



Betreuung von Patienten am Lebensende

Im Februar dieses Jahres schickte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) unter diesem Titel einen Richtlinienentwurf in die Vernehmlassung. Mit Spannung wird der bereinigte Wortlaut der SAMW erwartet, nachdem im Mai 2004 die Vernehmlassungsfrist abgelaufen ist. Im Zentrum der Diskussion steht die ärztliche Beihilfe zum Suizid. Während in einer früheren Richtlinie die Beihilfe zum Suizid ausdrücklich als nicht zur ärztlichen Tätigkeit gehörig bezeichnet wurde, soll diese jetzt dem in der Schweiz tätigen Arzt seinem Ermessen überlassen werden. Zusammen mit sehr vielen Kolleginnen und Kollegen (und Pflegepersonen) hoffe ich, dass im definitiven Wortlaut der neuen Richtlinie am Grundsatz «Beihilfe zum Suizid ist nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit» ganz und gar festgehalten wird, denn die Bejahung der Suizidbeihilfe würde einen Bruch mit der hippokratischen Tradition bedeuten und überdies den weiteren Ausbau der Palliativmedizin gefährden. Machen wir uns keine Illusionen: Wenn heute der ärztlich assistierte Suizid gutgeheissen wird, folgt morgen die Legalisierung der «barmherzigen» Tötung durch Drittpersonen! Vergessen wir nicht: Schon Christoph Hufeland, Arzt Goethes und Schillers, hat seinerzeit festgestellt: «Ein Arzt darf nichts anderes tun als Leben bewahren. Ob es lebenswert ist oder nicht, das geht ihn überhaupt nichts an. Wenn er einmal solche Überlegungen erlaubt, die seine Aktionen beeinflussen, dann wird der Arzt der gefährlichste Mensch im Staat.»

Dr. med. N. Zwicky-Aeberhard, Hünibach



Sind 50-Stunden-Woche und zeitgerechte Weiterbildung miteinander vereinbar? Gedanken zu den Lösungsansätzen eines Kinderchirurgen

Herr Schwöbel hat die grossen Probleme der Aus- und Weiterbildung im Zusammenhang mit der 50-Stunden-Woche ausführlich und detailliert dargestellt [1], insbesondere auch die sich daraus ergebenden Probleme mit der Notfallstation.

In den Lösungsansätzen zeigt er dann auf, dass ein Stellenabbau im Notfall notwendig sei, die Qualität abnehme und sich die Wartezeiten damit erhöhen würden. Dieser Argumentation habe ich Mühe zu folgen, da sie nicht die Bedürfnisse der kranken Kinder und deren Eltern berücksichtigt. Seit mehreren Jahren suchen immer mehr Patientinnen und Patienten Notfallzentren direkt auf. Die Ursachen sind multifaktoriell. Im Jahre 2004 muss man aber nicht mehr sehr innovativ sein, um hier deutlich bessere Lösungsansätze als die oben erwähnten aufzuzeigen. Dazu würde es genügen, den Blick etwas in den angelsächsischen Raum zu werfen. Wegen ähnlichen Problemen, wie sie sich heute bei uns akzentuieren, wurde bereits vor 30 Jahren die «Emergency Medicine» eingeführt. Neue Strukturen und Ausbildungsmodelle sind gefragt, Kooperationen und Offenheit gegenüber neuen Ansätzen sind dringend notwendig.

PD Dr. med. H. Zimmermann, Bern

- 1 Schwöbel MG. Sind 50-Stunden-Woche und zeitgerechte Weiterbildung miteinander vereinbar? Gedanken eines Kinderchirurgen. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(34):1733-8.



Jammern lohnt sich...

Der TARMED wird noch nicht überall kostenneutral angewendet [1]

Es ist schon erstaunlich: Ein paar Ausgaben früher berichtet die Schweizerische Ärztezeitung, wie gut wir uns an die Vorgaben gehalten hätten (zwei Ausnahmen, wenn ich mich recht erinnere...).

