

Briefe an die SÄZ

Gedanken zur Ablehnung der SAMW Richtlinie «Umgang mit Sterben und Tod» durch die FMH

Die Delegiertenversammlung der FMH-Ärztammer hat die Aufnahme der SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» abgelehnt.

Die Ablehnung erfolgte gemäss Bericht auf FMH.ch wegen des Begriffs «unerträgliches Leiden».

Dies sei ein unbestimmter Rechtsbegriff.

Die Delegiertenversammlung hat darüber zu entscheiden, ob ein ärztliches Verhalten einer gesellschaftlichen Norm zuwiderläuft. In unserer Gesellschaft ist die Selbstbestimmung des Todeszeitpunktes ein breit akzeptiertes Verhalten für den Einzelnen. Dies trifft auch für die meisten einfühlsamen Ärztinnen/Ärzte bei Menschen mit einem terminalen Leiden zu.

Aber auch ein nicht terminales Leiden kann für die/den Einzelne/n im Verständnis des/der Betroffenen terminal sein. Dies bedeutet, dass der/die Einzelne in den bestehenden Lebensumständen, Lebenszielen und Lebenswünschen keine Würde mehr erkennt. Diese Haltung und der Entscheid zum Freitod sind lange überlegt, besprochen und dokumentiert. Der freigewählte Todeszeitpunkt muss als solcher so respektiert werden. Auch darf der Terminus Selbstmord/Suizid im freien, überlegten Entscheid nicht verwendet werden; es ist kein Unrecht, sich so zu entscheiden.

Sie SAMW hat in langer Diskussion eine Grundhaltung zum Umgang mit Sterben und Tod festgehalten. Diese Stellungnahme nach einer breiten Vernehmlassung zum Freitod lässt jedem Beteiligten (Ärztin/Arzt und dem/der Betroffenen und Freitodbegleitern) die Entscheidung, selbst daran mitzuhelfen oder ihn abzulehnen. Es ist Ausdruck unserer säkularisierten Lebensweise.

Die öffentliche Diskussion vor der DV-Abstimmung der FMH war durch zum Teil falsche Angaben geführt. So hat der Präsident der Hippokratischen Gesellschaft Schweiz sich in einem Interview in der LZ dazu geäussert. Ähnliche Argumente wurden in der SAEZ formuliert (Stellungnahme AGEAS, 17. 10. 18). Diese sprechen als Vertreter einer Haltung, die eine ärztliche Ethik über den sogenannten Hippokratischen Eid oder religiöse Ansichten festschreibt. Der angegebene Eid wird Hippokrates einige hundert Jahre später zugeschrieben und neu immer wieder ergänzend formuliert, auch unter dem Einfluss christlicher Theologie.

Ärzte schwören keinen hippokratischen Eid. Ihr Handeln richtet sich nach den geltenden

Gesetzen und heute nach einer Ethik, die zuerst die Selbstentscheidung des Betroffenen (Autonomie) mit Informationen über mögliche Optionen beachtet (deshalb auch schriftliches Einverständnis bei Operationen etc.). Es finden bei einem Wunsch nach Selbstbestimmung des Todeszeitpunktes Gespräche statt mit den Betroffenen (Patient/-in, Angehörige, Bezugspersonen). Der getroffene Entscheid wird respektiert und eine Änderung ist jederzeit möglich.

Ziele und Wertvorstellungen des/der Betroffenen sind immer ein Teil der Gespräche zu einem Entscheid. Diese Wertvorstellungen haben ein höheres Gewicht als jene des Arztes bzw. der Ärztin im Gespräch um den Freitod und müssen respektiert sein. Nochmals, jede und jeder auf beiden Seiten des Gesprächs und einer Entscheidung kann jederzeit ein Mitmachen ablehnen.

