



Qualitätssicherung – nicht für die Behörden, sondern unseren Patienten zuliebe

Als niedergelassener Arzt beschäftige ich mich seit Jahren mit der Sicherung der Qualität in den Abläufen meiner Praxis. In diesem Bereich gibt es zurzeit weder von seiten der Behörden noch der Standesorganisation gültige akzeptierte Vorschriften oder empfohlene Anweisungen. Nach Prüfung verschiedener Modelle und mit dem Ziel, meinen Patienten raschmöglichst Qualität dokumentieren zu können, habe ich den Alleingang gewagt. Obwohl in der Schweiz die Iso-Zertifizierung der Norm 9000:2001 als nicht sinnvoll abgelehnt wurde, habe ich mich für diese Art der Qualitätssicherung entschieden, die übrigens seit diesem Jahr z. B. in Deutschland für alle Arztpraxen obligatorisch vorausgesetzt wird. Die Iso-Zertifizierung nach der Norm 9000:2001 ist sehr wohl als Qualitätsnachweis für jede Arztpraxis hervorragend anwendbar und hat uns viele positive Aspekte gebracht.

Als erstes besteht ein Patientenanspruch auf Qualität, da Patienten zunehmend gestiegene Kundenansprüche haben und sich im Zweifelsfall für eine Praxis entscheiden werden, die Qualität ausweisen kann. Qualitätsmanagement wird zunehmend auch in der Arztpraxis zum Wettbewerbs- und Marketingfaktor mit dem Ziel, unternehmerische Spitzenleistung nicht nur anzukündigen, sondern auch zu beweisen. Auch gegenüber anderen Anbietern im Ausland ergibt sich durch einen Qualitätsnachweis in der Arztpraxis ein deutlicher Wettbewerbsvorteil, der dazu führt, dass Patienten Leistungen eher hier bei uns als im Ausland in Anspruch nehmen, auch wenn sie hierfür im Einzelfall mehr bezahlen müssen. Auch im Umfeld zunehmender Haftpflichtansprüche von seiten der Patienten ist die lückenlose Dokumentation im Rahmen einer Iso-Zertifizierung essentiell wichtig im Sinne einer Haftpflichtprophylaxe und eines Risk Managements. Viele mögliche Schwachpunkte in einer Arztpraxis, die von anklagewütigen Anwälten zugunsten ihres Klienten ausgenutzt werden könnten, werden durch die Iso-Zertifizierung von vorneherein ausgeschaltet. Auch den gesetzlichen Vorgaben einer Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung, wie sie im KVG festgeschrieben wurde, wird nachgekommen, auch wenn diese nach wie vor nicht eindeutig inhaltlich festgelegt ist.

Der Iso-Zertifizierungsprozess bedeutete die Umstrukturierung unserer Praxis vom «geordneten Chaos» in gut dokumentierte transparente Ab-

läufe. Dies hat grossen praktischen Nutzen: Bei Krankheit einer Mitarbeiterin kann diese aufgrund genauer Arbeitsanweisungen relativ schnell ersetzt und eine neue Kraft eingearbeitet werden. Jährliche Ziele werden formuliert und umgesetzt, was vor allem für die Motivation des Teams sehr wichtig ist. Dieses hatte sowieso die grösste Arbeit am Zertifizierungsprozess. Durch diese intensive Auseinandersetzung mit den Abläufen der Arztpraxen ist die Motivation messbar gestiegen, zumal eigene Ideen miteingebracht werden konnten. Das Team arbeitet deutlich effizienter (Kosten konnten gesenkt werden), motivierter und begeisterter. Unsere Patienten erkennen beim Besuch unserer Praxis den von uns durchgemachten Prozess, ohne dass wir unsere Zertifizierung bisher nach aussen gross publiziert haben: Hygienepläne sind in allen wichtigen Bereichen transparent sichtbar (zum Beispiel auf den Toiletten), die Abläufe der Praxis strukturierter, das Personal motivierter, Fehler treten kaum noch auf, und wir werden von Patienten hierauf positiv angesprochen, was ihre Bindung an unsere Praxis mit Sicherheit verbessert. Zusammengefasst kann ich die Zertifizierung nach der Iso-Norm 9000:2001 auch für die Arztpraxis nur empfehlen, auch wenn diese in der Schweiz (noch) nicht zwingend vorgeschrieben ist. Es ist an der Zeit, von seiten der Ärzteschaft eigene Zertifizierungsmodelle vorzuschlagen, bevor von oben behördlicherseits eventuell ein unpraktikables Werkzeug vorgeschrieben wird. Diese Erfahrung haben wir alle mit dem TARMED schon gemacht.

