



# managed care

2 • 2003

## Managed Care und die letzten Lebenstage

«Rationale Entscheide nüchtern fällen»

Pflegende als «Managerinnen» der letzten Lebenstage

Sterben als Thema in der Ärzteausbildung

Tod und Magie im Alters- und Pflegeheim

Hausärztliche Begleitung in den letzten Lebenstagen

Sterbebegleitung zu Hause aus der Sicht der Angehörigen

Die Patientenverfügung von Dialog Ethik

Die Krankheitskosten im Todesfall

Den Stillstand durchbrechen: Integriertes Managed Care  
Thurgau

Psychische Störungen und die Sozialversicherungen

Wertbestimmung und Preisbildung im Gesundheitswesen

Der Fall: Betrugsverdacht – was nun?

[www.fmc.ch](http://www.fmc.ch)

[www.medpoint.ch](http://www.medpoint.ch)

en français:

[www.managedcareinfo.net](http://www.managedcareinfo.net)

# Das Leben ist ein Würfelspiel ...

**Hans-Ueli Schläpfer**

«Das Leben ist ein Würfelspiel, der Tod ist nah und kost nicht viel.» Dieser Ausspruch des legendären Seeräubers Störtebeker, der im Mittelalter Schiffe der reichen Hansestädte überfiel und die Beute unter die Armen verteilte, gilt heute nur noch in seinem ersten Teil. Der Tod ist teuer geworden, seitdem die moderne Medizin immer intensiver gegen ihn kämpft. Dies belegen die Kostendaten<sup>1</sup>. Der kostspielige Kampf, den sich bald nur noch Reiche leisten können, hat in unseren Tagen die Managed-Care-Bewegung hervorgebracht. Sie kämpft sowohl gegen den Tod wie gegen die Kosten und hat damit eine Herkulesarbeit übernommen.

Die Artikel dieser Nummer gehen der Frage nach, wie der Krieg gegen den Tod geführt werden soll, wie weit er gehen soll und wie sich das auf die Kosten auswirken könnte. Es zeigt sich, dass die Frage polarisiert. Ärzte und besonders Spitalärzte stehen für den Kampf gegen das Sterben-Müssen, das nüchtern-distanzierte und technisch hochgerüstete Eingreifen, um das Unvermeidliche noch einmal abzuwenden. Pflegerinnen betonen die emotionale Nähe zum Kranken, das Annehmen der letzten Tage als Sterben-Dürfen in einer Atmosphäre der Geborgenheit. Die Patienten versuchen, sich zwischen diesen Polen zu orientieren und ihren eigenen Sinn zu finden.

Wir leben in einer Zeit der Machbarkeit. Unter grössten Anstrengungen rückt der Wendepunkt vom Eingreifen zum Geschehenlassen immer weiter hinaus. Ihn zu bestimmen und auszuhalten ist für Ärzte und Pflegende eine schwere Belastung, schon lange bevor die letzten Lebensstage begonnen haben. Hin- und hergerissen zwischen Strategien von

Allmacht und Ohnmacht entwickeln die Verantwortlichen Schuldgefühle und magische Vorstellungen oder schlagen sich ganz auf die eine oder andere Seite. Die Unzufriedenheit in den Medizinalberufen ist ein alarmierendes Signal für diese Entwicklung.

Alle Lösungsansätze, die in diesem Heft zur Sprache kommen, suchen in der gleichen Richtung: Wir brauchen eine neue Kultur der Medizin und des Lebens, die unsere Sterblichkeit integriert. Das Medium der neuen Kultur ist der Dialog. Er lebt nicht von reglementierten Schul- und Prüfungsfächern, aber auch nicht von Vorbildern und Nachahmern. Er muss geübt werden und entfaltet sich im Respekt vor dem Gegenüber, im aufmerksamen Zuhören und gegenseitigen Lernen. Dialog entlastet von Angst und Unsicherheit und macht die Verantwortung in einer neuen Art von Gemeinschaft tragbar. Für die Einübung dieses Dialogs fällt der Medizin eine zentrale Rolle zu. Die Managed-Care-Bewegung hat innerhalb der Medizin die Vernetzung zu ihrem Leitthema gemacht. Sie kann zum Katalysator einer solchen Kultur des Dialogs werden<sup>2</sup>, wenn sie ihre Fixierung auf die Kosten und die Negation des Sterbens überdenkt.



Hans-Ueli Schläpfer

**Dr. med. Hans-Ueli Schläpfer**

Facharzt für Innere Medizin  
Hausarztnetz Appenzell West  
E-Mail: schlaepfer11@bluewin.ch

<sup>1</sup> siehe Kostenanalyse von Konstantin Beck und Urs Käser-Meier in diesem Heft.  
<sup>2</sup> siehe Aufruf an aktiv Interessierte auf Seite 22

SCHWERPUNKTTHEMA:  
MANAGED CARE UND DIE LETZTEN LEBENSTAGE

- 4** ..... **«Rationale Entscheide nüchtern fällen»**  
Interview mit Peter Carl Baumann  
In der internistischen Intensivmedizin müssen oft innert kürzester Zeit prognostische Aussagen gemacht werden, um über weitere Aktivitäten zu entscheiden.
- 9** ..... **Pflegende als «Managerinnen» der letzten Lebensstage**  
Ruth Buser  
Durch den Übergang eines Heimbewohners von der Lebens- in die Sterbephase stellen sich für das Pflegepersonal neue Aufgaben.
- 11** ..... **Sterben als Thema in der Ärzteausbildung**  
Mechtild Willi und Urs M. Lütolf  
Ist Sterben in der Medizinausbildung ein Thema? Ein Medizinprofessor antwortet auf Thesen und Fragen einer Pflegedienstleiterin.
- 14** ..... **Tod und Magie im Alters- und Pflegeheim**  
Corina Salis Gross  
Wer in Alters- und Pflegeheimen arbeitet, bewegt sich in einem von der Präsenz des Todes geprägten Raum. Wie gehen Pflegende damit um? Eine ethnologische Studie gibt Einblick.
- 16** ..... **Hausärztliche Begleitung in den letzten Lebenstagen**  
Reinhard Baumann, Heike Grossmann, Luzius von Rechenberg  
Damit sterbende Patienten zu Hause betreut werden können, braucht es eine intensive Zusammenarbeit der professionellen Helfer.
- 19** ..... **Sterbebegleitung zu Hause aus der Sicht der Angehörigen**  
Suzanne Buchs  
Die Autorin hat ihren Ehemann bis zu seinem Tod zu Hause gepflegt. Ein Erfahrungsbericht.
- 20** ..... **Das HumanDokument – Die Patientenverfügung von Dialog Ethik**  
Katharina Bärtschi  
Dialog Ethik bietet mit seinem HumanDokument die Möglichkeit, Vorstellungen für die letzten Lebensstage schriftlich festzuhalten und sie zentral elektronisch registrieren zu lassen.
- 24** ..... **Die Krankheitskosten im Todesfall – Eine deskriptiv statistische Analyse**  
Konstantin Beck, Urs Käser-Meier  
Wie viele Krankheitskosten verursachen Menschen in den letzten 24 Monaten des Lebens? Die Autoren prüfen verschiedene Hypothesen.

INTEGRIERTE VERSORGUNG

- 33** ..... **Den Stillstand durchbrechen: Integriertes Managed Care Thurgau – Ein Beitrag zur Weiterentwicklung der heutigen Hausarztssysteme**  
Alfred Muggli, Jürg Baumberger

BUCHBESPRECHUNG

- 36** ..... **Psychische Störungen und die Sozialversicherungen (Rezension)**  
Ulrike Hoffmann-Richter

GESUNDHEITSFÖRDERUNG

- 38** ..... **Lebensqualität und Gesundheit**  
Rita Schnetzler  
Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird meist definiert als die Abwesenheit von Gesundheit. In diesem Beitrag wird ein positives Konzept vorgestellt.

