

Ein neuer Optimismus in der Medizin.

Jahresbericht 2018



Impressum

Redaktion: Flavian Kurth
Autoren: Dr. med. Michel Romanens, Dr. Walter Warmuth, Dr. med. Edward A. Schober, PhD,
Patrick Koop, MD, Flavian Kurth

Bilder: photocase.de, User: FemmeCurieuse, zettberlin, David-W-, der-Begnadete

Abdruck auch auszugsweise nur mit schriftlicher Genehmigung der Fairfond Stiftung für Fairness im Gesundheitswesen,
Ziegelfeldstrasse 1, 4600 Olten, www.fairfond.ch

Inhalt.

| | | |
|---------------------------------|-------|---|
| Vorwort des Stiftungsrats | Seite | 3 |
| Vorwort des Präsidenten | Seite | 5 |
| Tätigkeitsbericht des Sekretärs | Seite | 7 |

Der Sinn des Lebens und die Gesundheit.

Vorwort des Stiftungsrats, *Dr. med. Edward A. Schober, PhD*



Dass ich mich im Stiftungsrat der Fairfond und im Vorstand des VEMS engagiere, hat Gründe, die zu den Anfängen meines Studiums zurückgehen, denn ich habe mich immer schon für Naturwissenschaften und für Geisteswissenschaften interessiert.

Ich möchte im Folgenden meine Überlegungen zu Gesichtspunkten, die ich in gesundheitsphilosophischen und gesundheitspolitischen Diskussionen als wichtig erachte, darlegen. Auf der biologischen Ebene ist der Sinn des Lebens ja einfach zu formulieren: Am Leben bleiben, mindestens bis zur Sicherung des Weiterlebens der Spezies durch Fortpflanzung.

Spätestens seit der industriellen Revolution – mit ungefähr gleichzeitigen grossen Fortschrit-

ten im Verständnis von Ursachen, und damit den Möglichkeiten der Vermeidung von Krankheiten und der Entwicklung von Therapien gegen sie – ist dieses Überleben einfacher geworden. Auch für die im darwinistischen Sinne nicht unbedingt «Fittesten». Dies könnte einerseits zur Existenzsicherung der Spezies auch durch eine Steigerung der Vielfalt und andererseits zum Freiwerden von zeitlichen Ressourcen führen, da das «am Leben bleiben» nun deutlich effizienter zu bewerkstelligen ist.

Dadurch, dass effektiv sehr Wenige den Nahrungsbedarf von sehr Vielen zu decken vermögen, konnten sich abstraktere Formen des Lebensunterhaltes entwickeln. Dies wurde durch die digitale Revolution noch potenziert. Inzwischen könn(t)en – zumindest praktisch gesehen – die Grundbedürfnisse der Menschheit in einem Bruchteil der zur Verfügung stehenden Zeit gedeckt werden.

Mit dem Kollaps der Sowjetunion wurde die in unterschiedlichen Graden «freie» Marktwirtschaft de facto zur Grundlage des sozioökonomischen Gedankenguts der industrialisierten Welt. Mit der Zeit entwickelte sich die Annahme, der freie Markt richte automatisch alles. Unter diesen Umständen etablierte sich das unanfechtbare Grundprinzip der Notwendigkeit des Wachstums. Als Konsequenz werden Investoren zu Vorgesetzten, ohne jedoch die Angestellten und deren Zustand/Befindlichkeit wahrnehmen zu können (oder zu wollen?). Dies führt zu einer Reduktion der Daseinsberechtigung eines Unternehmens allein auf die Rendite, ohne jegliche Berücksichtigung der eigentlichen Produkte oder der eigentlichen Leistungen, welche das Unternehmen auf dem Markt definieren. Die Notwendigkeiten der tatsächlich Arbeitsleistenden werden überhaupt nicht mehr wahrgenommen, bzw. Mitarbeiter werden als vollkommen austauschbar behandelt. Der Trend macht keinesfalls vor Institutionen des Gesundheitswesens halt.