Dr. med. Nikolaus Linde, St. Gallen



Arbeitszeiten Spitalärzte

Ich möchte den Kollegen Kurth [1] und Rössle [2] für ihre Repliken auf den Artikel von Herrn Gonzenbach [3] danken. Es hat mich besonders gefreut, dass es zwei Männer sind, die auf die veränderten Rollenbilder unserer Generation hingewiesen haben. Am Anfang meiner Weiterbildung habe ich noch die eine oder andere Hundertstundenwoche erlebt und hätte nie für möglich gehalten, dass noch zu meinen Spitalzeiten Gesamtarbeitsverträge entstehen. Klar, dass viele unserer ehemaligen Chefs mit dem raschen Wechsel überfordert sind. Die «Basis» ist es glaube ich nicht. Übergabeprobleme habe ich bei mir selber seltener erlebt als solche durch Übermüdung, obwohl ich jahrelang eine Stelle mit einer Kollegin geteilt habe. Wir arbeiteten je

eine Woche und fassten für die Übergabe jeden Fall kurz zusammen. Diese Form der Zusammenarbeit haben wir beide als problemlos, angenehm und sogar befruchtend erlebt, da wir bei der Besprechung nicht selten etwas gelernt haben. Natürlich muss man sich die Person aussuchen, mit der man fix eine Stelle teilt. Ist der Arbeitsstil zu unterschiedlich, funktioniert es nicht.

Informationen sind mir an einer anderen Stelle verlorengegangen, noch unter dem «alten» Regime eines kleinen Landspitals: Eine Patientin mit Hemisyndrom trat am Wochenende auf meine Abteilung ein und wurde mir mit der Diagnose eines Schlaganfalls übergeben bzw. eben nicht wirklich übergeben, wie das früher üblich war. Ich hörte, dass der Oberarzt sie gesehen hatte, und glaubte nichts überprüfen zu müssen. Wenige Tage später fiel der Physiotherapeutin auf, dass der Verlauf der Symptome fluktuierte. Also sah ich erstmals den Eintrittsstatus durch und bemerkte, dass nicht fundoskopiert worden war. Sie hatte rasende Stauungspapillen und erlag innert Kürze einem Glioblastom.

Aber zurück zur Übermüdung: Besonders lebhaft erinnere ich mich an eine ältere Patientin, die nicht mehr ansprechbar aus der Psychiatrie eingeliefert wurde. Sie hatte eine Pneumonie samt Sepsis sowie einen grossen Vorderwandinfarkt. Morgens um vier stand ich benebelt vor ihrem externen Herzschrittmacher und konnte ihn nicht rechtzeitig einschalten. Die Gründe sind mir im nachhinein schleierhaft; der Chef hatte mir am Morgen zuvor erklärt wie. Ihm gelang es dann auf Anhieb, aber bis er kam, war sie de facto schon tot. Zugegeben, vielleicht war ich nicht nur übermüdet, sondern beging sozusagen auch einen Freudschen Vergesser? Ich kann mir vorstellen, dass ein Mensch in diesem Zustand heute nicht mehr automatisch einen externen Schrittmacher fassen würde. Auch da ändern sich die Zeiten. Ich finde: zum Guten.

Dr. med. Anna Fierz, Zürich

- 1 Kurth F. Gedanken eines Oberarztes zu den Arbeitszeiten der Ärzte im Spital. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(22):1364-5.
- 2 Rössle M. Arbeitszeiten der Assistenten (und Oberärzte?) im Spital. Schweiz Ärztezeitung 2005; 86(22):1332-3.
- 3 Gonzenbach R. Arbeitszeiten der Assistenten (und Oberärzte?) im Spital. Quere Gedanken eines (zu) alten Chefarztes. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(11):696-7.