## VERANSTALTUNGSBERICHT

- 40** ..... **Wertbestimmung und Preisbildung im Gesundheitswesen**  
 Rita Schnetzler  
 Bericht über das 5. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie vom 27. November 2002.

## RUBRIKEN

- 27** ..... **Seite von med-swiss.net**  
 Ärztenetze und Rating – evidence-based oder concurrence-based ...
- 28** ..... **Der Fall (Fallbeschreibung)**  
 Betrugsverdacht – was nun? (Christian Marti)
- 29** ..... **Der Fall (Stellungnahmen)**  
 Chancen bei einer Strafanzeige (Martin Lutz)  
 Was kann und soll ein Arzt in einer solchen Situation unternehmen? (Urs Strebel)  
 Betrugsverdacht und KVG-Revision: Echte Zusammenarbeit oder «Rette sich, wer kann»? (Hanspeter Kuhn)  
 Die Ärzteschaft muss die «täglichen Kleindelikte» bekämpfen (Jean Martin)
- 43** ..... **Kolumne**  
 Zahlt der IV eine Hilflosenentschädigung! (von Hans Schmidt, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»)
- 45** ..... **Resonanz**  
 Rechtsfreies Internet • Rente vor Integration • Vertrauensbildung statt Kontrollansprüche • Fehlender Respekt gegenüber Alten • Neuausrichtung der Versorgungsnetze • Lügende Ärzte
- 46** ..... **Veranstaltungskalender**  
 Veranstaltungen/Weiter- und Fortbildung
- 48** ..... **In Kürze**  
 Persönliches Budget • Rechte Sterbender • Das Sterben diagnostizieren • Medizinische Entscheidungen am Lebensende • Versicherte bewirtschaften Daten ••• Vorschau: Interkulturalität im Gesundheitswesen

managed  
care

Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie  
 Offizielles Organ des Forums Managed Care

**Verlag:**  
 Rosenfluh Publikationen  
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen

**Redaktioneller Beirat:**  
 Georges Ackermann, Richard Altorfer, Otto Brändli, Leo Buchs, Martin Denz, Herbert Gautschi, Kurt E. Hersberger, Kurt Hess, Claudio Heusser, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Regula Ricka, Stefan Schindler, Hans Schmidt, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann, Mechthild Willi Studer, Rolf Zwygart

**Redaktionsausschuss:**  
 Georges Ackermann, Leo Buchs, Christian A. Ludwig, Christian Marti, Heidi Schriber, Ruedi Wartmann

**Betreuung des Schwerpunktthemas:**  
 Hans-Ueli Schläpfer

**Redaktion:**  
 Brigitte Casanova (bc) und Rita Schnetzler (rs)  
 Stampfenbrunnenstrasse 40, 8048 Zürich  
 Telefon und Fax 01-431 73 56  
 E-Mails: b.casanova@rosenfluh.ch  
 r.schnetzler@rosenfluh.ch

**Redaktionssekretariat:**  
 Claudia Mascherin, Sabine Heger  
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen  
 Telefon 052-675 50 60, Fax 052-675 50 61  
 E-Mail: info@rosenfluh.ch

**Anzeigenregie:**  
 Rosenfluh Media  
 Sekretariat: Manuela Bleiker  
 Schaffhauserstrasse 13, 8212 Neuhausen  
 Telefon 052-675 50 50, Fax 052-675 50 51  
 E-Mail: romed@rosenfluh.ch

**Anzeigenverkauf:**  
 Ernst Schäublin  
 Bahnhofstrasse 56, 4125 Riehen  
 Telefon 061-641 60 40, Fax 061-641 46 01

**DTP und Layout:**  
 Rosenfluh Publikationen, Regina Hauser

**Druck:**  
 stamm+co. Grafisches Unternehmen  
 8226 Schleithelm

**Abonnemente, Adressänderungen:**  
 EDP Services AG  
 Ebenastrasse 10, Postfach, 6048 Horw  
 Telefon 041-349 17 60, Fax 041-349 17 18  
 E-Mail: saem.ropu@edp.ch

**Abonnementspreise:**  
 Erscheint achtmal jährlich  
 Jahres-Abonnement: Fr. 90.–  
 (Westeuropa: Fr. 135.–)  
 Einzelheft: Fr. 15.– (zzgl. Porto, plus MwSt.)

Einzelheft-Bestellungen bitte an das  
 Redaktionssekretariat

Mitglieder des Forums Managed Care  
 erhalten die Zeitschrift gratis. Der Jahres-  
 beitrag für die Vereinsmitgliedschaft  
 beträgt Fr. 140.–. Kontaktadresse: Forum  
 Managed Care, Postfach, 8402 Winterthur

Diese Zeitschrift wird im  
 EMBASE/Excerpta Medica indiziert.  
 7. Jahrgang; ISSN 1422-6618

© Copyright by Rosenfluh  
 Publikationen Neuhausen

Managed Care und MCCM sind eingetragene  
 Marken  
 Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlags.  
 Für unaufgefordert eingehende Manuskripte  
 übernimmt der Verlag keine Verantwortung.

medpoint.ch

Managed Care ist online  
 einsehbar (pdf-Format)  
 unter www.medpoint.ch

# «Rationale Entscheidungen nüchtern fällen»

Interview mit PD Dr. med. Peter Carl Baumann,  
ehemaliger Leitender Arzt der Medizinischen Intensivstation des Universitätsspitals Zürich

**Patienten, die in die Intensivstation eingeliefert werden, befinden sich meist in einem lebensbedrohlichen Zustand. Viele dieser Patienten überleben, wenn rasch die richtigen Massnahmen ergriffen werden. Andere sind nicht überlebensfähig und sollten vor sinnlosen Massnahmen verschont werden. Dies stellt den Intensivmediziner vor schwierige Entscheidungen.**

**M**anaged Care: Welches sind die Aufgaben der Intensivmedizin?

**Peter Carl Baumann:** Die Aufgabe der Intensivmedizin ist es, Patienten, die sich vorübergehend in einem instabilen und meist lebensbedrohlichen Zustand befinden, so zu pflegen und zu behandeln, dass sie sich stabilisieren und wieder ohne Gefahr auf der Normalabteilung weiterbehandelt werden können.

Viele Patienten, die auf der Intensivstation behandelt werden, würden ohne diese Behandlung sterben. Aber die Intensivstation ist keine Sterbestation: Patienten, bei denen der Sterbeprozess bereits begonnen hat, sollten nicht auf die Intensivstation verlegt werden. Auf die Intensivstation kommen Patienten, deren Prognose möglicherweise gut ist, das

heisst, bei denen eine mindestens teilweise Wiederherstellung ihres vorherigen Gesundheitszustands möglich ist.

**MC:** Sie sagen «möglicherweise gut». Das beinhaltet auch, dass die Prognose schlecht sein kann.

**Baumann:** In der Medizin gibt es kaum je eine hundertprozentig sichere Prognose; in der Intensivmedizin ist diese Unsicherheit noch grösser, weil die Patienten oft akut erkrankt sind, sodass man sehr wenig Zeit hat, sich ein Bild zu machen. Am Anfang besteht meist ein Informationsmangel. Wenn man einen besseren Informationsstand abwarten würde, wäre es oft zu spät, um noch etwas zu unternehmen. Es ist eine Gratwanderung, die auch beinhaltet, dass man manchmal etwas unternimmt und später feststellen muss, dass man den Patienten nicht retten kann.

**MC:** Ist es Aufgabe des Intensivmediziners, dies zu beurteilen?

**Baumann:** Ja. Wobei es in einem Universitätsspital verschiedenste Spezialisten gibt, die man beiziehen kann.

**MC:** Wie haben Sie diese Aufgabe empfunden?

**Baumann:** Wenn die Situation medizinisch klar ist, ist sie unter Umständen tragisch, und man hat Mitleid mit den betroffenen Familien, aber aus medizinischer Sicht fällt einem der Entscheid nicht schwer. Die klassische Situation ist aber jene, wo noch eine gewisse Unsicherheit besteht und wo die Möglichkeit besteht, dass man bei der Entscheidung fachliche Fehler macht. Diese Sorge,

eine Fehlentscheidung zu treffen, die für den Patienten Konsequenzen haben könnte, hat mich jeweils schon stark belastet, bis die Situation geklärt war.

