

Briefe an die SÄZ

Antibiotikaresistenzen: die Rolle des Patienten

Brief zu: Hadorn L, Weil B. Antibiotikaresistenzen: die Rolle der Patienten im One-Health-Ansatz. Schweiz Ärztzeitung. 2017;98(45):1497–8.

Der entsprechende Absatz hat mich ein bisschen verwirrt. «Den Patienten kommt eine zentrale Rolle zu» – freundlicherweise aber auch den «beratenden Ärzten und Ärztinnen». Das Ziel muss das «Empowerment» jedes einzelnen sein (also auf Deutsch übersetzt: Befähigung, Ermächtigung, Befugtheit), auch in Bezug auf Antibiotikagebrauch «stufengerecht» Entscheidungen zu treffen.

Durch geeignete Informationen soll gewährleistet werden,

- dass alle Personen diese Infos «stufengerecht» finden und beurteilen können,
- dass alle Personen sich mit anderen darüber austauschen und reflektieren können,
- dass Patienten dem fachlichen Rat oder der Anweisung zur AB-Einnahme resp. -Nicht-einnahme Folge leisten usw.,
- ja, dass Patienten sogar wissen, wann sie «Bedarf an «Beratung» oder «Leistungen» im Gesundheitswesen» haben.

Wo bleibt denn jetzt das «Empowerment»? In diesem Stile geht es weiter. Die Verfasserinnen haben wohl kaum je mit echten Patienten zu tun gehabt. Diagnosen sind vermutlich überflüssig.

Immerhin wurde das Patienteninformationsmaterial sehr subtil bearbeitet, und zwar mit Charting und Collating. Ich habe in meinem Umfeld niemanden gefunden, der (oder die!) diesen «Begriff» auf Anhieb verstanden hätte. Glücklicherweise wurde er auf 3 Zeilen erklärt.

Die evidenzbasierten Botschaften werden durch ihren Wiedererkennungswert ermöglichen, dass Ärzte und Ärztinnen so mit den Patienten und Patientinnen kommunizieren können, «so dass diese ihre Verantwortung als Teil des One-Health-Ansatzes zur Bekämpfung der Antibiotikaresistenzen wahrnehmen können!». Begriffen?

Dr. med. Hugo Wick, Basel

Hilfe, ich bin Arzt!

«125 Franken pro Stunde im Minutentakt abgerechnet ...» symbolisieren den Kniefall der Medizin vor der Ökonomie. Ein offener Brief von Dr. Christian Larsen an seine Patienten ...

«Ich will eine Medizin für Patienten machen»

Bereits als 3-jähriger Knirps wollte ich Arzt werden. Gesagt, getan. Und ich will es heute noch, mehr denn je. Bewusst habe ich bei der Praxisgründung auf drei Dinge verzichtet: Röntgen, Labor und Medikamentenabgabe. Was bleibt, ist die Sprechstunde: gut zuhören, genau untersuchen, scharf überlegen, Therapieziele vereinbaren, Erfolgskontrollen durchführen, Selbstvertrauen wecken ... Jahr für Jahr befähigen wir 4000 Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden, bestmöglich damit umzugehen. Und vermeiden so rund 200 Operationen pro Jahr. Systematische Outcome-Messungen (Stiftung Qualitouch®) dokumentieren den Erfolg: Bei Patienten mit chronisch starken Schmerzen beispielsweise gelingt es uns, die Schmerzen nach 7 Therapieeinheiten nahezu zu halbieren.