Die Folgen: Vor allem im hausärztlichen und psychiatrischen Alltag häufen sich die Krankheitsbilder, die als Kollateralschäden dieses Ausnutzens und Wegwerfens bezeichnet werden können. Letztendlich dient das mittelfristig gesehen auch nicht dem Wachstum. Also haben wir die paradoxe Situation, dass für das (kurzfristig) maximale Wachstum, die zeitlichen und

intellektuellen Ressourcen, die uns durch die erhebliche Abschwächung des Existenzkampfes zur Verfügung stünden, nicht genutzt werden können, ja durch beispielsweise ständige Erreichbarkeit z.T. sogar vollständig besetzt werden.

Dies ist (aus meiner ärztlichen Sicht und Erfahrung) ungesund und unnötig. Notwendig scheint mir die bessere Verteilung der zur Deckung der Grundbedürfnisse aller Menschen notwendigen und eigentlich verfügbaren Ressourcen, anstatt dass sehr wenige diese in sehr grossem Masse anhäufen. Um auf das biologische Überleben zurückzukommen: Man könnte sich vorstellen, wie viel man selber essen müsste und wie viele Häuser man haben müsste um eine Milliarde Dollar/Schweizer Franken/Euro zu verbrauchen, und welche Auswirkungen dies auf die Gesundheit hätte. Es geht nicht um eine kommunistische Gleichstellung aller, sondern einfach um die Grundexistenz, die Zeit und möglicherweise um die Weiterentwicklung unserer Spezies.



Dr. med. Edward A. Schober, PhD

Pessimismus kann krank machen.

Vorwort des Präsidenten, *Dr. med. Michel Romanens*



Den Begriff Placebo kennen auch medizinische Laien, und die meisten wissen auch, was er bedeutet: Ein Medikament ohne entsprechenden Wirkstoff kann dennoch einen heilenden Effekt haben, allein durch den

Glauben der Patientinnen und Patienten an die heilende Wirkung. Weniger geläufig ist der Begriff Nocebo. Er kommt von Lat. nocere (schaden) und beschreibt den gegenteiligen Effekt: Wenn Patientinnen und Patienten an die schädliche Wirkung eines Medikaments oder einer Behandlung glauben, dann kann dies dazu führen, dass diese eintritt, obwohl Medikament oder Behandlung an sich nicht schädlich sind. Bei den Verwünschungen des Woodoo etwa wirkt dieser Effekt. Wer gelernt hat, dass der Mediziner

des Dorfes erkenne, ob jemand von bösen Geistern besessen sei und krank werde, der wird krank, wenn er von diesem als jemand identifiziert wird, der von bösen Geistern besessen sei.

Wir leben in einer aufgeklärten Zeit und Welt, zum Glück. Nun stellen wir fest, dass sich im Zuge der Kostenkontrolle in unserem Gesundheitswesen Beobachtungsstudien häufen, die bei bestimmten Eingriffen unter bestimmten Bedingungen und bei bestimmten Patientinnen und Patienten ein Kosten-Nutzen-Verhältnis ausmachen, welches so schlecht sei, dass sie in diesen Fällen nicht angezeigt seien, da nicht nützlich, unter Umständen sogar schädlich. Die Streichlisten der Initiative «Choosing Wisely» gehen noch einen Schritt weiter und halten die Fachgesellschaften an, Listen mit Eingriffen einzugeben, die in jedem Fall unnützlich oder gar schädlich seien und ergo grundsätzlich zu streichen. Was könnten möglich Effekte davon sein? Wir wollten es

wissen und haben «Choosing Wisely» in einem aufwändigen Positionspapier untersucht. Für die ethischen Aspekte haben wir ein Gutachten bei Prof. Christoph Rehmann-Sutter eingeholt, für die rechtlichen konnten wir uns auf verschiedene Gutachten stützen, die der Versicherungsrechtsexperte Prof. Ueli Kieser für den VEMS erstellt hat. Sie finden dieses Papier auf unserer Webseite. Insgesamt stellen wir fest, dass hier Nocebo-Effekte auftreten könnten, und dies auf verschiedenen Ebenen, auf der klinischen Mikroebene der Arbeit am Krankenbett ebenso wie auf der gesundheitsökonomischen Makroebene.

