

Briefe an die SÄZ

Offener Brief an die FMH

Entwurf zum Tabakproduktegesetz (TabPG). Öffentliche, mit anderen Gesundheitsorganisationen gemeinsame Stellungnahme der FMH.

Sehr geehrter Herr Präsident der FMH, sehr geehrter Herr Kollege, wie Sie wissen, wird voraussichtlich vom zu wählenden Parlament das TabPG verabschiedet. Der Entwurf zu diesem Gesetz ist vom Gesundheitsstandpunkt aus betrachtet ungenügend; es sieht kein generelles Sponsoring- und Werbeverbot vor und lässt somit der Tabakindustrie viel Spielraum, weiterhin gezielt Jugendliche zu bewerben [1], welche bekanntlich besonders gefährdet sind, nikotinabhängig zu werden.

Sie wissen, dass *Werbung Schweiz*, unterstützt von breiten Kreisen der Wirtschaft und Politik, die vorgesehenen Werbebeschränkungen lautstark in der Öffentlichkeit als wirtschaftsfeindlich hinstellt, was bei der zu erwartenden Zusammensetzung des neuen Parlamentes ausschlaggebend sein wird: Unter dem Vorwand des «mehrheitsfähigen» Kompromisses (der weder die «Extremforderungen» der Gesundheitskreise, noch diejenigen der Präventions-Gegner befriedigt) wird vermutlich der vorliegende Vorentwurf zum TabPG des BAG angenommen werden, obwohl seine Regelungen längst überholten Werbekonzepten entsprechen und so die Tabakfirmen kaum in ihren erfolgreichen Bemühungen einschränken werden, junge Raucher/-innen zu rekrutieren. Es besteht damit die Gefahr, dass das TabPG erneut zu einem Alibi-Gesetz wird, welches die Parlamentarier dazu verleiten könnte, die WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle zu ratifizieren. Und dies, obwohl die schweizerische Tabakgesetzgebung gesamthaft weder dem Geist noch dem Buchstaben dieser internationalen Gesundheitskonvention entspricht. Mit einer unter diesen Umständen ratifizierten Rahmenkonvention wären weitere strukturelle Verbesserungen der Tabakprävention für das nächste Jahrzehnt verbaut.

Zur Tabakprävention ist die Ärzteschaft in der Öffentlichkeit bisher nur sehr diskret aufgetreten. Wie andere Gesundheitsorganisationen hat die FMH die eigenen Kommunikationskanäle und die Gelegenheiten eines gemeinsamen öffentlichen Auftretens ungenügend benützt, beispielsweise in der Debatte über den Passivrauchschutz [2]. Obwohl die Bevölkerung in Treu und Glauben das Recht hätte, von Gesundheitsexperten, d.h. vor allem von ihren Ärzten, eine Meinung zu hören,

die dem Gemeinwohl Rechnung trägt und die als von Partikularinteressen unabhängig wahrgenommen wird. Das Schweigen der ärztlichen Experten war hingegen in der Vergangenheit eine willkommene Hilfe für die durch Big Tobacco an Öffentlichkeit und politische Entscheidungsträger gerichtete Desinformation [3].

Wir möchten Sie deshalb einladen, in den kommenden Monaten dahin zu wirken, dass die FMH als Dachorganisation der Schweizer Ärzte:

- mit andern Gesundheits- und Präventionsorganisationen öffentlich gemeinsam und einheitlich Stellung bezieht gegen die ungenügenden Werbe- und Sponsoringregelungen im vorliegenden Entwurf des TabPG;
- und damit öffentlich klar zu verstehen gibt, dass die FMH die Interessen der öffentlichen Gesundheit über die Partikularinteressen der Wirtschaft stellt;
- ihre Informationskanäle benutzen wird, um Öffentlichkeit und Parlamentarier in Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsorganisationen über Zweck und Gehalt der WHO Tabakrahenkonvention seriös zu informieren.