«Der 1-Min.- & 2-Franken-Rhythmus ist für eine veritable Demütigung»

Bundesrat Alain Berset hat zum Angriff gegen die Kostenexplosion im Gesundheitswesen geblasen. Per 1. Januar 2018 tritt der bundesrätlich zwangsrevidierte TARMED-Tarif in Kraft. Ich greife zwei für die Sprechstundentätigkeit

entscheidende Details heraus. Erstens: Wenn Sie als Patient mir gegenüber sitzen, gilt ein Stundenansatz von CHF 125. Zweitens: Wenn ich in Ihrer Abwesenheit Dinge für Sie erledige – einen Bericht schreibe, Röntgenbilder analysiere, die Mutter eines Kindes anrufe oder mit einem Therapeuten Rücksprache nehme –, muss ich diese Tätigkeit im Minutentakt für CHF 2 pro Minute abrechnen. Eine veritable Demütigung. Schauen Sie sich den Originaltext an:

Zum Vergleich: Mein Hauselektriker verrechnet CHF 140 pro Stunde, der Tierarzt CHF 200, der Steuerberater CHF 220, der Rechtsberater CHF 380. Ich will nicht jammern, Geld war nie meine primäre Motivation. Aber: Bruttoeinnahmen von CHF 120–125 pro Stunde haben für Arzt und Patient Konsequenzen:

1. Keine Arztpraxis kann so vernünftig betrieben werden – was Ärzte systematisch zu «Nebeneinnahmen» via Labor, Medikamente, Röntgen usw. zwingt.
2. Der Nachwuchs wird sich auf wenige Idealisten beschränken. Der freie Arztberuf wird aussterben, die Verstaatlichung der Medizin wird schleichend Realität.
3. Der administrative Aufwand für die minutengenaue Dokumentation & Leistungserfassung ist unverhältnismässig und einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung wesensfremd.

→

Position	Ärztliche Tätigkeit	CHF
00.0141	Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.	2.08
00.0142	Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.	2.08
00.0143	Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.	2.08
00.0144	Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.	2.08
00.0145	Überweisungen an Konsiliarärzte in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.	2.08

Neuer Arzttarif 2018: CHF 120–125 Stundenlohn, Abrechnung im Minutentakt.



Die SÄZ neu auch auf Facebook!

→ www.facebook.com/saez.ch

«Appell statt Skalpell»

Und jetzt? Richtig: Guter Rat ist teuer. Selbstverständlich habe auch ich mir Gedanken gemacht, in welche Richtung Lösungen zu suchen sind. Aber davon will ich Sie im Moment verschonen. Stattdessen ein Appell: Solidarisieren Sie sich mit den Ärzten Ihres Vertrauens! Patient und Arzt stehen auf der gleichen Seite. Lassen Sie es nicht zu, dass der Spaltpilz vermeintlicher ökonomischer Zwänge die uralte hippokratische Allianz zwischen Patient und Arzt zerstört. Seien Sie vorsichtig mit der Verlängerung des Lebens am Lebensende um jeden Preis. unterstützen Sie Ärzte, Therapeuten und Ökonomen, die sich explizit für die Wiederbelebung dieser Allianz und für eine menschliche Medizin einsetzen. Zum Beispiel die Akademie Menschenmedizin (AMM).

Dr. med. Christian Larsen, Zürich

Spezialarzt FMH WOV

Brief zu: Süssstrunk P. Äusserer Wohlstand, innere Armut? Schweiz Ärztezeitung, 2017;98(47):1576.

P. Süssstrunk hat mich komplett missverstanden. Ich bin für eine umfassende Behandlung aller Kranken, aber gegen overuse [1]; denn dieser gefährdet die Patienten und schafft unnötige Kosten, was wiederum die Politik zu schädlichen Aktivitäten verleitet (Globalbudget ante portas usw.).

Meine Anregung [2]: Jeder Arzt kann sich bei seiner Fachgesellschaft neben dem Spezialarztztitel FMH um das Zusatzlabel WOV (will overuse vermeiden) bewerben und dieses für Patienten und Kollegen sichtbar machen. Er muss dazu drei Gegenmassnahmen (←) zustimmen.

1. Hauptursache für overuse ist Unsicherheit und Unkenntnis (← Fortbildung; Beispiel: Bei Verdacht auf frische Ruptur der Achillessehne genügt der Thomson-Test, ein MRI ist overuse [3]).