**MC:** Hätten Sie mit der Entscheidung nicht zuwarten können, bis das Fehlerrisiko ausgeräumt war?

**Baumann:** Wenn man immer so lange weiterbehandelt, bis die Prognose hundertprozentig sicher erscheint, kann man mit sinnlosen Ak-

«Die Sorge, eine Fehlentscheidung zu treffen, hat mich jeweils schon stark belastet.»

tivitäten viel Leid schaffen, ohne dem Patienten zu helfen.

Ich denke etwa an Patienten mit multiplem Organversagen, die beispielsweise maschinell beatmet werden müssen und eine intensive Kreislaufunterstützung sowie ein Nierenersatzverfahren benötigen. Viele solche Patienten überleben mit guter Lebensqualität. Aber es gibt auch Patienten, bei denen man in einer solchen Situation aufgeben muss, weil man sie als hoffnungslos beurteilt. Für solche Entscheide ist viel Erfahrung nötig, aber es ist auch ein gewisses Ermessen beteiligt. Wenn zusätzlich eine schwere Infektion auftritt, soll man dann noch mit einer intensiven Antibiotikabehandlung beginnen? Oder ist die Situation so hoffnungslos, dass man darauf verzichten sollte – im Interesse des Patienten und der Angehörigen, aber auch des Pflegepersonals? Hier ist eine gute Kom-



munikation unter allen Beteiligten wichtig.

Man kann also den richtigen Moment für einen solchen Entscheid verpassen: Zum Beispiel, wenn ein Patient auf die Intensivstation eingewiesen wird, den man, rückblickend betrachtet, am besten gleich hätte sterben lassen. Weil anfangs noch nicht alle nötigen Informationen vorlagen, hat man aber doch einmal mit der Behandlung begonnen, und das hat dazu geführt, dass der Patient zwar nicht gestorben ist, aber auf einem so tiefen Niveau stabilisiert war, dass man später entscheiden musste: Wann brechen wir jetzt ab?

**MC:** *Ist grundsätzlich bei diesem Entscheid das Alter des Patienten ein Kriterium?*

**Baumann:** Das numerische Alter nicht, aber das biologische Alter: vorbestehende Krankheiten, sein Zustand vor der aktuellen Akutsituation.

**MC:** *War die Patientenverfügung für Sie ein Thema?*

**Baumann:** Extrem selten, höchstens zehnmal in all den Jahren. Die Idee der Patientenverfügungen finde ich wichtig: Wir mussten lernen, dass es nicht genügt, wenn der Arzt das Beste möchte für den Patienten und in diesem Sinne handelt, sondern dass es darum geht, herauszufinden, was der Patient selbst möchte. Wenn er

«Die Intensivmedizin ist teuer, und wenn sie bei den falschen Patienten angewandt wird, generiert das Kosten, die ins Unermessliche gehen können.»

sich dazu nicht äussern kann, ist es wertvoll, wenn man von ihm eine frühere Aussage hat. Das Problem ist aber, dass die Patientenverfügung oft zu einem Zeitpunkt verfasst wurde, als sich der Patient die aktuelle Situation gar nicht vorstellen konnte. Ich denke zum Beispiel an

einen Rechtsanwalt, der sich bei einem Unfall eine Rippenserienfraktur zugezogen hatte und in schwerster Atemnot auf die Notfallstation kam. Er hatte in seiner Patientenverfügung geschrieben, dass er nicht an

«Es ist eine schwere Belastung für alle, längere Zeit am Krankenbett eines Patienten zu sein, dessen Situation hoffnungslos ist.»

Apparate angehängt werden wolle, um sein Leben zu erhalten. Man konnte ihn zum Glück noch fragen, ob er das so gemeint habe, dass man ihn nicht vorübergehend beatmen dürfe. Er konnte noch japsen: Nein. Er wurde beatmet und hat sich vollständig erholt.

Letztlich geht es immer um die Frage der Lebensqualität. Erstens ist es für den Arzt schwierig, zu beurteilen, was für den Patienten Lebensqualität bedeutet. Und zweitens kann sich dieser Begriff beim Patienten im Lauf des Lebens verändern.

Ich finde es deshalb wichtig, dass der Patient mit dem Hausarzt über Themen spricht, die das Ende des Lebens betreffen. Für uns war es häufig wertvoll, vom Hausarzt zu hören, wie die Einstellung des Patienten war – wenn der Hausarzt zum Beispiel sagte: «Macht nicht alles Verückte mit diesem Patienten. Ich habe ihn seit 20 Jahren betreut, und ich weiss, dass er das nicht möchte.» Eine solche Aussage eines Hausarztes hat natürlich viel Gewicht.

**MC:** *Waren die Kosten für Sie als Intensivmediziner ein Thema?*

**Baumann:** Selbstverständlich. Denn die Intensivmedizin ist teuer, und wenn sie bei den falschen Patienten angewandt wird, generiert das Kosten, die ins Unermessliche gehen können. Dieses Geld ist, rückblickend betrachtet, nicht am richtigen Ort eingesetzt.

Ich möchte aber betonen, dass es solche Situationen geben kann, trotz optimaler Fachkompetenz des Ent-



Peter Carl Baumann ist Facharzt für Innere Medizin und für Intensivmedizin. Staatsexamen 1960. Danach Assistenzarzt in Bülach und während zweier Jahren in Boston (USA). Ab 1965 Vervollständigung der Weiterbildung zum Internisten und Kardiologen am Universitätsspital Zürich (USZ). Dazu gehörte die Tätigkeit in der neu gegründeten internistischen Intensivstation am USZ, für die er ab 1971 als Oberarzt zuständig war. (Während es bis 1960 weltweit nur Vorläufer gegeben hatte, entstanden in den Sechzigerjahren sehr viele Intensivstationen. Anfangs der Siebzigerjahre erlebte die Intensivmedizin eine eigentliche Revolution, indem sie viele neue therapeutische Möglichkeiten eröffnete und zu einer markanten Senkung der Mortalitätsrate beitrug). Von 1974 bis im August 2000 war Baumann Leitender Arzt der internistischen Intensivstation des Universitätsspitals Zürich. Nach seiner Pensionierung hat er sich bewusst aus der Medizin zurückgezogen. Er ist heute Hausmann (seine Frau ist noch berufstätig) und begeisterter Hobbysportler (Sportarten: Joggen, Mountainbike, Skilanglauf, Ski- und Bergtouren, Krafttraining).

scheidungsträgers und trotz optimalem Willen, das Beste für den Patienten zu tun – ganz einfach deshalb, weil die Beurteilung am Anfang so schwierig ist. Aber es darf diese Situationen nicht zu häufig geben, sonst muss man sagen: «Da läuft bei der Indikationsstellung für die Intensivbehandlung etwas schief.» Auf grossen internistischen Intensivstationen liegt die Gesamtmortalität heute durchschnittlich bei knapp

über 10 Prozent. Wenn diese Zahl wesentlich höher ist, ist das ein Indiz dafür, dass zu viele falsche Patienten in der Intensivstation behandelt wurden – Patienten, die davon nicht profitiert haben.

**MC:** *Wie war es für Sie, dass 10 Prozent der Patienten, die bei Ihnen behandelt wurden, starben?*

**Baumann:** Das ist primär einfach einmal eine berufliche Tatsache. Wenn man zu sehr darunter leidet, läuft man Gefahr, emotionale Entschiede zu fällen, die nicht der Sache dienen. Zudem habe ich Zeiten erlebt, wo 25 Prozent der Intensivpatienten starben. Für mich sind 10 Prozent also bereits ein Erfolg.

