

Als sich die Mitglieder der Redaktionskommission letztmals zusammensetzten, wollten sie das zu planende Heft «interessant, aktuell, praxisrelevant und interdisziplinär» gestalten – auf alle Fälle kein «Papyrus Ani» (1). Wird diese Ausgabe den gestellten Ansprüchen gerecht? Die Themen sind entsprechend den Vorgaben «interdisziplinär»: Neurologen, Psychiater, Psychologen und Hausärzte werden gleichermaßen angesprochen, und multimodale Therapiekonzepte werden aufgezeigt. Aber profitiert auch der Patient? Oder nur die Vertreter der



Auswege? Lösungsvorschläge? Ja, eine überregionale und überkantonale Planung von Kompetenzzentren ist dringend notwendig, um den wachsenden Anforderungen einer State-of-the-Art-Versorgung chronischer Patienten gerecht zu werden. Sowohl universitäre als auch kantonale, regionale und private medizinische Einrichtungen müssten sich an patientenorientierten Leitbildern (und nicht an Bettenbelegung und erwirtschaftetem Einkommen) ausrichten, wobei drei Grundsätze zu beherzigen sind: Eine «gute» Medizin braucht eine adäquate – nicht nur experi-

Nicht jeder gegen jeden, sondern alle gemeinsam für einen: den Patienten

angesprochenen Fachgruppen? Zwar gefällt mir der Satz «Interdisziplinarität ist mehr als ein Nebeneinander verschiedener Berufsgruppen – das wäre Multidisziplinarität: Das Ganze ist und muss mehr sein als nur die Summe der einzelnen Disziplinen.» (Wolfgang Dumat). Aber: Wie steht es tatsächlich damit? An wen wendet sich der Patient in seinem Dilemma, wer nimmt sich Zeit für seine «ganzheitliche Betreuung»? Sind es die – wie Pilze aus dem Spitalboden wachsenden – «interdisziplinären Zentren»? Die Superspezialisten mit ihrer meist hochtechnologischen Medizin? Die sich personell rasch (wenn nicht von Sprechstunde zu Sprechstunde) verändernden Spitalequipes mit ihren Ausbildungs- und Rotationsprogrammen? Ist und bleibt dies der «gute, alte» Hausarzt?

Keine Frage: Die Medizin wandelt sich immer schneller. Grosse Spitalbetriebe laufen Gefahr, «unpersönlich» zu werden, der «Einzelkämpfer an der Front» droht den Anschluss an die wissenschaftlichen Fortschritte zu verlieren, die spezialisierten Zentren kämpfen um die Anerkennung ihrer Diagnose- und Therapiekonzepte, der Patient kämpft mit steigenden Krankenkassenprämien. Und: Unser offizielles Gesundheitswesen will und muss «einsparen».

mentelle, sondern auch klinische – Forschung (und an dieser müssten sich alle beteiligen); Kompetenz braucht eine «kritische Grösse» und damit eine nachhaltige Planung; die Patienten-Arzt-Beziehung darf nicht unter Technokratie und Überregulierung (unsinniger Nebensächlichkeiten) leiden.

In diesem Sinne wünsche ich diesem Heft gute Aufnahme bei unserer geneigten Leserschaft und hoffe, dass die abgedruckten Artikel stimulierend wirken (ähnlich wie beim 38-jährigen Mann, der nach einem Trauma fünf Jahre stumm und im Semiwachkoma lag und durch thalamische Stimulation wieder die Sprache erlangte [2]).

*Prof. Dr. med. H.G. Wieser
Abteilung für Epileptologie & Elektroenzephalographie
Neurologische Klinik, Universitätsspital
8091 Zürich*

[1] *Der Papyrus Ani. Magischer Totenkult im Alten Ägypten. Ca 1300 v. Chr. British Museum Nr 10.470. Faksimile-Ausgabe Akad. Druck- u. Verlagsanstalt Graz [info@adeva.com]*

[2] *Man regains speech after brain stimulation, by Benedict Carey, New York Times, Aug. 1, 2007. Schiff ND et al. Behavioural improvements with thalamic stimulation after severe traumatic brain injury. Nature 448, 600–603 (2 August 2007)*