2. Weiterer Grund ist Angst vor dem Vorwurf, die Sorgfaltspflicht zu verletzen (← Leitlinien entsprechend überarbeiten. Beispiel: TIA in [2]).

3. Pecuniäre Interessen (← Einverständnis zur stichprobenweisen Überprüfung seiner Indi-

kationen durch die Fachgesellschaft. Beispiel: In meinem Umfeld haben sich 4 Rentner einer Kataraktoperation unterzogen; 2 berichten, das Ergebnis sei wie Tag und Nacht, 2 andere haben danach kein besseres Sehvermögen festgestellt; d.h. bei kleiner Fallzahl 50% medizinische und 50% remunerative Indikation).

Dr. med. Daniel Bracher, Gümligen

- 1 Gerber M, Kraft E, Bosshard C. Overuse. Schweiz Ärztezeitung, 2016;97(7):236–43.
- 2 Bracher D. Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. 2013. ISBN 978-3-033-04344-2.
- 3 Brandenburg JE. Schweiz Ärztezeitung, 2011;92(3):64.

Der «Schweizer Eid»: Medizinischer Ethos vs. Ökonomisierung

Brief zu: Egger B, Baumann-Hölzle R, Giger M, Käch C, Kovatsch A, Meier-Allmendinger D, Pök Lundqvist J, Schai P, Wils JP. Der «Schweizer Eid». Schweiz Ärztezeitung, 2017;98(40):1295–7.

In einem eigentümlichen Artikel versuchen 9 Personen einen Widerspruch zwischen ökonomischen Prozessen und dem ärztlichen Berufsethos mittels «Diagnose» aufzuzeigen. In der für Ethiker, Soziologen und (leider) Mediziner üblichen sozialistischen Polemik reduzieren sie den Markt auf ein Instrument der Gier und verurteilen das Streben nach Gewinn. Geschickt spalten und polarisieren sie zwischen menschlich «warmer» ärztlicher und therapeutischer Tätigkeit und «kalter» Ökonomie. Sie berufen sich auf «wirtschaftssoziologische Forschung», um eine sogenannte «Ökonomisierung» zu entlarven, die eine Hierarchie zwischen ärztlichem Handeln und ökonomischer Direktive erzeugen soll. Ein Berufseid soll das Problem dann lösen.

Man kann dabei nur vermuten, was die Autoren für ein ökonomisches Verständnis haben. Schliesslich lautet die Alternative zur Ökonomisierung ja Beibehaltung des Status quo mit all seinen Ineffizienzen und Missbräuchen, die durch das Versicherungskollektiv finanziert werden müssen.

In der Realität bewegen wir uns ständig in wirtschaftlichen Prozessen und Verflechtungen. Alles um uns herum ist Wirtschaft. Auch die ärztliche Tätigkeit hat immer schon etwas gekostet. Und auch der Arzt braucht einen Gewinn, denn er muss vorsorgen, Rückstellungen machen, sich weiterbilden, in seine Infrastuktur investieren etc. Dasselbe gilt für Spitäler.

Die Frage ist einzig, ob wir bei der Finanzierung Märkten vertrauen oder lieber den Systemadministratoren einer Bundesbehörde, also individueller Freiwilligkeit oder Zwang von oben. Bei der Finanzierung der SAMW sind es, glaube ich, Steuergelder, also Zwang.

Ich hoffe die geschichtliche Erfahrung mit diesen Systemen ist Ihnen bekannt.

Die professionelle Autonomie und Ihr Eid sind nur lebbar, wenn sich dabei kein Dritter einmischte. Da haben Sie recht. Solange wir aber eine Drittfinanzierung haben, hat dieser zahlende Dritte das Anrecht, sich einzumischen. Schliesslich verfüge ich über das Geld anderer Leute. In anderen Worten, nur wenn ich selbst über die Finanzierung meiner ärztlichen Leistungen bestimmen kann, habe ich auch eine professionelle Autonomie und kann meinem Eid gerecht werden. Wenn ich mich auf Basis eines Eides den Forderungen des zahlenden Dritten verweigere, dann brauche ich eine finanzielle Alternative, es sei denn ich bin Samariter.