Wir möchten Sie bitten, unserem Anliegen, die grösstmögliche Aufmerksamkeit zu schenken. *Denn es geht um unsere eigene Glaubwürdigkeit als Ärzte.* Unser Ansehen und das Vertrauen, das Patienten in uns setzen, sollten sich widerspiegeln im Einfluss, den wir als unabhängige und respektierte ärztliche Experten auf die politischen Entscheidungsträger im höheren Interesse der öffentlichen Gesundheit ausüben können.

Mit kollegialen Grüssen, vielem Dank und dem aufrichtigen Wunsch, dass Ärzte und deren offizielle Vertretungen im gesundheitspolitischen Kräftefeld die ihnen zustehende Rolle spielen.

*Dr. med. Rainer M. Kaelin, Morges,
und 138 Mitunterzeichnende**

* Die vollständige Liste der Mitunterzeichnenden finden Sie per Link in der Online-Ausgabe unter www.saez.ch → Aktuelle Ausgabe oder Archiv → 2015 → 33 → Briefe.

- 1 Canevascini M, Kuendig H., Perrin H, Véron C. Observatoire des Stratégies Marketing pour les produits du tabac en Suisse romande, 2013–2014. Edition Cipret Vaud, Lignes de la santé.
- 2 Kaelin RM. Prävention ist Ärztesache – Transparente Kommunikation ist ihre Grundlage. Schweiz Ärztezeitung. 2013;94(31/32):1180–3.
- 3 Kaelin RM. Schweigen zur Initiative «Schutz der Bevölkerung vor Passivrauch». Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(19):700–2.

Antwort auf den offenen Brief an die FMH

Sehr geehrter Herr Kaelin, sehr geehrte Mitunterzeichnende

Wir danken Ihnen, dass Sie sich in den kommenden Auseinandersetzungen um das Tabakproduktegesetz entschlossen für einen wirksamen Gesundheitsschutz einzusetzen gewillt sind.

Lassen Sie uns als erstes klarstellen, dass Sie mit Ihren inhaltlichen Forderungen bei uns weit offene Türen einrennen. Wir können keine Differenzen zwischen Ihrer und unserer Position erkennen: Wir haben in unserer Vernehmlassungsantwort einen griffigen Jugendschutz und ein umfassendes Werbeverbot gefordert. Wir haben deutlich kritisiert, dass der Bundesrat dem Vorschlag der Eidgenössischen Kommission für Tabakprävention für ein umfassendes Verbot der Werbung, der Promotion und des Sponsorings nicht nachgekommen ist. Dass er der Handels- und Gewerbefreiheit in dieser für die Gesundheit der Bevölkerung so kritischen Frage den Vorrang vor dem Gesundheitsschutz gegeben hat, ist für uns bedauerlich, und wir haben dies in aller Deutlichkeit auch so geäussert.

Die FMH wird überlegen, wie sie sich während der in wenigen Monaten anstehenden Debatte in den Räten – entsprechend unseren oben dargelegten Positionen – für ein gutes Tabakproduktegesetz einsetzen wird. Wir freuen uns auf eine fruchtbare Zusammenarbeit mit allen in dieser Frage aktiven Organisationen der Tabakprävention.

Dr. med. C. Romann, Departementsverantwortliche Gesundheitsförderung und Prävention der FMH

La modestie est une des premières qualités du médecin

A propos de l'article de Prof. Borasio [1]

J'avoue avoir été assez ébahi par l'article du Prof. Borasio au sujet de la bienveillance et du suicide assisté. Comment un «palliativiste» ose-t-il s'arroger le monopole de la bienveillance et autonomie? La bienveillance est l'affaire des soignants; l'autonomie est l'affaire des malades. Or une règle de simple logique formelle (qui n'est finalement que du bon sens) interdit d'opposer deux concepts qui appartiennent chacun à des objets différents et inégaux.

En réalité, bienveillance des soignants et autonomie des patients peuvent et doivent être complémentaires, dans les soins palliatifs, tout comme dans le suicide assisté.

