurité dans le domaine de l'anesthésie est l'une des priorités des activités de la SSAR. Dans ce cadre, une commission a été créée pour analyser les cas relevant de la responsabilité civile qui ont trouvé une solution. S. Staender a rédigé un compte-rendu du travail de cette commission. Il convient aussi de mentionner la création en 2001, sur l'initiative de B. Meister, d'une fondation pour la sécurité des patients en anesthésie. Elle rassemble, outre la SSAR, l'OSP, l'Association Suisse d'Assurances ainsi que des entreprises pharmaceutiques et de technique médicale.

Professeur Thomas Pasch
Directeur de l'institut d'anesthésiologie, hôpital universitaire de Zurich
Président de la SSAR

Inserat
8



Visitationsprogramm für Weiterbildungsstätten

Bereits 1997, also vor Inkrafttreten der am 21.6.2000 von der Ärztekammer verabschiedeten Weiterbildungsordnung, wurde von der SGAR eine Kommission zur Evaluation der Weiterbildungsstätten ins Leben gerufen. Sie hatte den Auftrag, alle 53 Weiterbildungsstätten (WBS) bis längstens 7 Jahre nach Inkrafttreten des seit 1.1.2001 geltenden Weiterbildungsprogramms Anästhesiologie zu evaluieren. Dieses ehrgeizige Ziel wurde schon Ende 2004 unter dem energischen Kommissionspräsidium von Dr. P. Schumacher erreicht.

Die Visitationen waren strukturiert und im Ablauf standardisiert. Das Visitationsteam konnte sich anhand von Fragebogen, die sowohl vom Leiter der WBS als auch von einem Assistenzärztevertreter auszufüllen waren, sowie anhand des Weiterbildungskonzeptes der Klinik über die Ausgangslage vorinformieren. Erwartungsgemäss wurden die Aufforderungen zur Rücksendung der Fragebogen und Einreichung eines Weiterbildungskonzeptes nicht immer ohne weiteres befolgt. In diesen Fällen wurde die Visitation und damit verbunden die Anerkennung der WBS temporär sistiert. Im Rückblick sind folgende Punkte bedeutsam:

- Die Organisation und Durchsetzung von Visitationen bedingt einen erheblichen zeitlichen und personellen Aufwand.
- Standardisierung des Ablaufs und Checklisten sind essentiell für die effiziente Durchführung und den Vergleich der WBS.
- Durch die Evaluation kann ein Status quo der Weiterbildung ermittelt werden. Dies ist eine Hauptvoraussetzung zum Setzen von Qualitätsstandards.
- Visitationen sind ein wesentliches Instrument zur Qualitätssicherung. Anpassungen der Kategorisierung der WBS wurden aufgrund der Visitationen eingeleitet.

- Ein wesentlicher Benefit der Visitationen ist der Umstand, dass die evaluierten WBS sich mit dem Thema „Weiterbildung“ ernsthaft, intensiv und manchmal erstmalig auseinandersetzen müssen.
- Bei den Visitationen kamen Unterschiede zwischen Fremd- und Selbstbild der WBS zum Vorschein, die von den WBS oft als Denkanstösse wahrgenommen wurden.
- Obwohl bei den Visitationen darauf geachtet wurde, dass keine „nachbarschaftliche“ Beziehung zwischen den Visitatoren und dem Leiter der WBS besteht, ist ein gewisser „Bias“ oder „Goodwill“ nicht auszuschliessen, denn die Anästhesieszene der Schweiz ist überschaubar. Von einer wohlwollenden Beurteilung des Berichterstatters ist in der Regel auszugehen. Trotzdem wurden Mängel gefunden und dokumentiert.

Eines der diesjährigen Ziele der Kommission ist es, eine allgemeine Mängelliste zu erstellen sowie die Schwere der Mängel und die allfälligen Konsequenzen daraus zu definieren.

PD Dr. med. Marco P. Zalunardo
Institut für Anästhesiologie, UniversitätsSpital Zürich

Inserat
10

Programme d'inspection des centres de formation post-graduée

Dès 1997, c'est-à-dire avant l'entrée en vigueur du règlement sur la formation post-graduée adopté par l'ordre des médecins, la SSAR a créé une commission pour l'évaluation des centres de formation post-graduée. Celle-ci avait pour mission d'évaluer l'ensemble des 53 centres de formation post-graduée au plus tard dans les 7 ans suivant l'entrée en vigueur du programme de formation post-graduée en anesthésiologie applicable au 1er janvier 2001. La commission a atteint cet objectif ambitieux dès la fin 2004 sous l'énergique présidence du docteur P. Schumacher.

Les inspections étaient structurées et standardisées dans leur déroulement. L'équipe d'inspection pouvait recueillir des informations préliminaires sur la situation de départ grâce à des questionnaires à remplir aussi bien par le directeur du centre de formation post-graduée que par un représentant des médecins assistants, ainsi qu'en étudiant le concept de formation post-graduée de la clinique. Comme on pouvait s'y attendre, les invitations à renvoyer les questionnaires et à présenter un concept de formation post-graduée n'ont pas toujours été suivies d'effet. Dans ces cas-là, l'inspection, et avec elle la reconnaissance du centre de formation post-graduée, ont été temporairement suspendues. Rétrospectivement, les points ci-après s'avèrent importants:

- L'organisation et la réalisation des inspections prennent un temps considérable et mobilisent beaucoup de personnel.
- La standardisation du déroulement et l'utilisation de check-lists sont essentielles pour l'efficacité de l'inspection et la comparaison des centres de formation post-graduée.
- L'évaluation permet de dresser un état des lieux de la formation post-graduée. C'est là une condition essentielle pour fixer des standards de qualité.

- Les inspections sont un instrument essentiel de l'assurance qualité. Les adaptations apportées à la répartition des centres de formation post-graduée par catégories sont faites sur la base de ces inspections.
- Un avantage essentiel des inspections réside dans le fait que les centres de formation évalués doivent se préoccuper sérieusement, intensivement et, s'agissant de certains, pour la première fois, du thème de la formation post-graduée.
- Lors des inspections, des différences apparaissent entre l'image des centres de formation post-graduée qu'a un observateur extérieur et celle que s'en fait le centre lui-même, différences souvent perçues par les centres comme des incitations à la réflexion.
- Bien que, lors des inspections, on ait veillé à ce qu'il n'existe aucune relation de «bon voisinage» entre les inspecteurs et les directeurs des centres de formation post-graduée, une certaine «partialité» ou «bienveillance» n'est pas à exclure, car le nombre des anesthésistes suisses est restreint. En règle générale, il faut s'attendre à ce que le rapporteur porte un jugement bienveillant. Cependant, des insuffisances ont été constatées et notées.

Cette année, l'un des objectifs de la commission est d'établir une liste générale des insuffisances, et de définir la gravité et les éventuelles conséquences de ces insuffisances.

PD Dr. Marco P. Zalunardo
institut d'anesthésiologie, hôpital universitaire de Zurich

Inserat
12

Wie viele Anästhesieärzte braucht mein Betrieb?



Bei knappen Ressourcen und steigenden Ansprüchen werden von Spitalträgern nachvollziehbare Berechnungen für das Personal gefordert. Die Einführung des Arbeitsgesetzes (ArG) ab 1.1.2005 für Assistenz- und teils auch Oberärzte bedingte erhebliche Strukturanpassungen mit der Folge einer Personalknappheit im Mittelbau von Querschnittsfächern wie der Anästhesiologie.

In kleinen bis mittelgrossen Spitälern ist der Personalschlüssel für den Notfallbetrieb und die Bedürfnisse von Intensiv- und Rettungsmedizin kaum zu beziffern. Hier entsteht die kritische Grösse durch eine inconstante Auslastung während Nacht- und Wochenenddiensten, besonders offensichtlich in der Geburtshilfe und im Rettungsdienst. Spezifische medizinische und örtliche Gegebenheiten sind unbedingt zu berücksichtigen. Allgemeine Folgerungen:

- Die ärztliche Personaldotation von Anästhesieabteilungen für den OP-Wahlbetrieb ist über Eckdaten und Erfahrungswerte realistisch und transparent zu begründen.
- Für die ärztlichen Dienste lassen sich lediglich minimal einzuhaltende Leitlinien aufstellen.
- Der Personalbedarf für Einsätze ausserhalb des OP, in Spezialbereichen sowie für Lehre, Forschung, Administration usw. ist individuell in jedem Betrieb zu ermitteln.

Das Arbeitsgesetz und das Staatssekretariat für Wirtschaft (seco) definieren normativ die maximal zumutbare Belastung der Arbeitnehmer. Daneben gibt es wissenschaftliche Daten zu physiologischen Belastbarkeitsgrenzen, deren Missachtung das Risiko einer Patientengefährdung signifikant erhöht. Folgerungen:

- Wo für Ärzte das ArG gültig ist, sind maximaler zeitlicher Arbeitseinsatz und eindeutig definierte Rahmenbedingungen für Ruhezeiten, Kompensationen, Pikettdienst etc. vorgegeben.
- Bei Anstellung ausserhalb ArG (OA, LA, CA und Belegärzte) sind die Sicherheit für Patienten und die physiologische Belastbarkeit der Ärzte gebührend zu berücksichtigen.

Berechnungsmodell für Anästhesiearztstellen im OP-Wahlbetrieb

Minimalbesetzung zur Führung eines sicheren und gut organisierten Anästhesiebetriebs für das OP-Wahlprogramm:

- Weiterbildungsbetrieb: 1 Anästhesiearzt / 1 OP-Tisch
- Facharztbetrieb: 1 Facharzt / 1,5 OP-Tische

Leitlinien zum Einsatz von Anästhesieärzten ohne bindendes ArG im Dienstbetrieb

Arbeitszeit (= Präsenz am Arbeitsplatz zur sofortigen Verfügung des Arbeitgebers):

- Begrenzung auf max. 24 Std. mit einer unmittelbar folgenden Ruhezeit von mind. 6 Std.
- Die Arbeitszeit/Woche soll im Jahresdurchschnitt 60-65 Std. nicht übersteigen.
- Wochenenden, Feiertage und Nachtdienste sind zeitlich 1:1 mit Freitagen zu kompensieren.

Pikettdienst (= Abruf von ausserhalb des Spitals, wobei die Einsatzbereitschaft nicht vor Ablauf von 30 Min. gefordert werden darf. Ausnahmen sind aktuell gesetzlich ungeregelt):

- Falls zwischen 23 und 07 Uhr ein Einsatz von über 2 Std. vorkommt (inkl. Fahrt ins Spital und Heimkehr = pauschal 30 Minuten), ist die reguläre Arbeitsaufnahme erst nach 6 Std. Ruhezeit erlaubt.
- Pikettdienstage oder -nächte: maximal 7 Pikettdienste in ununterbrochener Abfolge.
- Maximal 120 Pikettdienste/Jahr, sofern Einsätze zwischen 23 und 07 Uhr in < 10% vorkommen.

