

Immer mehr brisante Themen lenken die Ärzteschaft von ihren Kernaufgaben ab

Unruhe auf der Tribüne

Benedikt Horn

Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin

Im «Gesundheits-Theater» gibt es drei Bereiche: erstens die Bühne, auf der die Akteure wirken, zweitens die Tribüne mit den Zuschauern und Zuhörern und drittens die Infrastruktur. Obwohl Politiker die Ärzteschaft gerne lautstark zu den Akteuren im Gesundheitswesen zählen, muss diese sich zunehmend mit Tribünenplätzen zufriedengeben. Doch gelegentlich ist dort Unruhe erlaubt.

Kernaufgaben der Ärzteschaft sind Diagnostik, Beurteilung, Behandlung und Betreuung kranker oder verfallender Menschen. Bereits sind wir bei einem brisanten Problembereich.

Smarter medicine

Unter dem Druck der Rationalisierung und mit dem Gespenst der Rationierung konfrontiert haben im Verlauf der letzten Jahre zahlreiche Fachgesellschaften dazu aufgerufen, auf Untersuchungen und Therapien zu verzichten, wenn diese nicht anerkannten Standards der Evidenz entsprechen. Übersicht Trägerschaft *smarter medicine* [1]: Praktisch jeder Aufruf war von zum Teil recht heftigen Debatten in der *Schweizerischen Ärztezeitung* gefolgt. Nicht nur Hausärzten, sondern auch vielen Fachspezialisten ist zum Teil nicht ganz klar, was nun gilt (Beispiel PSA). Angeheizt wird die Spardebatte durch das Eingreifen von Spitalverwaltungen, die sich Sorgen um die weitere Existenz «ihres» Spitals machen, und jede Möglichkeit, schwarze Zahlen schreiben zu können, befürworten (Stichwort Bildgebung).

Die Literatur findet sich unter www.saez.ch
→ Aktuelle Ausgabe oder
→ Archiv → 2019 → 20.

Résumé

De plus en plus, le corps médical est détourné de ses missions essentielles (diagnostic, évaluation et traitement de personnes malades ou accidentées, et prévention) par des sujets délicats liés à notre système de santé. Cette courte contribution aborde plus en détails quelques thèmes: smarter medicine, facturation, modification des tarifs, sortie précoce de l'hôpital, attaque contre les données des patients. D'autres «chantiers» en matière d'éthique et de politique ne sont mentionnés que succinctement: nombres minimaux de cas, maladies rares, dictat des économistes, décisions pour la fin de vie, débats sur le climat.

Rechnungstellung durch Spitäler und Ärzteschaft

Nach KVG Art. 42 sind die Patienten verpflichtet, ihre Arzt- und Spitalrechnungen zu kontrollieren: Massnahmen, Anwendung der Zeiteinheiten kann nur der Patient kontrollieren. De facto ist dies im Moment unmöglich, da die Rechnungen völlig unverständlich («intransparent») sind. Auf meiner letzten Spitalrechnung (5 Tage stationär) zähle ich auf einer Seite 20 nirgends erläuterte Abkürzungen. Kollege Iff hat den Missstand in dieser Zeitschrift zur Sprache gebracht [2]. Die Begründung der Rechnungsteller ist dürftig: Die Art und Formulierung der Rechnungstellung richte sich nicht primär an die Patienten, sondern an die Versicherer [3]. Eine Rechnung oder einen Text kann der Kunde nur verstehen, wenn alles von A bis Z verständlich und nachvollziehbar ist. In einer Zeit, da jeder Dorfladen den Inhalt des Warenkorbes mit Strichcode einlesen und im Klartext ausdrucken kann, ist dies auch für medizinische Dienstleistungen sicher möglich, wenn der Wille dazu besteht.

Tarif-Änderungen

Mit dem rot gedruckten Hinweis «wichtige Tarif-Info» versehen wurde in der SÄZ [4] über wichtige Änderungen in der Krankenleistungsverordnung (KLV), der Analysenliste (AL) und der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) informiert. Will oder muss man die Änderungen gründlich studieren, dauert dies einen Abend (die Familie lässt grüssen ...). Bei praktisch jedem Detail muss eine vertiefte Info über den vorgegebenen Link des BAG eingeholt werden. Allein von www.bag.admin.ch bis zur KLV sind 6 (sechs!) Schritte nötig. Immerhin sind in der Übersicht in der SÄZ die einzelnen Änderungen als fett gedruckte Stichworte rasch erkennbar. Ärgerlich ist, dass das BAG und die publizierende Stelle der FMH nach wie vor Abkürzungen brauchen, die nirgends im vollen Wortlaut erwähnt sind (HVB). Auf das

Detail, dass der Trop-T-Schnelltest in Zukunft auch bei einem Hausbesuch nicht mehr bezahlt wird, sei hier nur am Rand eingegangen. Bezahlt wird nur noch der Immunoassay, dies aber nicht in Kombination mit der CK.