Je peux en témoigner personnellement et très concrètement. J'ai assisté de près à la fin de vie de ma mère et de ma sœur. Toutes deux, à quelques années d'intervalle, ont décidé de mourir dignement, en raison de souffrances importantes et de situations sans issue. Elles l'ont fait en toute autonomie. Elles ont ensuite bénéficié de la grande bienveillance du personnel, des médecins et des accompagnateurs d'Exit.

En tant que médecin cette fois-ci, je crois pouvoir dire que, dans les deux cas, les soins palliatifs auraient été non seulement insuffisants, mais également inadéquats.

Finalement, ceux qui prétendent que les soins palliatifs peuvent être une solution à toutes les fins de vie difficiles font preuve d'un immense orgueil. Ou bien est-ce le fameux fantasme de toute puissance, souvent présent chez les médecins, qui se cache là-dessous? Devant la maladie, la souffrance et la mort, la modestie est une des premières qualités du médecin.

*Dr Alain Rouget,
interniste-généraliste, Genève*

1 Borasio GD. Suizidhilfe aus ärztlicher Sicht – die vernachlässigte Fürsorge. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(24):889–91.

Suizidhilfe

Zum Beitrag «Suizidhilfe aus ärztlicher Sicht – die vernachlässigte Fürsorge» [1]

«Die letzte Wahl steht auch dem Schwächsten offen, Ein Sprung von dieser Brücke macht mich frei», sagt in Schillers «Wilhelm Tell» Gertrud zu ihrem Mann Werner Stauffacher. Schiller gelingt es in diesem Drama, ein wesentliches Merkmal unseres freiheitsliebenden Volkes zu skizzieren.

Ich kann die Überlegungen von Prof. Borasio in seinem Beitrag «Suizidhilfe aus ärztlicher Sicht – die vernachlässigte Fürsorge» weitge-

hend nachempfinden. Wenn Ärzte – wie das in Belgien und den Niederlanden der Fall ist – von Patienten gebeten werden können, ihr Leben zu beenden, verlöre auch die in der Schweiz bewährte Beihilfe zum Suizid durch eine Sterbehilfeorganisation an Bedeutung. Niemand braucht sich dann vorsorglich zu bemühen, gegebenenfalls zu einem gewünschten Zeitpunkt aus dem Leben zu scheiden. Wie Prof. Borasio in seinem lesenswerten Buch «Über das Sterben» richtig feststellt, wird «die Hoffnung auf ein menschenwürdiges Lebensende unter guter Betreuung [...] für immer mehr Menschen zur Realität». In der Schweiz sind die Sterbehilfeorganisationen für viele die Garanten zur Erfüllung einer solchen Hoffnung. Sie haben wesentlich dazu beigetragen, sein persönliches Schicksal so lange wie möglich zu ertragen und erst nach reiflicher Überlegung diesen Notausgang zu beanspruchen, was offensichtlich suizidpräventiv ist.

Weder bei einem begleiteten Suizid noch bei der Tötung auf Verlangen durch einen Arzt (wie in Belgien und Holland) darf ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass es sich um ein «sozialverträgliches Frühableben» handelt: Die immer wieder bemühten Befürchtungen eines gesellschaftlichen Druckes in diese Richtung sind rein spekulativ. Die Sorge Borasios um die mangelnde Fürsorge in seinem erwähnten Artikel in der Ärztezeitung möchte er seinen Arzt-Kolleginnen und -Kollegen weitergeben. Damit ist nicht nur eine zusätzliche Belastung der Ärzteschaft, sondern auch eine fragwürdige Medikalisierung (oder besser Medizinalisierung) der Gesellschaft verbunden. Nach Borasio laufen aber Sterbevorgänge «am besten ab, wenn sie durch ärztliche Eingriffe möglichst wenig gestört werden».