**MC:** *Dieser Hintergrund fehlt Ihren jüngeren Kollegen, die heute in die Intensivmedizin einsteigen. Welche Auswirkungen wird das haben?*

**Baumann:** Jene, die neu einsteigen, müssen solche Entscheidungen ja

«Je älter man wird, desto mehr setzt man ein Fragezeichen hinter die Überaktivität.»

nicht allein fällen, sondern sie haben immer einen erfahrenen Arzt hinter sich. Aber es ist eine Tatsache, dass jüngere Ärzte eher die Tendenz haben, auch dort aktiv zu sein, wo Aktivität fragwürdig ist. Je älter man wird, so meine Erfahrung, desto mehr setzt man ein Fragezeichen hinter die Überaktivität, weil man erlebt hat, dass es enorm viel Leid schafft für viele Beteiligte, wenn man überaktiv ist und das Resultat am Schluss nicht gut ist. – Es ist eine schwere Belastung für alle, längere Zeit am Krankenbett eines Patienten zu sein, dessen Situation hoffnungslos ist.

Es ist aber auch möglich, dass ältere Ärzte gelegentlich zu früh aufgeben würden. Dann dient der jugendliche Enthusiasmus eines jüngeren Kollegen als Korrekturfaktor. Man ist ja ein Team und kommuniziert miteinander.

**MC:** *Man wirft der Intensivmedizin ja manchmal einen gewissen «Machbarkeitswahn» vor.*

**Baumann:** Den hatte ich ebenfalls, als die Intensivmedizin anfangs der Siebzigerjahre ihre grossen Erfolge gefeiert hat. Mit der Zeit habe ich realisiert, dass nicht alles machbar ist, auch mit den erweiterten Möglichkeiten nicht. Und dass es wichtig ist, nüchtern einfach festzustellen: Wo kann ich meine Mittel sinnvoll einsetzen, und wo ist es sinnvoller, sie nicht einzusetzen?

**MC:** *Sie gebrauchen den Begriff «nüchtern». Den Ärzten wird gelegentlich vorgeworfen, dass sie emotional weniger kompetent seien als Pflegende. Die Fähigkeit des Arztes, nüchtern zu urteilen, wird also oft negativ beurteilt.*

**Baumann:** Es ist eben beides wichtig. Ich sprach vorher von Korrekturfaktoren zwischen jüngeren und älteren Kollegen. Genauso spielen Korrekturfaktoren – sofern die Kommunikation gut klappt – zwischen Pflegepersonal und Ärzten. Generell ist das Pflegepersonal emotional viel stärker beteiligt, weil Pflegende in der Intensivstation täglich während achteinhalb Stunden praktisch ununterbrochen am Krankenbett ar-

«Für eine optimale Entscheidung ist beides wichtig: die Nähe und das unmittelbare Mitleiden des Pflegepersonals, aber auch die nüchternere Distanz der Ärzte.»

beiten. Der Arzt macht zwar meistens pro Tag seine Visite, ist dann aber wieder mit anderem beschäftigt und hat deshalb mehr Distanz.

Für eine optimale Entscheidung ist beides wichtig: die Nähe und das unmittelbare Mitleiden des Pflegepersonals, aber auch die nüchternere Distanz der Ärzte. Denn wenn man es nur emotional betrachtet, ist die Gefahr von Fehlentscheidungen gross.

**MC:** *Wie würden diese Fehlentscheidungen ausfallen?*

**Baumann:** Im Allgemeinen würde das Pflegepersonal tendenziell eher früher aufgeben und die Ärzteschaft eher später. Die Wahrheit liegt wahrscheinlich irgendwo in der Mitte.

**MC:** *Wenn der Arzt zu Überaktivität neigt, hat das also auch damit zu tun, dass er weniger stark mitleidet, weniger Mitleid hat mit dem Patienten?*

**Baumann:** In einem gewissen Sinn kann man das so sagen, aber meiner Ansicht nach hängt das nicht oder nur zu einem kleinen Teil mit der Persönlichkeit des Arztes zusammen, sondern einfach damit, dass er von seiner Tätigkeit her mehr Dis-

«Emotionen sind sehr wichtig und wertvoll, aber zu viele Emotionen können eine nüchterne Entscheidung verfälschen.»

tanz hat. In der Medizin gibt es sehr viele rationale Entschiede zu fällen, die am besten ohne Emotionen gefällt werden. Emotionen sind sehr wichtig und wertvoll, aber zu viele Emotionen können eine nüchterne Entscheidung so verfälschen, dass am Schluss für den Patienten Negatives herauschaut. Ich habe viele Patienten erlebt, deren Situation auf den ersten Blick hoffnungslos schien und die nachher gut überlebt haben, wenn man den nötigen Durchhaltenwillen hatte. ■

Interview:  
Rita Schnetzler

# Pflegende als «Managerinnen» der letzten Lebensstage

**Das Kranken- und Pflegeheim ist in erster Linie ein Ort zum Leben. Aber viele Menschen sterben früher oder später im Heim. Durch den Übergang eines Heimbewohners von der Lebens- in die Sterbephase stellen sich für das Pflegepersonal neue Aufgaben.**

**Ruth Buser**

Wer seinen Wohnsitz ins Krankenhaus verlegt, tut dies selten freiwillig und freudig. In unserem Heim leben nicht nur betagte Menschen, sondern auch viele jüngere Personen mit einer unheilbaren, chronisch verlaufenden Krankheit. Oft werden uns Patienten aus dem Spital zugewiesen. Fast immer handelt es sich dabei um «Pflegenotfälle»: Die betroffenen Menschen mussten von zu Hause ins Spital eingewiesen werden, weil sie sich bei einem Sturz einen Schenkelhalsbruch zugezogen haben oder weil die Pflege zu Hause nicht mehr gewährleistet werden konnte. Nach dem Spitalaufenthalt ist eine Rückkehr ins vertraute Milieu nicht mehr möglich, sei es mangels genügender Betreuung oder wegen schlichter Überforderung der Angehörigen, des Ehemannes oder der Ehefrau.

Die Frage, wie es weitergehen soll und was geschehen soll, wenn eine Person den Haushalt nicht mehr

selbstständig führen kann, wird zwar im familiären Umfeld häufig gestellt. Die direkt Betroffenen weisen aber oft jegliche Diskussion darüber zurück. Die Angehörigen sind müde und erschöpft und oft voller Schuldgefühle. Die Auseinandersetzung mit dem Verlust der Unabhängigkeit und mit Krankheit und Tod hat kaum stattgefunden.

## Leben im Krankenhaus

Die Sicht der Dinge bei Menschen über 80 und mehr ist zum Teil erstaunlich: Sie denken nicht eigentlich ans Sterben, sie leben gerne, obwohl es mit einiger Mühsal verbunden sein kann, das tägliche Leben zu bewältigen. Das Alters- und Pflegeheim ist wahrscheinlich ihre «letzte Station» und somit der Ort, an dem der Bewohner oder die Bewohnerin nach längerer oder kürzerer Zeit den «letzten Gang» antreten muss.

Übersiedelt jemand ins Heim, wurde vorher meistens alles unternommen, um den Gesundheitszustand auf den bestmöglichen Stand zu bringen. Das Rehabilitationspotenzial ist jedoch ausgeschöpft. Jetzt ist die Betreuung auf die Erhaltung und Nutzung der Ressourcen des einzelnen Menschen ausgerichtet: Was kann sie oder er noch selbstständig tun, wo braucht es Unterstützung, welche Aktivitäten müssen vollständig vom Pflegepersonal übernommen werden?