Dr. med. Christof Heim

Chefarzt Anästhesie, Kantonsspital Münsterlingen

Inserat
14



Manfred Füeg

„Es macht mir nichts aus, Sklave des Chirurgen zu sein“

Vielleicht gibt es unter Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Anästhesie und Reanimation spezialisiert haben, die sich mit den Extremen menschlicher Krankheitsverläufe oder Notfallsituationen auskennen, auch überdurchschnittlich viele Menschen, die neben dem beruflichen Alltag in ihrer Freizeit ebenfalls extreme Erfahrungen suchen und erleben wollen. „FMCH direct“ sprach über diese Fragen mit drei ganz unterschiedlichen Exponenten aus dem Lager der Anästhesie-Fachleute:

Michèle Mérat (MM), 40jährig, Bernerin seit Geburt und Bern treu geblieben durch Schulen, Studium und Weiterbildung; nach Anfängen in der Chirurgie Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin, derzeit in der Kinderklinik des Inselspitals. In der Freizeit Sport im Freien, vor allem in den Bergen. Sie selber redet kein Wort davon, dass sie die erst zweite Schweizer Frau auf dem Gipfel des Mount Everest war.

Philippe Clerc (PC), 59jährig, Studium in Lausanne. „Ich war überrascht, dass sich noch jemand erinnert hat, dass ich in jener Periode meines Lebens Sportler war.“ Nicht irgendein Sportler, sondern der erfolgreichste Schweizer Leichtathlet bis zu Werner Günthör und André Bucher: Europameister über 200 m 1969 in Athen und Sieger der Letzigrund-Meetings 1969 (200 m) und 1970 (100 m). Dann Staats-examen, Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesie in Bern mit Diplom 1979; arbeitete im Operationssaal von verschiedenen Kliniken in der welschen Schweiz, inzwischen im Privatspital Sonnenhof in Bern.

Manfred Füeg (MF), 47jährig, nach der Ausbildung (hauptsächlich in Aarau mit Station an der Uni Basel) seit bald zwanzig Jahren „Vollblut-Anästhesist“, seit 14 Jahren als Chefarzt-Stellvertreter im Merian Iselin Spital in Basel. Seit 11 Jahren ebenso begeisterter Pilot; „wenn immer es geht, bin ich in der Luft.“

Inserat
16

Michèle Mérat



FMCH direct: Manfred Füg, sind Anästhesisten spezielle Menschen, Grenzgänger, haben sie einen Hang zu Extremen?

MF: „Grenzgänger oder Extremisten glaube ich nicht. Aber unser Arbeitsgebiet sind die lebenserhaltenden Funktionen, wir bewegen uns also dauernd an der Grenze des Vitalen. Das ist mental sehr verwandt mit der Fliegerei. Aus dieser Verwandtschaft heraus kam ich als fertiger Anästhesist später auch zum Fliegen. Und ich habe den Eindruck, diese Verwandtschaft werde immer noch enger.“

Philippe Clerc, Sie waren zuerst Spitzensportler und wurden dann Anästhesist?

PC: „Meine Motivation für die Anästhesie war nicht von Anfang an da. Aber am Ende meines Medizinstudiums war ich irgendwie leicht enttäuscht. Man hatte uns immer gesagt, Medizin sei einerseits wissenschaftlich, andererseits menschlich. Aber ich habe viele gesehen, deren praktische Arbeitsweise gar nicht wissenschaftlich ist, sondern oft aus dem Bauch heraus, auch mal mit entsprechenden Kurzschlüssen. Das Menschliche machte mir erst recht Mühe; viele Kollegen mit einer seriösen, medizinisch-wissenschaftlich objektiven, geradlinigen Einstellung kommen bei den Patienten gar nicht so gut an, dafür umso mehr jene, die mit ihren Entscheidungen vor allem den Patienten gefallen wollen. Dieses Dilemma führte mich zur Anästhesie. Die Medikamente wirken zuverlässig, die Techniken sind wissenschaftlich belegt; auf der andern Seite ist das Problem der Indikation nicht mehr unser Problem und nicht unsere Verantwortung.“

Gibt es noch Auswirkungen von ihrem Sport im Beruf?

PC: „Ich bin ein leidenschaftlicher Sportler geblieben, ich habe gern herausfordernde Tätigkeiten. Für die Organisation der Zeit ist Anästhesie ein gutes Gebiet. Wir machen zwar relativ häufig Bereitschaftsdienst, aber wenn die Arbeit beendet ist, so ist sie wirklich

fertig. Ich habe auch etwas Chirurgie und Innere Medizin gemacht. Vielleicht der einzige Zusammenhang ist, dass ich im Sport mein Mini-Palmare schon gehabt hatte. Das hat mir gezeigt, dass ich den Ruhm zum Leben nicht brauche. Es macht mir also überhaupt nichts aus, im Beruf der Sklave des Chirurgen zu sein. Man sollte seine Dienstleistung bringen, nicht streitbar sein, man sollte es besser etwas locker nehmen. Für Leute mit hohen Ambitionen ist Anästhesie dagegen ein schwieriges Gebiet.“

Michèle Mérat, wie erleben Sie den Zusammenhang zwischen Ihrem Sport und der Arbeit?

MM: „Ich glaube, dass alle invasiv tätigen Mediziner etwas Mut und Risikobereitschaft brauchen. Dann geht es ums Abwägen: wo brauche ich eine oberflächliche Sedation, wo eine tiefe Narkose, habe ich alles jederzeit im Griff? Am Berg geht es ebenfalls darum, keinen Schritt zu viel oder zu wenig zu machen. Wenn man zu wenig macht, kommt man nicht vorwärts, wenn man zu viel macht, ist man vielleicht plötzlich schon jenseits des Abhangs, in der Gletscherspalte. Ich ging schon zu Berg, ehe ich Anästhesie begann, fand also nicht über die Anästhesie zu einer risikobehafteten Sportart. Ein weiterer Zusammenhang ist der, dass ich unmittelbar sehe, was ich mache; das ist am Berg oder auch beim Fliegen dasselbe.“

MF: „Wenn wir Fliegen und Anästhesie vergleichen, dann gibt es aber ein völlig unterschiedliches Prinzip. Wenn in der Fliegerei ein Absturz passieren sollte, stürze ich mit ab – wenn ich mit einer Narkose abstürze, dann stürzt der Patient allein ab. Wenn wir die Situation also nicht beherrschen, ist stets ein Patient der Leidtragende.“



Philippe Clerc

MM: „Im Sport sind wir eigenverantwortlich; Verantwortung für andere ist nur da, wenn wir jemanden im Nebensitz mitnehmen, oder am Seil, oder wenn wir einen Steinschlag lostreten.“

MF: „Ich fliege jedenfalls anders, wenn ich allein in der Luft bin. Ich schaue nicht so genau auf die Instrumente, tanze schon mal nach Gefühl um die Wolken, singe vor mich hin – wenn jemand dabei ist, fliege ich gesitteter. Da ist eine Verantwortung, die das verlangt.“

Sie fliegen allein also mehr nach Gefühl – wie führt man denn eine Narkose? Mehr nach Gefühl, oder mehr nach den Monitoren?

MF: „Mein ehemaliger Chef in Aarau war auch Pilot. Wir haben immer wieder gesehen, dass da viele Parallelen existieren. Man macht sich einen Flugplan – für eine Narkose macht man ebenfalls einen Plan, wie alles zu laufen hat. Man überlegt, was man tun will, mit welchem Team, und bereitet sich vor. Dazu gehört auch ein worst-case-Szenario; was könnte passieren, sind alle Notfallmedikamente bereit. Dann fliegt man los, es gibt einen Start, einen steady state wie einen flight level, und dann muss man wieder ausleiten, landen. Vom Kopf her ist das wirklich sehr vergleichbar. Es ist kein Zufall, dass auch im Training am Simulator Anästhesie und Fliegerei so eng verwandt geworden sind.“

Wie denkt und plant eine Bergsteigerin?

MM: „Natürlich landet man zuletzt auch, hoffentlich auf zwei Beinen – aber es ist nicht immer so eine minutiöse Vorbereitung wie bei einer Anästhesie oder beim Fliegen. Beim Bergsteigen habe ich wohl mehr freie Momente, wo die Konzentration nicht so hoch sein muss, ich nicht dauernd auf mich, meine Kollegen oder auf Wetterverhältnisse achten muss. Ich habe sicher mehr Freizeiterlebnis. Fliegerei stelle ich mir anstrengend vor; ich bin genügend konzentriert im Beruf, genieße deshalb meine Freiheit beim Bergsteigen. Klettern andererseits ist anspruchsvoller für die Konzentration: die Sicherung muss stimmen, jeder Tritt oder Griff muss sitzen. Aber bei einer Hochtour kann man einfach einmal losmarschieren, über Schutt und Steine oder einen

Gletscher, ohne gleich voll konzentriert sein zu müssen. Da ist sicher mehr Freizeitgedanke dahinter.“

MF: „Natürlich gibt es auch in der Luft diese beiden Aspekte. Einige fliegen sehr technisch, aber an einem klaren sonnigen Tag über das Jungfraujoch zu fliegen, ist natürlich auch ein Erlebnis der Bergwelt, ein unglaubliches Freizeitgefühl. Andererseits bewege ich mich in einem Raum, wo auch viele andere unterwegs sind. Da muss ich mich an sehr strenge Regeln strikte halten. Für mich ist es dennoch *die* Erholung; wenn einmal alles drunter und drüber geht, ist der Blick von oben eine grossartige Entspannung. Alles ist so klein da unten – können denn die Probleme wirklich so gross sein?“

Michèle Mérat, Sie berichten von Entspannung und Freizeitgefühl am Berg – aber ist das nicht ganz anders, wenn man zum Mount Everest aufbricht?

MM: „Auch da wieder, wie im Beruf, gibt es beide Aspekte. Natürlich ist der Gipfelgang anstrengend, dafür trainiert man, braucht man auch Erfahrung und mentale Stärke. Klar, dass ich nicht vom Gurten direkt auf den Everest gegangen bin. Man muss sich selber gut kennen, muss seinen Biss und seine Kondition einschätzen können in jeder Lage. Ich hatte mir vorgenommen, bis ins letzte Lager zu kommen. Für den Gipfelgang braucht man gutes Wetter und gute Gesundheit, keinen Infekt, und dann geht das auch. Darum herum gibt es viel Angenehmes: man ist zwei Monate unterwegs, sieben Wochen am gleichen Berg, hat ein Zweierzelt für sich allein – das ist ein kleines Eigenheim. Man unternimmt kürzere Akklimatisationsstouren, macht dann wieder zwei oder drei Tage gar nichts ausser Essen und Trinken und Schlafen, Musikhören und Lesen. Dafür hat man in unserem hektischen Alltag niemals die Musse, sicher nie länger als einen regnerischen Sonntagnachmittag lang im November. Diese erholsame Vorbereitungsphase bringt einen dann in die Verfassung, eine solche Gipfelbesteigung auch leisten zu können.“

Inserat
19

Inserat

20



Sind Sie dank Ihrem Sport besser gerüstet für den Beruf?

PC: „Es stimmt, dass man die Anästhesie vorbereiten muss wie einen Flug, alles muss bereit und im Plan sein. Eine Anästhesie ist heute weitgehend berechenbar, die Techniken sind gut, alles ist viel sicherer und einfacher als zu Zeiten der Chloroform-Narkose, und es geht fast immer gut, im Vergleich ist das heute Stabilität pur. Aber ab und zu kommt natürlich eine Überraschung, ein allergischer Zwischenfall, oder ein Mandrin in der Aorta bei einer laparoskopischen Operation. Da hilft dann sicher die Erfahrung aus dem Sport, aus der Leichtathletik. Man hat gelernt, innert Sekunden zu analysieren. Beim 100 m-Lauf kann man nicht überlegen, ob man sich gut bewegt – da sind die 10 Sekunden schon um. Wenn es einem Patienten schlecht geht, kann man auch nicht lange überlegen. Da muss man klar bleiben im Kopf, cool, vorausblickend; das ist sicher die grösste Parallele zwischen Sport und Anästhesie. Da ist auch das ewige Problem von Richtlinien: Richtlinien sind eine gute Sache, aber wenn man nur nach Richtlinien funktioniert, endet das in der Katastrophe.“

Unter Ihnen herrscht grosse Einigkeit, nachdem alle sich in der Chirurgie versucht haben, dass eine Laufbahn dort zu wenig Raum gelassen hätte für Ihre Freizeittätigkeiten.