Jetzt wird in mehr als der Hälfte der Schweiz (bevölkerungs- und flächenmässig; siehe Graphik auf www.santesuisse.ch) der Taxipunkt heruntersetzt.

Schaut man dann noch die andere Graphik an, so sieht man, dass die Psychiater kräftig zugelegt haben (es sei ihnen zu vergönnen, sie haben in den letzten Jahren kräftig gejammert [Lobbying kann man das auch nennen]) und waren einkommensmässig gemäss Statistik am Schluss unserer Berufsgruppe.

Hingegen erstaunt es, dass die Spezialisten auch sehr kräftig zugelegt haben. Vor allem die invasiv Tätigen. Hat nicht diese Gruppe noch vor kurzem auch sehr intensiv gejammert, oder?

Die Allgemeinärzte hörte man nie, ihnen versprach man ja initial eine Einkommensverbesserung. Doch Welch ein Zufall, diese blieb aus.

Jetzt kommt noch das Kreuz mit der Kostenneutralität. Alle, die mathematisch und oder statistisch interessiert sind, können sich mal überlegen, wer die Zeche bezahlen muss. Dieses Problem kann man nur lösen, indem die grösste Gruppe, nämlich die der Allgemeinärzte, in Zukunft weniger verdient. Und so wird es kommen allen Unkenrufen zum Trotz.

Unser alter Präsident verliess rechtzeitig das sinkende Schiff und ist nun in sicherem Hafen beim Bund mit gutem Salär und gesicherter Pensionskasse. Der neue Präsident, obwohl Allgemeinarzt, hat sich vornehm zum TARMED bis jetzt nicht geäussert und denkt laut über PR (Public Relations) nach. Zu deutsch, wie mache ich meinem Kinde die schlechte Suppe schmackhaft?

Darum mein Rat an die nachkommende Generation von Ärzten: Werdet nicht Allgemeinärzte im Wallis oder Graubünden, sondern Spezialisten im Kanton Basel-Landschaft. Dann habt Ihr ein hohes Einkommen aus Selbstdispensation und ärztlichen Leistungen, geringe Steuerbelastung, ein leistungsfähiges Spital in der Nähe für alle Notfälle und unmöglichen Patienten und am Abend ein tolles kulturelles Angebot in nahegelegener «Grossstadt», und wem dies alles nicht genügt, kann sich noch am FCB ergötzen.

Dr. med. C. Schnyder, Büren

1 Stoffel U, Favrod-Coune C. Der TARMED wird noch nicht überall kostenneutral angewendet. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(35):1795.



Und der Taxpunktwert fällt doch

Erste Bereinigungen der Taxpunktwerte liegen vor. Bei eingehaltener Kostenneutralität schweizweit werden die Taxpunktwerte in 17 Kantonen gesenkt, in 2 Kantonen erhöht und bleiben in 7 Kantonen unverändert. In Kantonen wie Zürich und Bern, in denen die Taxpunktwerte gesenkt werden, gingen Aufrufe seitens der kantonalen Ärztesellschaften an die niedergelassenen Ärzte, sie mögen doch die Tarifpositionen zurückhaltend anwenden. Konkret heisst dies, angebrochene 5 Minuten nicht verrechnen,

