

Briefe an die SÄZ



Planung der Spitalentlassung bei schwerer, unheilbarer Krankheit

A. Weber et al. beschreiben [1], wie mit einer optimalen Planung der Spitalentlassung bei Schwerkranken mit einer Ausnahme alle Patienten, die das wollten, zu Hause sterben konnten. Da dieses Ziel sonst nur bei weniger als 40% der Patienten erreicht werde, schreiben sie diese Verbesserung einer erfolgreich umgesetzten Austrittsplanung zu.

Die 40 Studienpatienten mussten an einem metastasierenden Karzinom leiden. Der zuständige Kaderarzt hatte die Frage: «Ist das ein Patient, bei dem es Dich nicht erstaunen würde, wenn er innerhalb eines Jahres stirbt?» zu bejahen. Zur Varianz dieser Einschätzung durch verschiedene Kaderärzte fehlen Daten. Das mittlere Überleben der so eingeschlossenen Patienten betrug lediglich 30 Tage, ein Hinweis, wie arbiträr und wenig prädiktiv dieses Auswahlkriterium ist. Zudem ist unklar, ob alle Patienten eingeschlossen wurden, die diese Kriterien erfüllten.

Im beschriebenen Konzept berät primär der «Palliative Care Konsiliararzt» (PCKA), der den Kranken bislang nicht betreut hat, den so ausgewählten Patienten über Krankheitsverlauf, Chancen und Risiken von Interventionen und Behandlungsmöglichkeiten. Es erstaunt, dass vor einem solchen Gespräch nicht zuerst ein interdisziplinäres Tumorboard unter Beizug verschiedener Spezialisten mögliche Behandlungskonzepte entwirft und priorisiert. Nur so werden den Kranken nicht aus Unwissenheit oder unter ökonomischem Druck valable Behandlungsmöglichkeiten vorenthalten. Gerade bei Tumorpatienten gilt für den beratenden Arzt Kant's Maxime: «Was kann ich wissen, was darf ich hoffen, was soll ich tun?». Fortgeschrittene aggressive Lymphome führen unbehandelt innert eines Jahres zum Tod, können aber mit einer Immuno-Chemotherapie bei 30% der über 70-Jährigen geheilt werden. Die Patienten wurden alle zwei Monate in der Projektgruppe besprochen. Leider fehlten auch hier Onkologen, Strahlentherapeuten und Chirurgen.

Konnten mit der beschriebenen Austrittsplanung mehr Kranke ihrem Wunsch gemäss zu Hause sterben? Die Autoren meinen ja, da 16 von 17 zu Hause starben. Unter dem Aspekt einer Intention to treat Analyse waren es aber nur 40%: Von den 40 Studienpatienten verstarben lediglich 16 zu Hause. Das entspricht ziemlich genau dem von den Autoren erwähnten schweizerischen Durchschnitt. Die vorgeschlagene Spitalentlassungsplanung führte offenbar zu keiner wesentlichen Erhöhung dieses Anteils.

Interessant ist der Vergleich mit dem Ausland. Eine im J Clin Oncol (28:2267, 2010) veröffentlichte Studie untersuchte auf Grund von Sterbeurkunden in sechs europäischen Ländern, wie viele Krebspatienten zu Hause starben. Die Zahlen schwankten zwischen 12,8% in Norwegen und 45,4% in den Niederlanden. Die Wahrscheinlichkeit, zu Hause zu sterben, ist für Verheiratete mit soliden Tumoren am höchsten; hohes Alter und weibliches Geschlecht senken sie. Kranke in ländlichen Gegenden starben in den meisten untersuchten Ländern häufiger zu Hause als Stadtbewohner. Möglicherweise bestimmen vor allem soziodemographische und -kulturelle Faktoren, wo und wie wir mit einem Tumorleiden sterben. Das spricht nicht gegen eine sorgfältige Austrittsplanung, aber für eine nüchterne Einschätzung ihres Nutzens und für eine interdisziplinäre Betreuung der Tumorpatienten in horizontal und vertikal integrierten Netzwerken.

*Dr. med. Jürg Nadig,
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft
für Medizinische Onkologie, Bülach*

- 1 Weber A et al. Planung der Spitalentlassung bei schwerer, unheilbarer Krankheit. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(28/29):1108-12.