Dies gilt auch immer bei der Selbstbestimmung des Todeszeitpunkts! Das Leben gehört jedem Einzelnen und sie/er müssen darüber auf Grund der eigenen Vorstellung entscheiden. Die Freiheit, nach eigenen Plänen zu handeln, besteht auch in dieser Hinsicht. Es gibt nicht eine zwingende übergeordnete Macht. In diesem Sinn sollte die FMH den revidierten Vorschlag der SAMW nochmals überdenken und annehmen. Dies entspricht der Akzeptanz, die Würde einer/eines jeden zu respektieren. Die Aufnahme in die Ständesordnung rückt ab von einer paternalistischen Haltung der Besserwisser und der Gesinnungsprediger.

Dr. med. Frank Achermann, Luzern

Das BAG zu den Ärzteeinkommen

So wie die Äpfel und später auch die Blätter fallen

Jeweils im Herbst hört man vom BAG dasselbe Lallen

Dass die Gesundheitskosten immer weiter steigen

Nur weil die bösen Ärzte 's immer bunter treiben (?)

Auch die Verwaltung der Gesundheit wächst überproportional

Versicherungsprämien und Tablettenpreise ebenfalls, dies ist banal

Was ich Dir leider nicht erklären kann mein Kind

Warum unsre Patienten insgesamt zufrieden sind.

Dr. med. Stefan Zlot, Bern

Kafka lässt grüssen

Brief zu: Hug D. Hausarzt heute: Abrechnungshürden – mehr Frust als Lust. Schweiz Ärztez. 2018;99(41):1404.

Ich bin hier nur als Gast, diesmal für 2 Wochen. Als Vertreter für einen Studienkollegen in seiner Zürcher Unterländer Hausarztpraxis. Und eigentlich sollte ich bestens gewappnet sein gegen allerlei Arten von Absurdität. Denn meine Heimat hat eine ganze Reihe von Meistern des Tragikomischen hervorgebracht – Hašek, Kafka, Havel. Aber beim Lesen des Beitrages von Frau Kollegin Hug fühlte ich mich wie zu Hause. Ich dachte mir, das ist ja fast so wie bei uns in Tschechien ...

Aber im Ernst, ist es wirklich das Ziel, den Hausarzt als Grundlage des schweizerischen Gesundheitssystems abzuschaffen? Möglicherweise ist es nicht das Ziel, aber die verschiedenen Regelungen werden dazu über kurz oder lang führen. Dies scheint der Beitrag von Frau Hug zu suggerieren. Nun denn, falls dies wirklich die Richtung sein sollte, die angesteuert werden soll, dann kann die Schweiz bei uns Anschauungsunterricht nehmen. Am besten wir konkretisieren an einem echten Beispiel aus der Zürcher Unterländer Praxis: Es kommt Herr F. in die Praxis, 48 Jahre alt. Er war schon vor einer Woche beim Kollegen wegen Unwohlsein und Palpitationen, heute ist Nachkontrolle. Sein Zustand hat sich deutlich verschlechtert, neu sind Husten und Fieber dazugekommen. Seine Ehefrau ist mitgekommen und ist sehr besorgt. Ich untersuche klinisch – bronchitische Atemgeräusche und vereinzelt Rasselgeräusche rechts. Die Praxis hat ein Röntgen, die Praxis hat ein Labor. Kein Problem, innerhalb 20 Minuten haben wir die Diagnose bestätigt, Pneumonie des Mittellappens rechts, bakteriell. Der Kollege hat auch das Recht zur Selbstdispensation von Medikamenten. Der Patient geht nach ca. 45 Minuten nach Hause, um sich ins Bett zu legen und die Therapie zu beginnen. Mit gesicherter Diagnose, mit den notwendigen Antibiotika, Expektorantia etc. etc. Wie wird die Zukunft ohne funktionierendes Hausarztssystem aussehen? Ganz einfach, so wie bei uns in Tschechien. Also folgendermassen: Der Patient kommt zum Arzt und setzt sich in den vollen Wartesaal. Nach 1–2 Stunden kommt er an die Reihe, die Ärztin hat Verdacht auf Pneumonie. Eine Blutprobe wird abgenommen und ins zentrale Labor geschickt, die Resultate werden morgen zurück sein. Sie stellt dem Patienten ein Rezept aus und eine Verordnung für das radiologische Institut. Der Patient geht zur Apotheke und holt sich die Medika-

