



«Evaluationitis»: ein Symptom der Orientierungslosigkeit unserer Gesellschaft? [1]

Ich sehe das weniger als ein Symptom der Orientierungslosigkeit, eher als den Versuch, Verantwortung nach Abstrakt zu delegieren. Sie haben das auch ausgedrückt, u.a. in dem Zitat von Miller et al.

Das zentrale Problem, aus meiner Sicht, haben Sie auch angesprochen: «Die aktuelle Ausrichtung der Evaluierung versucht, den einzigen störenden Gegenstand zu beseitigen, der sie scheitern lässt: das Subjekt. Im Gesundheitswesen kann die Einzigartigkeit niemals völlig ins verallgemeinernde Korsett einer Evaluierung, von Richtlinien oder anderen Rahmenbedingungen gezwängt werden.»

Weil die empirische Medizin sich bis zum heutigen Tag nicht in das rettende Lager der Wissenschaftlichkeit bewegen konnte, versucht sie, durch Übernahme verbürgter Methoden (Statistik) diesen Anschein zu erreichen. Dies funktioniert nur in der Masse, als dass das Basistheorem, das Gesetz der grossen Zahlen, auch in der Humanwissenschaft Gültigkeit hat. Genau das bezweifle ich, die Variationsbreite menschlicher Existenz (jeder biologischer) überschreitet das Mass des Realisierbaren um Grössenordnungen. Mit anderen Worten, jeder Mensch ist ein Individuum und muss individuell behandelt werden. Statistik taugt für den groben Überblick, nicht weiter.

Ralf Schrader, Luzern

1 Raggenbass R. «Evaluationitis»: ein Symptom der Orientierungslosigkeit unserer Gesellschaft? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(4):214-5.



Sind Ärzte die besseren Spitalmanager? Motivationsgründe und Erfolg der MBA-Ausbildung für Ärzte: eine kurze Literaturübersicht [2]

Es gibt keinen Grund zu dieser Annahme. Fluggesellschaften werden nicht von Piloten geführt, die Vorstände von Fussballclubs sehen Bälle nur im Fernsehen.

Sie sagen es selbst, ohne vor der Bedeutung des Satzes suizidal zu werden: Spitäler und Kliniken sind «Unternehmen mit besonderen Zielen».

Wenn sie Unternehmen sind, dann brauchen sie Manager. Dann unternehmen sie, es «gelten finanzielle Zwänge», manchmal, aber immer seltener «nicht gewinnorientiert». Im Regelfall doch lieber gewinnorientiert, wenigstens verlustminimiert, eben ein Unternehmen. Die im Nebensatz angesprochene «soziale Verpflichtung» geht zur besonderen Verwendung an die Marketingabteilung. Im Verlustfall ersatzlos zu streichen.

Wenn Spitäler und Kliniken Unternehmen sind, werden Eltern bald Erziehungsagenturen, ihre Kinder sind die Kunden. Die Schulen werden Dienstleistungsunternehmen, Schüler sind Kunden und der Kunde ist König.

Kann sich eigentlich jemand noch vorstellen, dass es institutionalisierte Strukturen geben muss, die nicht als Unternehmen organisiert sind und gerade deshalb Garant für soziales Gleichgewicht sind?

Das Gesundheitswesen braucht Betriebswirte, ohne Zweifel. Es braucht aber ebenso viele Ärzte, die den Betriebswirten jede restriktive Entscheidung abringen. Im erstrittenen Gleichgewicht, in der Auseinandersetzung liegt die Lösung, nicht in der Personalunion von Hüh und Hott. Nur mal am Rande: Kann sich einer der Leser vorstellen, das Paracelsus, Sauerbruch oder Robert Koch MBA geworden wären? Damals war Geld knapper als heute.

Ralf Schrader, Luzern

2 Halter-Degonda P. Motivationsgründe und Erfolg der MBA-Ausbildung für Ärzte: eine kurze Literaturübersicht. Schweiz Ärztezeitung 2005; 86(4):229-30.



Ist die Gesundheit unser höchstes Gut? [1]

Das ärgerliche aller natürlichen Sprachen ist es, dass sie mit vorwissenschaftlichen Begriffen geboren werden, die man später kaum oder gar nicht mit Definition füllen kann. Die deutsche Sprache macht es dem Betrachter relativ einfach, fast alle der genannten Substantive enden auf «-heit» oder «-keit».

«Freiheit», «Gerechtigkeit», «Krankheit» und «Gesundheit» meint nahezu jeder Mensch zu deuten, wenn auch sehr unterschiedlich. Verbindliche Definitionen kenne ich nicht und wird es wahrscheinlich auch nie geben. Ganz sicher ist Gesundheit nicht die Abwesenheit von Krankheit, beide Termini sind nicht komplementär. Die WHO-Definition, welche es auf das Befinden abhebt, trifft es allerdings ebenso wenig.

Ich will und kann es hier nicht näher ausführen, das Jahr würde darüber vergehen. Nils Bohr hat sinngemäss gesagt, wer fragt, was ein Elektron «nun wirklich» ist, findet keinen Zugang zur Quantentheorie und damit zum grundlegenden Verständnis unseres aktuellen physikalischen Weltbildes. Gleiches gilt für «Gesundheit».

Insofern befremdet der Artikel, wenn ich und der Autor sicher auch nicht wissen, was Gesundheit ist, und zumindest ich auch mit dem Begriff «Gut» nur wenig anfangen kann (statt Argumentation verweise ich auf gängige Lexika, als Anregung nur das Adjektiv «begütert»), bleibt schon die Titelzeile im luftleeren Raum.