MC – Roulette für die Grundversorger

Ich schliesse aus Ihrem Leserbrief «Managed Care – Roulette für die Grundversorger!» [1], dass Sie nicht in einem Ärztenetz mitarbeiten, das Managed Care betreibt. Ich kann Ihre Ängste gut verstehen. Mir ist es vor 15 Jahren ähnlich ergangen.

Damals habe ich mir folgendes überlegt: Die Ökonomie prägt das Gesundheitswesen zunehmend. Die Frage des Preis-Leistungs-Verhältnisses ist legitim. Wir stellen sie in unserer täglichen Arbeit laufend. Nur merkt niemand, wie sorgfältig wir mit den Ressourcen umgehen, auch nicht die Ökonomen selber. Managed Care wird sich mit oder ohne uns Ärztinnen und Ärzten ausbreiten. Der heutige KVG-Artikel 41.4 gibt den Versicherern das Recht, Leistungserbringer «im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung» auszuwählen! Wenn wir abseits stehen, werden Drittinstitutionen dieses Feld über unsere Köpfe hinweg gestalten. Managed Care ist eine Plattform, wo sich Ärztinnen und Ökonomen austauschen. Das war und ist bis auf den heutigen Tag meine Hauptmotivation, mich mit Managed Care auseinanderzusetzen. In einem derart wichtigen Bereich meines Berufes will ich mitreden.

Mittlerweile bin ich Mitglied eines Hausarztvereines und des Ärztenetzes Lumed AG, letzteres mit Verträgen mit Budgetmitverantwortung. Meine damaligen Befürchtungen haben sich bis auf den heutigen Tag nicht bewahrheitet. Die von mir betreuten Managed-Care-Patientinnen und -Patienten sind fast ausnahmslos bereit, sich im Gesundheitswesen nicht wie in einem Selbstbedienungsladen zu bewegen, sondern konsultieren mich als Erstversorger. Gatekeeping wird nicht als Einengung, sondern als Orientierung empfunden. Das Budget ist eine virtuelle Kostenzielvorgabe und nicht Vergütungsform per se. Damit unterscheidet sich das Schweizer Modell zum Beispiel von Modellen in Deutschland. Das aufgebrauchte Budget im Oktober ist bei den Schweizer Modellen eine Mär! Wird das Budget unterschritten,

wird der Differenzbetrag (und nur dieser) zwischen Ärztenetz und Krankenversicherer aufgeteilt (Beteiligung). Das Ärztenetz profitiert also nur von diesem Beteiligungsbetrag und nicht vom Budgetbetrag als solchem. Wird das Budget wiederholt überschritten, droht dem Ärztenetz die Insolvenz. Damit löst sich Managed Care selber auf. Und dafür haben die Krankenversicherer kein Interesse, da sie sonst genau die Ärztinnen und Ärzte als Vertragspartner verlieren, die gegenüber der Ökonomie offen sind. Ein Ärztenetz organisiert sich als juristische Person, damit das finanzielle Risiko der Insolvenz nicht auf den einzelnen Mitgliedern lastet. Die Arbeit in einem Ärztenetz verdient einen Lohn: Die Versicherer zahlen dafür einen Vergütungsbeitrag. Wichtig: Alle diese Regelemente sind verhandelbar und kündbar.

Ein weiterer Vorteil ist der sogenannte *Versorgungsungleich*, ein einzigartiges und zu wenig beachtetes Phänomen. Einzelleistungsvergütung animiert zur Überversorgung. Ein alleiniges Budget tendiert zur Unterversorgung. Ein Managed-Care-Vertrag mit Budgetverantwortung kombiniert die Einzelleistungsvergütung seiner Mitglieder mit der Budgetpflicht des Ärztenetzes und gleicht dadurch beide Tendenzen aus.

Managed Care ist nicht nur ein Produkt, sondern auch eine Frage der Haltung, und zwar aller Beteiligten: Patientinnen, Patienten, Ärztinnen, Ärzte und Versicherer. Diese Haltung setzt Vertrauen voraus. Natürlich können Vertragsverhandlungen hart sein, oder ein Vertrag wird gekündigt. Aber dies spricht nicht grundsätzlich gegen den Managed-Care-Gedanken. Von Roulette also keine Spur!