Arbeit in Abwesenheit des Patienten nicht verrechnen, einfach abrunden. Nun steht dieser Aufruf in seltsamem Kontrast zu den permanent neu kreierte Abgaben, damit bestimmte Leistungen überhaupt noch verrechnet werden dürfen. Dazu zu zählen sind die Vielzahl von sogenannten Fertigkeitenausweisen, die teils gegen Entrichtung einer Gebühr, teils mit einer Scheinprüfung, für deren Absolvierung wiederum eine Gebühr erhoben wird, zu erwerben sind. Daneben sind kostenintensivere Wartungen an Röntgenanlagen zur Vermeidung des ersten Strahlenunfalls in einer Schweizer Arztpraxis jährlich nachzuweisen, und die Qualität des praxiseigenen Labors wird nebst käuflichem Fertigkeitenausweis mit Ringversuchen, die kostenpflichtig sind, nachgewiesen. Schliesslich sammeln wir eifrig wie dereinst im verschulerten Medizinstudium Fortbildungstestate, die der guten Qualität der medizinischen Grundversorgung in diesem Land förderlich sein sollen. Unseren Lieferanten für Praxisverbrauchsmaterialien aller Art haben wir bisher nicht klar machen können, sie möchten doch die in den letzten 5 Minuten eingepackten bestellten Artikel nicht verrechnen, einfach abrunden.

In einem früheren Beitrag unter dem Titel «TARMED – die Illusion für die Grundversorger und alle, die es noch werden wollen» [1] habe ich dargelegt, dass wir Ärzte mit der Annahme von TARMED einem systemimmanenten Fehler zum Opfer fallen werden. Dies bewahrheitet sich nun früher als erwartet: Dass die Taxpunktwerte in 17 von 26 Kantonen fallen bei erhaltener Kostenneutralität schweizweit, zeigt den Mechanismus. Die Kantone, in denen jetzt der Taxpunktwert angehoben wurde, und diejenigen, die noch keine Senkung hinnehmen mussten, sind besonders gefährdet, inskünftig Taxpunkt-senkungen hinnehmen zu müssen. Schliesslich müssen wir uns im klaren sein, dass die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ja gar nicht in der Grundversorgung stattfinden. Deshalb werden die Prämien wie auch in diesem Jahr wiederum um 4–6% durchschnittlich steigen. Da ja schweizweit Kostenneutralität der Grundversorgung vorliegt, ist es naheliegend, dass die prämienerhöhenden wirksamen Kostenschübe in anderen Sektoren stattfinden. Wir wissen zwar ziemlich genau, welche diese sind. Doch die hohe Politik hat sich nun einmal darauf eingeschossen, die am besten angreifbare Gruppe der niedergelassenen frei praktizierenden Ärzte ins

Visier zu nehmen im Wissen darum, dass diese Gruppe so heterogen zusammengesetzt ist, dass sie mit sich geschehen lassen muss, was immer geschieht. Gleichzeitig sind deshalb, da die Zielgruppe falsch gewählt ist, auch alle sogenannt kostendämpfend gedachten Massnahmen wirkungslos, verpuffen einfach so und führen zu Ämterrotationen frustrierter «Architekten des Labyrinthes Gesundheitswesen Schweiz». Und der Taxpunktwert fällt weiter. Übrigens noch: In 10 Jahren wird in der schweizerischen Grundversorgung ein akuter Versorgungsnotstand herrschen. Aber das ist ja noch ferne Zukunft...

Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich

- 1 Schlossberg D. TARMED – die Illusion für die Grundversorger und alle, die es noch werden wollen. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(9):451-2.



Weg mit den unterschiedlichen Taxpunktwerten

Jene Ärzte in Kantonen, die sich in den letzten Jahren zurückgehalten haben bei der Rechnungsstellung, sind jetzt die Dummen wegen des Kostenneutralitätsmechanismus, der die Unterschiede zementiert. Wenn ein Teil der Ärzte in Billigkantonen wie Graubünden versucht, durch vermehrtes Verrechnen von Tarifpositionen ihr Einkommen zu halten, drückt dies den Taxpunktwert noch mehr, und die bescheidenen Ärzte sind doppelt betrogen. So geht das doch nicht! Der Taxpunktwert muss für die ganze Schweiz einheitlich sein. Der Wunsch nach Besitzstandwahrung in Ehren, aber mit diesem kantonalen Kostenneutralitätszwang sind wir auf dem Holzweg.