Die Menschen im Krankenhaus leben zum Teil mehrere Jahre auf einer Station, teilen ein Zimmer mit einem oder mehreren Mitbewohner(n). Nach einer gewissen Zeit haben sie sich eingelebt und fühlen sich hier zu Hause. Zwischen den einzelnen Be-



Ruth Buser

wohnern und dem Betreuungsteam entstehen Bindungen, ja Freundschaften. Die Suche nach der Balance zwischen gesunder Nähe und Distanz ist deshalb ein ständiges Thema im Umgang mit den Heimbewohnern.

Verschiedene Aktivitäten bringen Abwechslung in den Alltag. Wenn ich durch unser Heim gehe, sehe ich mehrheitlich zufriedene Gesichter. Viele Bewohner sind mit ihren Fahrzeugen, sei es Rollstuhl oder Rollator, unterwegs. Ans Sterben denkt, oberflächlich gesehen, niemand! Und wir staunen immer wieder, zu welchen Leistungen unsere Bewohner fähig sind!

## Letzte Lebensstage

Aber es gibt schleichende Veränderungen. Erst kaum sichtbare, eher nur als Gefühl vom Pflegepersonal wahrgenommen. Dann werden die Veränderungen konkret: Jemand verweigert die Nahrung, will nicht mehr trinken, ist sehr müde und mag kaum mehr aufstehen. Oder jemand stürzt und zieht sich eine Verletzung



zu, verschluckt sich beim Essen-Ein-geben, und es kommt zu einer Lungenentzündung. Oder ein akutes Ereignis, wie ein Schlaganfall, tritt ein; oder der allgemeine Gesundheitszustand verschlechtert sich ohne eigentlichen Grund. Solche schleichenden Veränderungen oder akuten Ereignisse führen, unabhängig vom Alter der betroffenen Person, häufig zum Eintritt der letzten Lebensstage.

### Die Aufgaben der Pflege

Für das Pflegepersonal beginnt nun eine neue Zeit: Der Zustand des Bewohners muss aus medizinischer und pflegerischer Sicht neu beurteilt und die Pflege an das Geschehen angepasst werden. Beinahe immer sind die letzten Lebensstage mit mehr Pflegeverrichtungen verbunden. Die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität für den Heimbewohner steht dabei im Vordergrund.

Die häufigsten Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Pflegepersonal ergeben sich in der Beurteilung und Handhabung der Flüssigkeitszufuhr. Soll Flüssigkeit mittels Magensonde oder Infusion verabreicht werden, wenn jemand das Trinken verweigert oder nicht mehr dazu in der Lage ist? Kann man, darf man darauf verzichten?

Langjährige Erfahrung in der Pflege zeigt, dass das Durstgefühl in den letzten Lebensstagen abnimmt und dass mit einer sorgfältigen Mundpflege das Austrocknen der Mundschleimhaut verhindert werden kann. Oft verweigern die Patienten jedoch auch die Mundpflege. Die Versorgung mit fester Nahrung ist ebenfalls nicht mehr gewährleistet. Sei es, weil die Betroffene die Kraft zum Schlucken nicht mehr hat oder weil sie das Essen verweigert. Der Allgemeinzustand der Sterbenden verschlechtert sich laufend; das führt zu pflegerischen Problemen. Die Gefahr von Druckgeschwüren nimmt akut zu. Dies macht vermehrte pflegerische Tätigkeiten notwendig, die für den Patienten belastend und schmerzhaft sein können. Eine wirkungsvolle Schmerzbehandlung ist jetzt gefordert.

### Das Management der letzten Lebensstage

Das «Management» der letzten Lebensstage besteht oft darin, ein Gleichgewicht zwischen den belastenden pflegerischen Tätigkeiten und dem Wohlbefinden des Sterbenden zu finden. Selbstverständliche Pflegeverrichtungen, wie die Körperpflege oder das Wechseln von Krankenunterlagen und Leintüchern, belasten den Patienten und können sehr schmerzhaft sein; Bewegungen können zu Angst und Atemnot führen. Mit geeigneten Hilfsmitteln, die durchaus vorhanden sind, können diese Belastungen auf das notwendige Minimum reduziert werden.

Oft können sich unsere Bewohner nicht mehr verbal mitteilen. So besteht eine weitere Aufgabe des Pflegepersonals darin herauszufinden, was die Patienten uns mitteilen möchten. Viele unserer Bewohner haben Angehörige: eine Ehefrau, die sich liebevoll um ihren Mann kümmert; Kinder, die ihre Mutter in der Sterbephase begleiten. Für die Pflegenden sind diese Angehörigen eine hilfreiche Unterstützung. Es gibt jedoch auch Situationen, wo der Sterbende für die Familie, den Ehemann, die Ehefrau, nur eine Last und der Tod die beste Lösung ist. Andererseits kann es zu einer grossen Belastung für den Patienten, die Angehörigen und die Pflegenden werden, wenn ein enges Familienmitglied den Sterbenden nicht gehen lassen kann. Häufig erleben wir, dass Angehörige dem Sterben ihres Vaters/ihrer Mutter völlig hilflos gegenüber stehen. Die Familie hat nie darüber gesprochen, ob der Sterbende irgendwelche Wünsche oder Vorstellungen hat, zum Beispiel bezüglich seiner Beerdigung. – Sterben und Tod werden in unserer Gesellschaft bekanntlich nur selten thematisiert.

### Wünsche und Forderungen

Sterben verläuft selten nach exakten Kriterien. Jeder Sterbevorgang hat seine eigene Dynamik. Im Krankenhaus stellt sich das Sterben anders dar als im Akutspital. Im Heim dürfen Menschen sterben, im Spital nicht in jedem Fall.

Hausinterne Guidelines können eine sinnvolle Hilfe für die Pflege sein.

Allerdings ist «Zeit haben für die Sterbebegleitung» eine der Hauptforderungen unseres Pflegepersonals. Zeit und Musse, um neben dem Sterbenden zu sitzen, seine Hand zu halten, das Gesicht abzuwischen. Um hin und wieder eine Viertelstunde für Angehörige da zu sein, ihnen bei der Bewältigung von Angst und Trauer behilflich zu sein. Freigestellt werden, um nur für einen Menschen zuständig zu sein und sich nicht um andere Dinge kümmern zu müssen. Für die Nachtwache stellt sich diese Forderung vordringlich, da sie mit einem Minimum an Personal funktionieren muss.

Weitere Forderungen lauten: Einen freundlichen Raum zur Verfügung haben, wenn die Mitbewohner das Sterben ihres Gefährten nicht aushalten können. Eine freundliche Umgebung im Zimmer schaffen können, vielleicht mit einer Duftlampe oder einem weichen Licht (Kerzen sind aus Sicherheitsgründen nicht erlaubt). Zeit haben, um die eigene Traurigkeit zu leben; institutionalisierte Rituale können dabei hilfreich sein.

### Abschied nehmen

Jeder Tod ist mit Abschied nehmen verbunden. Wenn der Tod eingetreten ist, müssen nur noch einige Formalitäten erledigt werden, und der ehemalige Bewohner wird weggeführt. Zurück bleiben ein Bett, ein Schrank, einige Habseligkeiten des Verstorbenen und – die Erinnerung. Die Angehörigen räumen auf, und für das Pflegepersonal ist ein Kapitel zu Ende. ■

Autorin:

**Ruth Buser**

Stv. Leiterin Pflegedienst  
Krankenheim Bern-Wittigkofen  
Jupiterstrasse 65/Postfach 110  
3000 Bern 15  
E-Mail:  
r.buser@krankenheim-  
wittigkofen.ch

# Sterben als Thema in der Ärzteausbildung

Fünf Thesen und Fragen von Mechtild Willi (MW), Leiterin Pflegedienst in einem Akutspital, mit Antworten von Urs M. Lütolf (UML), Professor und Klinikdirektor, Departement Medizinische Radiologie, Klinik für Radioonkologie, Universitätsspital Zürich

**V**orbemerkung Mechtild Willi: Ich gehe davon aus, dass das Thema Sterben in der Ärzteausbildung stark vernachlässigt wird. Durch den Inhalt der Vorlesungen und die Haltung der Dozierenden lernen die Ärztinnen und Ärzte, Lebenserhaltung um jeden Preis als höchstes Ziel zu verinnerlichen. Daran ändern auch die wenigen Spezialvorlesungen zu ethischen Fragen wenig, die heute an einzelnen medizinischen Fakultäten stattfinden (wobei die schwierigen Fragen meist an Ethikspezialisten delegiert werden).