Wenn ich allerdings die Umgangssprache in ihrer zeitlich-räumlichen Beschränktheit benutze, muss ich schnell erkennen, dass «Gesundheit» bei weitem kein Gut, schon gar nicht das höchste ist. Es ist ja fein, wenn ich in meiner Individualentwicklung bisweilen einen hohen Anpassungsgrad an meine (zunehmend gesellschaftlich determinierte) Umwelt streife, erwarten kann ich dies natürlich nicht. Auch darf ich nicht erwarten, dass das Gesundheitswesen einen nennenswerten Bezug zu meiner Gesundheit, nicht einmal zu meinen Krankheiten herstellt. Das Gesundheitswesen beschäftigt sich mit Behandlungsbedürftigkeit. Behandlungsbedürftig war hier bis vor kurzem, in anderen Teilen der Welt noch heute, Homosexualität.

Wenn ich keine Akzeptanz und damit u.a. keinen Job finde, weil ich extrem abstehende Ohren habe, dann wird dies ein Leiden und behandlungsbedürftig. Da schreitet dann irgendeinmal das Gesundheitswesen ein, ohne dass ich krank bin. Wenn ein Abstehende-Ohren-Tragender zum Popstar wird, bin ich plötzlich «übergesund», weil extrem angepasst.

In einem allerdings folge ich dem Autor unbedingt: «Überlegungen zum Menschenbild (Vorstellungen von einem erfüllten Leben) auf der Sinnebene». Mir bleibt nur völlig unklar, wie sich daraus konkrete Handlungsperspektiven eröffnen.

Ralf Schrader, Luzern

1 Zimmermann Acklin M. Ist die Gesundheit unser höchstes Gut? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(4): 227-8.



Nach dem Tsunami in Aceh / Nordsumatra

Das Ausmass der Katastrophe in Sumatra wird erst nach und nach bekannt: Über 200 000 Tote, Hunderte von Kilometern zerstörte Küsten zwischen Meulaboh und Banda Aceh mit dementprechender Obdachlosigkeit für Tausende von Einheimischen.

Als Mitglied der ersten Ärztgruppe, die am 5. Januar 2005 von Zürich abgeflogen ist, konnte ich hautnah miterleben, wie schnell die Organisation PanEco, zusammen mit der lokalen Umweltschutzorganisation YEL, dank der guten lokalen Beziehungen uns Ärzte vor Ort einsetzen konnte. Während die grossen NGOs (Non Governmental Organisations) sich mit Koordinationsproblemen mit den lokalen Militärs und Regierungsstellen abmühten, konnten wir bereits vier Tage nach Ankunft in Medan am Einsatzort Meulaboh und Banda Aceh zwei verwaiste lokale Polikliniken, sogenannte Puskesmas, wieder in Betrieb nehmen. Ein Zweierteam aus der zweiten Delegation übernahm während eines Monats die Leitung der Notfallstation des Zentralspitals von Banda Aceh. Dank des mitgebrachten Verbandsmaterials, des chirurgischen Bestecks sowie der Medikamente konnte vor Ort sofort ärztliche Hilfe angeboten werden. Bis heute konnten rund 9000 Patienten allen Alters betreut und behandelt werden, die entweder zu Fuss kamen oder auf Motorrädern, Karren, vereinzelt auch in Ambulanzen hergebracht wurden. Zu Beginn waren noch gegen 20% Tsunami-verletzte zu versorgen. Diese wiesen hauptsächlich vereiterte Wunden, Phlegmonen, Schürfwunden, geschlossene und offene (Luxations-) Frakturen, ORL-Infekte und unterschiedliche Lungenprobleme auf. Auch einzelne Tetanusfälle wurden diagnostiziert.

Mit der Zeit wurden aber mehrheitlich Fälle für die medizinische Grundversorgung behandelt, wie fiebrige Infekte, speziell Pneumonien, Virusinfekte (Mumps, Varizellen), Hautinfekte, rheumatologische Leiden, Verletzungen aus Verkehrsunfällen und vieles mehr. Patienten, die vor der Flutkatastrophe in regelmässiger, ärztlicher Behandlung standen (insbesondere Diabetiker und Hypertoniker), hatten auf einen Schlag keine medizinischen Ansprechpartner mehr, weil entweder ihr Arzt selber in den Fluten umkam, oder weil die Praxis vor Ort oder in den entfernteren Spezialkliniken in Banda Aceh verwaist oder verkehrstechnisch unerreichbar waren.

Mitte Februar sollen die Puskesmas wieder von den lokalen medizinischen Teams übernommen werden. Bis heute kamen bereits 22 Ärzte, 10 Krankenpflegerinnen/-pfleger sowie zwei Allrounder nach Sumatra in den freiwilligen Dienst. Die bis jetzt in den Einsatz gelangten Teams haben in kurzer Zeit einen hervorragenden lokalen Ruf bekommen und wurden gerühmt für ihren hohen medizinischen Standard. Deshalb hat der lokale Gesundheitsminister PanEco angefragt, ob weiterhin medizinische Hilfe in den noch verbliebenen Flüchtlingslagern im Distrikt Nagan Raya, südlich von Meulaboh, geleistet werden könne. Dies betrifft etwa 10 000 Personen, welche auch Monate nach der Katastrophe den Rahmen der üblichen lokalen medizinischen Grundversorgung sprengen.

PanEco nahm diesen Auftrag gerne entgegen und dank der bestehenden Ärzteliste und Nachrekrutierung werden in den kommenden Monaten im 3- bis 4-Wochen-Turnus weiterhin medizinische Teams in Sumatra zum Einsatz kommen.

Dr. med. H. P. Bochsler, Wallisellen