Wir sind kein Taxi!

Wer kennt uns nicht? Die grellen, lemongrün oder leuchtorange gestreiften Fahrzeuge, die teilweise mit einem Höllenlärm und auffälligen Blaulichtern durch unsere Strassen kurven. Die Insassen tragen reflektierende Kleidung in allen Farbvarianten und schwere schwarze Stiefel. Spätestens nachdem die gespiegelte Designer-Sonnenbrille nach dem Aussteigen nach oben verschoben wird, erkennen wir, dass es sich nicht um eine ausserirdische Lebensform handelt, sondern um einen diplomierten Rettungssanitäter der etwa 150 Rettungsdienste in unserem Land. Bei den Kleidern und Farbtönen handelt es sich übrigens nicht um einen individuellen Modegeschmack, sondern um zum Eigenschutz vorgegebene Sicherheitsnormen.

Wir sind, zugegeben, ein äusserst zuverlässiges, pünktliches und schnelles Transportmittel. Leider haben einige Ärzte nicht verstanden, dass wir kein «Courtesy-Bus» sind. Oft genug werden wir sogar mit Blaulicht zu Patienten aufgeboten, welche ohne weiteres hätten privat mit dem Personenwagen transportiert werden können. Es gibt nichts Frustrierenderes, als mit Sondersignal auszurücken, um eine mit gepackten Koffern vor der Haustür wartende Patientin abzuholen. Der völlig mobile Patient, der vielleicht wegen einer Sozialindikation («die Krankenkasse zahlt kein Taxi») oder einer banalen Handverletzung eine ärztliche Kontrolle im Spital haben möchte, gehört definitiv nicht mit der Ambulanz transportiert. Das gleiche gilt für die Halsschmerzen, Menstruationsbeschwerden oder eine seit zwei Tagen dauernde Obstipation. Auch der Patient, der beim Bier im Altersheimrestaurant zur Kontrolle ins Spital wartet, oder die Patientin mit banalen Beschwerden, welche um 3.00 Uhr ins Spital möchte, «ich habe genug Prämien bezahlt, jetzt will ich etwas dafür ...», ist beim Rettungsdienst fehl am Platz. Einen Rettungswagen für einen mobilen, stabilen Patienten zu blockieren, währenddem im Einsatzgebiet z. B. ein Verkehrsunfall oder kardialer Notfall dringend auf dieses Mittel angewiesen wäre, ist verheerend.

Immer wieder werden Patienten, teilweise auch nach einer Telefondiagnose, unnötigerweise mit dem Rettungsdienst transportiert. Ein sofortiger Ambulanztransport, auch ohne Sondersignal, kostet im Kanton Zürich im Durchschnitt zwi-

schen Fr. 500.– und Fr. 700.– oder mehr. Je nachdem, wie der Patient versichert ist, muss er selber tief in die Taschen greifen. Der Transport mit dem Taxi ist dann oftmals billiger, auch wenn die Krankenkasse Taxitransporte nicht übernimmt. Die hohen Kosten der Ambulanztransporte sind mehr als berechtigt. Ein ausgerüsteter Rettungswagen kostet heutzutage schnell einmal über eine Viertelmillion Franken. Die Zeiten, als der Gärtner und der Pförtner noch nebenbei Ambulanz fahren, sind vorbei. Rettungssanitäter sind hochqualifizierte Arbeitskräfte mit jahrelanger Ausbildung in der Notfallmedizin und kosten dementsprechend.

Dies ist ein Appell an die einweisenden Ärzte, auch hier einen Beitrag zur effizienten Ressourcenbenutzung zu leisten. Wir schätzen die ansonsten sehr angenehme Zusammenarbeit, aber: Wir sind kein Taxi!

*Chris Gut, Master of Clinical Nursing
und dipl. Rettungssanitäter, Dübendorf*



KVG Artikel 56/3 und seine Folgen

Der Artikel von Herrn Sutter [1] kann so nicht unwidersprochen stehengelassen werden! Von einem Vollzugsdefizit zu sprechen grenzt an Zynismus.