Durch die Vernachlässigung des Sterbens in der Medizinausbildung entstehen in der Berufswelt verschiedene Probleme mit Auswirkungen aufs ganze Gesundheitswesen. Die folgenden fünf Thesen sollen dies veranschaulichen.

Vorbemerkung Urs M. Lütolf: Ich habe mich bemüht zu verstehen, welche Stimmung und Erfahrung hinter den einzelnen Thesen und den Fragen steht. Mit meinen Antworten möchte ich versuchen, eine Diskussion zu ermöglichen, die weiterführen soll.

**1. These: Karl Jaspers sagte einmal: «Einen Menschen begreifen erfordert die Anschauung seines Lebens von der Geburt bis zum Tod.» Den Menschen begreifen wollen, den man pflegt, behandelt und therapiert, gehört zum Berufsethos aller Gesundheitsberufe, auch zu jenem der Ärzte. Durch die Vernachlässigung des Themas Tod in der Medizinausbildung wird der Arzt nicht genügend darauf vorbereitet, diesem Ethos gerecht zu werden. Will die Medizinische Fakultät die künftigen Ärztinnen und Ärzte über-**

**haupt noch darauf vorbereiten, Menschen zu begreifen? (MW)**

**Antwort:** Die Frage wird aufgeworfen, ob das Thema Tod im Medizinstudium Platz finde. Dies sei die/eine Voraussetzung für das Begreifen des Menschen. (Im Zitat von Jaspers ist allerdings die Betrachtung der Spanne des Lebens angesprochen, nicht explizit das Sterben.)

Im Zentrum des Medizinstudiums, der Ausbildung in Pflege und anderer Medizinalberufsausbildungen steht das Vermitteln von Sachwissen, Fertigkeiten und Haltungen. Während sich Sachkenntnisse und Fertigkeiten in Lehrpläne und Prüfungen fassen lassen, kann ich mir schwer ein Reglement vorstellen, das festlegt, wie unsere Endlichkeit zu thematisieren sei, welches die gültige Haltung dazu sei oder gar wie die Prüfung darüber gestaltet werden müsse.

Ein Stundenplanfach ist die Auseinandersetzung mit dem Tod deshalb nicht. Kurse und Spezialvorlesungen (zum Beispiel im Fach Ethik), die trotz guten Lehrkräften von Studierenden nur in geringer Zahl besucht werden, vermögen lediglich auf dem Papier zu genügen. Einzig Vorbilder in Vorlesungen, Kursen und Praktika sind nach meinem Dafürhalten in der Lage, dieses wichtige Thema im richtigen Moment aufzugreifen. Als «begreifbare Menschen» sollen Dozierende eine der verschiedenen möglichen Haltungen einnehmen und aufzeigen. Ich bin überzeugt, dass die notwendige Entwicklung der Persönlichkeit der angehenden Ärztin auf diese Weise stattfinden kann. Es ist unbestritten, dass die Studierenden auf das Thema Sterben hingeletet werden sollen und dass Zeit und Raum im Studium dafür

gegeben sein muss. Die Aufgabe der Fakultät<sup>1</sup> muss es sein, menschlich kompetente Dozierende (auch weibliche Lehrärztinnen!) zu wählen, um dem berechtigterweise formulierten Anspruch zu genügen. (UML)

**2. These: Im Unterschied zu den Ärzten wird den Pflegenden in der Ausbildung ein humanistisches Menschenbild vermittelt, welches Sterben und Tod als natürliche Ereignisse im Lebenskontext sieht. Die unterschiedliche Prägung der beiden Berufsgruppen führt zu unterschiedlichen Vorstellungen über die Notwendigkeit bestimmter Behandlungsmassnahmen und ist die wichtigste Ursache von Konflikten in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden. Viele Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund ihres Ausbildungshintergrunds nicht bereit oder nicht fähig, vom humanistischen Menschenbild der Pflegenden zu lernen. Können sich Medizinprofessoren vorstellen, dass Ärzte von Pflegenden lernen können? (MW)**

<sup>1</sup> Im Folgenden wird wiederholt die Fakultät wie eine Person angesprochen. Die Fakultät ist aber keine Person, sondern eine Versammlung von Professoren (ordentlichen, ausserordentlichen und Assistenzprofessoren) sowie Vertretern der Studierenden, Assistenten und Privatdozenten, welche die Aufgabe hat, den Betrieb von Lehre und Forschung durch Wahl-, Struktur- und andere Vorschläge an die Oberbehörde sicherzustellen. Der Lehrstuhlinhaber entscheidet autonom, welche Teile seines Fachgebietes abgedeckt werden (Lehrfreiheit). Inhaltliche Gesamtkonzepte der Lehre treten gegenüber der Lehrfreiheit der Lehrstuhlinhaber in den Hintergrund. Ein operationeller Katalog von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, nicht aber Haltungen, wurde vom Bund (Parlament) im Interesse des Patienten erstellt (Medizinalprüfungsordnung, letzte Revision 1981). Erst das neue Medizinalbildungsgesetz, das im Jahr 2003 in den eidgenössischen Räten zur Diskussion steht, sieht die Fakultäten als Verantwortungsträger für die Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten und versucht auch zu vermittelnde Grundhaltungen im Verhältnis zum Patienten sowie zu den übrigen Medizinalberufen zu formulieren. Die Frage, ob der Tod ein Thema der Lehre sei, ist somit bisher den einzelnen Dozenten, nicht der Fakultät, zu stellen.

**Antwort:** Professoren, wie alle Ärztinnen und Angehörigen von Medizinalberufen, lernen von den Patientinnen und Patienten: Diese lassen uns erfahren, was Krankheit und Tod ist. In der Berufsarbeit vermitteln sich Ärztinnen und Ärzte, PhysiotherapeutInnen, Hebammen und Pflegenden gegenseitig Wissen und zeigen sich Möglichkeiten des Umgangs mit Kranken und Krankheiten. In diesem Austausch gilt für mich (und viele meiner Kollegen) keine Hierarchie. Im Rahmen eines Tutorats an der Medizinischen Fakultät Zürich gibt es – als Beispiel für diesen Austausch – nach ausbildungsspezifischer Untersuchung und Erhebung am Krankenbett eine gemeinsame Beurteilung und Besprechung von Pflegenden und Medizinstudierenden. (Im Hinblick darauf, auf welche Art und in welcher Tiefe das Wissen erworben wird, bestehen sinnvollerweise weiterhin Unterschiede zwischen den Ausbildungsgängen.) Wer offen ist, von Patientinnen und Patienten sowie von seinen MitarbeiterInnen zu lernen, wird sich in menschlicher Weise entwickeln können. Die Bemühungen um ein gelebtes «humanistisches Menschenbild» in Mittelschule, Schwesternschule oder an der Universität kann nur ein Schritt innerhalb dieses andauernden Prozesses sein. Keine Bildungsstätte und keine Berufsgattung kann für sich das Monopol beanspruchen, als Einzige eine humanistische Haltung zu vermitteln oder gar zu leben. (UML)

*3. These: Die Tessiner Gesundheitsdirektorin Patricia Pesenti sagte kürzlich an einer Tagung, es brauche keine neuen politischen, sondern neue kulturelle Rahmenbedingungen, um die Anspruchshaltung der Bevölkerung zu beeinflussen. Dem ist beizupflichten. Und es ist anzufügen: Es wäre die Aufgabe der Medizinausbildung, die künftigen Ärzte durch intensive Auseinandersetzung mit Sterben und Tod zu einem Menschenbild und einer Haltung hinzuführen, mit der sie die Ansprüche ihrer Patienten – insbesondere im Rahmen der kontinuierlichen hausärztlichen Begleitung –*

*wesentlich beeinflussen könnten. Wieweit fühlt sich die Fakultät für die Anspruchshaltung der Bevölkerung zuständig? (MW)*

**Antwort:** Ich spüre hier eine gesplittete Haltung: In den ersten Thesen und Fragen erscheint das Bild des autoritären Arztes im Verhältnis zu den Angehörigen der Medizinalberufe als revisionsbedürftig. In dieser These wird ein (dem Patienten gegenüber) autoritärer Arzt gefordert:

Ein autoritärer Arzt (instruiert von einer womöglich noch autoritäreren Fakultät) soll wie ein strenger Vater seine Patienten zur Mässigung in der Beanspruchung von Gesundheitsleistungen anhalten. Motivation soll die Auseinandersetzung mit dem Tod sein.