MF: „Es ist befriedigend, dass wir auch viel mit den Händen tun in der Anästhesie, neben der Kopfarbeit. Ich kam über Chirurgie und Intensivmedizin zur Anästhesie. Das ist ein Fach, das einen wirklich fesseln kann. Viele kommen in einer Rotation und bleiben hängen, weil man bald viel verantwortlich tun kann, gerade manuell. Auf der Chirurgie muss man doch zuerst einmal mehrere Jahre lang Haken halten.“

MM: „Ich fühle mich nicht als verkappte Chirurgin; so werden Anästhesisten ja oft gesehen. Die Chirurgie von der andern Seite gesehen zu haben, ist aber eine wichtige Erweiterung des Horizonts. Daneben bin ich froh, dass ich bei der Anästhesiologie geblieben bin. Ich sehe ihre Vorzüge. Das Wissensspektrum ist enorm weit und universal einsetzbar; wenn man mich nach Tansania versetzt, kann ich dort ohne weiteres eine Geburt leiten. Denn wir haben Facharzt-Prüfungen abgelegt über Statistik, Physik, Medizin, von der Schwangerschaft über die Frühgeburt bis zum Greis, sind aber daneben auch manuell tätig. Zudem gibt es kaum Papierkrieg.“

Gibt es kritische Situationen oder Entscheidungen im Beruf, wo Sie direkt aus der Erfahrung in Ihrem Sport profitieren?

MM: „Ich glaube, das Vertrauen auf die eigene Meinung entwickelt sich sehr stark im Gebirge, beim richtigen Handeln in schwierigen Situationen. Das stärkt die eigene Persönlichkeit und wirkt sich auf alle wegweisenden Entscheidungen im Leben aus.“

Also ist das Selbstvertrauen der wichtigere Vorteil für den Sportler als die Routine im Umgang mit Stress, psychischer und physischer Belastung?

PC: „Bei einem schlechten Anästhesisten ist das Problem ja meist nicht, dass er zu wenig weiss oder kann, sondern dass er, wenn es heiss wird, in Panik kommt und die Kontrolle über das Geschehen verliert. Angst macht blind. Das ist die grösste Gefahr für den Patienten, wenn es einmal zu einem Zwischenfall kommt.“

Inserat
22



MF: „Es ist nicht allen gegeben, in Grenzsituationen ruhig Blut zu bewahren. Da gibt es alle möglichen Reaktionen, bis zum Totstellreflex oder Fluchtreflex. Das trainiert der Pilot am Simulator, der ihm Situationen einspeist, die in der Realität kaum denkbar sind. Technisch ist es undenkbar, dass gleichzeitig Fahrwerk und Klappe draussen bleiben, ein Triebwerk ausfällt und dann erst noch die Kaffeemaschine explodiert. So etwas wird simuliert, und dann kommt es darauf an, richtig zu analysieren und auf das Hauptproblem zu fokussieren.“

PC: „Diese Simulation erinnert mich an eine Situation, wo ich von zwei Pflegepersonen am Ende eines Programms im Regionalspital den Pfleger zur Überzeitkompensation nach Hause geschickt hatte. Es lief noch eine Hüftprothese mit Cell Saver. Ich war also der einzige Arzt zusammen mit der Narkoseschwester, die ich seit Jahren kenne. Dann liess der Chirurg seinen Assistenten den Zugang zur Hüfte nähen und wollte eine Metallentfernung am Knöchel im leeren zweiten Saal durchführen. Also entschied ich mich für eine Spinalanästhesie, aber der Patient weigerte sich und ich habe ihn intubieren müssen. – Plötzlich holt man mich in den Nebensaal: die Narkoseschwester, die einen insulinabhängigen Diabetes, aber noch nie eine Hypoglycaemie gehabt hatte, lag bewusstlos am Boden, und ich fand absolut keine Vene für eine Infusion. Der Cell Saver piepste, im Nebensaal lief die Narkose auf Autopilot, aber schon in der Ausleitungsphase; jedenfalls ist der Patient plötzlich erwacht und hat sich extubiert... Es ist schliesslich alles gut gegangen. Natürlich, im nachhinein, muss man einfach die Richtlinien befolgen. Zwei Anästhesiefachleute für zwei Säle sind nun einmal zu wenig.“

Sie zitieren wieder Richtlinien; wie sehr sind Monitoren, Statistiken, eine evidence-based-Arbeitsweise für Anästhesisten verbindlichere Arbeitsinstrumente als etwa für Chirurgen oder Internisten?

MF: „In unserem Fach gibt es Zahlen und Messungen, mit denen wir auch retrospektiv belegen können, was wann objektiv geschah. Ich glaube nicht, dass wir ein prinzipiell anderes Streben nach Präzision haben als Mediziner anderer Sparten. Wir können alles unmittelbar protokollieren – ein Operationsbericht entsteht immer hinterher, aus dem subjektiven Blickwinkel des Operateurs.“

MM: „Wir können nicht nur unmittelbar messen, wir erhalten auch umgehend Resultate, Reaktionen auf unsere Handlungen. Das Feedback erfolgt sofort.“

PC: „Das ist eigentlich das generelle Problem von Qualitätskontrolle in der Medizin. Die Messung ist oft sehr schwierig, man macht sich viele Illusionen. In der Orthopädie, als Beispiel, ist ein korrekter Parameter wohl die Haltbarkeit einer Endoprothese. Aber bis man zwei Orthopäden vergleichen kann und erkennt, dass beim einen die Prothesen im Durchschnitt nur 12 Jahre halten und beim andern 17 Jahre, sind die Karrieren der Operateure schon zu Ende. Als Beispiel bei uns die Periduralanalgesie in der Geburtshilfe: da gibt es Ärzte, die die Gebärenden gerade richtig nehmen können, die Frau ist entspannt und alles geht gut; andere sind technisch ebenso gut, aber menschlich gibt es ein wenig Ungeduld, kleine Spannungen zwischen ihnen und der Gebärenden, der Ehemann schaltet sich ein, und plötzlich ist eine Kampfatosphäre im Gebärsaal, obwohl auch hier die Analgesie einwandfrei funktionieren würde... Das sind zwei Welten, aber der Unterschied ist nicht messbar.“



Roland de Roche

Ist Sport notwendig, um Risiken und Grenzen im Beruf und im Leben besser abschätzen zu lernen?

MM: „Im Sport geht es wirklich um mich selber; auf den Patienten ist das nicht übersetzbar. Aber die Handlungsweise ist natürlich ähnlich, man hat die Erfahrung, in einer Grenzsituation besonnen handeln zu können, nicht blockiert oder gelähmt zu sein. Aber dieses ruhige Selbstbewusstsein kann man sicher auch aus einer musischen Betätigung holen.“

MF: „Mir ist einmal bei einem Flug akut die gesamte Elektrik ausgefallen. Da kommen verrückte Gedanken auf wie etwa, dass ich bei einem Absturz an dieser Stelle auf der Intensivstation in Aarau landen könnte, die ich in und auswendig kenne; ich habe mir vorgestellt, wie sie alle lachen, wenn ich da hineingekarrt werde – aber dann habe ich mich erinnert, dass ich ja Fliegen und Landungen gelernt habe, und habe die Maschine manuell ohne Schaden an Mensch und Material in einen Acker gesetzt. Das ist bei einem turbulenten Narkose-Zwischenfall ebenso; man muss das Basiskönnen aktivieren und etwas Einfaches konsequent tun.“

PC: „Wenn man einen Wettkampf vorbereitet, gibt es verschiedene Faktoren, die eine gute Leistung möglich machen. Man arbeitet und feilt an jedem einzelnen dieser Faktoren. In der medizinischen Praxis hilft diese Erfahrung; man versucht auch hier zu analysieren, was nicht optimal war, und korrigiert entsprechend das „Training“ für die Zukunft. Wenn man immer dasselbe macht, was man einmal gelernt hat, verpasst man die Entwicklung. Diese Philosophie des Sports passt gut zu einer medizinischen Laufbahn.“

Gibt es noch einen Aspekt zum Thema Sport und Medizin, den wir noch nicht angesprochen haben?

PC: „Ein wesentlicher Punkt ist sicher der Vergleich von Sportler-Einkommen und Mediziner-Einkommen. Wir machen eine ziemlich lange Ausbildung und arbeiten viel. Wenn dann die Leute in der Zeitung von einem Jahreseinkommen von 250'000 Franken lesen, ist das ein Skandal. Wenn ein 19jähriger Fussballprofi mit einigem Talent, der vielleicht auch ganz engagiert arbeitet, 500'000 Franken Jahreseinkommen hat, so stört das niemanden. Natürlich waren Spitzensportler in meiner Zeit reine Amateure. Für den Sieg am Letzigrund-Meeting 1969 habe ich einen Einkaufsgutschein von Mode Grieder über 100 Franken erhalten, das hat nicht einmal für den günstigsten Pullover gereicht. Heute erhält der Sieger 70'000 Dollar...“

Was für ein persönliches Stichwort ist Ihnen am Ende unseres Gesprächs noch wichtig?

MF: „**Teamwork**. Das ist im Operationssaal wie im ganzen Leben entscheidend.“

PC: „**Mit den besten Absichten macht man oft die schlechteste Arbeit**. Ein Stichwort von Oscar Wilde, etwas pessimistisch zwar, aber oft wahr.“

MM: „**Fenster**. Wir haben nur ein kleines Fenster auf den Patienten, und diesen Menschen dürfen wir neben all den Apparaturen und all der Chemie, die wir applizieren, nicht vergessen.“

Mit Michèle Mérat, Philippe Clerc und Manfred Füeg sprach Roland de Roche am 15.8.2005

Inserat
25



«Être l'esclave du chirurgien ne me dérange pas»

Peut-être y-a-t-il aussi, parmi les médecins spécialistes en anesthésie et réanimation, familiers avec les phases extrêmes du déroulement des maladies humaines ou des situations d'urgence, un nombre supérieur à la moyenne d'individus aimant également, indépendamment de leur quotidien professionnel, rechercher et vivre pendant leurs loisirs des expériences extrêmes. «FMCH direct» a évoqué ces questions avec trois représentants très différents de la corporation des anesthésistes:

Michèle Mérat (MM), 40 ans, Bernoise de naissance et restée fidèle à Berne pour sa scolarité, ses études et sa formation post-graduée. Après des débuts en chirurgie, elle est devenue médecin spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive. Elle travaille actuellement à la clinique pour enfants de l'Inselspital. Pendant ses loisirs, elle pratique les sports de plein air, essentiellement en montagne. Elle n'évoque jamais sans qu'on ne l'y invite le fait qu'elle a été la deuxième femme suisse à atteindre le sommet du mont Everest.

