

# Kopf gegen Zahl: Die Evidenzbasierte Medizin lieferte Diskussionsstoff zuhauf

## Das RVK-Forum bot Praxisbezug par excellence

Kopf oder Zahl? Erfahrung oder Studien? Am RVK-Forum trafen zwei Philosophien aufeinander. Bekannte Fachleute und Spezialisten vertraten ihre Ansichten und gingen den Vor- und Nachteilen der Evidenzbasierten Medizin auf den Grund. Das Thema betrifft Spitäler, Ärzte, Patienten und Versicherer. Der Erfahrungsaustausch am RVK-Forum war entsprechend vielfältig und spannend.

Es herrschte grosse Meinungsvielfalt. Ärzte, Spitalmanager, Pflegepersonal, Leistungserbringer, Versicherer, Politiker, Wissenschaftler und alle am Thema interessierten Personen waren vertreten, beteiligten sich an der Diskussion und trugen aktiv zur Meinungsbildung bei.

### Vom Möglichen zum Sinnvollen

Der Fortschritt der Medizin bietet laufend neue Möglichkeiten in Diagnose und Therapie. Oft stellt sich allerdings die Frage, ob die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse und technologischen Errungenschaften auch die erwünschte Wirkung erzielen. Beispiele zeigen, dass viele medizinische Leistungen von fraglichem Nutzen sind.

Weitgehend unbestritten gilt die Evidenzbasierte Medizin (EbM) als wichtige Grundlage für eine qualitäts- und kostenbewusste Medizin. Muss somit der Nachweis, dass eine Therapie wirksam ist, stets nach den EbM-Methoden geführt werden? Kann EbM die nützlichen von den unnützen Massnahmen unterscheiden?

### Evidenzbasierte Medizin als Nutzenbewertungsansatz

Der Bedarf an sicheren Erkenntnissen über die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von medizinischen Methoden ist gross, sowohl bei den Leistungserbringern wie auch bei den Kostenträgern. Die aktuellen Diskussionen um die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gehen auf EbM als Ansatz zur Nutzenbewertung bisher wenig ein. Daher sind Veranstaltungen zu diesem wichtigen Thema so wertvoll.

### EbM – Bindeglied zwischen Therapiefreiheit und Wirtschaftlichkeit?

Dr.med. Andreas Roos, GL-Mitglied der Sanitas Krankenversicherung, äusserte sich zum Spagat

zwischen Therapiefreiheit und Wirtschaftlichkeit. Er betonte, dass gerade das KVG etliche Artikel beinhalte, in denen die Grundsätze von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit unterstrichen würden – exakt Bausteine der Evidenzbasierten Medizin. Darin spiele insbesondere auch der Aspekt der Qualitätssicherung eine bedeutende Rolle.

Kernaufgaben der Krankenversicherer sei es nun, ein Angebot an Produkten und Dienstleistungen sicherzustellen bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Handlungsspielräumen aus dem Versicherungsobligatorium und dem Zusatzversicherungsbereich. Weiter gehe es ums Leistungsmanagement, wozu auch die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit als gesetzlicher Auftrag gehöre. Ins gleiche Kapitel einzuordnen sei zudem die Leistungskostensteuerung durch Chronic-Care-Programme und ein systematisches Case Management. Dabei komme einer intakten Beziehung zwischen Versicherern und Leistungserbringern eine entscheidende Bedeutung zu.

### Grosse Ineffizienzen ausmerzen

Dr. Roos ging auf vorhandene Ineffizienzen ein, die gerade im Schweizer Gesundheitswesen virulent sind. So gelangen Untersuchungen zum Resultat, dass im Betrage von 6 bis 7 Milliarden Franken pro Jahr eine Versorgung mit medizinisch nicht notwendigen Leistungen und Doppelspurigkeiten vorhanden sei. Mittlere Ineffizienzen bestünden bis rund 1 Milliarde Franken bezüglich einer Überversorgung mit wenig bzw. nicht wirksamen Behandlungen infolge intransparenter und unsystematischer Überprüfung der WZW-Kriterien. «Effizienzreserven bestehen also im Umfang von rund 20%», folgerte Dr. Roos.