Dr. med. Albert Kind, Schaffhausen



Sehr geehrte ANNA

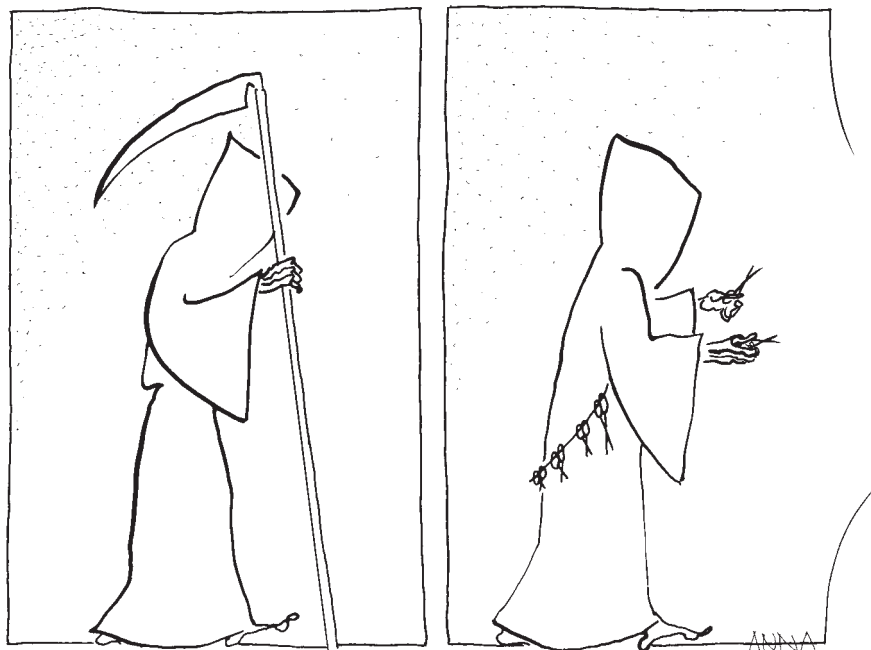
Sehr häufig haben Sie Karikaturen mit hervorragenden Inhalten und Pointen gemacht. In letzter Zeit wirkten sie für mich manchmal etwas gequält.

Ich meine, diejenige in der Ausgabe Nr. 20/2004 hat ihr Ziel völlig verfehlt – oder vielleicht doch nicht?

Es ist ja schlicht nicht wahr, dass die Chirurgie heute todbringend ist. Die Mortalität ist im Durchschnitt praktisch gegen Null gesunken. Leider sind Sie auch in die «Publizitätsfalle» hineingeraten, bei der dieser Unglücksfall in Zürich eine unnötige Publizität erhalten hat, vor allem wahrscheinlich, weil man «Schuldige» eruieren kann. Was ich jetzt sage, könnte als zynisch aufgenommen werden, ist aber sehr tiefernt gemeint: Wie oft macht man aus dem Tod eines Verkehrsofopfers eine ähnliche Publizität?

Auch dort sind oft kleine Versehen Ursachen von grossen Unglücken. Und je komplizierter alle Geschehensabläufe sind, sei es bei Transplantationen, bei «gewöhnlichen» Operationen, dann aber auch bei der Fliegerei, bei der Mondfahrt, beim Bahnverkehr usw., aber auch bei Sportarten und Abenteuern wie Riverrafting u. ä. Man wird sagen, das gehöre nicht ins gleiche Kapitel. Warum nicht: Es sind alles komplizierte Geschehen, bei denen *immer* Fehler gemacht werden können. Für mich als ehemaligen Praktiker ist mir das Geschehen sehr bekannt: Auch ich habe Fehler gemacht, nur waren sie Gott sei Dank nicht tödlich.