Philippe Clerc (PC), 59 ans, a fait ses études à Lausanne. «J'ai été surpris que quelqu'un se souvienne encore que j'avais été un sportif au cours de cette période de ma vie.» Et pas n'importe quel sportif, mais l'athlète suisse ayant remporté le plus de victoires jusqu'à l'apparition de Werner Günthör et André Bucher: champion d'Europe du 200 m à Athènes en 1969 et vainqueur du meeting de Letzigrund en 1969 (200 m) et 1970 (100 m). Il a ensuite passé son examen d'état et suivi une formation post-graduée pour devenir médecin spécialiste en anesthésie à Berne où il a obtenu son diplôme en 1979. Il a travaillé en salle d'opérations dans différentes cliniques de la Suisse romande. Il exerce actuellement son activité à l'hôpital privé Sonnenhof, à Berne.

Manfred Füeg (MF), 47 ans, «anesthésiste pur-sang» depuis bientôt vingt ans après sa formation (essentiellement à Aarau, avec un passage par l'université de Bâle). Il est depuis 14 ans médecin-chef adjoint à l'hôpital Merian Iselin de Bâle. Depuis 11 ans, c'est également un pilote amateur enthousiaste. «Chaque fois que possible, je m'envole.»



FMCH direct: Manfred Füeg, les anesthésistes sont-ils des individus spéciaux, des gens qui flirtent avec les limites, ont-ils un penchant pour les extrêmes?

MF: «Des gens qui flirtent avec les limites ou des extrémistes, je ne le crois pas. Mais notre domaine d'activité concerne les fonctions vitales, nous évoluons donc en permanence aux frontières de la vie. Du point de vue mental, c'est très apparenté à la pratique de l'aviation. C'est cette parenté qui m'a amené à l'aviation une fois ma formation d'anesthésiste terminée. Et j'ai l'impression qu'elle devient de plus en plus étroite.»

Philippe Clerc, vous avez d'abord été sportif de haut niveau avant de devenir anesthésiste?

PC: «Ma motivation pour l'anesthésie n'existait pas au départ. Mais, à la fin de mes études médicales, j'étais, d'une certaine manière, légèrement déçu. On nous avait toujours dit que la médecine était, d'une part, scientifique et, d'autre part, humaine. J'en ai cependant vu beaucoup qui, dans la pratique, travaillaient de façon fort peu scientifique, mais bien souvent avec leurs tripes, même si cette façon de faire provoquait des courts-circuits. L'aspect humain m'a véritablement causé beaucoup de soucis: de nombreux collègues ayant des conceptions sérieuses, droites et objectives d'un point de vue médical et scientifique, ne sont guère appréciés des patients, beaucoup moins en tout cas que ceux qui veulent surtout que leurs décisions plaisent aux malades. Ce dilemme m'a conduit à opter pour l'anesthésie. L'effet des médicaments est fiable, les techniques sont scientifiquement prouvées. D'un autre côté, le problème de l'indication n'est plus le nôtre et ne relève pas de notre responsabilité.»

Votre passé sportif a-t-il encore une influence sur votre métier?

PC: «Je suis resté un passionné de sport, j'aime bien avoir des activités imposant des défis. L'anesthésie est une bonne discipline pour organiser son temps. Nous assurons certes des gardes relativement souvent, mais dès que nous avons fini notre travail, celui-ci est véritablement terminé. J'ai aussi fait un peu de chirurgie et de médecine interne. Le seul rapport réside peut-être dans le fait que je me suis déjà fait un mini-palmarès dans le domaine sportif. Cela m'a montré que je n'avais pas besoin de gloire pour vivre. Être l'esclave du chirurgien dans le cadre de mon travail ne me dérange donc absolument pas. Il suffit de pratiquer consciencieusement ses actes, de ne pas se montrer querelleur, de prendre les choses avec un peu plus de distance. Par contre, pour ceux qui ont de grandes ambitions, l'anesthésie est une discipline difficile.»

Inserat
28



Michèle Mérat, comment vivez-vous les rapports entre le sport que vous pratiquez et votre travail?

MM: «Je crois que tous les médecins «invasifs» ont besoin d'un peu de courage et doivent être prêts à affronter les risques. Il faut alors peser le pour et le contre: quand dois-je pratiquer une sédation superficielle, quand une anesthésie profonde est-elle nécessaire, est-ce que je maîtrise toujours tout? En montagne, il s'agit également de ne pas faire trop ou trop peu de pas. Si l'on n'en fait pas assez, on n'avance pas, si l'on en fait trop, on risque de se retrouver tout à coup de l'autre côté du versant, dans la crevasse. Je pratiquais déjà la montagne avant de commencer l'anesthésie et je n'ai donc pas choisi un sport à risques à cause de l'anesthésie. On peut trouver un rapport supplémentaire dans le fait que je vois directement ce que je fais: il en va de même en montagne ou en avion.»

MF: «Si nous comparons aviation et anesthésie, il y a cependant une différence de principe fondamentale. Si l'avion à bord duquel je vole doit s'abattre pour une raison ou pour une autre, je tombe avec. Si je fais une erreur en pratiquant une anesthésie, le patient tombe tout seul. Par conséquent, si nous ne maîtrisons pas la situation, c'est toujours le patient qui en fait les frais.»

MM: «Nous pratiquons le sport sous notre propre responsabilité. Nous ne sommes responsables pour les autres que si nous emmenons quelqu'un sur le siège passager, ou si nous sommes encordés avec des compagnons, ou encore si nous déclenchons une chute de pierres.»

MF: «En tout cas, je me comporte différemment lorsque je suis seul aux commandes de mon avion. Je n'observe pas les instruments avec autant d'attention, je danse autour des nuages au gré de mon intuition, je chante: lorsqu'il y a quelqu'un avec moi, je vole d'une manière plus civilisée. C'est mon sentiment de responsabilité qui me dicte d'agir ainsi.»

Tout seul, vous volez donc davantage à l'intuition: comment fait-on donc pour pratiquer une anesthésie? Plutôt de façon intuitive ou plutôt en tenant compte des indications des moniteurs?

MF: «À Aarau, mon ancien chef était lui aussi pilote amateur. Nous avons maintes fois constaté l'existence de nombreux parallèles. On établit son plan de vol: pour pratiquer une anesthésie, on établit aussi un programme de façon à en assurer le bon déroulement. On réfléchit à ce que l'on veut faire, avec quelle équipe, et on se prépare. Un scénario est également prévu pour le pire des cas: quelles complications pourraient survenir, tous les médicaments d'urgence pour y faire face sont-ils prêts? Ensuite on se lance, il y a un départ, un état stationnaire comparable à un niveau de vol, et il faut ensuite en finir, atterrir. Intellectuellement, c'est vraiment très comparable. Ce n'est pas un hasard si les formations sur simulateur ont rendu aussi proches l'anesthésie et l'aviation.»

Quelle est la manière de penser et de prévoir d'un alpiniste?

MM: «Bien sûr, on finit aussi par atterrir, de préférence sur ses deux jambes, mais cela ne requiert pas une préparation aussi minutieuse que pour une anesthésie ou pour un vol. Lorsque je pratique l'alpinisme, j'ai sans doute davantage de moments de répit au cours desquels la concentration n'a pas besoin d'être si forte et où je ne dois pas constamment faire attention à moi, à mes compagnons de cordée ou aux conditions météorologiques. Je profite sûrement davantage de mes loisirs. J'imagine l'aviation comme exigeante. Mon travail me demande suffisamment de concentration pour que je puisse jouir de ma liberté en pratiquant l'alpinisme. D'un autre côté, l'escalade est plus exigeante pour la concentration: l'assurage doit être sans faille, chaque pas et chaque prise doivent tenir. Mais en haute montagne, on peut se contenter de marcher dans les éboulis et les rochers ou sur un glacier sans devoir pour autant être entièrement concentré. On a certainement davantage l'impression de s'adonner à un loisir.»

Inserat
30



MF: «Naturellement, ces deux aspects se retrouvent aussi dans les airs. Certains pilotent d'une manière très technique, mais survoler le Jungfraujoch par une journée claire et ensoleillée c'est aussi, bien entendu, faire l'expérience de l'univers de la montagne, avoir un sentiment de liberté incroyable. D'un autre côté, j'évolue dans un espace traversé aussi par beaucoup d'autres pilotes, dans lequel je dois strictement respecter des règles très précises. Pour moi, c'est pourtant le délassément; une fois que tout est sens dessus-dessous, la vue que l'on a d'en haut est une grandiose source de détente. Tout est si petit tout en bas: se peut-il qu'il y ait des problèmes vraiment si importants?»

Michèle Mérat, vous parlez de détente et du sentiment de liberté que donne la montagne, mais n'est-ce pas tout à fait différent lorsque l'on part pour le mont Everest?

MM: «Là aussi, comme dans notre métier, on retrouve les deux aspects. Naturellement, gravir un sommet est pénible, mais on s'y prépare en conséquence. On a également besoin d'expérience et de force de caractère. Bien entendu, je ne suis pas montée sur l'Everest directement depuis le Gurten. Il faut bien se connaître soi-même et être en mesure d'estimer sa motivation et sa condition dans toutes les situations. J'avais l'intention d'aller jusqu'au dernier camp. Pour conquérir un sommet, il faut avoir beau temps, être en bonne santé, ne souffrir d'aucune infection, et le reste suit. En prime, il y a de nombreux côtés agréables: on part pendant deux mois, on reste sur la même montagne pendant sept semaines, on a une tente deux places pour soi tout seul, une petite maison individuelle en quelque sorte. On part pour de courtes marches d'acclimatation, puis, pendant deux ou trois jours, on ne fait absolument rien, sinon manger, boire, dormir, écouter de la musique et lire. Toutes choses que, dans notre quotidien fébrile, nous n'avons jamais le loisir de faire, ou alors pas plus longtemps qu'un après-midi pluvieux de dimanche du mois de novembre. Cette phase de préparation réparatrice vous met alors en condition pour pouvoir réussir vous aussi l'ascension d'un tel sommet.»

Êtes-vous mieux armés pour votre travail grâce au sport que vous pratiquez?

PC: «Il est exact que nous devons préparer une anesthésie comme un vol, tout doit être prêt et programmé. De nos jours, une anesthésie est, en grande partie, prévisible, les techniques sont bonnes, tout est plus sûr et plus simple qu'à l'époque de l'anesthésie au chloroforme, et cela se passe presque toujours bien. Par comparaison, aujourd'hui, c'est la stabilité pure. Mais bien sûr, de temps à autre, un incident survient, une réaction allergique, ou un mandrin dans l'aorte lors d'une opération par laparoscopie. C'est alors que l'expérience acquise en sport, en athlétisme, est certainement précieuse. On a appris à effectuer des analyses en l'espace de quelques secondes. Pendant un 100 m, on n'a pas le temps de réfléchir pour savoir si l'on se comporte bien: les 10 secondes sont déjà écoulées. Lorsque les choses tournent mal avec un patient, on ne peut pas non plus réfléchir longtemps. Il faut garder l'esprit clair, rester cool, anticiper, c'est certainement le principal parallèle entre le sport et l'anesthésie. Il y a aussi l'éternel problème des directives: elles sont une bonne chose, mais si on ne fonctionne que selon les directives, cela se solde par une catastrophe.»