Es gehe in Zukunft darum, die Möglichkeiten von EbM bezüglich Qualität und Innovation auszu-

schöpfen. «Das heisst eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, Behandlungsergebnisse zu erzielen, die den Präferenzen der betroffenen Person entsprechen, durch eine gesundheitliche Versorgung, die mit dem aktuellen Wissensstand übereinstimmt. Das bedeutet eine Herausforderung für bestehende Methoden und die etablierte Praxis.»

Einen gewissen Konflikt sieht der Referent im Spannungsfeld zwischen Produktinnovationen und Innovationen im Bereiche von Organisation und Versorgungsmodellen. Grenzen von EbM bestünden zudem in der Komplexität der Medizin und der Gesundheitsversorgung. EbM sei daher primär aus Auftrag und Unterstützung für Leistungserbringer zu verstehen. Das sei aber eine gute Basis, dass EbM durch Politik und Kostenträger zu fördern sei: «EbM kann somit zu einem Weg werden zur «value-based competition».

### Erfahrung der Hausärzte wesentlich

EbM helfe, den eigentlichen Patientennutzen zu beschreiben, zu berechnen und zu bewerten. Laut Dr. Luzi Dubs, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, muss zuerst der Patientennutzen standardisiert werden. «Wir müssen von der Medizin des Möglichen zur Medizin des Sinnvoll-Notwendigen kommen», erklärte Dubs. In der Medizin werde nur gemessen und bezahlt, was man diagnostisch und therapeutisch anordne, und nicht, was unterlassen werde. Dies werde weder gemessen noch bezahlt.

### Die ökonomische Sicht

Die ökonomische Frage darf nicht ausser Acht gelassen werden – dieser Ansicht ist Robert E. Leu, emeritierter Professor der Universität Bern. Der langjährige Berater internationaler Unternehmen ist überzeugt: «Die Ressourcen im Gesundheitswesen sind knapp – ökonomische Überlegungen müssen daher unbedingt mit einbezogen werden.



Dr. med. Johannes G. Schmidt,  
Arzt für Allgemeinmedizin und Altchinesische  
Medizin, Praxiszentrum Meinradsberg Einsiedeln



Dr. med. Markus Gnädinger,  
Facharzt FMH für Innere Medizin



Prof. em. Dr. Robert E. Leu,  
Emeritierter Ordinarius für Volkswirtschaft  
an der Universität Bern

Dies zu vernachlässigen, ist ethisch nicht vertretbar.» Für Leu ist EbM ein zentrales Element dieser ökonomischen Analyse. Nicht abschliessend beantwortete Dr. Felix Gurtner vom Bundesamt für Gesundheit BAG die Frage, ob nicht der Staat als unabhängige Institution Studien in Auftrag geben soll. Der Staat könne die Unabhängigkeit von Studien nur dann sicherstellen, wenn er sie selbst finanzieren und begleiten würde. Diese Mittel seien aber nicht vorhanden.

### Umsetzung in der hausärztlichen Praxis

Dr. med. Markus Gnädinger, Steinach, schilderte EbM aus Hausarztsicht: «Die Hausarztmedizin zeichnet sich durch die folgenden Kriterien aus: Niedrigprävalenz gefährlicher Leiden, unselektiertes Krankengut, unvorhersehbarer Arbeitsandrang und damit Zeitdruck sowie unvollständige Information. Um alle Inhalte einer einschlägigen Prophylaxe-Guideline konsequent umsetzen, bräuchte ein durchschnittlicher Praktiker täglich mehr als 7 Stunden seiner Arbeitszeit. Die restliche Zeit über könnte er sich mit den Beschwerden seiner Patienten auseinandersetzen und sich mit dem Abarbeiten aller übrigen Guidelines für Diagnose und Therapie befassen.»

«In ihrer täglichen Praxis konsultieren Hausärzte selten Richtlinien. Sie arbeiten eher mit Diagnose- und Therapiemustern. Wenn sie Richtlinien lesen, vergleichen sie diese mit ihren internalisierten Mustern und stellen in der Regel fest, dass kein Anpassungsbedarf besteht. Bei neu in die Praxis eintretenden Ärzten fehlen diese Muster teilweise, was sich in einem vermehrten Bedarf an Zeit und Ressourcen bei gleichzeitiger Unsicherheit niederschlagen kann. Was ins Muster passt, läuft in der Routine mit, was aus dem Rahmen fällt,

benötigt ein genaueres Hinsehen. Oftmals ist der zeitliche Verlauf entscheidend, in dem Gesundheitsstörungen plötzlich «auffällig» werden.»