Nun haben Sie aber den Tod als Chirurgen dargestellt im Blick auf diesen tragischen Fall am Universitätsspital, bei dem der Tod durch die Medizin gekommen ist. Für mich schon lange ein bedrängender Gedanke ist die Frage: Ist es richtig, die Transplantationsmedizin zu fördern? Sollte man nicht aufhören damit? Auch bei einer solchen Fragestellung wird wahrscheinlich ein Aufschrei stattfinden. Aber beim genauen Durchdenken: Wie viele nicht so spektakuläre Todesfälle gibt es weltweit? Davon hört man nichts, ganz zu schweigen von den kriminellen Machenschaften, die sich immer mehr um die Gewinnung von gesunden Organen herum entwickeln. Die Medizin und in diesem Fall die Chirurgie verspricht ja (geringfügig) verlängertes Leben, bringt aber für viele, jetzt Gesunde,



der Tod früher

La Mort aujourd'hui

Krankheit, evtl. auch den Tod. Die Perversion ist u.a. die Hinrichtung von straffälligen Menschen in China mit dem erklärten Ziel der Organentnahme. Immer mehr bedrängt man die Lebenden, doch zugunsten von Organbedürftigen evtl. schon im Leben, spätestens aber nach dem Tod – und an sich ist ein früher Tod dafür günstiger – sich ein Organ entnehmen zu lassen. Sind wir auf dem rechten Weg?

Wäre es nicht richtiger, wie ja Ansätze vorhanden sind in den Gesprächen über würdevolles Sterben, den Tod wieder eher zuzulassen. Unser Leben ist nun einmal endlich, und ob das Ende früher oder später kommt, können wir nur bedingt beeinflussen. Wenn es nur um einen persönlich geht, dann ist das ein individuelles Problem. Wenn aber sozusagen die Gesellschaft unter dem Überleben eines einzelnen leidet, ist der Kampf gegen den Tod doch etwas fraglich. Die Konsequenz wäre eigentlich, dass die Gesellschaft bestimmt, was sie will. Das wurde schon gemacht, ist aber, dessen bin ich mir voll bewusst, schwierig, wenn nicht unmöglich, sicher aber nur kleinräumig möglich.

Ist Ihre Zeichnung, die ich als verfehlt betrachtete, vielleicht doch richtig? Bringen wir wirklich den Tod, nur auf komplizierte Weise, indem wir Leben versprechen? Viele Leser werden das alles als unärztlich, unethisch, eben zynisch ansehen. Es ist es nicht. Jeder und jede soll überlegen, wieviel Wahres und Bedenkenswertes drin ist.

Dr. med. David Künzler, Hausen am Albis



Lieber Herr Künzler

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an meiner Arbeit: Kritik interessiert mich im Grunde mehr als Komplimente.

Zum ersten: dass meine Karikaturen in letzter Zeit etwas gequält wirkten. Genau das sollen sie, sie spiegeln eben die Situation im Gesundheitswesen (Missbehagen betr. TAR, Bild in der Öffentlichkeit, zwiespältige Arbeitsverkürzung u. v. a. m.), die ich schliesse aus Gesprächen, Lektüre, Beobachtungen, Mails wie Ihrem (die mir sehr willkommen sind).

Zum zweiten: der Tod früher und heute (anstatt mit Sense mit lauter kleinen und kleinsten Scheren). Ich habe dabei allgemein an den Umgang mit dem Lebensende gedacht, das selten mehr aus einem raschen gnädigen Schnitt (durch Schnitter Tod) besteht, sondern immer häufiger aus kleinteiligem Geschnipsel, bis der Lebensfaden endlich nachgibt. Für mich ist das ein ganz grosses Thema, das vielleicht noch viele «gequälte» Zeichnungen hervorbringen wird: ob die Menschen und ihre Ärzte und Ärztinnen das Leben «bis weit ins Ungeliebtsein hinaus» erhalten wollen, müssen, dürfen, sollen ...

Also, ich habe mit dieser Zeichnung an den Tod im allgemeinen gedacht und nicht an die (Transplantations-)Chirurgie.

Ich habe aber schon oft erfahren, dass jeder Betrachter aus einer Zeichnung etwas Zusätzliches, ihn persönlich Betreffendes herausliest: und das freut mich immer.

ANNA