Après vous être tous essayés à la chirurgie, vous êtes parfaitement d'accord entre vous pour dire que faire carrière dans cette discipline vous aurait laissé trop peu de temps libre pour vos activités de loisirs.

MF: «Il est satisfaisant de constater qu'en anesthésie, nous nous servons aussi beaucoup de nos mains, en plus de faire un travail intellectuel. Je suis venu à l'anesthésie en passant par la chirurgie et la médecine intensive. C'est une discipline qui peut vraiment être captivante. Nombreux sont ceux qui viennent à l'occasion d'une rotation et qui restent car ils peuvent bientôt pratiquer beaucoup d'actes, manuels justement, sous leur propre responsabilité. En chirurgie, par contre, il faut tenir les crochets pendant plusieurs années.»

Inserat
32



MM: «Je n'ai pas l'impression d'être une chirurgienne déguisée: on perçoit souvent les anesthésistes de la sorte. Avoir vu la chirurgie de l'autre côté de la barrière permet cependant d'élargir considérablement ses horizons. D'ailleurs, je suis contente d'être restée en anesthésiologie. J'en vois les avantages. L'éventail des connaissances est énorme et peut être mis à profit partout: si on m'envoie en Tanzanie, je suis capable de mener à bien un accouchement sans problème. En effet, nous avons passé des examens de médecins spécialistes portant sur les statistiques, la physique, la médecine – de la grossesse à la vieillesse en passant par les naissances prématurées – et en plus de cela, nous savons aussi nous servir de nos mains. Par ailleurs, nous ne sommes pas trop submergés de paperasserie administrative.»

Existe-t-il des situations critiques ou des décisions professionnelles pour lesquelles l'expérience acquise en pratiquant votre sport vous aide directement?

MM: «Je crois que la confiance dans son propre jugement se développe très fortement en montagne, lorsque l'on réagit bien dans des situations difficiles. Cela renforce notre propre personnalité et se fait sentir sur toutes les décisions capitales que nous sommes amenés à prendre dans la vie.»

Pour le sportif, la confiance en soi est donc un avantage plus important que la routine lorsqu'il s'agit d'affronter le stress et les contraintes physiques et psychiques?

PC: «La plupart du temps, un anesthésiste n'est pas mauvais parce qu'il manque de connaissances ou de savoir-faire mais bien plutôt parce que, lorsque la situation devient critique, il succombe à la panique et perd le contrôle des événements. La peur rend aveugle. Lorsqu'un incident se produit, c'est là le risque le plus important pour le patient.»

MF: «Savoir garder son sang-froid dans des situations limites n'est pas donné à tout le monde. Il y a toutes sortes de réactions possibles, jusqu'au réflexe d'immobilisation ou de fuite. Le pilote s'y entraîne sur le simulateur, qui lui soumet des situations fort peu envisageables dans la réalité. Du point de vue technique, il est impensable que le train d'atterrissage et les volets refusent de rentrer en même temps, qu'un moteur tombe en panne et qu'enfin la machine de café explose. On sait simuler ce type d'incidents et il s'agit ensuite d'effectuer une analyse pertinente et de se concentrer sur le problème principal.»

Impressum



Herausgeber: FMCH in Zusammenarbeit mit Frehner Consulting AG, Unternehmensberatung für PR, CH-9014 St. Gallen, Tel. +41 (0)71 272 60 80, info@frehner-consulting.com **Produktion:** Media Republic AG, Ihr Partner für Printprodukte, CH-9006 St. Gallen, Tel. +41 (0)71 243 05 40, info@media-republic.ch **Redaktion:** PD Dr. med. Roland de Roche (Editor), Dr. phil. Stephan Ziegler, Dr. med. Gianni Casanova, Prof. Dr. med. Michel Dutoit, PD Dr. med. Markus Zuber **Redaktionsanschrift:** PD Dr. med. Roland de Roche, Redaktion FMCH direct, Thannerstrasse 80, CH-4054 Basel **Fotos:** Peter Ruggle, Bodo Rüedi, zVg **Inseratemarketing:** BMC Media AG, CH-9014 St. Gallen, Tel. +41 (0)71 354 71 71, info@bmcmedia.ch **Geschäftsleitung:** Markus Bachschmied **Gestaltung:** Media Republic AG **Druck:** AVD Goldach, CH-9403 Goldach, Nachdruck nur mit Quellenangabe.
Mitteilungsbulletin für alle FMCH-Mitglieder. Erscheint vierteljährlich.

Ausgabe 3/2005

Inserat
34



Manfred Füeg
Philippe Clerc
Michèle Mérat

PC: «Cette simulation me rappelle une situation où, à la fin d'une série d'opérations programmée à l'hôpital régional, j'avais renvoyé l'un des deux infirmiers chez lui pour qu'il compense ses heures supplémentaires. Une prothèse de la hanche avec «cell saver» était encore en cours. J'étais donc le seul médecin avec l'infirmière anesthésiste, que je connaissais depuis des années. Le chirurgien a alors demandé à son assistant de coudre l'accès à la hanche, voulant pour sa part retirer une broche métallique de la cheville d'un autre patient dans la deuxième salle, qui était vide. J'ai donc décidé de pratiquer une anesthésie spinale, mais le patient a refusé et j'ai dû l'intuber. Tout à coup, on vient me chercher de la salle voisine: l'infirmière anesthésiste, qui souffrait d'un diabète insulino-dépendant, mais n'avait encore jamais été victime d'hypoglycémie, était allongée par terre, inconsciente, et je ne trouvais absolument aucune veine pour la perfuser. Le «cell saver» sifflait, dans la salle voisine l'anesthésie se déroulait en pilote automatique, mais était déjà en phase d'extubation. Toujours est-il que le patient s'est soudainement réveillé et s'est débarrassé des tubes. Finalement, tout s'est bien terminé. Bien entendu, avec le recul, il faut tout simplement s'en tenir aux directives. Deux spécialistes de l'anesthésie pour deux salles, cela ne suffit pas.»

Vous citez à nouveau les directives; dans quelle mesure les moniteurs, les statistiques, une manière de travailler factuelle sont-ils des instruments de travail dont l'emploi revêt un caractère plus obligatoire pour les anesthésistes que, par exemple, pour les chirurgiens ou les spécialistes des maladies internes?

MF: «Dans notre spécialité, il y a des chiffres et des mesures permettant de prouver rétrospectivement ce qui s'est objectivement passé et à quel moment. Je ne crois pas que nous ayons, fondamentalement, une aspiration à la précision différente de celle des autres médecins. Nous pouvons tout consigner directement: un rapport d'opération est toujours rédigé après l'intervention, du point de vue subjectif de celui qui l'a réalisée.»

MM: «Non seulement nous pouvons effectuer des mesures en direct, mais nous obtenons aussi immédiatement les résultats et les réactions à nos actes médicaux. Le feedback est instantané.»

PC: «À vrai dire, il s'agit là du problème général du contrôle de la qualité en médecine. L'évaluation est souvent très difficile, on se fait beaucoup d'illusions à ce propos. En orthopédie, par exemple, la solidité d'une endoprothèse est certainement un paramètre correct. Mais avant que l'on puisse comparer deux orthopédistes et constater que chez l'un, les prothèses tiennent en moyenne 12 ans alors qu'elles durent 17 ans chez l'autre, ces deux chirurgiens seront déjà en fin de carrière. Prenons chez nous l'exemple de l'analgésie péridurale pratiquée en obstétrique: il y a dans ce domaine des médecins qui savent très bien s'y prendre avec la parturiente, la future maman est détendue et tout se passe bien. D'autres sont tout aussi bons techniquement, mais du point de vue humain, ils font preuve d'un peu d'impatience, de petites tensions naissent entre eux et la parturiente, le mari s'en mêle et une atmosphère de combat règne subitement dans la salle d'accouchement, même si, là aussi, l'analgésie a fait son effet sans aucun problème...Ce sont deux univers, mais on ne peut pas évaluer la différence.»

A-t-on besoin de faire du sport pour être plus à même d'évaluer les risques et les limites dans sa pratique professionnelle et dans la vie?

MM: «Quand je fais du sport, cela ne concerne vraiment que moi-même, ce n'est pas transposable au patient. Mais la manière de se comporter est bien entendu analogue, on a l'expérience nécessaire pour agir de manière réfléchie dans une situation limite et pour n'être ni bloqué ni paralysé. Mais on peut aussi certainement acquérir cette maîtrise de soi rassurante en pratiquant une activité artistique.»



MF: «Une fois, pendant un vol, tous les circuits électriques sont brutalement tombés en panne. À ce moment-là, des pensées folles vous viennent, comme par exemple le fait qu'en cas de chute à la verticale de cet endroit, vous puissiez vous retrouver au beau milieu du service des soins intensifs d'Aarau, que vous connaissez par cœur. J'ai imaginé comme ils riraient tous si j'y faisais irruption dans ces conditions, mais je me suis ensuite rappelé que j'avais appris à voler et à atterrir et j'ai posé manuellement l'appareil dans un champ, sans dommage aucun ni pour l'homme ni pour la machine. Il en va de même pour un incident déroutant en anesthésie: il faut mobiliser ses connaissances de base et réagir avec simplicité et logique.»

PC: «Lorsqu'on prépare une compétition, il existe différents facteurs permettant d'obtenir un bon résultat. On travaille et on soigne chacun de ces facteurs. Dans la pratique médicale, ce genre d'expérience est une aide précieuse: dans ce cas, on essaye également d'analyser ce qui n'a pas été optimal et on corrige le «training» en conséquence pour l'avenir. Si l'on fait toujours la même chose que ce que l'on a appris, on n'évolue pas. Cette philosophie du sport s'applique bien à une carrière médicale.»

Est-ce qu'il y a encore un aspect du thème du sport et de la médecine que nous n'avons pas abordé?

PC: «La comparaison entre les revenus des sportifs et ceux des médecins est certainement un point important. Nous avons une formation relativement longue et nous travaillons beaucoup. Lorsque les gens lisent ensuite un article de journal faisant état d'un revenu annuel de 250'000 francs, c'est pour eux un scandale. Si un joueur professionnel de football de 19 ans doué de quelque talent, qui s'engage peut-être lui aussi beaucoup dans son travail, dispose d'un revenu annuel de 500'000 francs, cela ne dérange personne. Bien entendu, de mon temps, les sportifs de haut niveau étaient des amateurs purs et durs. En 1969, pour ma victoire au meeting de Letzigrund, j'ai reçu un bon d'achat de 100 francs à valoir chez Mode Grieder. Cela ne suffisait même pas pour acheter le pull-over le moins cher. Aujourd'hui, le vainqueur reçoit 70'000 dollars.»

Personnellement, à la fin de notre conversation, quel mot clef vous paraît encore important?

MF: «**Le travail d'équipe.** Il est décisif tant en salle d'opérations que dans la vie en général.»

PC: «**C'est souvent avec les meilleures intentions que l'on fait le plus mauvais travail.** Une maxime d'Oscar Wilde, certes un peu pessimiste, mais souvent vérifiée.»

MM: «**Fenêtre.** Nous n'avons qu'une petite fenêtre ouverte sur le patient et nous ne devons pas oublier l'homme à côté de tous les appareils et de toute la chimie que nous utilisons.»