Die geforderte Fürsorge sollte seiner Meinung nach den Menschen «helfen, die in ihrer aktuellen Lebenssituation angemessenen Entscheidungen selbst zu treffen». Eine solche Fürsorge kann sehr wohl – aber nicht nur – von einfühlsamen Ärztinnen und Ärzten geleistet werden. Diese Fürsorge schliesst, wie Borasio selbst richtig darlegt, «grundsätzlich auch das Recht ein, Entscheidungen zu treffen, die, von aussen gesehen, als nachteilig oder gar selbstschädigend empfunden werden». Und weiter: «Selbstbestimmung bedeutet, dass ich das Recht habe, jede mir angebotene Hilfe (medizinisch, psychosozial, spirituell) abzulehnen.» Souveränität bedeutet darüber hinaus, dass ich mich entscheiden kann, mit einer Sterbehilfeorganisation – ohne irgendwelche Vorbedingungen erfüllen zu müssen – aus dem Leben zu scheiden. Oder leider eben, wie die eingangs erwähnte «Gertrud», durch einen Gewaltakt.

Es gibt keine «legislative Lethargie in Sachen Suizidhilfe». Das hat schon alt Bundesrat Blocher erkannt, und Bundesrätin Widmer-

Schlumpf hat mit ihren Bemühungen zu einer gesetzlichen Regelung hinlängliche Erfahrungen machen müssen. Um noch einmal Schiller zu bemühen, gehört es zur Eigenheit unseres Volkes, dass es «frei sein» will, «wie die Väter waren», und sich «nicht fürchten vor der Macht der Menschen» – oder neuen Gesetzen.

Pfr. Dr. theol. Ebo Aebischer, Muri bei Bern

1 Borasio GD. Suizidhilfe aus ärztlicher Sicht – die vernachlässigte Fürsorge. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(24):889–91.

Précision

Dans sa réponse à mon courrier au BMS [1], le Prof. Borasio note que la loi sur les directives anticipées existe déjà en Suisse: il s'agit de la nouvelle loi sur la protection de l'adulte, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

Selon mon avis, cette loi laisse un large espace aux médecins traitants de faire passer leur propre point de vue dans le contexte de la fin de vie en regard de la volonté du patient. Ainsi, on peut lire dans un memento sur la protection de l'adulte à l'intention des professionnels de la santé, édité par la Direction de la justice, des affaires communales et des affaires ecclésiastiques du Canton de Berne:

«Des directives allant au-delà de l'interdiction de recourir à certains mesures médicales ne sont contraignantes que si elles sont pertinentes et efficaces du point de vue médical (donc elles sont conformes aux règles de l'art) et servent l'intérêt de la personne concernée (distinction entre des directives demandant par ex. de ne pas recourir à la réanimation et des directives portant sur des thérapies ou des médicaments spécifiques, etc.)»

Prenons comme exemple une personne atteinte d'un AVC qui est membre d'Exit depuis longue date et qui note dans ses directives anticipées qu'elle refuse toute réanimation dans la perspective de séquelles plus ou moins graves. Le médecin-réanimateur qui accepte le souhait du patient n'entreprendra aucune mesure pour le garder en vie et contreviendrait ainsi à ce que la loi attend de lui, comme évoqué plus haut. Au contraire, si le médecin prend des mesures pour garder le patient en vie, alors, il ne respecte nullement la volonté exprimée par le patient.

Cela signifie que la nouvelle loi de la protection de l'adulte n'est pas suffisamment contraignante pour le corps médical et ne permet pas dans l'état actuel de respecter vraiment la volonté du patient.

Il est évident que le cadre légal crée dans son état actuel quelques contradictions qui demanderont encore des clarifications. Le cadre légal va certainement évoluer dans le futur et, je l'espère, dans le sens de mieux garantir la

volonté d'un patient qu'il exprime dans ses directives anticipées.

Dr med. Pierre Schaefer, Vessy

- 1 Borasio GD. Réponse aux lettres concernant l'article «Point de vue médical sur le suicide assisté – la bienveillance négligée». Bull Méd Suisses. 2015;96(29–30):1051.