### Grenzen von Guidelines

«Guidelines haben aber auch noch andere Grenzen. Das Wissen, auf das sie sich stützen, stammt oft aus «idealen» Kollektiven. Sie nehmen oft keine Rücksicht auf polymorbide, betagte Patienten. Die empfohlenen Massnahmen können sich durchaus widersprechen. Da die Guidelines pro Krankheit erstellt werden, bieten sie auch keine Priorisierung im Fall von Widersprüchlichkeiten oder Konflikten. Schliesslich kranken sie auch häufig an der fehlenden Umsetzbarkeit beim Patienten. Zudem erfüllen Guidelines häufig gewisse Qualitätskriterien nur mangelhaft. Es handelt sich dabei insbesondere um Interessenkonflikte und um Daten, wie das Guideline-Komitee ausgewählt worden war. Aus diesem Grund lohnt es sich, auch auf Hochglanzpapier publizierten Richtlinien mit klingenden Autorennamen eine gewisse Skepsis entgegenzubringen.»

«Schliesslich gilt es auch ethische Betrachtungen anzustellen. Der hippokratische Eid lautet: «Ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie **zum Schaden** und in unrechter Weise anzuwenden». Daraus ist zu schliessen, dass es einen grossen Unterschied macht, ob bei gesunden Personen aktiv Krankheiten gesucht oder ob bei kranken Menschen das Leiden gelindert werden soll. Jede aktive Massnahme kann auch Schaden verursachen, dieser muss jedoch in einem sinnvollen Verhältnis zum möglichen Nutzen der Intervention stehen.»

### Qualitätszirkel sind bedeutsam

«Es ist schwierig, Mindlines abzuändern, da diese für die Funktionsfähigkeit des Arztes in seiner Praxis zentral sind. Ansätze wie «pay for performance» führen zwar zu einer Verhaltensänderung, jedoch nicht zu einer Änderung der Mindlines. Sie erzielen deshalb eher ein «Indikator-Frisieren» als eine veränderte Einsicht und sind deswegen anfällig für eine Fehlallokation von Mitteln. Erfolgreich für Verhaltensänderung und Beeinflussung der Mindlines kann die Bearbeitung von wichtigen Themen im hausärztlichen Qualitätszirkel sein.»

### Die Macht des disziplinierten Hinterfragens

Dr. med. Johannes G. Schmidt, Stiftung Paracelsus heute, fragte schliesslich: «Ist EbM ein Modebegriff oder zukunftsweisend?». Grundsätzlich meinte er: «Ein guter Arzt lernt durch die Praxis. Aber er gleicht seine Erfahrungen mit den Ergebnissen aus aussagekräftigen Studien ab. Er muss sich mit der nötigen Disziplin fragen, was Studien und was die eigene Erfahrungen ihm genau sagen können. Er muss auch verstehen lernen, dass Studien sehr oft keine Antwort haben und dass sein eigenes Erkennen und Verstehen ihm helfen müssen.»

### Gipsen oder nicht gipsen?

«Als Arzt lernt man zum Beispiel, dass Knochenbrüche ruhiggestellt werden müssen. Vor 20 Jahren waren die Leute in Einsiedeln noch sehr ländlich und eigenständig geprägt. So kam ein 50-jähriger Patient 1 Woche nach einer Sprunggelenk-Verletzung, weil es immer noch

schmerzte. Im Röntgen fand sich ein Knöchelbruch. Mit diesem hatte der Patient 1 Woche gearbeitet. Der Bruch war nicht disloziert. Wieso sollte ich nun einen Gips machen? Eine damals noch etwas mühsame Suche auf **Medline** zeigte keine entsprechenden Studien zu dieser Frage. Also liess ich den Patienten ohne Gips weitermachen, er hatte ja gezeigt, dass er das kann. Eine Nachkontrolle 1 Monat später zeigte eine tadellose Heilung. Er war ohne Gips viel schneller wieder gesund geworden.»