Roland de Roche s'est entretenu avec Michèle Mérat, Philippe Clerc et Manfred Füeg le 15 août 2005

Inserat
37

FMCH highligts



Aktuelles (Urban Laffer)

Wir sind in unseren Bemühungen, die FMCH und unsere bisherige Tätigkeit bei Fachgesellschaften und anderen wichtigen Partnern bekannt zu machen, weitergekommen. Anlässlich der Generalversammlung der SGC und der SGTHG wurde Generalsekretär und Präsident Gelegenheit zu einer ausführlichen Präsentation gegeben. Die Besuche bei den Vorständen der Fachgesellschaften (mittlerweile schon mehr als die Hälfte) und anderen Institutionen (z.B. Direktion Helsana) erwiesen sich als sehr gewinnbringend und gaben uns im Rahmen interessanter Diskussionen die Möglichkeit, Bedürfnisse und Wünsche an die FMCH entgegen zu nehmen, die bisherige Tätigkeit der FMCH bewusst zu machen und eine Basis für zukünftige Zusammenarbeit zu legen.

Beitritt der Gynäkologen zur FMCH? (Urban Laffer)

Noch fehlt ja in unseren Reihen eine grosse Fachgesellschaft, mit der uns, neben der chirurgischen Tätigkeit, viele gemeinsame Anliegen verbinden – die SGGG. Der Beitritt der Gynäkologen und Geburtshelfer zur FMCH würde unserem Verband zu einer erst recht mächtigen Position verhelfen, mit der wir uns noch nachhaltiger standespolitisches und politisches Gehör verschaffen könnten. Noch dieses Jahr wird die SGGG in einer Urabstimmung über den Beitritt zur FMCH entscheiden. Wir hoffen natürlich sehr, dass wir die SGGG schon bald in unseren Reihen begrüssen dürfen.

Bild des Chirurgen in der Öffentlichkeit verbessern (Urban Laffer)

Das Berufsbild der chirurgisch tätigen Ärzte wurde während den letzten Monaten in der Öffentlichkeit erneut mit einer harten „Realität“ konfrontiert. Die FMCH hat es sich zur dringenden Aufgabe gemacht, diesem negativen Image entgegen zu wirken. Entsprechende Aktionen sind in Planung, wir werden so rasch als möglich wieder informieren.

Ressort Qualitätssicherung (Othmar Schöb)

Die Qualitätssicherungs-Delegierten der Mitgliederfachgesellschaften der FMCH sind daran, in den Fachgesellschaften die vorhandenen Qualitätssicherungsprogramme zusammenzutragen. Zweck dieser

Bestandesaufnahme ist die Erarbeitung einer Grundlage für die Entwicklung eines FMCH-weiten gemeinsamen Qualitätssicherungsprojektes. Weiter in Arbeit ist die Schaffung von fachgesellschaftsspezifischen Informed Consent- und Aufklärungsformularen, welche in ihren Grundlagen aber FMCH-weit vereinheitlicht werden sollen. So bald die einzelnen Fachgesellschaften ihre Vorschläge zusammengestellt haben, geht es darum, wichtige Gruppierungen wie z.B. die Schweizerische Patientenorganisation SPO einzubeziehen. Mit diesem Schritt erhofft sich die FMCH eine für invasiv Tätige schweizweit akzeptierte Informed Consent- und Aufklärungspolitik, welche sowohl den Ärzten und Patienten als auch den Kostenträgern und Haftpflichtversicherungen dienlich sein wird. Die Aktivitäten bei der Installation eines FMCH-weiten Critical Incident Reporting Systems (CIRS) zeigen, dass vor allem spitalweise unbedingt solche Fehlerkulturinstrumente installiert sein sollten. Die FMCH sieht ihre Rolle vor allem so, dass eine Informationsseite geschaffen wird, wo CIRS-Fälle von allgemeinem Interesse für invasiv Tätige dargestellt und allenfalls auch diskutiert werden könnten.

Strukturreform FMH (Michel Dutoit)

Die Arbeit des Steuerungsausschusses wird konstant fortgesetzt. Die Analyse der Antworten auf den Fragebogen hat erstaunlicherweise keine wichtigen Unterschiede zwischen den befragten Gruppen gezeigt: invasiv Tätige, nicht-invasiv Tätige, Psychiater, Mitglieder des ASMAC etc. Dies gilt es zu berücksichtigen. Seit dem 26. Juni haben vier Sitzungen stattgefunden. Sie haben zum Ziel, am 22. September den Mitgliedern des medizinischen Rats und der Konferenz der Präsidenten konkrete und realistische Strukturreformen der FMH zur Diskussion in kleinen Gruppen vorzuschlagen: Anpassung der Statuten und Schaffung einer aktiven und verantwortlichen Delegiertenversammlung, welche die verschiedenen Fachrichtungen demokratischer als heute vertritt. Diese, dynamisch und mit Macht ausgestattet, wird sehr eng mit dem Ausschuss zusammenarbeiten, bei allen gegenwärtigen und künftigen Aktivitäten der Schweizer Mediziner, nicht nur gegen innen, sondern auch mit allen unseren Partnern.

Ressort Tarife und Honorare (Josef E. Brandenburg)

Dem Ressort Tarife und Honorare steht neu eine Tarifkommission zur Seite. Sie besteht aus je einem Tarifdelegierten jeder Fachgesellschaft (vgl. untenstehende Liste). Traktanden der ersten Sitzung vom 5.9.2005: DRG, neuer Pauschalentarif für Belegärzte, blockierte TARMED-Tarifpflege. Über die weitere Arbeit des Ressort und der Tarif- Kommission werden wir laufend berichten.

Haben Sie Probleme mit der Abrechnung Ihrer Leistungen? Schwierigkeiten mit Kostenträgern? Wenden Sie sich an den Tarifdelegierten Ihrer Gesellschaft! Auch wenn nicht sofort eine Lösung erreicht werden kann, helfen alle „Meldungen von der Front“, koordiniert vorzugehen und Druck zu machen. Besten Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Tarifkommission FMCH			
Fachgesellschaft	Name, Vorname	Titel	E-Mail
SGAR	HAMPL Karl	PD Dr. med.	karl.hampl@bluewin.ch
SGC	RHEINER Philippe	Dr. med.	philippe.rheiner@latour.ch
SGH	RHEINER Philippe	Dr. med.	philippe.rheiner@latour.ch
SGKC	TÖNZ Martin	PD Dr. med.	info@m-toenz.ch
SGKG	SCHMIDT Luzi-Peter	Dr. med. Dr. med. dent.	lpschmidt@bluewin.ch
SGNC	Barth Alain	PD Dr. med.	alain.barth@insel.ch
SGO	Josef E. Brandenburg	Dr. med.	josef.brandenberg@hin.ch
SGORL	Somlo Tibor	Prof. Dr. med.	somlo@hin.ch
SOG	Moser Hans- Rudolf	Dr. med.	hmoser@hin.ch
SGPRAC	Schiffmann Jürg	Dr. med.	j.schiffmann@belcare.ch
SGTHG	Siebenmann Robert	Dr. med.	siebenmann@herzzentrum.ch
Thoraxchirurgie	Habicht James	Dr. med.	jmhabicht@intergga.ch
SGU	Eijsten Alex	Dr. med.	alex.eijsten@swissonline.ch
Ressortleiter FMCH-Vorstand	Josef E. Brandenburg	Dr. med.	josef.brandenberg@hin.ch
DRG und FMCH-Vorstand	Schüpfer Guido	Dr. med.	guido.schuepfer@ksl.ch
Delegierter Belegarzt- Tarif	Burkart Peter	Dr. med.	peter@burkart.net
EDV-Support	Meister Beat	Dr. med.	meister@bnm.ch



Aspects importants de l'activité de la FMCH

Actualités (Urban Laffer)

Nous avons poursuivi nos efforts en direction des sociétés spécialisées et d'autres partenaires importants pour faire connaître la FMCH et nos activités à cette date. L'assemblée générale de la SSC et de la SSCTCV a été l'occasion, pour le secrétaire général et le président, de faire une présentation détaillée de notre fédération. Les rencontres avec les comités des sociétés spécialisées (à ce jour, nous nous sommes déjà entretenus avec plus de la moitié d'entre eux) et d'autres institutions (par ex. la direction d'Helsana) se sont avérées très fructueuses et nous ont donné la possibilité, dans le cadre d'intéressantes discussions, de faire remonter besoins et souhaits jusqu'à la FMCH, de faire connaître l'activité qui a été celle de notre fédération jusqu'à présent et de jeter les bases d'une collaboration future.

Adhésion des gynécologues à la FMCH? (Urban Laffer)

Il manque encore dans nos rangs une grande société spécialisée avec laquelle, à côté des activités chirurgicales, nous avons en commun bien des préoccupations, à savoir la SSGO. L'adhésion des gynécologues et des obstétriciens mettrait plus que jamais notre fédération en position de force en lui permettant de se faire entendre encore plus efficacement dans les milieux politiques et professionnels. Cette année encore, la SSGO va voter pour décider d'adhérer ou non à la FMCH. Il va de soi que nous espérons fermement avoir bientôt le plaisir d'accueillir la SSGO parmi nous.

Améliorer l'image du chirurgien dans le public (Urban Laffer)

Au cours des derniers mois, au sein du public, l'image professionnelle des médecins exerçant une activité chirurgicale a de nouveau été confrontée à une «réalité» dure. La FMCH s'est donné pour mission prioritaire de combattre cette image négative. Des campagnes allant dans ce sens sont en préparation et nous vous donnerons de nouvelles informations à ce propos le plus rapidement possible.

Secteur assurance qualité (Othmar Schöb)

Les délégués à l'assurance qualité des sociétés spécialisées membres de la FMCH sont en train de rassembler les programmes d'assurance qualité existants dans chacune de ces sociétés. L'objectif de cet inven-

taire est d'élaborer une base devant servir à la réalisation d'un projet d'assurance qualité commun à tous les membres de la FMCH. En plus est actuellement en cours la création de formulaires de consentement éclairé du patient et de formulaires d'explication propres à chacune des sociétés spécialisées, mais dont la structure générale doit être uniformisée au niveau de la FMCH. Dès que les différentes sociétés spécialisées auront établi leurs propositions, il s'agira d'associer à nos réflexions des associations représentatives comme, par exemple, l'Organisation Suisse des Patients OSP. En franchissant cette étape, la FMCH espère parvenir pour les «invasifs» à une politique de consentement éclairé et d'explication acceptée dans toute la Suisse et qui soit utile aussi bien aux médecins et aux patients qu'aux organismes payeurs et aux assureurs couvrant la responsabilité civile. À l'occasion de l'installation d'un «Critical Incident Reporting System» (CIRS) au niveau de la FMCH, on a pu constater que c'était surtout en secteur hospitalier qu'il fallait impérativement mettre en place de tels instruments permettant de tirer la leçon des erreurs. La FMCH estime que son rôle consiste surtout à créer une page d'informations où seraient présentés des cas recensés par le CIRS et susceptibles d'intéresser tous les «invasifs», cas qui pourraient également faire, le cas échéant, l'objet de discussions.

Réforme des structures de la FMH (Michel Dutoit)

Le travail du comité de pilotage se poursuit à un rythme soutenu. L'analyse des réponses au questionnaire n'a de façon surprenante pas révélé de différences importantes parmi les sous-groupes analysés: invasifs, non invasifs, psychiatres, membres de l'ASMAC, etc. Il importe d'en tenir compte. 4 séances ont eu lieu depuis le 26 juin; elles avaient pour but de proposer à la discussion en petits groupes, aux membres de la chambre médicale et de la conférence des présidents du 22 septembre prochain, des propositions concrètes et réalistes de réformes des structures de la FMH: modifications des statuts, création d'une assemblée des délégués, active et responsable, représentant plus démocratiquement les forces en présence. Cette nouvelle structure, dynamique et dotée de pouvoirs, collaborera très étroitement avec le comité pour toutes les activités présentes et futures du corps médical suisse, non seulement en interne, mais aussi avec l'ensemble de nos partenaires.