Die Tatsache, dass Überweisungen in Spitäler für die letzten Lebenstage die Regel sind, hat viel mit unseren heutigen Lebensformen und der Auflösung der Grossfamilie zu tun. Ob es dem Hausarzt (und indirekt der Fakultät) zukommt, diese gesellschaftlichen Verhältnisse zu kurieren?

Die kostentreibende Anspruchshaltung manifestiert sich aber nur zu einem Teil im Angesicht des nahen Todes. Wer nimmt Einfluss auf die Konsumhaltung im Bereich Komfort und Wellness in Spital und Ambulanz, gegen die wir uns viel schwerer abgrenzen können als bei Patienten in den letzten Lebenstagen?

Für mich stellt sich eine Frage an die heutigen Menschen und späteren Patienten: Kann der Tod, der wie «eine Frucht in ihnen hängt» (siehe Rilke: «Das Stundenbuch» [Kasten]), noch reifen? Oder muss «der kleine Tod» in unserer Gesellschaft die Regel sein? (UML)

*4. These: Im Gesundheitswesen entstehen immense Kosten durch teure Untersuchungen und Therapien, die das Leben nur um Tage verlängern. Diese Kosten könnten vermieden werden, wenn Ärztinnen und Ärzten in ihrer Ausbildung lernen würden, eine würdevolle Sterbebegleitung als eine ihrer Kernaufgaben zu verstehen. Ist die Fakultät fähig und bereit, die künftigen Ärzte auf die Sterbebegleitung vorzubereiten und so einen Beitrag zur Kostensenkung zu leisten? (MW)*

**Antwort:** Wann es an der Zeit ist, eine aktive Therapie zu verlassen und nur noch supportive Massnahmen zu treffen, ist nicht offensichtlich: Patient, Angehörige und wir alle in den Medizinalberufen versuchen mit Hilfe unseres unterschiedlichen Rüstzeugs, diesen Moment nicht zu verpassen. Ein universitäres Programm in Sterbebegleitung sehe ich nicht als Lösung. Hier ist die Weiterbildung, hier sind wiederum Vorbilder in der Weiterbildungszeit (zu denen ich Patienten, Angehörige, Ärztinnen/Ärzte und andere Angehörige von Medizinalberufen zähle) die massgebenden Instanzen, auch wenn im Studium die Thematik des nahen Todes gegenwärtig sein oder immer wieder in Erscheinung treten muss. Dass dadurch eine Kostenersparnis erreicht werden kann, bezweifle ich. (Ein Thema für patientennahe Forschung?) (UML)

*5. These: Ärzte in grossen Kliniken mit Forschungsauftrag haben die starke Tendenz, Patienten immer wieder Hoffnungen zu machen, dass bald die richtige Therapie oder das benötigte lebensrettende Medikament auf den Markt kommt. Dadurch wird oft der richtige Zeitpunkt verpasst, um mit dem Patienten und den Angehörigen das bevorstehende Ende zu thematisieren. So verliert die Familie wertvolle Zeit für letzte gemeinsame Gespräche und Erlebnisse. Wenn Ärztinnen und Ärzte in ihrer Ausbildung lernen würden, offen und ehrlich über Sterben und Tod zu sprechen, würde dies das Image der Ärzte positiv beeinflussen. Wie lehren Sie und Ihre Kollegen die Studierenden, mit Patienten und Angehörigen über Sterben und Tod zu sprechen? (MW)*

**Antwort:** Die Frage, an mich persönlich gerichtet, kann ich wie folgt beantworten:

Studierende hören in der Vorlesung<sup>2</sup> und am Krankenbett (als Teilnehmer

<sup>2</sup> In begleitenden Gedanken werden im Rahmen der Vorlesung in Radio-Onkologie an der Medizinischen Fakultät Zürich im vierten und sechsten Studienjahr Themen im Grenzbereich der Medizin angesprochen. So zum Beispiel im Sommersemester 2001 mit zwei Gedichten von Rilke, die das Thema Tod zum Inhalt hatten (siehe Kasten).



**Aus dem «Stunden-Buch»**

(von Rainer Maria Rilke)

Denn, Herr, die grossen Städte sind verlorene und aufgelöste;  
....

Da leben Menschen, weisserblühte, blasse,  
und sterben staunend an der schweren Welt.  
Und keiner sieht die klaffende Grimasse,  
zu der das Lächeln einer zarten Rasse  
in namenlosen Nächten sich entstellt.

Sie gehn umher, entwürdigt durch die Müh,  
sinnlosen Dingen ohne Mut zu dienen,  
und ihre Kleider werden welk an ihnen,  
und ihre schönen Hände altern früh.

Die Menge drängt und denkt nicht sie zu schonen,  
obwohl sie etwas zögernd sind und schwach, –  
nur scheue Hunde, welche nirgends wohnen,  
gehen ihnen leise eine Weile nach.

Sie sind gegeben unter hundert Quäler,  
und, angeschrien von jeder Stunde Schlag,  
kreisen sie einsam um die Hospitäler  
und warten angstvoll auf den Einlasstag.

Dort ist der Tod. Nicht jener, dessen Grösse  
sie in der Kindheit wundersam gestreift, –  
der kleine Tod, wie man ihn dort begreift;  
ihr eigener hängt grün und ohne Süsse  
wie eine Frucht in ihnen, die nicht reift.

O Herr, gib jedem seinen eigenen Tod.  
Das Sterben, das aus jenem Leben geht,  
darin er Liebe hatte, Sinn und Not.

aus: *Das Stunden-Buch*. In: Rainer Maria Rilke: *Die Gedichte*,  
Insel Verlag, Frankfurt am Main, dritte Auflage 1987: 291–293.

**Todese Erfahrung**

(von Rainer Maria Rilke)

Wir wissen nichts von diesem Hingehn, das  
nicht mit uns teilt. Wir haben keinen Grund,  
Bewunderung und Liebe oder Hass  
dem Tod zu zeigen, den ein Maskenmund

tragischer Klage wunderbar entstellt.  
Noch ist die Welt voll Rollen, die wir spielen.  
Solang wir sorgen, ob wir auch gefielen,  
spielt auch der Tod, obwohl er nicht gefällt.

Doch als du gingst, da brach in diese Bühne  
ein Streifen Wirklichkeit durch jenen Spalt  
durch den du hingingst: Grün wirklicher Grüne,  
wirklicher Sonnenschein, wirklicher Wald.

