

# Courrier au BMS

## Artikel ist etwas praxisfremd

### Zum Beitrag «Ethische Entscheidungsfindung in der Psychiatrie» [1]

Der Beitrag dünkt mich etwas gar praxisfremd und es hätte ev. nicht geschadet, statt zwei Theologinnen eine Juristin beizuziehen. Mindestens im Kanton Zürich ist die Sache viel einfacher:

Ein Patient wird in die Klinik eingewiesen. Er ist damit nicht einverstanden und gelangt mit Hilfe des Pflegepersonals an das zuständige Bezirksgericht, das innert vier Arbeitstagen eine Verhandlung ansetzt und für die Verhandlung einen neutralen Gutachter bezieht. Es wird dann entweder die Entlassung des Patienten verfügt oder sein Verbleib in der Klinik.

Nun möchten die Ärzte der Klinik den Patienten auch behandeln. Sie legen ihm einen Behandlungsplan vor, den er aber ablehnt. Sodann und ganz ohne irgendwelche Dilemmata gelangen die Ärzte der Klinik an das zuständige Bezirksgericht, das wiederum einen neutralen Gutachter bezieht, der über die Urteilsfähigkeit des Patienten bezüglich der Behandlung befinden muss und über die Zweckmässigkeit der geplanten Behandlung. Daraufhin und ganz ohne ethischen Dialog entscheidet das Gericht aufgrund einer Rechtsgüterabwägung, also einer rein und urjuristischen Tätigkeit, ob nur mit einer gegen den Willen des Patienten durchgeführten Behandlung eine unmittelbare und schwere Gefahr für Leib und Leben Dritter oder des Patienten selbst abgewendet werden kann. Schliesslich ist eine Behandlung gegen den Willen des Patienten eine Körperverletzung und muss daher entsprechend legitimiert sein.

Im ganzen Prozedere sehe ich keine Dilemmata und auch keine Notwendigkeit für einen ethischen Dialog, da der Patient entweder mit der Behandlung einverstanden ist, oder das Gericht entscheidet, ob eine Therapie gegen seinen Willen durchgeführt werden darf oder nicht.

*Dr. med. Witold Tur, Zürich*

1 Meier-Allmendinger D, Kurmann J, Baumann-Hölzle R. Ethische Entscheidungsfindung in der Psychiatrie. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(33):1151-4.

## Replik auf den Leserbrief von Herrn Dr. Witold Tur

In unserem Artikel haben wir eine interdisziplinäre Fallbesprechung nachgezeichnet, wie sie konkret in unserem Klinikalltag stattgefunden hat. Wir wollten damit die Heraus-

forderungen zeigen, auf die wir in der Begegnung mit Menschen mit psychischen Erkrankungen stossen, wenn wir auf sie in einer offenen, beziehungsorientierten Haltung auf gleicher Augenhöhe zugehen. Dieses Vorgehen führt oft zu ethischen Dilemmata. Zudem findet die heutige moderne psychiatrische Behandlung in der Regel in einem interdisziplinären Team statt. Dabei helfen ethische Entscheidungsfindungsverfahren. Denn das Recht allein ist oftmals kein hinreichender Umgang mit ethischen Dilemmasituationen. Es braucht die strukturierte ethische Reflexion der sich widersprechenden Werte, um den Patienten angemessen behandeln zu können.

*Dr. med. lic. theol. Diana Meier-Allmendinger,  
Fachärztin für Psychiatrie  
und Psychotherapie, FMH,  
Leitende Ärztin, Ambulatorium  
Klinik Schützen, Aarau  
Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle,  
Leiterin Institut Dialog Ethik, Zürich  
Dr. med. Julius Kurmann,  
Chefarzt Luzerner Psychiatrie, Luzern*

## Coaching ist ein nützliches Instrument in der täglichen Sprechstunde

### Zum Artikel «Selbstkompetenzen entwickeln» [1]

Dem Autor gebührt grosser Dank, dass er auf das nützliche und teilweise in der Ärzteschaft noch nicht ausreichend bekannte Instrument des Coachings, z.B. in schwierigen Lebenskonstellationen, hinweist. Meines Erachtens bedarf es jedoch mehrerer Anmerkungen. Der Begriff «Coach» oder «Coaching» ist wie erwähnt leider nicht geschützt. Neben dem Verband bso existieren jedoch weitere (leider vom Autor nicht als «Qualitätslabel» genannte) national oder sogar international anerkannte Verbände, die qualitativ ausgezeichnete professionelle Coaching-Ausbildungen durchführen (z.B. ICF – International Coach Federation u.a.).