Diese Arbeit schliesst an unser Anfangs 2018 erarbeitetes Thesenpapier für einen neuen Optimismus in der Medizin an. Dort haben wir drei Thesen aufgestellt, wieso unser Gesundheitswesen tendenziell teurer und die medizinische Qualität gleichzeitig tendenziell schlechter wird. Beides stellen nicht nur wir vom VEMS fest, sondern vielmehr bereits die Patientinnen und Patienten selbst. Wenige Stimmen stellen aber so deutlich wie der VEMS die Frage: Ist ein grundsätzliches Misstrauen der Medizin gegenüber heilsam für diese, indem es sie zum sorgsameren Umgang mit nun einmal beschränkten Mitteln anhält, oder könnte es auch sein, dass dieses Misstrauen selbst der Grund für Mengenausweitungen mit fragwürdiger medizinischer Zweckmässigkeit ist? Wenn unsere Antwort zu Letzterem tendiert, dann geschieht dies solid begründet. Es ist auch nachvollziehbar: Patientinnen und Patienten, die der Medizin grundsätzlich misstrauen, werden eher mehr Untersuchungen wollen als weniger, um ganz sicher zu sein, dass auch wirklich nichts verschlampt wurde. Das kostet. Auch kann es Ärztinnen und Ärzte dazu verleiten, eher etwas mehr zu machen als zu wenig, um ganz sicher zu sein, dass die betreffende Patientin oder der betreffende Patient auch ja zufrieden ist. Das kann nicht nur kosten, sondern auch gefährlich sein für die Patientensicherheit, das kann dann unter Umständen wirklich mehr schaden als nützen.

Die Problematik geht darüber aber weit hinaus. Wir haben heute eine solide Studiengrundlage, die einen Zusammenhang feststellt zwischen einer negativen medialen Berichterstattung über bestimmte Medikamente, etwa Cholesterinsenker, und einer Häufung beklagter Nebenwirkungen bei diesen Medikamenten. Die Patientinnen und Patienten lernen also, dass diese Medikamente Nebenwirkungen haben, und dann entwickeln sie diese Nebenwirkungen teilweise auch tatsächlich, ein Woodoo-Zauber, wie man ihn in einer aufgeklärten, modernen Zeit und Gesellschaft nicht für möglich halten würde.

Wir stellen solche Effekte in allen unseren Dossiers fest, über die ihnen unser Sekretär auf den folgenden Seiten seinen Tätigkeitsbericht erstatten wird. Wundermittel, so viel steht fest, gibt es keine. Vielmehr ist es so, dass all diese Wundermittel zur Kostenkontrolle sich als gefährliche, die Patientensicherheit gefährdende Kostentreiber erweisen: die Wirtschaftlichkeitsverfahren, das Fallpauschalensystem, die Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung, die Qualitätsindikatoren des BAG. Dagegen anzuarbeiten, macht den VEMS zur unbequemen Stimme, zum Bedenkensträger, der erstmal Fragen stellen will, bevor wir von einem Steuerungsinstrument ins nächste rennen. Wir fassen das als Kompliment auf und als eine Bestätigung, dass es uns braucht und dass wir auf dem richtigen Weg sind. Gerne begrüssen wir unsere beiden neuen Stiftungsräte Dr. med. Edward A. Schober, PhD, und Patrick Koop, MD, mit denen zusammen wir mit frischem Schub ins 2019 starten.



Dr. med. Michel Romanens,
Präsident des Stiftungsrats

Unterstützen Sie die Engagements des VEMS:
www.fairfond.ch

Von der normativen Ethik zur deskriptiven.