Kein Mensch entgeht Versuchungen

Zum Leserbrief «Ein Eid für heutige Ärztinnen und Ärzte» [1]

Mit grossem Interesse habe ich diesen Vorschlag zu einem Gelöbnis gelesen. All die Ich-Formulierungen beabsichtigen, die Ärztin/den Arzt persönlich anzusprechen und einzubinden. Auf diese Weise wird das Engagement bereits gebahnt. Ich erlebe beim Lesen lauter positive Motivationsschübe, die doch zu einem «ja, so will ich meinen Beruf ausüben» – selbstverständlich (?) – gehören! Das Selbstverständliche ist eben, so schreiben die Autoren auch im Vorspann, heute nicht mehr unbedingt selbstverständlich. Das «Erbringen von Gesundheitsleistungen» prägt mehr und mehr das Selbstverständnis unseres Standes. Von daher ist auch zu verstehen, dass Kommunikations-Kompetenz in letzter Zeit als immer wichtigere Fertigkeit und Leistung genannt und entsprechende Schulung verlangt wird. Natürlich kann man beanstanden, dass dem Wort Eid etwas Altbackenes anhafte, das in unserer Zeit nichts mehr zu suchen habe. Und man kann erwähnen, dass kein anderer Beruf so etwas wie einen Berufseid verlange. Aber: Welchem Beruf wohnt so viel Verantwortung über menschliches Leben und Sein inne wie dem des Arztes? Die Unterscheidung zwischen «Arzt» und «Mediziner» will ausdrücken, dass dem Mediziner etwas fehle, was dem Arzt hingegen zugehört: Wir können es als Haltung (im Unterschied zur Fertigkeit) bezeichnen. Man spricht nicht von «Medizinischer Kunst», sondern von «Ärztlicher Kunst». Kunst in der Evidence-Based Medicine: Was soll denn das? Wer auf einmal als Berufskollegin/-kollege in einem Spitalbett liegt, dem wird schier unwillkürlich klar, worum es geht: Es geht seitens des Behandelnden nicht allein um das Kommunizieren differentialdiagnostischer oder therapeutischer Überlegungen, sondern darum, ob sich die Behandelnde auch berühren lässt durch die Auswirkungen ihrer Mitteilungen auf das Gegenüber. Ob sie/er bereit ist, eine Beziehung auf Zeit einzugehen. Genau da manifestiert sich m.E. das Arzt-Sein.

Und doch wurde ich beim Lesen all dieses Positiven ein ungutes Gefühl nicht los, weil mir etwas fehlte: die Möglichkeit, dass ich mich in Versuchung führen lassen könnte; sogar,

dass mir Fehler unterlaufen könnten. Es gibt nicht nur die sexuelle Versuchung, nein, eine Versuchung kann in vielfältiger Gestalt wortlos an uns herantreten: Warum beispielsweise behandle ich – bei gleicher (eigentlich banaler) Erkrankung – lieber junge, attraktive Patienten und Patientinnen, ziehe sie der älteren, mühseligen Generation vor, bin eher bereit, Überzeiten einzuplanen ... Kein Mensch entgeht Versuchungen. Und allen Menschen passieren – trotz bester Absichten – Fehler. Wie gehe ich damit um? (Einer Versuchung nicht zu widerstehen, ist letztendlich auch ein ärztlicher Kunst-Fehler!) Wenn ich als Ärztin merke, dass ich in Versuchung komme oder mir ein namhafter Fehler unterlaufen ist, entscheidet sich alles daran, wie ich mich damit auseinandersetze. Nur so kann ich mein Handeln verantworten.

Als ich meine Praxistätigkeit im Seeland aufnahm, wurde ich vom Regierungsstatthalter vereidigt: Es galt, die Verpflichtung zur ärztlichen Dienstleistung (inklusive Notfalldienst!) dem bernischen Staat gegenüber zu besiegeln. Der als Gelöbnis erarbeitete Textvorschlag soll eine Verpflichtung einander gegenüber darstellen. Auch deswegen darf er nicht so glatt – für mich zu glatt – poliert belassen werden. Transparenz ist doch gefragt! Indem wir einander Ehrlichkeit bei der Ausübung unseres Berufs versprechen, tragen wir dazu bei, dass das Bild des Arztes/der Ärztin in der Öffentlichkeit hohes Ansehen behält. Wir brauchen uns der geistigen Dimension unseres Berufes nicht zu schämen!