mente. Dann geht er zur Radiologie, setzt sich wieder in einen Wartesaal und, wenn er Glück hat, dann wird er nach 1–2 Stunden sein Röntgenbild haben. Am Abend erst kommt er nach Hause und legt sich ins Bett, um wieder gesund zu werden.

So ist das, wenn die Hausärzte wenig Möglichkeiten und noch weniger Geld haben. Ist das die Zukunft, die die Verantwortlichen in der Schweiz anstreben? Eines ist gewiss, die Demontage eines funktionierenden Systems ist viel einfacher und schneller als dessen Aufbau. Und was die Kosten angeht: Bei uns sind am oben beschriebenen Vorgang 4 Institutionen beteiligt, nämlich die Hausarztpraxis, das externe Labor, das Röntgeninstitut und die Apotheke. Überall wird protokolliert, registriert, abgerechnet und dokumentiert. Das MUSS viel teurer sein. Das Absurdeste an der Geschichte ist, dass es mit grosser Wahrscheinlichkeit eigentlich gar niemand so plant. Solche Entwicklungen geschehen wie beiläufig, da eine Auflage, hier eine Beschränkung, und plötzlich macht der letzte echte Hausarzt seine Praxis zu. Nun, am Ende ist dies aber eine rein politische Entscheidung – was für eine Hausarztversorgung wählt die Schweiz?

Dr. med. Ondřej Masner, Řevnice/Tschechien

Kinder sind in der Medizin nicht einfach «kleine Erwachsene»

Klarstellung zum Beitrag: Hölzer S. Sonderstellung allein stehender Kinderspitäler nicht plausibel. Schweiz Ärztezg. 2018;99(38):1270–1.

Die SwissDRG AG fühlt sich vom AllKidS-Artikel [1] über die systematische Unterfinanzierung der Kinderspitäler in der Schweiz herausgefordert und zu einer Klarstellung veranlasst. Die Allianz der drei eigenständigen Kinderspitäler der Schweiz (AllKidS) hinterfragt weder die Tariforganisation, noch macht sie sie zum Sündenbock für die Finanzlage der Kinderspitäler. Ein besseres Datenpooling und weitere Fortschritte bei der sachgerechten Abbildung der Kindermedizin im DRG-System dürften die Tarifierungsproblematik entschärfen. Doch das reicht nicht. Der steigende finanzielle Druck auf die Kinderspi-

täler ist ja nicht nur DRG-getrieben, sondern auch die Folge von nicht-kostendeckenden Tarifen im ambulanten Bereich und bei den Geburtsgebrechen (IV).

Alle Tarifpartner, so betont die SwissDRG AG im ersten Satz ihrer Klarstellung, sind «für eine langfristig bezahlbare und qualitativ hochstehende Kindermedizin». Doch die Bezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung von Kindern (knapp 20 Prozent der Bevölkerung) ist mit einem Anteil von rund 5 Prozent an den Gesundheitskosten absolut kein Thema. Im Vergleich zur Medizin für Erwachsene ist die Kinder- und Jugendmedizin extrem günstig – stationär wie ambulant. Kinder verbringen weniger Zeit im Spital als Erwachsene, weil sie von Natur aus schneller genesen. Zudem wollen Eltern, dass die Kinder möglichst schnell wieder nach Hause dürfen. Allerdings ist an dieser Stelle auch ein anderer, gegenläufiger Kostenfaktor zu erwähnen. Obwohl Kinder stationär insgesamt günstiger sind als Erwachsene, kosten sie pro Tag mehr.