Tätigkeitsbericht VEMS, *Flavian Kurth*



Im 2018 haben wir unsere Arbeit und unsere Kommunikation strategisch neu ausgerichtet. Dazu ein Rückblick: Am Anfang unser Engagement stand das Gefühl der Empörung. Wir sahen, wie die Wirtschaftlichkeitsverfahren der Versicherer Ärztinnen und Ärzte, die korrekt und unter Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Kriterien wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich arbeiteten, dennoch verfolgten, verklagten und büssten. Die Verfahren haben sie auf dem falschen Fuss erwischt, es gab kaum wissenschaftliche Grundlagen und statistisch-mathematische Expertise, auf die sie sich stützen konnten, um ihr Recht geltend zu machen. So einigten sie sich in der Regel auf Vergleiche,

um nur irgendwie weiterarbeiten zu können. Denn nichts anderes ist es, was die grosse Mehrheit von ihnen wollte und will: nicht sich ungebührlich bereichern, sondern ihre Patientinnen und Patienten sorgfältig und fachgerecht behandeln. Diese Vergleiche bestätigten nun aber ein untaugliches Verfahren, und so wurde es weiter angewandt, was zu weiteren Vergleichen führte. Ein Teufelskreis. Diesen wollten wir durchbrechen, wollten eine «Red Flag» setzen: Vorsicht, hier werden Behandlungspfade zum Nachteil der Patientinnen und Patienten umgepflügt, hier werden Anreize zu einer Behandlungskultur gesetzt, die gefährlich ist, gerade für jene, die Fürsorge am nötigsten haben: alte, polymorbide und behinderte Menschen.

Mit diesem Grundgefühl der Empörung gingen wir unsere Dossiers an, die wir in den folgenden Jahren eröffneten: Public Health, HTA,

Managed Care, Peer Review. Wir erkannten in diesen Dossiers denselben falschen Ansatz, und dagegen wollten wir etwas unternehmen. Die Empörung hat aber ein Problem: Man wird schnellmal moralisierend, wenn man sie empfindet, hat eine Tendenz, den anderen vorschreiben zu wollen, was richtig ist und was falsch. Und das kann reaktantes Verhalten provozieren.

In der Ethik unterscheidet man zwischen normativer und deskriptiver Ethik. Erstere tut, was ich oben beschrieben habe, religiöse Moralsysteme etwa. In einer Zeit und Gesellschaft des Wertpluralismus sind sie nicht mehr unbedingt konsensfähig, es gilt, verschiedene moralische Vorstellungen auszutarieren. Dies kann eine deskriptive Ethik besser leisten, denn sie schaut hin, was ist, beschreibt es, wertet nicht, überlässt es den Beteiligten, im konkreten Fall die jeweils richtige Handlungsentscheidung zu fällen. Dies kann die Beteiligten auch mal überfordern. Auch kann es zu einem Relativismus führen, der sich vor der moralischen Verantwortung drückt. Wenn wir uns dennoch entschieden haben, uns nun eher deskriptiv als normativ in die Diskurse einzubringen, dann hat das einen guten Grund.

In der Arbeitsgruppe Sterbehilfe sind wir angetreten, ein verbindliches Regelwerk für assistierte Suizide zu erarbeiten und haben dann im interdisziplinären Austausch mit den Experten der Gruppe erkannt: Dem VEMS als privatem wissenschaftlichen Verein fehlt schon die normative Kraft für eine solche Ethik. Umso stärker sind wir aber im Deskriptiven, denn wir haben die Unabhängigkeit, wirklich unvoreingenommen an die Probleme heranzugehen, um dann mit unserer soliden Expertise den Finger auf wunde Stellen zu legen und die offenen Fragen zu benennen. Dies haben wir in der Arbeitsgruppe Sterbehilfe in der Folge auch getan, indem wir einen Katalog mit zehn ungeklärten Punkten erarbeitet haben, den wir im 2019 an einem Fachsymposium in den Diskurs einbringen wollen.