«Ich habe noch eine weitere Anekdote. Ein 90-jähriger alleinstehender Bauer konnte nicht mehr aufstehen. Kammerflattern bei Herzinfarkt, was beim Hausbesuch mit EKG und anschliessendem Labor festgestellt werden konnte. Bettruhe, Medikamente, Gottvertrauen und eine Pflege zu Hause führten dazu, dass das Herz nach vier Tagen wieder rhythmisch schlug, und der Patient wieder auf die Beine kam. Er lebte noch drei Jahre. Das gleiche Bild etwas später bei einer ebenfalls 90-jährigen Patientin, die ich allerdings auf die Intensivstation einweisen musste, weil die in Zürich wohnende Tochter das durchsetzte. Ich hatte mit der 90-jährigen selbst ein gutes Einvernehmen, sie wollte eigentlich zu Hause bleiben oder allenfalls ins nahe Kleinspital gehen, falls die Pflege zu Hause schwierig würde. Sie starb am nächsten Tag auf der Intensivstation. Natürlich ist das kein Therapievergleich nach den Regeln einer randomisierten Studie. Aber es ist gute Evidenz, dass die gleiche Krankheit immer in verschiedenen Wirts-Situationen auftritt und dass das Spontanheilungs-Potential entscheidender sein kann als die intensive Pathologie-Kontrolle. Und das kann den Verlauf im Einzelfall bestimmen.»

### Denkfehler entlarvt

Der Routinier präsentierte weitere spannende Einblicke: «Die Evidenzbasierte Medizin entlarvt auch Denkfehler. Vor 20 Jahren zeigten sich bei Frauen ohne Östrogeneinnahme mehr Herz-Kreislauf-Krankheiten und Infarkte, weil bereits vorhandene Herz-Kreislaufstörungen ja eine Kontraindikation für die Östrogen-Einnahme waren. Allen Ernstes behaupteten die Gynäkologen nun, mit der Einnahme von Östrogenen würden Herzinfarkte verhütet, und alle Frauen müssten Hormone schlucken, um einen Mangel zu beheben. Die damals noch wenigen Autoren der Evidenzbasierten Medizin machten auf den Selektions-Fehler in diesen Kohorten-Studien aufmerksam, und eine richtige, kontrollierte Studie zeigte schliesslich auf, dass die Sterblichkeit nach 5 Jahren Östrogen-Einnahme sogar zunahm. Auch hier geht es um eine Korrektur des medizinischen Denkens. Die alten Pseudo-Studien hätten die Gynäkologen eigentlich ganz

einfach so lesen können: Wenn die Herz-Kreislauf-Gesundheit bis zur Menopause hält, ist das ein prognostischer Vorteil; wenn die Herz-Kreislauf-Gesundheit aber schon vor der Menopause eingeknickt ist, kann der Körper die Gesundheit auch danach weniger gut halten.»

«Die Medizin hat aber die Gesundheit und die relative Gutartigkeit natürlicher Verläufe aus dem Auge verloren, und deshalb orientiert sie sich nur an Mangel und Krankhaftem. Deshalb ist die falsche Hormonmangel-Idee bis heute stärker als die Evidenzbasierte Medizin. Wenn Sie als Mediziner und Gynäkologe nur Hormone kennen, haben Sie nur die Möglichkeit, an Hormone zu glauben. Erst wenn Sie den unspezifischen Mangel der Widerstandskräfte und die Erschöpfung sehen, die hinter menopausalen Problemen stehen, kommen Sie von der Hormon-Fixiertheit weg. Die Evidenzbasierte Medizin entlarvt Denkfehler. Doch die emotional begründete Macht der Irrtümer lässt sich erst überwinden, wenn wir auch anders denken lernen. Solange die falsche Angst vor einem Mangel besteht, den Sie als Arzt doch therapieren müssen, sind Sie gefangen. Sie müssen quasi emotional begreifen, dass Ihre Mangel-Theorie falsch ist und das Problem woanders liegt.»