Dr. med. Ursula Steiner-König, Basel

- 1 Giger M. Ein Eid für heutige Ärztinnen und Ärzte. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(25):930–4.

Gegensteuer ja, aber nicht auf diese Art und Weise

Zum Beitrag «Ein Eid für heutige Ärztinnen und Ärzte» [1]

Auch aus meiner Sicht ist es dringend nötig, Gegensteuer zu geben gegen die zunehmende Vereinnahmung der Medizin durch marktwirtschaftliche Einflüsse. Trotzdem teile ich die Vorbehalte meiner Zürcher Kolleginnen und Kollegen gegenüber einem «Eid für Ärztinnen und Ärzte». Zwar kann man sich fragen, ob der Eid als Form – auch mit zeitgemäßem Inhalt – überhaupt noch in die heutige säkulare und pluralistische Gesellschaft passt. Doch dies ist für mich nicht der springende Punkt. Andere Aspekte des Vorschlages von Max Giger et al. halte ich für viel problematischer:

Bei den im Eid aufgeführten Maximen handelt es sich zumeist um Allgemeinplätze, denen jeder einigermassen ethisch denkende

Mensch auf den ersten Blick zustimmen mag. Denkt man aber einen Schritt weiter, so stösst man – sofern man die Komplexität des heutigen Gesundheitswesens und die unterschiedlichen Rollen, die wir Ärztinnen und Ärzte dabei innehaben, nicht ausser Acht lässt – unweigerlich auf unlösbare Konflikte und Widersprüche.

Und weshalb soll es sich dabei um einen «Eid nur für Ärztinnen und Ärzte» handeln? Dies suggeriert, dass spezifisch die Ärzteschaft für all die dringenden Probleme im Gesundheitswesen verantwortlich sei und – schlimmer noch – dass es auch allein an den Ärzten liege, diese zu lösen. Für einen Knäuel von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Fehlentwicklungen soll von jedem einzelnen Arzt / jeder einzelnen Ärztin persönlich die Verantwortung übernommen werden? Ist dies nun narzisstische Selbstüberschätzung oder naiver Idealismus? Zivilcourage und persönliche Integrität jedes Einzelnen sind sicherlich enorm wichtig, gerade in der heutigen Zeit. Doch für Probleme, welche die Gesellschaft als Ganzes geschaffen hat, muss von allen Akteuren die Verantwortung übernommen und gemeinsam nach Lösungen gesucht werden.

Ebenfalls wenig sinnvoll dünkt es mich, einen solchen Eid als verpflichtend zu erklären. Durch ein solches Obligatorium wird sich wohl kein «schwarzes Schaf» weiss waschen lassen. Ein Arbeitgeber, z.B. ein Spital, soll also bei der Anstellung einen Eid von den Ärzten abnehmen, wenn möglicherweise gerade die betriebsinternen Vorgaben ebendieses Arbeitnehmers verunmöglichen, dem Geiste des Eides nachzuleben? So verkommt dieser garantiert zum Lippenbekenntnis, das man halt auch noch macht, «weil es obligatorisch ist und sich so gehört» und leistet damit einer zynischen Doppelmoral Vorschub.

Wenn ein solcher Eid wirklich etwas bewirken soll, dann müssten entweder alle Akteure im Gesundheitswesen – beispielsweise auch die oben genannten Arbeitgeber – dazu verpflichtet werden.