Dr. med. Jörg Fritschi,
Präsident medswiss.net, Obernau

- 1 Bühler A. MC – Roulette für die Grundversorger! Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(30/31):1141.



«Im Zentrum von allem, immer das Herz ...» [1]

Beachtliche Lebensläufe und Leistungen verdienen unser Interesse, seichte Starberichte aber weniger. Eher als in die Ärztezeitung gehörte ein solcher in die «Glückspost» (Bereich Sommer der grossen Gefühle).

Prof. E. Gemenjäger, Basel

- 1 Lüthi D. «Im Zentrum von allem, immer das Herz ...» Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(30/31):1161–3.



Zum Artikel «Philosophische Ethik: Fahne im Wind oder Fels in der Brandung?» [1]

Professor Höffe empfindet es als eine «Gefahr», dass die Ethik sich dem Zeitgeist anpassen und sich «wechselnden Interessen und Moden unterwerfen» könnte. Nun ist es geradezu eine Notwendigkeit, dass sich ethisches Handeln immer wieder an Neues anpasst und somit von neuem formuliert, denn heute existiert keine Autorität ausserhalb des Menschen mehr, welche Moral in steinerne Tafeln hauen und damit für immer und ewig unverändert festhalten würde. Da Ethik heute nicht mehr mit religiösen Vorgaben auskommen kann, muss sie eben immer wieder an die Gesellschaft und deren Möglichkeiten, insbesondere auch in der Medizin, angepasst werden können. Wir nennen sie heute daher Ethik und nicht mehr Moral und wir beziehen uns auf die Philosophie und nicht mehr auf die Moraltheologie.

Professor Höffe, selber theologisch ausgebildet, scheint dies nicht zu goutieren. Um an seinen steinernen Gesetzestafeln festhalten zu können, postuliert er eine Zweiteilung der Ethik, «die Fundamentelethik, der es um den Begriff der Moral und letzte Prinzipien moralischen Handelns geht, und die angewandte Ethik, die sich mit moralischen Fragen einzelner Lebensbereiche, etwa der Medizinischen Ethik, befasst.» Ein Fundamental-Ethiker wie er, so lese

ich aus seinem Text heraus (auch wenn er sich dabei nicht auf Moses bezieht, sondern vordergründig auf Aristoteles), hat die ethische Wahrheit eben gepachtet und darf daher wie ein «Fels in der Brandung» diese für ihn wohl allein gültige und somit fast ewig gültige Wahrheit dogmatisch verteidigen und kraft seines Amtes auch andern aufzwingen. Denn alle andern wissen von der Wahrheit zu wenig oder sind für ihn sowieso nur Fähnlein im Wind.

Es ist sehr tragisch für uns Ärzte, dass uns ein solcher an seine steinernen Tafeln glaubender «defensor fidei» als Präsident der Nationalen Ethikkommission (NEK) in undemokratischer Weise vor die Nase gesetzt wurde. Diese Kommission erlässt ja Richtlinien, nach denen wir unser ärztliches Handeln ausrichten sollen. Im administrativen Bereich werden diese Richtlinien plötzlich zu direkten Anweisungen, welche bei Nichtbefolgen als Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht geahndet werden können. Gerade für die Verwaltungsgerichte werden solche Richtlinien z.B. auf Verlangen des Kantonsarztes dann zu rechtlichen Grundlagen von Gesetzeswert aufgewertet, und diese können dann so teilweise oder gänzliche Behandlungsverbote auslösen. Dann können wir uns in unserer Tätigkeit nur noch zurückhalten oder aber die uns von Nicht-Ärzten auferlegten Richtlinien sklavisch befolgen. Beides ist nicht sehr ärztlich und nicht sehr mutig.

Wir werden gut daran tun, die Tätigkeit der NEK in Zukunft noch besser im Auge zu behalten und bei Bedarf unärztliche, aber auf Höffes antiquierter Fundamentelethik basierende Richtlinien zurückzuweisen.

Dr. med. Alois Geiger-Jakob,
Nicht-theistische Ärzte der Schweiz, Regensdorf

- 1 Höffe O. Philosophische Ethik: Fahne im Wind oder Fels in der Brandung? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(32):1199–1202.