### Vor- und Nachteile: Was überwiegt?

«Mit den Methoden der Evidenzbasierte Medizin lässt sich das Ausmass von Vor- und Nachteilen genauer bemessen. – Ich habe das 1990 getan in einer damals noch methodisch innovativen Arbeit über das Brustkrebs-Screening, die in einer sehr anerkannten Fachzeitschrift erschienen ist. Sie zeigte: Mit dem Mammographiescreening könnte eine Frau mit sehr viel Glück die eine von 1000 sein, die dank der Früherkennung in den nächsten zehn Jahren nicht an Brustkrebs stirbt. Doch sterben wird sie trotzdem, einfach an etwas anderem. Fast 10mal häufiger führt in dieser Zeit eine andere Krankheit zum Tod. 1 zu 1000 – mit 99,9% wird ihr das fragliche Glück also nicht zuteil, sie hat hingegen mit einer Wahrscheinlichkeit von etwa 15% das Pech, mit einem (meist falschen) Krebsverdacht im Röntgenbild konfrontiert zu werden, oder in 1% das Pech, eine unnötige Krebsdiagnose zu erhalten, die ihr ohne Screening erspart geblieben wäre. Verzichtet eine Frau auf das Screening, könnte sie die eine von 1000 sein, die in den nächsten zehn Jahren deshalb an Brustkrebs stirbt – statt an etwas anderem. Und sie vermeidet gleichzeitig das Risiko, von den genannten gesundheitlichen Nachteilen der Überdiagnose und Überbehandlung getroffen zu werden.»

«Frauen bleiben ohne Mammographie-Screening also gesünder. Ihre Gesamtsterblichkeit ist



gleich, und sie bekommen nicht unnötige Brustkrebsdiagnosen und -behandlungen. Es bleibt die Frage, welcher Geist und welche Unvernunft denn ein Mammographieprogramm in Gang setzen kann angesichts solcher Resultate?»

«Man muss mit den **Fragen und Methoden** der Evidenzbasierten Medizin an die Sache gehen – und nicht bloss mit Evidenzbasierten **Ergebnissen**. Dann fällt auf, dass ein gleicher Brustkrebs einmal zwar bösartig verläuft und zum Tod führt, ein andermal aber eine sehr gutartige Störung ist, die kaum Probleme macht und sogar stumm und bis ans Lebensende unentdeckt bleibt. Das übersieht die Medizin in ihrem Kampf gegen das Bösartige. Sie kann diese grosse Variabilität mit ihren Labormethoden auch nicht erklären und übergeht sie einfach. Die Früherkennung ist angstgetrieben und beruht auf falschen Vorstellungen und Theorien. Sie schützt die Gesundheit nicht, sondern verletzt sie.»

### Wechselspiel zwischen Krankheit und Wirt

«Die Frage ist: Was determiniert eigentlich den Verlauf und den Erhalt der Gesundheit? Das Wechselspiel zwischen Krankheit und Wirt ist in der Infektiologie einst ein fundamentales Thema



Auch in diesem Jahr konnten die Fachpersonen ihr Netzwerk am RVK-Forum ausbauen und pflegen.

gewesen ist. Im einseitigen Krankheitsdenken ist es heute leicht geworden, auch immer wieder Viren als angeblich schlimme Bedrohung der Gesundheit zu propagieren. Die erste erfolgreiche Impfung – die Pockenimpfung – hat in der Tat die häufige Pocken-Kindersterblichkeit im Berlin der 30er-Jahre praktisch zum Verschwinden gebracht. Doch die Kindersterblichkeit an allen Ursachen blieb unverändert. Die unterernährten Kinder sind insgesamt gleich häufig gestorben – ob gegen Pocken geimpft oder nicht.»

«Vielleicht wissen Sie, dass eine kritische Beurteilung der Evidenz auch die Wirksamkeit der heutigen Grippe-Impfung in Frage stellt. In Bezug auf das medizinische Denken in Kategorien der spezifischen Immunantwort wirkt die Grippe-Impfung natürlich schon. Sie hat zweifellos eine Wirkung auf die Antikörpertests. Aber nicht auf die reale Immunität des Patienten. Denn die Widerstandskraft ist unspezifisch und lässt sich im Labor nicht messen. Evidenzbasierte Medizin zeigt auf, dass manche unserer Theorien nicht stimmen und zu akademisch sind.»