Secteur tarifs et honoraires (Josef E. Brandenburg)

Le secteur tarifs et honoraires est désormais assisté par une commission tarifaire. Celle-ci comprend un délégué aux tarifs par société spécialisée (voir la liste ci-dessous). Ordre du jour de la première réunion, le 5 septembre 2005: DRG, nouveau tarif forfaitaire pour les médecins libéraux exerçant en milieu hospitalier, gel du tarif TARMED. Nous vous tiendrons informés en permanence de la suite des travaux du secteur et de la commission tarifaire.

Avez-vous des problèmes pour facturer vos prestations? Des difficultés avec les organismes payeurs? Adressez-vous au délégué aux tarifs de votre société! Même si une solution ne peut pas être trouvée instantanément, toutes les «nouvelles du front» nous aideront à agir de manière coordonnée et à faire pression. Avec nos meilleurs remerciements pour votre coopération et votre soutien!

Commission tarifaire de la FMCH			
Société spécialisée	Nom, prénom	Titre	e-mail
SSAR	HAMPL Karl	Chargé de cours, docteur en médecine	karl.hampl@bluewin.ch
SSC	Rheiner Philippe	Docteur en médecine	philippe.rheiner@latour.ch
SSCM	Rheiner Philippe	Docteur en médecine	philippe.rheiner@latour.ch
SSCP	Tönz Martin	Chargé de cours, docteur en médecine	info@m-toenz.ch
SSOS	Schmidt Luzi-Peter	Docteur en médecine dentaire	lpschmidt@bluewin.ch
SSNC	Barth Alain	Chargé de cours, docteur en médecine	alain.barth@insel.ch
SSO	Josef E. Brandenburg	Docteur en médecine	josef.brandenberg@hin.ch
SSORL	Somlo Tibor	Professeur, docteur en médecine	somlo@hin.ch
SSO	Moser Hans- Rudolf	Docteur en médecine	hmoser@hin.ch
SSCPRE	Schiffmann Jürg	Docteur en médecine	j.schiffmann@belcare.ch
SSCTCV	Siebenmann Robert	Docteur en médecine	siebenmann@herzzentrum.ch
Chirurgie thoracique	Habicht James	Docteur en médecine	jmhabicht@intergga.ch
SSU	Eijsten Alex	Docteur en médecine	alex.eijsten@swissonline.ch
Responsable de secteur au comité de la FMCH	Josef E. Brandenburg	Docteur en médecine	josef.brandenberg@hin.ch
DRG et comité de la FMCH	Schüpfer Guido	Docteur en médecine	guido.schuepfer@ksl.ch
Délégué aux tarifs pour les médecins libéraux exerçant en milieu hospitalier	Burkart Peter	Docteur en médecine	peter@burkart.net
Assistance informatique	Meister Beat	Docteur en médecine	meister@bnm.ch

FMCH highlights



Attualità (Urban Laffer)

Abbiamo fatto progressi nei nostri sforzi mirati a fare conoscere la FMCH e l'attività svolta finora presso le società specialistiche e altri partner importanti. In occasione dell'assemblea generale della SSC e della Società svizzera di chirurgia toracica e cardiovascolare, il segretario generale e il presidente hanno avuto l'occasione di esporre una presentazione dettagliata. Le visite presso i comitati delle società specialistiche (nel frattempo si è arrivati oltre la metà) e le altre istituzioni (come la direzione di Helsana) si sono dimostrate molto proficue e, nel quadro di dibattiti di grande interesse, ci hanno dato la possibilità di conoscere le esigenze e i desideri relativi alla FMCH e di porre le basi per la collaborazione futura.

Ingresso dei ginecologi nella FMCH? (Urban Laffer)

Tra le nostre file manca ancora una grande società specialistica alla quale ci uniscono, oltre all'attività chirurgica, numerosi intenti comuni: la SSGO. L'ingresso dei ginecologi e ostetrici nella FMCH aiuterebbe la nostra associazione a ottenere una posizione davvero più influente, con la quale potremmo garantirci un peso politico e sociale ancora più rilevante. Entro quest'anno, la SSGO deciderà in merito all'ingresso nella FMCH con una votazione. Naturalmente auspichiamo fortemente che la SSGO possa entrare a far parte delle nostre file quanto prima.

Migliorare l'immagine dei chirurghi nell'opinione pubblica (Urban Laffer)

Nel corso degli ultimi mesi, di fronte all'opinione pubblica l'immagine professionale dei medici operanti in chirurgia si è scontrata nuovamente con la "dura realtà". La FMCH si è assunta il compito urgente di controbattere tale immagine negativa. Sono in fase di programmazione interventi adeguati. Vi informeremo al più presto a questo riguardo.

Divisione garanzia della qualità (Othmar Schöb)

Ai delegati per la garanzia della qualità delle società specialistiche appartenenti alla FMCH spetta il compito di raccogliere nelle società specialistiche stesse i previsti programmi di garanzia della qualità. L'obiettivo di

quest'inventario è l'elaborazione di una base per lo sviluppo di un progetto comune, esteso a tutta la FMCH. È in fase di sviluppo anche la creazione di moduli di informazione e di consenso informato specifici per le diverse società specialistiche, ma che nella loro struttura di base dovrebbero essere uniformi a livello di FMCH. Non appena le singole società specialistiche avranno raccolto le loro proposte, si tratterà di coinvolgere importanti gruppi come, ad esempio, l'Organizzazione svizzera dei pazienti OSP. Con questo passaggio, la FMCH si aspetta una politica relativa al consenso informato e all'informazione del paziente accettata a livello svizzero per tutti quanti operano a livello invasivo, che sarà utile sia a medici e pazienti sia ai centri di costo e alle assicurazioni di responsabilità civile. Le attività relative all'installazione di un sistema di Critical Incident Reporting esteso a tutta la FMCH mostrano la necessità di installare assolutamente, soprattutto a livello ospedaliero, tali strumenti di presa di coscienza degli errori. La FMCH vede quale suo ruolo specifico soprattutto la creazione di una pagina informativa, nella quale i casi CIRS di interesse generale per i medici operanti in modo invasivo possano essere pubblicati ed eventualmente discussi.

Riforma della struttura della FMH (Michel Dutoit)

Il lavoro del comitato di guida prosegue a ritmo sostenuto. L'analisi delle risposte al questionario sorprendentemente non ha rivelato differenze rilevanti tra i sottogruppi analizzati: invasivi, non invasivi, psichiatri, membri dell'ASMAC, eccetera. È importante tenerne conto. Dopo il 26 giugno si sono svolte 4 sedute; il loro scopo è proporre ai membri della Camera medica e della Conferenza dei presidenti, il 22 settembre prossimo, delle proposte concrete e realistiche di riforme delle strutture della FMH da discutere in piccoli gruppi: modifica degli statuti, creazione di un'assemblea dei delegati attiva e responsabile, che rappresenti in modo più democratico le forze in essa presenti. Questa nuova struttura, dinamica e dotata di poteri, collaborerà strettamente con il comitato per tutte le attività presenti e future del corpo medico svizzero, non soltanto all'interno, ma anche con l'insieme dei nostri partner.



Divisione onorari e tariffe (Josef E. Brandenburg)

La divisione onorari e tariffe ora è affiancata da una nuova Commissione per le tariffe. Questa consta di un delegato per le tariffe di ogni società specialistica (vedere l'elenco riportato sotto). Ordine del giorno della prima seduta del 5.9.2005: DRG, nuova tariffa forfettaria per medici esterni, blocco dell'applicazione della tariffa TARMED. Riferiremo costantemente sull'ulteriore lavoro della Divisione e della Commissione tariffe.

Ha problemi con il calcolo delle prestazioni? Difficoltà con i centri di costo? Si rivolga al delegato per le tariffe della Sua società! Anche se non sarà possibile trovare subito una soluzione, tutte le "segnalazioni dalla prima linea" aiuteranno a muoversi in modo coordinato e a fare pressione. Grazie per la collaborazione e il sostegno!

Commissione per le tariffe FMCH

Società specialistica	Cognome, nome	Titolo	E-mail
SSAR	HAMPL Karl	PD Dr. med.	karl.hامل@bluewin.ch
SSC	RHEINER Philippe	Dr. med.	philippe.rheiner@latour.ch
SSCM	RHEINER Philippe	Dr. med.	philippe.rheiner@latour.ch
SSCP	TÖNZ Martin	PD Dr. med.	info@m-toenz.ch
SSCMF	SCHMIDT Luzi-Peter	Dr. med. Dr. med. dent.	lpschmidt@bluewin.ch
Società svizzera di neurochirurgia	Barth Alain	PD Dr. med.	alain.barth@insel.ch
SSO	Josef E. Brandenburg	Dr. med.	josef.brandenberg@hin.ch
Società svizzera di otorinolaringoiatria e chirurgia cervico-facciale	Somlo Tibor	Prof. Dr. med.	somlo@hin.ch
SOS	Moser Hans- Rudolf	Dr. med.	hmoser@hin.ch
SSCPRE	Schiffmann Jürg	Dr. med.	j.schiffmann@belcare.ch
Società svizzera di chirurgia toracica e cardiovascolare	Siebenmann Robert	Dr. med.	siebenmann@herzzentrum.ch
Chirurgia toracica	Habicht James	Dr. med.	jmhacht@intergga.ch
SSU	Eijsten Alex	Dr. med.	alex.eijsten@swissonline.ch
Capo divisione del consiglio direttivo FMCH	Josef E. Brandenburg	Dr. med.	josef.brandenberg@hin.ch
DRG e consiglio direttivo FMCH	Schüpfer Guido	Dr. med.	guido.schuepfer@ksl.ch
Medico esterno delegato per le tariffe	Burkart Peter	Dr. med.	peter@burkart.net
Supporto EDP	Meister Beat	Dr. med.	meister@bnm.ch

Inserat
44



Highlights von der Delegiertenversammlung vom 3. September 2005

Durchbruch bei den Berufs-Haftpflichtversicherungen

In letzter Zeit waren viele operativ Tätige mit massiven Prämiensteigerungen oder gar der endgültigen Kündigung einer bestehenden Berufs-Haftpflichtversicherung konfrontiert worden. Die FMCH hatte sich dieser Problematik angenommen und konnte an der GV nun einen grossen Erfolg vorweisen; Guido Schüpfer und Thomas Egloff konnten berichten, dass es gelungen sei, mit der Allianz-Versicherung eine vorteilhafte Lösung für die Berufs-Haftpflichtversicherungen chirurgisch tätiger Ärzte zu finden. Dank eines gemeinsam optimierten Risikomanagements und gemeinsam definierten flankierenden Massnahmen können Haftpflichtversicherungen wieder zu moderaten Prämien abgeschlossen werden. Ein Rahmenvertrag zwischen der FMCH, der Broker-Organisation GWP und der Allianz-Versicherung stehe kurz vor der Unterzeichnung. Insbesondere konnten auch die plastischen Chirurgen für KVG-Pflichtleistungen in die Lösung integriert werden.