Oder ein paar engagierte, idealistische Ärzte legen den Eid auf eigene Initiative ab. Als Zeichen dafür, dass ihnen der Kampf gegen diese problematischen Entwicklungen ganz besonders am Herzen liegt. Jeder, der diese Ziele und Ideale teilt (und das dürfen durchaus auch nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen sein ...), darf Ihnen dabei auf freiwilliger Basis nachfolgen. Dann, nur dann, könnte ein solcher Eid vielleicht wirklich etwas Positives bewirken ...

Dr. med. Alexandra Röllin Odermatt, Bern

- 1 Giger M. Ein Eid für heutige Ärztinnen und Ärzte. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(25):930–4.

Patientenzufriedenheitsbefragungen

Zum Beitrag «Nutzen und Grenzen der nationalen Patientenzufriedenheitsbefragung» [1]

Patientenzufriedenheitsbefragungen nutzen verdeckt den Hawthorne-Effekt, um höfliche, freundliche, serviceorientierte Mitarbeiter für ein positives Feedback ihrer Patienten zu vereinnahmen. Das Pflgeteam erfährt von der Dankbarkeit seiner Patienten durch Lob und Aufmerksamkeiten. Die Geschäftsführung sieht Fallzahlen, Kostengewichte, Umsätze und eigene Sondergratifikationen. In der Zusammenfassung der Kritik an Patientenzufriedenheitsbefragungen überwiegen deren Schwächen:

- überwiegende Abhängigkeit des Ergebnisses von der Reaktionsbereitschaft des Patienten anstelle von Abläufen
- Beeinflussbarkeit des Ergebnisses durch Veränderungen des Fragebogenaufbaus
- ungenügende Power der Stichproben

Entgegen dem Hinweis, dass später eingehende Fragebögen (Sitzia 1998, Quintana 2006) im Trend unzufriedenere Wertungen enthalten, zeigt der Funnel-Plot (Abb. 2) den zentralen Grenzwertsatz der Statistik an: Trompetenförmig verringert sich die Varianz mit den später eingehenden Fragebögen und deren Wertungen liegen näher beim Schwerpunkt der Verteilung. Zufällig wird ein in der Lage stabiles («Des chiffres collectés de manière analogue ont déjà été publiés en 2013 [...]») zufälliges Ergebnis nahe dem Ende der Skalierung gewonnen.

Mit der Aussendarstellung höchster Zufriedenheit bei Selektion von «mehr als einem Viertel der Kliniken im Rehabilitationsbereich» wird geworben. Somit hat das Instrument zwei Schneiden: eine gegen die Mitarbeiter und eine für die zu gewinnenden Patienten. Trennschärfe leistet das Verfahren nach der vorliegenden Veröffentlichung nicht.

Dr. med. Martin P. Wedig, D-Herne

1 Hellweg S. Nutzen und Grenzen der nationalen Patientenzufriedenheitsbefragung. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(50):1920–3.

DRG/Spitaltarife quo vadis?

Ein Abend im März in der Ostschweiz, tiefstehende Sonne, mit kurzfristig punktuell extremer Blendwirkung. Meine Frau befährt mit ihrem Auto eine scharfe Linkskurve und verfehlt diese wegen der Blendung, heftige ungebremste Kollision des rechten Vorderteils des Fahrzeugs mit einer Begrenzungsmauer, Schock, Aufregung, Bergung des Fahrzeugs durch die «Haus»-Garage. Vorerst wenigstens keine nennenswerten Verletzungen. Im Verlauf des späteren Abends dann doch etwas Schmerzen im Thorax und Abdomen, deswegen Indikation für eine «Sicherungs»-Abklärung/-Überwachung in einem nahegelegenen Regionalspital.