### Spezifität uns Sensivität

«Insbesondere darf man nicht glauben, dass Wissenschaftlichkeit durch eine möglichst grosse

Spezifität entstehe. Spezifität ist immer eine Frage des Blickwinkels und eine Frage der Einengung. Wer Statistik genauer versteht, weiss, dass Spezifität mit Sensitivität konkurrenziert. Wird man sensitiv und relevant, dann wird man eher ungenau und unspezifisch, es ist zum Beispiel keine Doppelblindstudie möglich. Wird man hingegen immer genauer und spezifischer, dann wird man irrelevant und erfasst nicht mehr die realen Probleme in der Praxis. Eine undifferenzierte Vergötterung der Doppelblindstudie stützt also eher die Hegemonie einer pharmazeutischen Medizin, kann aber die realen Probleme in der Praxis nicht wirklich erfassen. So hat irrelevante Medizin, die auch die Tugend der Zurückhaltung verloren hat, angefangen, die Gesundheit zu beeinträchtigen. Das **Medical Decision-Making** ist oder wäre ein wichtiger Grundpfeiler der Evidenzbasierten Medizin. Es macht auf die Gesetzmässigkeiten von Spezifität und Sensitivität aufmerksam und macht begreiflich, dass der Kontext bestimmt, ob Theorien und Diagnosen stimmen – oder eben nicht unbedingt stimmen.»

### EbM korrigiert medizinisches Denken

«Auf der anderen Seite sind Widerstandskräfte und Spontanheilungsfähigkeiten sehr unspezifisch, wenn man sie an der konventionellen

Krankheitslehre misst. Aber sie sind fast immer sehr relevant – und fehlen fast vollständig im modernen medizinischen Denken. Die Korrekturen im medizinischen Denken durch die Evidenzbasierte Medizin offenbaren uns langsam den elementaren Trugschluss: Wir dürfen die erfolgreiche Bekämpfung von Krankheit nicht mit einem Gewinn an Gesundheit verwechseln.»

«Ich hatte 15 Jahre lang die Möglichkeit, mit Hilfe eines meisterlichen Lehrers der Altchinesischen Medizin die natürlichen Gesundungsprozesse zu studieren und zu sehen, wieweit sich die Gesundungskräfte so aufbauen lassen, dass ungünstige Verläufe sich in klinisch gutartige Verläufe wenden. So zeigen MS-Patienten auch bei letztendlich gutem Verlauf weiterhin Schübe, vielleicht sogar verstärkt. Ein Patient kann durch einen Schub z.B. die Schlafstörungen verlieren, ein deutliches Zeichen, dass die pathogene Kälte aus dem Körperzentrum gewichen ist und die Gesundheit gewonnen hat. Schübe sind dann also Gesundungsvorgänge, die mit der Zeit zu Ende sind und keine bleibenden Lähmungen hinterlassen. Interferon, das trotz fehlender Evidenz für einen nachhaltigen Nutzen routinemässig verwendet wird, stellt diesen Gesundungsvorgang kalt und schwächt damit wahrscheinlich auch das Gesundungsvermögen der Patienten. Die Evidenzbasierte Medizin stellt die Interferon-Therapie in Frage. Doch erst wenn ein Neurologe sein eingegengtes und falsches medizinisches Denken durchschauen gelernt hat und versteht, dass er ohne zuverlässige Antworten auf wichtige Fragen vielleicht mehr Schaden als Nutzen bewirkt, wird er seine Interferon-Therapie relativieren können. Und Patienten und die Öffentlichkeit müssen ebenfalls lernen zu begreifen, dass Mediziner über Gesundheit nicht viel nachdenken und oft blindlings abnorme Befunde bekämpfen.»

### Mit Empathie kommunizieren

Diese Auffassung vertrat Prof. Dieter Conen, Präsident der Stiftung für Patientensicherheit. «Ein Arzt muss abschätzen, was der Patient schon weiss und was er zu wissen wünscht», so Conen. «Die Risiken müssen mit Empathie kommuniziert werden.» Für Dr. Charles Giroud, Präsident des RVK, ist klar, dass EbM helfen kann, die Entscheidungsqualität im Interesse der Patienten zu verbessern. Aber dass EbM gleichzeitig an ihre Grenzen stösse. «Wir haben heute intensiv über Einzelfälle diskutiert – die Aufgabe besteht allerdings darin, die verfügbaren Ressourcen so auf die Gesamtbevölkerung zu verteilen, dass die Versorgung aller optimal gewährleistet ist», führte Giroud zum Schluss aus. «Diese Gesamtschau ist wesentlich.»

Zusammenfassung: Dr. Hans Balmer