Bezüglich der Studie von Stefan Neuner-Jehle [2] werden nur Gründe, die für die befragten Ärzte gegen ein eigenes Coaching sprachen, erwähnt, aber nicht die positive Gesamtbewertung: «Akzeptanz und Machbarkeit von GC-KHM im Praxisalltag wurden sowohl von den TN als auch von den Ärzten durchwegs gut bis sogar bereichernd bewertet: Es ermöglichte einen neuen, entspannteren Zugang zum Patienten, und die Arbeitszufriedenheit steige. Indem die Patienten selbst mehr Ver-

antwortung übernahmen, fühlten sich die Pilotärzte entlastet [...] Das Verhältnis von Nutzen zu Aufwand ist ausgezeichnet und braucht den Vergleich zu anderen präventiven Interventionen keineswegs zu scheuen». Ferner gilt es, verschiedene Coaching-Methoden zu unterscheiden. Neben dem (zeitaufwendigeren) umsetzungsbegleitenden und problembearbeitenden Ansatz eignet sich das lösungsorientierte Kurzzeit-Coaching nach dem Ansatz von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg nach meiner Erfahrung hervorragend für die tägliche (!) Anwendung in der Sprechstunde. Der lösungsorientierte Ansatz repräsentiert dabei eine grundsätzliche, patienten- und ressourcenorientierte Haltung in der Arzt-Patienten-Kommunikation mit zielführender Fragetechnik, so dass nicht der «normale» Sprechstunden-Modus «aus-» und der Coaching-Modus «angeschaltet» werden muss.

Nach einer Meta-Analyse [3] korreliert die Adhärenz der Patienten signifikant mit der kommunikativen Kompetenz des Arztes, wobei Kommunikationstrainings für Ärzte diese Adhärenz signifikant verbessern. Ich möchte daher meine ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die sich für das Thema Kommunikation interessieren, ermutigen, sich Fragetechniken aus dem Coaching anzueignen und in den Sprechstunden-Alltag zu integrieren. Wir sollten auf das wertvolle Instrument «Coaching» im Praxisalltag nicht leichtfertig verzichten. Unabhängig davon kann in komplexeren Fällen o.a. selbstverständlich eine Überweisung zum externen Coaching sinnvoll sein, wobei für eine sinnvolle interprofessionelle Zusammenarbeit dann noch die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zu klären wäre.

*Dr. med. Sabine Werner, St. Moritz  
Zertifizierter Coach für lösungsorientiertes  
Kurzzeit-Coaching (ICF anerkannte  
Ausbildung)*

- 1 Bischoff M. Selbstkompetenzen entwickeln. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(35):1240-2.
- 2 Neuner-Jehle S, Schmid M, Grüniger U. Kurzberatung in der Arztpraxis zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens: Probleme und Lösungen. Praxis. 2014;103(5):271-7.
- 3 Haskard-Zolnier KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. Medical Care 2009; 47(8): 826-34

## Qualitätssicherung

### Zum Beitrag «Über den Wolken muss die Freiheit wohl grenzenlos sein» [1]

In der Aktionswoche vom 14.–18. September 2015 wurde auf die Patientensicherheit hingewiesen. Spektakulär mit dem «Critical Reporting System (CIRS)» aus der Luftfahrt. Wobei zu Recht der entscheidende Unterschied hervorgehoben wird: Dort der Pilot, der seinen Flugzeugtyp fliegt, hier der Arzt, der einen individuellen Patienten zu behandeln hat. Demgegenüber ins Abseits gestellt werden soll der unspektakuläre Königsweg der Patientensicherheit, die qualitative Dignität des TARMED. Ein Konsens innerhalb der Ärzteschaft über die fachliche Priorität bzw. Qualitätssicherung bei der Patientenbehandlung. Und damit ein verlässlicher Algorithmus, welche Fachspezialität für einen Patienten zuständig ist. Dies ist für den Patienten wichtiger als meist bereits veraltete Komplikations- oder Mortalitätsstatistiken. Die qualitative Dignität wirkt hin bis zur Behandlung von Folgeschäden. Wo es genügt, dass ein vom Anwalt einer geschädigten Patientin beigezogener Konsiliarius, beispielsweise bei einer typischen Verziehung nach einem Eingriff im Gesicht, lediglich auf die qualitative Dignität hinzuweisen braucht. Und schon ist der fachfremde Operateur bereit, die notwendige Korrektur beim zuständigen Fachspezialisten zu bezahlen. Womit gleichzeitig der Versicherer von der Übernahme einer durch einen Operateur mit fehlender Kompetenz verursachten «Komplikation» verschont bleibt. Vor diesem Hintergrund ist es unverstänlich, dass in der laufenden Tarifrevision die vollständige bisherige Liste auch der stationären Eingriffe einerseits und überall die zugehörigen qualitativen Dignitäten andererseits, die gar keiner Revision bedürfen, aus dem TARMED entfernt werden sollen. Das verlässlichste Hilfsmittel der Qualitätssicherung wäre in Gefahr! Zum Schaden aller Beteiligten!

Dr. med. Dr. med. dent.  
Roland R. Schmoker, Bern

1 Bosshard C. Über den Wolken muss die Freiheit wohl grenzenlos sein. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(38):1341.

## Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site Internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: [www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/](http://www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/)

## Zweifel an Seriosität

### Zum Beitrag «Patientensicherheit: Wo stehen wir heute?»

Der Beitrag wirft meines Erachtens Zweifel an der Seriosität dieser Publikation auf. Bezogen auf die gegenwärtige Bevölkerungszahl von etwa 8,2 Millionen, davon etwa 6,2 Mio. Schweizerinnen und Schweizern, nimmt sich die Zahl von 13 %, d.h. von gut 800 000 Patienten, die *kürzlich* einen Behandlungsfehler erlitten haben (sollen) gigantisch, aber auch unglauwürdig aus.

Die von eventuellen Behandlungsfehlern betroffenen Nicht-Schweizer bleiben anscheinend ohnehin unberücksichtigt. Ferner wird vermittelt, dass solche Fehler überwiegend in stationären Einrichtungen auftraten.

Jeder Behandlungsfehler ist überaus beklagenswert, mancher fahrlässig, nicht alle vermeidbar. Zur letzten Kategorie tragen die jüngeren Entwicklungen im Medizinalwesen, speziell in den Kliniken, bei:

- 1 Verkürzte Präsenzen – sowohl im Bereich der Pflege als auch des ärztlichen Dienstes – sind mit zwangsläufiger Fähigkeits- und Erfahrungsverzögerung verbunden, denn die Stechuhr regiert.
- 2 Die Abtrennung der Pflege vom Verpflegungsservice, fehlende Überwachung der Medikamenteneinnahme sowie die Autonomie gegenüber dem ärztlichen Dienst anstelle enger Kooperation begünstigen Risiken für die Kranken.
- 3 Die Kommerzialisierung der Medizin, insbesondere des Spitalwesens.

Prof. em. Dr. med. Joachim Hasse, Bottmingen

1 Leuthold M, Conen D, Hirter K, Martinelli E. Patientensicherheit: Wo stehen wir heute? Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(38):1345–7.

## Cave FMH!

### Zum Schwerpunkt Patientensicherheit in SÄZ Nr. 38 vom 16.9.2015

Die Nummer «Schwerpunkt Patientensicherheit» ist sehr wertvoll, weil sie zeigt, dass Ärzte sehr viel zur Verbesserung der medizinischen Versorgung unserer Patienten tun. Der Trend bei Bundesrat Berset und dem Bundesamt für Gesundheit zielt aber in eine andere Richtung. Sie peilen die staatliche Regulierung an. In der NZZ vom 16.9.15 warnt Christof Forster vor diesem Trend unter dem Titel «Schnellzug in die Staatsmedizin». In der NZZ vom 18.9.15 findet sich ein analytisch recht guter und fundierter Artikel von Vertretern der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und vom ehemaligen Direktor des BAG Zeltner mit dem Titel «Reformen für eine gute medi-

zinische Versorgung». Es wird zunächst die zu kleine Zahl von Schweizer Ärzten, die zu einer grossen Zahl von ausländischen Ärzten zwingt, beklagt. Die Vermehrung der Studienplätze wird begrüsst. Dann wird aber wohl richtigerweise die medizinische Überversorgung mit vor allem zu vielen Spezialisten und in Folge dessen zu vielen Operationen und Diagnostik-Untersuchungen aufgezeigt und auch der mangelnden interprofessionellen Zusammenarbeit als Ausweg das Wort geredet. So weit hat der Artikel seine Berechtigung. Als Abhilfe werden aber mehr staatliche Eingriffe und Regulierungen gefordert. Da ist es dringend angezeigt, dass die FMH mit solchen Motivations-Nummern zeigt, dass Änderungen der Missstände, eben auch Regulierung und Erkennung von Fehlentwicklungen, die Sache der dafür allein kompetenten Ärzte sind und nicht den Politikern und dem BAG überlassen werden dürfen. Ein gutes Beispiel ist das Versprechen des Präsidenten der Orthopäden, die Zahl der Ausbildungsplätze zu halbieren, da jährlich zu viele den Spezialarzt-Titel erhalten. Aufgabe der FMH ist es also, hellhörig aufzupassen, in ihren Reihen dieses Sanierungs-Bewusstsein zu schaffen und mit Artikeln in der SÄZ Wege dazu aufzuzeigen.

Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

## Gesundheitskompetenz

Sechs Personen aus verschiedenen «Kompetenzzentren» in Lausanne [1] sehen Handlungsbedarf bezüglich Gesundheitskompetenz unserer Patienten. Kompetenz-Schulung für Patienten?

Überlassen wir doch das Kompetenz-Geschwafel den Schreibtisch-Pädagogen, die damit schon genug Ärger verbreiten. Ein Kompetenz-Aktivismus gewisser Institutionen, deren Existenzberechtigung ohnehin teilweise fraglich ist, dient kaum dem Wohl der Patienten.

Zu guter Letzt: Die «Arztshelferin» nennt sich in der Schweiz Medizinische Praxisassistentin.

Dr. med. Klaus Ganz, Zürich

1 Bodenmann P, Velonaki VS, Favre Kruit C, Pythoud B, Ninane F, Bischoff T. Gesundheitskompetenz: die Rolle von Arzt und Arztshelferin. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(39):1404.