Ich habe schliesslich auch ein Konto eingerichtet, auf dem aber noch nie Zahlungen von nicht verrechneten Medikamenten und Leistungen (weil vergessen gegangen oder in der Hektik nicht erfasst) eingetroffen wären.

Das Problem liegt aber ganz woanders. Erstens hat man sich sinnvollerweise darauf geeinigt, dass dieses ganze Prozedere der Rückvergütungen erst ab höheren Beträgen durchgeführt werden soll (wie auch ganz richtig von Herrn Sutter erwähnt), zweitens aber, und das ist der wichtigere Bestandteil, verhindert ja gerade Art. 56 als wirtschaftsfeindlicher Artikel, dass sich irgendwer noch um irgendwelche Rabatte und Vergünstigungen bemüht, denn derjenige, der sich darum bemüht, hat ja gar nichts davon, also warum soll er sich auch ein Bein ausreissen?! Das sind die Unsinnigkeiten innerhalb des KVG mit den komischen «Marktideen», als ob ich, bevor ich den kurz vor dem Durchbruch stehenden Blinddarm operieren lasse, noch schnell ein paar Offerten einholen würde, wo dieser mir am billigsten (und dann gleich auch noch am besten?) herausgenommen würde.

Und schliesslich: Eine Vollzugsverordnung kann nur von einer Behörde oder legiferierenden politischen Organisation eingeführt werden. Jedenfalls sicherlich nicht von der *santésuisse*. Wennschon, dann von einer gemeinsam von allen im Gesundheitswesen Beteiligten initiierten und getragenen Institution. Selbst wenn der Bundesrat der «gemeinsamen Einrichtung KVG» eine Erlaubnis erteilt hat, ist das bloss eine Erlaubnis oder eine Empfehlung.

Dr. D. Thumm, Luzern

PS. Nach wie vor masslos verärgert über all das sinnlose Brimborium im KVG. Wann kommt die notwendige Revision mit der Einführung der Einheitskasse?

- 1 Sutter R. Wer wissen will, was gilt, weiss es. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(27):1620.



Notfälle direkt ins Spital [1]

Lieber Herr Hoby, Sie sprechen vielen von uns aus dem Herzen, wenn Sie sich daran stossen, dass immer mehr Patienten als (z.T. nur vermeintliche) Notfälle direkt ins Spital gehen, wo dann eine relativ teure Medizin betrieben wird. Dabei hätte der Hausarzt, der den Patienten ja sicher besser kennt, u.U. mit wenig Aufwand die Angelegenheit auch richten können. Wesentlich günstiger.

Zu Ihren Vorschlägen, wie man diese «Fehlsteuerung», wie Sie das nennen, beeinflussen kann, möchte ich einen beifügen: Seien Sie als Hausarzt erreichbar für Ihre Patienten, und kommunizieren Sie das auch. Mit dem Handy, inkl. Stummschaltung im Kino, Rückrufmöglichkeit usw., ist die Kommunikation ja wesentlich einfacher geworden. Sagen Sie Ihren Patienten, dass diese zuallererst Sie persönlich anrufen sollen, weder den Dienstarzt (der ja in der Regel den Patienten auch nicht kennt) noch das Spital. Dieses Engagement bringt zwar etwas mehr Arbeit (die aber verrechnet werden kann), es hilft aber sicher Kosten sparen, und noch sicherer bringt es Ihnen eine grosse Anerkennung von seiten Ihrer Patienten.

Dr. med. Peter Hofmann, Biel/Bienne

- 1 Hoby G. Notfälle direkt ins Spital? Ein wichtiger Mechanismus der Kostenlawine. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(27):1694-5.



Das Ende der freien Krebsforschung? [1]

Den Mitgliedern der Ethikkommission Tessin gebührt die Anerkennung, die Diskrepanzen zwischen den gesetzlichen Vorgaben zum Versicherungsschutz von Patienten und Patientinnen in klinischen Studien und der bis vor kurzer Zeit geübten Praxis aufgedeckt und in Zusammenarbeit mit anderen Schweizer Ethikkommissionen Grundlagen für eine juristisch einwandfreie Regelung dieser Angelegenheit erarbeitet zu haben.