Mit dieser neuen Haltung sind wir die beiden Papiere angegangen, die wir im 2018 erarbeitet und herausgebracht haben. Vom Thesenpapier für einen neuen Optimismus in der Medizin hat ihnen unser Präsident in seinem Vorwort berichtet. Es ist die Verdichtung unserer Arbeit der letzten zehn Jahre und ihre Zuspitzung auf drei Thesen: 1. Immer mehr ökonomische Effizienz schafft immer mehr medizi-

nische Ineffizienz. 2. Eine einseitig ökonomisch gedachte Priorisierung öffnet der Euthanasie Tür und Tor und schafft überdies teuren medizinischen Unsinn. 3. Die heute praktizierte Bioethik reizt die Akteure des Gesundheitswesens zu einem Egoismus an, unter dem jeder nur noch profitieren will und keiner tatsächlich sparen. Wir leiten unsere drei Thesen unter verschiedenen Kriterien her, medizinischen, medizinethischen, gesundheitsökonomischen, statistisch-mathematischen, rechtlichen und soziologischen. Unser inzwischen ansehnliches Archiv für den VEMS erstellter Fachgutachten externer Experten erlaubt es uns, die jeweiligen Argumente fachlich zu referenzieren, wo nicht anderweitig Grundlagen zur Verfügung stehen. Das Papier ist positiv aufgenommen worden, wir sind zu Vorträgen eingeladen worden und wurden in einigen Fragestellungen um eine Einschätzung gebeten, von Medien und von Medizinerinnen und Medizinern.

Auch unser zweites Papier, das Positionspapier zu «Choosing Wisely» wollten wir im Sinne dieser neuen Sachlichkeit gestalten. Hier hatten wir allerdings einen Mangel: Wir wären mit unseren eigenen Ressourcen vielleicht in der Lage gewesen, die ethischen Grundlagen der Initiative zu beurteilen, doch niemals so fundiert, wie dies Prof. Rehmann-Sutter getan hat, den wir um ein entsprechendes Fachgutachten baten und der uns dieses erstellt hat. Auch war es uns daran gelegen, eine Sicht von aussen zu haben, um uns selbst vor einer möglichen Voreingenommenheit zu schützen. Im Ergebnis sehen wir «Choosing Wisely» als ein Zeichen in die richtige Richtung, stellen aber eine gewisse Blindheit für die konkreten Probleme bei der Arbeit am Krankenbett fest. Wir denken, «Choosing Wisely» hätte mehr Durchsetzungskraft, wenn der Fokus der Initiative nicht allein auf bestimmten Behandlungen und Streichlisten läge, sondern insgesamt auf dem Anliegen einer systematischen Verbesserung der Qualität der Indikations- und Behandlungsentscheide. Dabei kann Unterversorgung ebenso problematisch sein wie Überversorgung, ein Problem, dem sich der Trägerverein von «Choosing Wisely», obwohl es in seinen Statuten formuliert ist, bisher nicht gewidmet hat.

Sie finden diese Papiere auf unserer Website. Nun wollten wir, dass auch der Internetauftritt der Fairfond Stiftung, welche die Engagements des VEMS initiiert, trägt und die Mittel für sie

generiert, den neuen Duktus abbildet. Wir haben sie grundlegend überarbeitet und für den neuen Auftritt www.fairfond.ch Rückmeldungen erhalten, die uns bestätigen: Das ist angekommen.

Wie steht es neben diesen Arbeiten mit dem Tagesgeschäft? Einerseits haben sich im 2018 einige Ärztinnen und Ärzte an uns gewandt, die sich zu Unrecht von einem Wirtschaftlichkeitsverfahren belastet sahen. Wir haben ihre Statistiken analysiert und dort geholfen, wo uns dieser Eindruck richtig schien: Aufbereiten der statistischen Grundlagen, Hilfe bei der Kommunikation mit den Versicherern, Begleiten zu Gesprächen, wo dies möglich war. Das dabei angehäuften Wissen haben wir in einem Artikel in der Ärztezeitung aufbereitet, um den Medizinerinnen und Mediziner eine Orientierungshilfe zur Verfügung zu stellen.