Die Natur der Kostenproblematik ist in der Tat sehr vielschichtig. Es ist zu einer unschönen Allianz zwischen ärztlichem Prestige, Verstaatlichung und Dienstleistungsdenken gekommen. Die Ökonomisierung auf Basis von staatlich festgelegten Tarifen führt ohne Zweifel zu fragwürdigen Resultaten. Aber unser demokratisch entstandenes System erlaubt leider keine Alternativen.

Als Lektüre zu diesem Thema empfehle ich Ihnen die Publikation «Heilung für das Gesundheitswesen» des Liberalen Instituts. Dort finden Sie die nötigen Basics über Ökonomie und Medizin und sogar ein Kapitel über den hippokratischen Eid. Ich wünsche Ihnen dabei viel Offenheit und Neugier im Umgang mit dieser Thematik.

Dr. med. Marc Fouradoulas, Zürich

Spitalbauten und Spitalfinanzen

Mit einem Ja-Stimmen-Anteil von 89,7 Prozent der Zürcher Stimmberechtigten war im November 2007 der Triemli Bettenhaus-Neubau mit einem Kostenvoranschlag von CHF 290 Millionen angenommen worden (NZZ 26.11.2007). Mit Beschluss vom 31. August 2011 (STRB 1062/2011) legte der Zürcher Stadtrat fest, die Vermögenswerte und Immobilien auf die beiden Stadtspitäler Waid und Triemli zu übertragen. Dies hatte zur Folge, dass nicht mehr der Kanton, sondern das Triemli Spital selber den Neubau finanzieren musste. Im Kanton St. Gallen hat sich Ähnliches zugezogen: Im November 2014 hiess das sanktgallische Stimmvolk sechs Spitalvorlagen mit einem Volumen für Neubauten von knapp einer Milliarde Franken gut (NZZ 30.11.2014). Kurz darauf übergab der Kanton seine Spitalimmobilien an die vier Spitalverbände (St. Galler Tagblatt 29. Dezember 2016). Auch hier muss das Kantonsspital St. Gallen nun, nach einem Investitionsrückstau von Jahrzehnten, die Baukosten selber stemmen. Die

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

daraus resultierende klamme Finanzsituation führt zu Einstellungs- und Beförderungsstopps beim Spitalpersonal.

Wirtschaften die öffentlichen Spitäler wirklich so schlecht? Das Kantonsspital St. Gallen konnte 2016 eine EBITDA- (Abkürzung für Englisch: earnings before interest, taxes, depreciation and amortization) Marge von 6.0 ausweisen, die Hirslanden Zürich hingegen ist mit einer EBITDA-Marge von gut 30 Prozent äusserst rentabel. Und das, obwohl das Lohnniveau im privaten Sektor weit über dem öffentlichen liegt (Löhne der Schweizer Ärzte klaffen auseinander, NZZ 31.10.2017), was zu einer regen Abwanderung von qualifiziertem Personal führt (NZZ 7.6.2013). Ist das Problem nicht viel mehr, dass es bereits zu einer tiefen Spaltung im Gesundheitssystem gekommen ist: mit aus dem Boden schiessenden Kliniken, die einen Grossteil der privatversicherten Patienten betreuen, idealerweise bei elektiven Eingriffen – und öffentlichen Spitälern, denen natürlich genau diese Privatversicherten zur Quersubventionierung fehlen und die aufgrund ihres Mangels an Finanzmitteln auf dem Gesundheitsmarkt deutlich träger agieren? Hier drängt sich die Frage auf, ob im Gesundheitssektor diese Form von privatem/öffentlichem Wettbewerb sinnvoll ist und ob er gesellschaftlich und politisch gewünscht ist. Ich meine nein – die Betreuung von Kranken ist kein wirklich freier Markt und sollte es auch nicht werden.