In ihrem Beitrag beantworten sie jedoch die von ihnen im Titel gestellte Frage nicht.

Unter freier oder akademischer Krebsforschung verstehen wir eine Forschung, die weitestgehend unabhängig ist von den Interessen der pharmazeutischen Industrie, welche im wesentlichen daran interessiert ist, vermarktungsfähige Informationen in Studien zu erhalten. Dies ist legitim und häufig auch im Interesse der Patienten. Es gibt aber wichtige Fragestellungen, an denen die Industrie keinerlei Interesse hat, z. B., wenn «alte» Medikamente ohne Patentschutz in neuen Indikationen oder Kombinationen untersucht werden, wenn es darum geht, Grundlagen für Qualitätssicherung und evidenzbasierte Medizin zu schaffen oder wenn sich aus Untersuchungen Einsparungen für das Gesundheitswesen ergeben würden.

Warum ist die freie Krebsforschung gefährdet?

Die freie Krebsforschung ist angewiesen auf eine Finanzierung durch den Staat und andere unabhängige Institutionen wie z. B. die Krebsligen, Oncosuisse oder durch Kostenträger. Dies hat in der Schweiz in den vergangenen Jahren im Vergleich zum Ausland sehr gut funktioniert. Die SAKK (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung) hat sich auch dank dieser Unterstützung in den letzten 40 Jahren zu einer international anerkannten Institution auf dem Gebiet der klinischen Krebsforschung entwickelt.

Mit der Einführung der GCP-ICH-Richtlinie (Good Clinical Practice – International Conference on Harmonisation), einem wichtigen Schritt zur Qualitätsverbesserung und Harmonisierung, einerseits und mit den Festlegungen des Schweizerischen Heilmittelgesetzes und seiner Auslegung durch Juristen von Ethikkommissionen andererseits ist die Durchführung klinischer Studien erheblich aufwendiger und teurer ge-

worden. Dies führte zwangsläufig dazu, dass das Volumen der klinischen Forschung deutlich reduziert werden musste.

Auch wenn wir mit den meisten Ausführungen von Radczuweit et al. übereinstimmen, sehen wir uns veranlasst, einige Punkte kritisch zu beleuchten:

1. Die pauschalen Aussagen, bei einer klinischen Studie handle es sich nicht um eine therapeutische Behandlung, oder Patienten in klinischen Studien seien «Versuchspersonen», die «a priori keine direkten Vorteile für sich selbst erwarten» dürften, sind für die klinische Krebsforschung eindeutig falsch. Abgesehen von Studien der Phase I, wo es um Dosisfindung für neue Substanzen geht, ist es das Ziel jeder Studie, eine Verbesserung der Behandlung zu erreichen. Das heisst, Patienten, die an solchen Studien teilnehmen, haben die Chance, ein besseres Behandlungsergebnis zu erzielen als mit der sonst verwendeten Standardtherapie. Sehr wohl nehmen viele Patienten für diesen möglichen Zusatznutzen auch ein gewisses Risiko in Kauf. Die heutigen Standardtherapien waren gestern die experimentelle Behandlung in Studien.
2. Generell können medikamentöse Behandlungen mit Nebenwirkungen oder Schäden einhergehen, die bei registrierten Medikamenten in der von Swissmedic genehmigten Fachinformation aufgeführt sind. Bei einer allgemein akzeptierten Behandlung trägt der Patient das Risiko alleine, wenn er sich nach Abwägung von Nutzen und Risiko für die Behandlung entschieden hat. Soll man nun diese Risiken für einen Patienten, der im Kontrollarm einer randomisierten Phase-III-Studie die gegenwärtige Standardtherapie erhält, versichern, nur, weil der Patient diese Therapie im Rahmen einer Studie erhält? Gilt z. B. ein vorübergehender Haarverlust, der bei allen Patienten, die mit einem bestimmten Medikament behandelt werden, erwartet wird, als ein Schaden, der versichert werden muss? Müssen bei zeugungsunfähigen Patienten genetische Schäden versichert werden? Vermutlich müssen hier Präzedenzfälle Klarheit schaffen.