Damit auch die Öffentlichkeit, die Patientinnen und Patienten, die Prämienzahler, erkennen, welche Gefahren das Verfahren und Vorgehen der Versicherer für sie bedeuten kann, haben wir uns auch in der Publikumspresse zu Wort gemeldet und Beiträge in der NZZ, im Tagesanzeiger und in der Basler Zeitung platzieren können. Insgesamt stellen wir ein erfreuliches Umdenken fest: Die Probleme werden vermehrt erkannt, das Narrativ einer Medizin der Abzocker-Ärzte wird nun hinterfragt.

Dem neuen Verfahren, das ab Januar 2018 operativ ist und pharmazeutische Kostengruppen in den Vergleich mit einbezieht, stehen wir kritisch gegenüber. Der Dachverband *santésuisse* legt das Verfahren nicht offen. Auch ist unklar, wann und wie es angewandt wird. Dies schafft Raum für eine Auslegung und Anwendung, die interessengetrieben sein kann und nicht unbedingt dem Zweck dienen muss: Jene Ärztinnen und Ärzte zu identifizieren, die tatsächlich und systematisch überversorgen, um sich zu bereichern. Dass mit dem neuen Verfahren rund 50% weniger auffällig sind, mag für diese erfreulich sein, ist aber kein Garant für die Zweckdienlichkeit des neuen Verfahrens. Wir werden in diesem Dossier hartnäckig dranbleiben und weiterhin unangenehme Fragen stellen – im Interesse der Patientinnen und Patienten, um deren Wohl es letztlich geht.

In diesem Sinne haben sich auch unsere Aktivitäten in der Arbeitsgruppe IVR ausgestaltet. Dort waren es Patientinnen und Patienten, de-

nen medizinisch solid begründete und überlebenswichtige Renten gestrichen wurden, die wir beraten haben. In einem Expertenteam mit namhaften Persönlichkeiten konnten wir einen Artikel verfassen und in der Ärztezeitung platzieren. Die Botschaft ist klar: Ärztinnen und Ärzte sollten sich nicht zu Handlangern der Versicherer degradieren lassen. Wenn Renten, die nötig sind, gestrichen werden, dann kann das für die Betroffenen gesundheitliche Folgen haben. Das ist unverantwortbar und kostet obendrein nicht selten mehr als die gestrichene Rente.

Eine weitere wichtige Arbeit des Tagesgeschäfts war unsere Stellungnahme zu Datenschutz und Datenhoheit im Gesundheitswesen, die wir an unsere Parlamentarierinnen und Parlamentarier und selektiv an Medien verschickt haben, mit denen wir diesbezüglich im Gespräch waren. Der Hintergrund: Nachdem in einer ersten Etappe die notwendigen Anpassungen an das europäische Recht vorgenommen worden waren, ging die Staatspolitische Kommission (SPK) des Nationalrates in der Sommersession 2018 die Totalrevision des Datenschutzgesetzes an. Wir wollten die Politik in diesem Zusammenhang auf die Probleme unseres derzeitigen Datendispositivs hinweisen und haben ihnen unseren Vorschlag vorgestellt:

Die Lösung der heutigen datendispositiven und datenrechtlichen Probleme wäre es, eine staatliche Clearingstelle für die Rechnungskontrolle einzurichten. Diese würde als erste Anlaufstelle die jeweiligen Kontrollen durchführen, und erst dann ginge die Rechnung zur Begleichung an die Kasse, also als Gesamtrechnung ohne die einzelnen Positionen. Somit wäre der heute mögliche Missbrauch ausgeschlossen, folglich auch die Möglichkeit der Patientendiskriminierung mit ihren ethischen und sozialen Implikationen. Unsere Empfehlung an unsere Parlamentarierinnen und Parlamentarier: Die Schweiz sollte aus ihrem Denken aus Zeiten der Karteikarten jetzt ausbrechen und den Schritt in ein zeitgemässes Datendispositiv- und Recht tun. Es war uns klar, dass wir hier keinen direkten Einfluss nehmen konnten, doch es schien uns wichtig, die Problematik in den Diskurs einzubringen.