Da zu erwarten ist, dass weitere Versicherungen ihre Berufs-Haftpflichtprämien für chirurgisch Tätige auf 2006 massiv nach oben anpassen werden, bietet sich mit dieser Verbandslösung eine viel versprechende Alternative. Die FMCH-Mitglieder werden in den nächsten Wochen von ihren Fachgesellschaften und der FMCH über die Lösung orientiert werden.

Mitgliederbeiträge neu nach fixem Schlüssel

Zugestimmt hat die Delegiertenversammlung einer Bestimmung der jährlichen Mitgliederbeiträge nach einem Schlüssel, der sich nicht mehr nach der absoluten Zahl der Mitglieder einer Fachgesellschaft richtet, sondern nach einem Stufenschema bestimmt wird, welches auf jährliche Mitgliederschwankungen weniger anfällig ist und ausserdem auch Doppelmitgliedschaften weitestgehend berücksichtigt.

Integration Ombudsmann in Vorstand

Die Delegiertenversammlung hat der Integration des Ombudsmannes der FMCH in den Vorstand der FMCH einstimmig zugestimmt und das vorgelegte Pflichtenheft genehmigt. Das anspruchsvolle Amt des Ombudsmannes der FMCH wird gegenwärtig von Prof. Hans Zollinger, Zürich, ausgeübt.

Neue Homepage FMCH online

Als wichtigstes Kommunikationsmittel der FMCH konnte die neue FMCH-Homepage www.fmch.ch den Anwesenden präsentiert werden. Dank ihrem neuen übersichtlichen Design, den flexiblen technischen Möglichkeiten und einem closed-user-Bereich wird die Homepage schnell ein wichtiges Informations- und Kommunikationsmittel für die FMCH-Mitglieder werden und als zentrale Anlaufstelle für viele Fragen und Probleme dienlich sein.

Inserat
46



Echos de l'assemblée des délégués du 3 septembre 2005

Du nouveau dans le secteur de la responsabilité civile professionnelle

Ces derniers mois, beaucoup de chirurgiens ont été confrontés à d'énormes augmentations de primes voire à la résiliation pure et simple d'un contrat existant d'assurance responsabilité civile professionnelle. La FMCH s'est penchée sur la question et a pu annoncer lors de l'AG une percée décisive: Guido Schüpfer et Thomas Egloff ont en effet réussi à trouver avec la maison Allianz une solution avantageuse en matière d'assurance responsabilité civile professionnelle pour les médecins actifs en chirurgie. En optimisant ensemble la gestion des risques et en prenant des mesures complémentaires, il est désormais possible de conclure une assurance responsabilité civile dont les primes sont abordables. Un contrat-cadre va être prochainement signé entre la FMCH, le courtier GWP et l'assurance Allianz. A noter que les chirurgiens plasticiens dont les interventions sont remboursées par la LAMal pourront également profiter de cette solution.

Puisqu'on peut s'attendre à ce que d'autres assureurs augmentent massivement en 2006 leurs primes de responsabilité civile professionnelle pour les chirurgiens, la solution de la Fédération offre une alternative prometteuse. Les membres FMCH seront informés en détail ces prochaines semaines par leurs sociétés de discipline et la FMCH.

Nouveauté: les cotisations sont déterminées selon une clé de répartition fixe

L'assemblée des délégués a accepté que les cotisations des sociétés spécialisées soient déterminées selon une nouvelle clé de répartition qui n'est plus fonction du nombre absolu des membres de chaque société, mais fondée sur une échelle fixe qui relativise les fluctuations annuelles du nombre d'adhérents et tient compte dans toute la mesure du possible des doubles affiliations.

Intégration de l'ombudsman au comité

L'assemblée des délégués a accepté à l'unanimité d'intégrer l'ombudsman de la FMCH au comité de la FMCH. Elle a en outre entériné le cahier des charges pour cette fonction. La tâche exigeante de médiateur pour la FMCH est actuellement assumée par le professeur Hans Zollinger de Zurich.

Nouvelle Homepage FMCH online

Le moyen de communication essentiel de la FMCH, sa page internet www.fmch.ch a été présentée aux participants dans sa nouvelle version. Grâce à un graphisme plus clairement articulé, des trouvailles techniques conviviales et un secteur réservé aux membres, ce site devrait rapidement devenir un lieu d'échange d'informations et de communication pour les membres de la FMCH. Il servira aussi de réceptacle centralisé permettant de traiter de nombreuses questions et problèmes.

Inserat
48



Analyse abgeschlossener Haftpflichtfälle

Die SGAR führt als nationale Fachgesellschaft seit vielen Jahren Projekte durch, die sich unter dem Titel **Qualitätssicherung (QS) und Patientensicherheit subsumieren lassen (Anästhesie Datensatz Schweiz, Meldesystem für kritische Ereignisse in der Anästhesie, CIRS)**.

Das Ressort QS ist direkt unter dem Vorstand angesiedelt und aus Vertretern verschiedener Regionen und Spitalkategorien zusammengesetzt. Ein Teil dieser Projekte wird unter der Schirmherrschaft der im Jahr 2001 gegründeten Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie geführt, so auch das Projekt, das sich mit der Analyse abgeschlossener Haftpflichtfälle beschäftigt.

Es geht dabei um Haftpflichtfälle, die oftmals schon Jahre zurück liegen, die aber erst heute im juristischen Sinn abgeschlossen sind, wo also auch die allenfalls gesprochenen Zahlungen bereits abgewickelt sind. Mit der „closed claims study“ der American Society of Anesthesiologists als Vorbild konnten mit den Schweizer Haftpflichtversicherern Vereinbarungen getroffen werden, einem bezeichneten Experten aus der Gruppe Akteneinsicht in diese abgeschlossenen Haftpflichtfälle zu ermöglichen. Aus diesen können wertvolle Informationen gewonnen werden, die in aufgearbeiteter Form möglichst allen SGAR-Mitgliedern zur Verfügung stehen sollen.

Auch wenn sich diese Fälle über lange Perioden hingezogen haben, bieten sie ein enormes Lernpotential. So konnten über einen Zeitraum von 10 Jahren mehr als 100 Haftpflichtfälle aufgearbeitet und unter den Kommissionsmitgliedern diskutiert werden. Von Interesse sind dabei einerseits das eingeflossene Gutachterwissen und die medizinischen Details der einzelnen Fälle, andererseits die rein deskriptive Verteilung der Haftpflichtfälle. Eine detaillierte Auswertung von 75 Fällen der Jahre 1987 bis 2002 zeigte, dass es doppelt so viele Haftpflichtfälle im Gefolge von Regionalanästhesien gegeben hatte wie solche nach Allgemeinanästhesien.

Darüber hinaus konnten mit der Unterstützung der Stiftung Patientensicherheit in der Anästhesie bereits eine ganze Reihe von Empfehlungen an die SGAR-Mitglieder erarbeitet und als Flyer unter den Schweizer Anästhesistinnen und Anästhesisten publik gemacht werden. Neu ist eine Kooperation mit der Schweizer Patientenorganisation SPO hinzugekommen, um auch aktuelle Probleme mit dem vorhandenen Instrumentarium analysieren zu können.

Dr. med. Sven Staender
Chefarzt Anästhesie, Kreisspital Männedorf



Nicaragua: Pionierzeit-Narkosen für komplexe rekonstruktive Chirurgie

Seit 1995 verlasse ich zusammen mit einem kleinen Team einmal pro Jahr für 2 Wochen unsere hochtechnisierten Operationssäle, um in Nicaragua Anästhesien für die operative Versorgung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten durchzuführen.

Nicaragua in Mittelamerika ist eines der ärmsten Länder der nördlichen Hemisphäre. Ein Bürgerkrieg hat in den 80er-Jahren tiefe Spuren in der Gesellschaft hinterlassen, und auch Naturgewalten verschonten das Land nicht. 1998 wurden weite Teile Nicaraguas durch den Hurrikan Mitch überflutet. Seither leisten verschiedene Industrieländer finanzielle Unterstützung.

Die meisten Menschen sind einfache Bauern, die sich selbst versorgen. Zur grossen Armut kommen soziale Missstände. Ein Grossteil der Frauen zieht ihre Kinder alleine auf, weil sie von ihrem Mann verlassen wurden. Selbst wer eine Arbeit hat, kann sich nur das nötigste leisten. So verdient z. B. eine Krankenschwester rund 80 Dollar pro Monat.

PD Dr. Klaus Honigmann, Kieferchirurg am Universitätsspital Basel, ist der Leiter dieser „Grupo suizo de Nicaplast“, die nebst ihm aus der Operationsschwester Valerie Kühn, der Ernährungs- und Stillberaterin Silvia Honigmann und mir als Anästhesisten besteht. In Somoto steht „unser“ kleines Spital, in dem wir an die 30 Kinder operieren und perioperativ betreuen. Die Infrastruktur ist geprägt von bitterer Armut: rostige, nur grenzwertig funktionierende Anästhesiegeräte aus den Pionierzeiten der Anästhesie, kaum Verbrauchsmaterial, so dass Tuben, Spritzen, Aufziahkeln, Handschuhe und vieles mehr mehrfach verwendet werden müssen. Die Anästhesien führe ich als Halothan (!) – Mononarkosen oder vereinzelt mit Sevoflurane durch. Weder fließendes Wasser noch Strom sind selbstverständlich.

Fern von modernster High-Tech-Ausrüstung besteht mein Monitoring aus einem mitgebrachten Pulsoxymeter, einer Hand am Puls und der

anderen Hand am Beutel des Jackson-Rees-Beatmungssystems. Auch Infusionen sind z.T. Mangelware; wenn vorhanden, ist es meist Glucose 5%, was das perioperative Management von unterernährten Säuglingen zusätzlich erschwert. Und dennoch: gerade diese Einschränkungen lassen das Team intensiver zusammenarbeiten. So können wir auch ohne die gewohnt moderne Infrastruktur eine qualitativ hochstehende Medizin mit modernster Operationstechnik (Basler Konzept der Behandlung von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten) gewährleisten und diesen Kindern eine bessere Zukunft ermöglichen.

Die Zusammenarbeit mit den Einheimischen (speziell mit Dr. Gustavo Herdocia, Plastischer Chirurg in Leon) ist optimal und geprägt von gegenseitigem Respekt. Selbstverständlich helfen wir im Rahmen unserer Fähigkeiten auch bei anderen Problemen und erleben gerade dabei viel Interessantes. Ich erlernte dabei manches, was mir im Universitätsspital nicht beigebracht wurde. Die geduldige, einfallsreiche und kompetente Art, wie die Menschen auch mit sehr knappen Ressourcen das Leben angehen, beeindruckt mich immer wieder, und manchmal wünschte ich mir etwas von deren Herzlichkeit in unseren OP-Sälen.

Bedingt durch eine schwere Erkrankung von Klaus Honigmann wird Prof. Robert Sader dieses Projekt künftig mit uns weiterführen. Für die Organisation der Einsätze haben wir einen Verein gegründet und ein Spendenkonto aktiviert:

Spendenkonto der Schweizer Nicaplast-Gruppe

Konto-Nr. 0233-00598733.40H

UBS Riehen

Baselstr. 48

CH-4125 Riehen

Dr. med. Daniel Reinhardt

FMH Anästhesie, Salem-Spital, Bern

Inserat
51

Inserat
52