Je umfassender die Forderungen an die Versicherungen sind, desto teurer werden die Versicherungsprämien. Bereits jetzt können sie für jeden Patienten in einer klinischen Studie mehrere hundert Franken betragen. Diese Beträge müssen genauso wie die Transaktionskosten zum Ab-

schluss der Versicherung gedeckt werden von den Subventionen des Bundes, so dass die Mittel, welche für die eigentliche Durchführung der klinischen Forschung zur Verfügung stehen, abnehmen. Bei der Festlegung der Prämien besteht bei den Versicherungsgesellschaften eine gewisse Unsicherheit beruhend auf ungenügenden gesetzlichen Vorgaben und eingeschränkter Sachkompetenz. Dies führt im Zweifel zu einer Steigerung der Prämien. Aufgrund der im internationalen Vergleich geringen Grösse des Marktes besteht zudem praktisch kein Wettbewerb.

Da indirekt der Staat die Prämien bezahlt, haben Regierungen anderer Länder, wie z. B. Australien, aber auch einige Schweizer Kantone die Konsequenz gezogen, selbst die Haftung zu übernehmen.

Die ausführliche Beschäftigung der Ethikkommissionen mit den Versicherungsfragen hat in letzter Zeit eindeutig mehr Klarheit gebracht. Der Beitrag von Radczuweit et al. zeigt jedoch, dass weiterer Diskussionsbedarf besteht. Auch z. B. darüber, ob die Verfasser des Heilmittelgesetzes die vollumfängliche Deckung von Schäden auch auf Studien angewandt wissen wollten, bei denen für die Patienten die Chance auf einen Nutzen besteht, und nicht nur für Studien mit gesunden Probanden.

*Schweizerische Arbeitsgemeinschaft
für Klinische Krebsforschung (SAKK):
Prof. Dr. Richard Herrmann, Präsident
Dr. Peter Brauchli, Direktor
Ulrich Wagner, Direktor*

- 1 Radczuweit S, Zanini GM, Pelli P. Das Ende der freien Krebsforschung? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(25):1533-7.



BSV-taugliches Marketingbudget

Nicht schlecht gestaunt habe ich, als ich letzte Woche die mit hoher Frequenz hängenden knallgelben Plakate mit der Überschrift «Migräne» gesehen habe. Etwas kleiner geschrieben, aber von fern lesbar die Aufforderung, sich mit diesem Problem zum Arzt zu begeben. Aufgehängt nicht von einer Ärzteguppe, sondern von der Firma Pfizer. Noch nie habe ich eine Plakat-kampagne gesehen, die indirekt für Medikamente wirbt und versucht, Betroffene zum Arztbesuch (und wahrscheinlich zur Medikamenteneinnahme) zu bewegen. Leben wir wirklich so im Busch, dass die Menschen nicht wissen, dass sie sich mit Migräne an den Arzt oder Apotheker wenden können? Oder ortet die betreffende Firma, die am SGIM-Kongress mit wohl dem grössten Stand vertreten war, einfach Umsatzbedarf? Wieder taucht bei mir die Frage auf: Wie gross darf eigentlich das Marketingbudget einer Firma sein, damit sie noch BSV-tauglich ist? Immerhin wird auch diese Kampagne grösstenteils mit Krankenkassenprämien bezahlt (ebenso wie Fernsehaktionen und PR-Artikel in Zeitschriften). Schon lange ist es her, dass im Periskop des Swiss Medical Forum ein Artikel zusammengefasst wurde, wonach Pfizer sich schuldig bekannte, den Verkauf von Neurontin illegal gesteigert zu haben durch Massnahmen, die vor allem an uns Ärzte gerichtet waren (Fortbildungsveranstaltungen usw.) und deshalb mehrere Millionen Busse bezahlte (Schweiz Med Forum 2004;4:1235). Neurontin wird weiter massiv eingesetzt, obwohl ältere Antiepileptika wahrscheinlich denselben Effekt hätten. Die genannte Firma ist sicher nicht die einzige, die massiv wirbt (wir leben ja in einer Gesellschaft, in der Werbung nicht mehr wegzudenken ist, in allen Varianten, mit all ihren Folgen), aber die Dimensionen fallen auf.

Dr. med. Daniela Steiger, Zürich