Es freut uns, dass unser Engagement inskünftig von drei neuen Stiftungsräten unterstützt wird, die ich Ihnen abschliessend gerne vorstelle: Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth un-

terstützt den VEMS bereits seit 2014 bei wissenschaftlichen Arbeiten, Artikeln und Papers und ist nun auch im Stiftungsrat der Fairfond dabei. Er hat einen Studienabschluss in Mathematik, Ethik und Philosophie an der Moskauer Staatliche Lomonossow Universität und als Dr. rer. nat. promoviert. Nach der Lehrbefähigung hat Dr. Warmuth eine Dissertation zum Dr. sc. nat. und eine Habilitation zum Dr. rer. nat. habil. an der Humboldt Universität zu Berlin geleistet. Er war Hochschuldozent für Wahrscheinlichkeitstheorie und Mathematische Statistik und hat eine Lehrberechtigung für Versicherungsmathematik für Betriebswirte an der Universität Leipzig und für Angewandte Evaluation an der Hochschule Zittau/Görlitz. Wir freuen uns, mit Dr. Warmuth einen herausragenden Experten für genau jene Bereiche in unserer Reihe zu begrüßen, in denen sich die grössten Herausforderungen des Gesundheitswesens stellen.

Dr. med. Edward A. Schober, PhD, hat an der University of North Carolina at Chapel Hill und an der Eberhard Karls Universität Tübingen die Geisteswissenschaften und die Naturwissenschaften studiert – von Anthropologie bis Zoologie –, sich dann auf die Naturwissenschaften konzentriert, um ein Diplom in Biologie mit Nebenfach Germanistik und danach in «biomedical engineering» einen «Doctor of Philosophy» zu erhalten. Der mögliche Einfluss dieser Wissensgebiete auf die Gesundheit von Menschen war für ihn stets von Interesse. Nach einem kurzen Einsatz in der klinischen Forschung in Charlotte, USA, hat er ca. 2 Jahre in der industriellen Forschung in York, Grossbritannien gearbeitet. Nach einem Jahr als Pflegehelfer auf einer chirurgischen Wachstation in Ulm begann er das Studium der Humanmedizin an der Ruprecht Karls Universität Heidelberg (Vorklinik) und am Universitätsklinikum Mannheim (mit Praktika in den USA und in der Schweiz). Dr. med. Edward A. Schober ist praktizierender Arzt mit eigener Praxis. Wir freuen uns, mit ihm eine Kraft an Bord zu haben, die den Blick für beides hat, Natur- und Geisteswissenschaften, und Ausgleich schaffen kann.

Patrick Koop, M.D. hatte seinen «beruflichen» Einstieg als katholischer Ordensbruder, dort auch in der internationalen Zusammenarbeit

im Heiligen Land. Inzwischen ist er verheiratet und hat eine eigene familiäre Gemeinschaft. Patrick Koop hat abgeschlossene Studien in Philosophie/Theologie, Humanmedizin sowie Kultur und Tourismus. Er engagiert sich seit Beginn seines Arbeitslebens für Menschen in weniger privilegierten Situationen, wozu fast 16 Jahre Aufenthalt in Konfliktgebieten wie in den Philippinen, in Afghanistan und in Israel/Palästina gehören. Durch die Gründung und seinen Vorsitz der Peace Agents Foundation bleibt er den Herausforderungen von konfliktbetroffenen Menschen in weniger entwickelten Regionen der Welt verbunden. Er ist in der International Bone Research Association (IBRA) als Education Director in Basel beschäftigt. Wir freuen uns, von der Erfahrung seines beeindruckenden Lebens und von seinen fachlichen und menschlichen Qualitäten profitieren zu dürfen.

Die beiden Stiftungsräte Eduard Hafner und Dr. med. Bernhard Hofmeier haben uns verlassen. Wir danken ihnen für ihr Engagement und wünschen ihnen alles Gute.