Dr. med. Christian Rothermundt, Basel

Orthogériatrie

Suhm N, Saxer F. Une traumatologie moderne bénéficie aux patients âgés accidentés. Bull Méd Suisses. 2017;98(47):1566–7.

Cet article sur la traumatologie du patient âgé ne m'a pas laissé indifférent et il m'incite à corriger le tir à l'intention des médecins généralistes:

En effet, l'Orthogériatrie est un domaine médical en plein essor dans notre civilisation et nous pouvons nous réjouir d'avoir reconnu cette évolution il y a une quinzaine d'années. Ainsi j'insisterai (probablement avec l'accord des auteurs de l'article) sur la déclaration d'intention de notre service qui est le devoir de permettre aux patients les plus fragiles de retourner dans leur environnement habituel le plus rapidement possible après un accident. En ce qui concerne le traitement, je pense qu'il faut relever quelques facteurs essentiels qui n'ont pas été mentionnés:

1. L'évaluation du patient: un patient âgé n'est pas forcément un patient gériatrique, donc le nombre d'années de vie ne doit pas influencer impérativement sur le traitement.
2. Un patient gériatrique n'est pas capable de décharger partiellement, de manière fiable, un de ses membres inférieurs.
3. «Retourner le plus rapidement dans son environnement habituel» signifie pour un patient avec une chute et une fracture du membre inférieur une verticalisation au plus vite, donc immédiatement ou après une éventuelle intervention chirurgicale.
4. Le délai entre l'accident et le traitement chirurgical est crucial: un délai de 24–48 heures augmente de manière significative la mortalité [1, 2].
5. Toutes les fractures du col du fémur n'ont jamais dû et ne doivent pas toutes être opérées. Une sélection clinique et radiologique dynamique permet de traiter de façon fonctionnelle certaines fractures du col fémoral stables [3].

6. Alors que nous avons toujours stabilisé immédiatement les fractures du bassin qui empêchaient la verticalisation [4, 5], les fractures de l'acétabulum sont en augmentation dans la population gériatrique. Leur stabilisation immédiate est la clef pour une verticalisation fonctionnelle précoce, incluant dans le même temps, une arthroplastie de la hanche [6, 7].

Dans les mesures à prendre après le traitement traumatologique qui nous semble basé sur une insuffisance osseuse, nous vérifions systématiquement si un examen densitométrique est indiqué avec un but prophylactique.

PD Dr méd. Kaj Klaue, Lugano

- 1 Anthony CA, et al. Hip fractures: Appropriate Timing to Operative Intervention. J Arthroplasty. 2017 Nov;32(11):3314–8.
- 2 Sayers A, et al. The Association between the day of the week of milestones in the care pathway of patients with hip fracture and 30-day mortality: findings from a prospective national registry – The National Hip Fracture Database of England and Wales. BMC Med. 2017 Mar 27;15(1):62.
- 3 Taha ME, et al. Factors predicting secondary displacement after non-operative treatment of undisplaced femoral neck fractures. Arch Orthop Trauma Surg. 2015 Feb;135(2):243–9.
- 4 Simonian PT, et al. Internal fixation of the unstable anterior pelvic ring: a biomechanical comparison of standard plating techniques and the retrograde medullary superior pubic ramus screw. J Orthop Trauma. 1994 Dec;8(6):476–82.
- 5 Routt ML, et al. The retrograde medullary superior pubic screw for the treatment of anterior pelvic ring disruptions: a new technique. J Orthop Trauma. 1995 Feb;9(1):35–44.
- 6 Marchesi DG, Ganz R. Total prosthesis implantation with added pelvic osteosynthesis. Orthopäde. 1989 Nov;18(6):483–8.
- 7 Hamlin K, et al. Should total hip arthroplasty be performed acutely in the treatment of acetabular fractures in the elderly or used as a salvage procedure only? Indian J Orthop. 2017 Jul–Aug;51(4):421–33.