Frühentlassung nach Hause

«Und am Abend zurück nach Hause» titelte der *Bund* [5]. Im Text werden in erster Linie Probleme und Herausforderungen für die Spitäler erwähnt, wenn ambulant operiert werden müsse, eine sehr einseitige und verzerrte Sicht der Problematik. Ohne Zweifel müssen prä-, peri- und postoperative Abläufe optimiert und neu organisiert werden, was auch Kosten verursachen kann. Es wäre aber falsch, das ganze wirtschaftliche Optimierungspotential spitalintern zu nutzen, denn auf die ambulante Abklärung und Therapie kommt nicht nur Ehre und Vertrauen zu, sondern ein Riesenberg Zusatzverpflichtungen. Die direkt betroffenen Patienten werden unter Umständen buchstäblich ins kalte Wasser geworfen. Bei intaktem sozialem Netz (Angehörige, Spitex, hausärztliche Versorgung) sollte eine adäquate Versorgung nach den zurzeit diskutierten Eingriffen möglich sein, die Liste wird aber ohne Zweifel länger werden; einige Kantone machen es vor – der Föderalismus lässt grüssen. Die optimale Nachbetreuung steht und fällt – wie so vieles – mit einer perfekten Information von Patienten, Angehörigen, Spitex und Hausärzteteam. Diese Info muss vorliegen, wenn der Patient das Spital verlässt (nicht später irgendwann): eine Herausforderung für die Ärzteschaft im Spital, denn die Eingriffe müssen aus Rationalisierungsgründen Schlag auf Schlag resp. Schnitt auf Schnitt erfolgen. Der Op muss dabei die einzige «Schnittstelle» bleiben. Sobald der Patient den Op verlässt, gibt es nur noch «Nahtstellen». Die Berichte an das erwähnte Nachbetreuungsteam müssen so abgefasst sein, dass sie verständlich sind, für medizinische Laien ohne Fachwörter, alle Berichte ohne Abkürzungen oder mit Glossar.

Probleme nach Frühentlassung wird es in erster Linie bei Krankheiten oder nach Unfällen geben, wo mit wochen- oder monatelangen Betreuungseinsätzen in den eigenen vier Wänden gerechnet werden muss. Nach schweren Infektionen sind auch sonst gesunde Menschen oft während Monaten noch «krank» und weniger leistungsfähig. Besonders schwerwiegend sind natürlich Krankheiten mit geistiger oder schwerer körperlicher Behinderung (Demenz, Stroke). Da Betreuung in einer Pflege-Institution pro Monat rasch 8000 oder gar 10000 Franken kostet, muss eine optimale funktionelle und bauliche Anpassung der häuslichen Wohnverhältnisse sorgfältig geprüft werden.

Angriff auf Patientendaten

Mit einer Latenz von fast vier Monaten berichteten Printmedien Mitte Februar 2019 unter dem Titel «Angriff auf Patientendaten» Details einer geheimen Sitzung, die im Oktober 2018 in Bern stattfand. Anwesend waren die Bundesratsmitglieder Doris Leuthard und Johann Schneider-Ammann sowie Spitzenvertreter von Pharmaindustrie, SBB, Swisscom, BAG, Assekuranz, UBS, Universitäten, Google (!) sowie weitere hochrangige Politiker. Es ging um eine Lagebesprechung, wie digitalisierte Patientendaten der Wirtschaft und Forschung zur Verfügung gestellt werden könnten. Vertreter der Versicherungen schlugen vor, Patienten mit Prämienreduktionen zu ködern («motivieren»). Der Chef von Roche erwähnte, dass «finanzielle Anreize den Ärzten helfen könnten». Das ist Korruption. Man braucht nicht Hellseher zu sein, um zu erkennen, dass das enorme Potential digitalisierter Patientendaten für Wirtschaft und Forschung hochwillkommen sind. Aufgewühlt durch sich häufende Pannen («leaks») digitalisierter Daten, sind aber kritisch Mitdenkende skeptisch, wenn es um Transfer von Patientendaten geht. Was den Autor persönlich erstaunt: Wenn schon Vertreter von Patienten, Pflege und Ärzteschaft offenbar an der erwähnten Besprechung nicht eingeladen waren, warum reagiert z.B. die FMH auf ein solch epochales Vorhaben von Wirtschaft und Forschung nicht? Die Ärzteschaft versteht sich ja in solchen Situationen auch als «Generalunternehmer des Patienten in guten und weniger guten Tagen». Dazu gehört die Prävention und das «wehret den Anfängen». Ein ausgezeichnete Überblick zu Ausgangslage und Ziel der Digitalisierung von Patientendaten erschien in der SÄZ [6].

Weitere gesundheitspolitische Themen

Themen von zum Teil grösster Brisanz jagen sich zurzeit in beängstigendem Tempo. Fast wöchentlich sind wir gezwungen, uns mit aktuellen ethischen oder standespolitischen «Knacknüssen» zu befassen. Sieben Beispiele, auf die aus Platzgründen nicht näher eingegangen wird:

- Die Hybris der Gentech-Babys
- Das Problem der Mindestfallzahlen
- Die Problematik der seltenen Krankheiten
- The Global Risk Report 2019
- Entscheide am Lebensende
- Die Reichen werden immer reicher, die Armen immer ärmer
- Last but not least: die Klimadebatte. Es geht ums Überleben unserer Nachkommen, weltweit.

Korrespondenz:
Dr. med. Benedikt Horn
Marktgasse 66
CH-3800 Interlaken
Tel. 033 822 13 39
dr.horn[at]tcnet.ch