Erstens ist der Personalaufwand bei Eingriffen viel höher (mehr Personal, längere Einsätze pro Patient). Zudem ist die Bandbreite der Versorgung von Kindern in spezialisierten Kinderkliniken viel breiter. Ihr «Maschinenpark» ist auf Menschen von 300 Gramm bis 120 Kilo bzw. mit einer Grösse zwischen 25 Zentimetern und 2 Metern ausgelegt. Dass aufgrund verhältnismässig tiefer Fallzahlen und längerer Interventionszeiten die Auslastung der Infrastruktur nicht so hoch ist wie in der Erwachsenenmedizin, liegt auf der Hand. Das ist nicht der Fehler von SwissDRG. Aber die Frage muss erlaubt sein, ob die Gleichbehandlung von Erwachsenen- und Kindermedizin sachdienlich ist. Für Versicherer, die auf Rechnungs- und Kostenkontrolle fokussiert sind, mag das praktisch sein. Aber ist es auch sinnvoll?

Im ambulanten Sektor ist die Kinder- und Jugendmedizin pro Fall und Altersgruppe ebenfalls um einiges günstiger als die Erwachsenenmedizin. Aktuelle Zahlen des Bundesamtes für Statistik zeigen, dass die Behandlungskosten unserer Jüngsten weit unter den mittleren Kosten pro Einwohner liegen). Richtig ins Geld geht die Versorgung erst ab Alter 40 bzw. 50. Ein klarer Hinweis, dass es

auch in der Medizin mehr und weniger lukrative Lebensphasen und Disziplinen gibt. Vor dem Hintergrund, dass ein Kind in seinem ersten Lebensjahr in der Regel auf rund ein Dutzend Konsultationen beim Kinderarzt kommt, sind die dadurch entstehenden Kosten sicherlich kein Problem für das Gesamtsystem. Ein grosses Problem ist und bleibt aber für die Kinder- und Jugendmedizin der TARMED-Eingriff 2018 des Bundesrates. Und auch der Ausblick auf die 2019 geplante TARMED-Revision ist düster. Die Kinder- und Jugendmedizin droht dort erneut unter die Räder zu kommen. Dasselbe Risiko besteht auch bei der IVG-Revision. Dies insbesondere für die AllKidS-Spitäler, die nicht nur viele Kinder mit seltenen Krankheiten, sondern auch den Grossteil von Geburtsgebrechen behandeln. Diese IV-Fälle bestreiten die Hälfte ihrer stationären Einnahmen, weshalb kostendeckende Tarife ein Muss wären. Doch diese werden von der IV zum grossen Teil verwehrt. Aufgrund fehlender Rechtsgrundlagen auf Bundesebene lässt sich dagegen kaum etwas unternehmen.

Die systematische Untertarifierung der Kinder- und Jugendmedizin in den verschiedenen Bereichen ist eine Tatsache und hat in den Trägerkantonen der AllKidS-Spitäler sowie im Bundeshaus und im Umfeld ambulanter Leistungserbringer politische Aktivitäten in Gang gesetzt. Neben einer Standesinitiative des Kantons SG wurde von Nationalrat Christoph Eymann (LDP, BS) kürzlich eine Interpellation betreffend Tarife für Kinderspitäler und Kinderkliniken eingereicht. Parallel dazu wurde eine parteipolitisch breit abgestützte parlamentarische Gruppe Kinder- und Jugendmedizin ins Leben gerufen. Das alles zeigt, dass der Wille vorhanden ist, der medizinischen Versorgung der Kinder eine solidere Basis zu verschaffen. Tun wir das nicht, wird die Qualität der Kinder- und Jugendmedizin leiden.

*Markus Malagoli
Dr. oec., Vorsitzender AllKidS;
CEO Kinderspital Zürich*

1 Genewein A. Kinderspitäler leiden an systematischer Untertarifierung. Schweiz Ärztezg. 2018;99(3031):993–5. DOI: <https://doi.org/10.4414/saez.2018.06734>