Es folgte dann die übliche Aufnahme durch die Tagesärztin, Eintrittsstatus, Eintrittslabor (das am anderen Tag nochmals wiederholt werden musste wegen Nicht-Verwertbarkeit der ersten Untersuchung!! Doppelte Verrechnung?), ein Thoraxbild und ca. um 22 Uhr noch ein Abdominalschall des internistischen Chefarztes, bis dahin alles o.B. Nach dessen Beurteilung hätte meine Frau auch aufgrund der Befunde zu diesem Zeitpunkt bereits wieder nach Hause gehen können. Die Entscheidungsbefugnis lag aber bei den chirurgischen Kollegen, die einen solchen Entscheid zu diesem Zeitpunkt aber nicht fällen wollten («Man weiss ja nie!»). Folglich dann Verlegung auf die Abteilung (normales Halbprivat-Zweibettzimmer!) mit «Überwachung», d.h. stündlich Blutdruck- und Fieber(!)-Messen. Keine IPS!

Im Laufe des folgenden Vormittags dann reguläre Abteilungsvsitedurch die Leitende Ärztin der Chirurgie und, ohne weitere Untersuchungen oder eine Art persönliche Konsultation, Entlassungsentscheid gegen 11 Uhr. Bis dahin keinerlei Mahlzeiten! (Siehe unter «Komfortleistungen Hotellerie Halbprivat»). Aufgrund des glücklicherweise medizinisch blanden Verlaufs könnte man nun sagen, soweit so gut.

Aber kurze Zeit später flatterten dann die Abrechnungen der Krankenkassen (separat nach KVG und VVG) ins Haus (bzw. von mir extra angefordert!), wo ich mir schon gewaltig und mehrmals ungläubig die Augen reiben musste:

Gesamtkosten für gut 12 Stunden Spitalaufenthalt auf der Halbprivatabteilung: Fr. 1177.– KVG, Fr. 4309.– VVG, Total rund Fr. 5500.–.

Und dies ohne besondere, einigermaßen nachvollziehbar kostenintensive Leistungen (vielleicht mit Ausnahme des spätabendlichen/nächtlichen Ultraschalls [der aber nur mit Fr. 149.– zu Buche schlug]). Die Leistungen der Halbprivat-Unterbringung/-Behandlung bestand aus dem Zweibettzimmer (ohne Mahlzeiten!, am Folgetag Nüchtern-Bleiben aufgrund des Verlaufs sicher nicht mehr indiziert, interne Kommunikation?) und dem kurzen Kontakt mit der LA Chirurgie auf der regulären Abteilungsvsitedurch, die ja ohnehin stattgefunden hätte. Die daraufhin erfolgte Nachforderung einer detaillierten Rechnung bei der Verwaltung des Spitalverbundes war bezüglich vielleicht einigermaßen nachvollziehbarer und überprüfbarer Einzelleistungen gar nicht erhellend: Die Rechnung für die Grundversicherung bestand aus einer einzigen (!) Position (Tarif: O10, Tarifziffer: X60Z; Anzahl: 1; TP AL/Preis: 0.2540, % –51, Baserate 9.460.00; «Verletzungen und allergische Reaktionen»); diejenige der Zusatz-Versicherung strotzte nur so von Pauschalen (Komfortleistungen [Hotellerie] Halbprivat (2x), Klinik-Infrastruktur-Leistungen Halbprivat (2x), Betreuungshonorar Chirurgie Halbprivat (2x Fr. 140.–, dies für einen kurzen Kontakt auf der Abteilungsvsitedurch!), Honorar Fallpauschale Chirurgie Halbprivat (dies allein Fr. 2700.–!); Notfallzuschlag Privat/Halbprivat und Konsil Halbprivat (Sono?).

Mit meiner Kritik an dieser Tarifgestaltung bzw. dieser konkreten Rechnungsstellung konfrontiert, zeigte dann der ärztliche Direktor des betroffenen Spitalverbundes zwar durchaus ein gewisses kollegiales Verständnis für meinen Ärger, argumentierte dann aber schlussendlich doch lakonisch, dies sei halt ein Fehler im DRG-System, indem (ultra-)kurze Spitalaufenthalte zu teuer und lange zu billig seien. Punkt. Schluss. Amen. So einfach ist es.

Bei solchen Kosten-Leistungs-Relationen bleibt einem kleinen Hausarzt glatt die Spucke weg.

Dr. med. Michael Steinbrecher, Teufen