Wir spielen weiter. Bang und schwer Erlerntes  
hersagend und Gebärden dann und wann  
aufhebend; aber dein von uns entferntes,  
aus unserm Stück entrücktes Dasein kann

uns manchmal überkommen, wie ein Wissen  
von jener Wirklichkeit sich niedersenkend,  
so dass wir eine Weile hingerissen  
das Leben spielen, nicht an Beifall denkend.

aus: *Neue Gedichte*. In: Rainer Maria Rilke: *Die Gedichte*,  
Insel Verlag, Frankfurt am Main, dritte Auflage 1987: 464–465.

genügen, müssen Studierende gewisse charakterliche Grundvoraussetzungen mitbringen und sich im Kontakt mit Vorbildern entwickeln können. Ein gutes intellektuelles Rüstzeug, das leider (meiner Meinung nach zu Unrecht) oft als Gegensatz zum menschlichen Potenzial dargestellt wird, erachte ich als beste Voraussetzung, um im Studium genügend Kapazitäten zu haben, diese Haltungen heranzubilden. Wer den Stoff nur mit grösster Mühe organisieren und verarbeiten kann, wird bei der Entwicklung der menschlichen Dimension Defizite erleiden. (UML) ■

**AutorInnen:**  
**Mechtild Willi Studer**  
Altes Gerichtshaus  
8934 Knonau

**Prof. Dr. Urs M. Lütolf**  
Klinikdirektor  
Klinik für Radio-Onkologie  
Departement Medizinische  
Radiologie  
UniversitätsSpital Zürich  
Rämistrasse 100  
8091 Zürich

von Tutoraten), wie ich Gespräche mit Patientinnen und Patienten führe. Sie erfahren, dass die schlechte Prognose, die beschränkten therapeutischen Möglichkeiten, der Verlauf der Krankheit zum Tod hin offen angesprochen werden können. Palliativmedizin ist Lehrinhalt und Prüfstoff. Die Eröffnung der Palliativstation am Universitäts-spital durch die Klinik für Radio-Onkologie wurde von der Spitalleitung vor einigen Jahren als wichtiger Schritt erkannt, um der nichtkurativen Medizin Raum zu geben und sie als universitäres Anliegen zu fördern. In der Palliativstation ist es Teil einer alltäglichen Medizin, den nahen Tod anzusprechen. In diesen Gesprächen erfahren wir, dass auch mit Blick auf den Tod Hoffnung ein wichtiger Teil der Lebensqualität ist. Ich weiss, dass viele meiner Kollegen in ähnlicher, immer sehr persönlicher Weise, für diese Thematik offen sind, auch wenn nicht überall äh-

lich ideale Voraussetzungen geschaffen werden können, wie dies in einer Palliativstation möglich ist. (UML)

**Abschliessende Bemerkungen von Urs M. Lütolf:** Sich gegenseitig begreifen wollen, nicht nur aus dem Augenblick für einen Augenblick, sondern mit Blick auf die Spanne des Lebens, wurde mit dem Zitat von Jaspers gefordert. Ich kann dieser Forderung nur zustimmen. Sie soll aber nicht nur für Medizinalpersonen (Physiotherapeutinnen, Pflegenden, Ärztinnen) den Patientinnen gegenüber, sondern auch für Medizinalpersonen untereinander Grundstein des Zusammenwirkens sein. Nur so können starre Bilder und Vorurteile zugunsten einer positiven Entwicklung der medizinischen Betreuung abgebaut werden.

Die Thesen und Fragen zeigen im Weiteren die ungebrochen hohen Ansprüche an Haltung und Bildung der Ärztin/des Arztes. Um diesen zu

# Tod und Magie im Alters- und Pflegeheim

**Wer in Alters- und Pflegeheimen arbeitet, bewegt sich in einem von der Präsenz des Todes geprägten Raum. Dies bringt Befürchtungen mit sich, wie jene, einen Tod mit verursacht zu haben, oder jene, durch den Tod «angesteckt» zu werden. Eine ethnologische Studie gibt Einblick in die beruflichen Strategien von Pflegenden.**

**Corina Salis Gross<sup>1</sup>**

**S**tatistisch gesehen ist das Alters- und Pflegeheim in der Schweiz zu einem der wichtigsten Sterbeorte von Hochbetagten geworden. Sterben und Tod werden in diesen Organisation also zu etwas «Alltäglichem». Berufliche Normen und Orientierungsmuster als Hilfe für diese anspruchsvolle Arbeit sind jedoch erst im Entstehen.

## Spannungsfelder der Pflege

Was bedeutet dies für die Pflegenden, welche hautnah und jeden Tag in diesem Spannungsfeld leben und arbeiten? Meine These lautet, dass der Rahmen, in welchem diese historisch neue Form des Sterbens statt-

findet, von einer grossen Labilität gekennzeichnet ist, welche auf den Pflegealltag zurückwirkt:

Ein erstes Dilemma besteht in einem grundsätzlichen Zwiespalt des Pflegeberufs, der sich im Heim besonders zugespitzt zeigt: Die Forderung nach Aktivität und Intervention im Hinblick auf die Lebenserhaltung kommt in der konkreten Arbeit oft mit dem aus der Palliativpflege stammenden Anspruch in Konflikt, ein würdevolles Sterben nicht durch unnötige medizinische oder organisatorische Massnahmen zu behindern.

Ein weiteres Dilemma entsteht aufgrund des Anspruchs, in der Arbeit zwischen routinierter Distanz und Empathie zu balancieren. Diese Schwierigkeit ergibt sich im Heim in besonderem Masse, weil hier vergleichsweise lange dauernde Beziehungen eingegangen werden. Es sind Beziehungen, die oft fast einen familiären Charakter annehmen.

Ein drittes Dilemma ergibt sich aus der peripheren gesellschaftlichen Stellung des Alters- und Pflegeheims: Gesellschaftlich gesehen gestalten diese Organisationen den Übergang vom Leben zum Tod, indem die Bewohnerinnen und Bewohner zuerst räumlich von der übrigen Gesellschaft getrennt werden und dann auch im Alters- und Pflegeheim sterben. Für die Pflegenden bedeutet dies, dass sie Beziehungen zu den Betagten eingehen, deren Ende immer schon absehbar ist. Ihre Arbeit besteht also auch darin, den Abbruch dieser Beziehungen vorzubereiten und dann zu vollziehen. Durch diese «Trennarbeit» wird die Begrenzung des eigenen Lebens für alle Beteiligten zum unausweichlichen



Corina Salis Gross

Thema. Wer eintritt, oder wer hier arbeitet, bewegt sich in einem vom Tod kontaminierten («angesteckten») sozialen Raum. Das löst verständlicherweise Ängste aus.

## Grenzziehungen

Bei den Hochbetagten betrifft dies schon den Heimeintritt selber: «Ins Heim wäre ich niemals freiwillig eingetreten.» Dies ist ein Satz, den ich während meiner Forschung oft hörte. Es wird ein bedeutungsvoller Schritt auf dem Weg zum definitiven Austritt aus der Gesellschaft vollzogen, und die soziale Position verändert sich radikal. Die neu Eintretenden sollten sich idealerweise noch möglichst mit den Attributen von «rüstigen» Pensionärinnen und Pensionären identifizieren können und so den Wechsel von den eigenen vier Wänden zum Heim weniger direkt mit der Nähe zum Tod in Verbindung bringen müssen. Wichtige Indikatoren für die Unterteilung in «rüstige» und «abgebaute» BewohnerInnen sind die Bewegungsfreiheit im Raum, die Selbstständigkeit bei

<sup>1</sup> Dr. phil. Corina Salis Gross ist Oberassistentin am Institut für Ethnologie der Universität Bern. Ihre Arbeitsgebiete sind Altern und Tod, Migration und Gesundheit und psychoanalytische Anthropologie.



der Nahrungsaufnahme und bei den körperlichen Ausscheidungen sowie die geistige Wachheit. Wer kann noch unten im Speisesaal essen, wer muss schon im Bett bleiben? Wer ist bereits «durcheinander» im Kopf oder findet sein Zimmer nicht auf Anhieb? Wer braucht Katheter, und wer kann die Körperpflege noch selbstständig ausführen? Im Heimalltag werden solche Grenzziehungen von Personal und BewohnerInnen permanent vollzogen. Sie dienen dazu, den körperlich, sozial und psychisch ungewissen Zustand der PensionärInnen auszuloten und deren labile Position in der sozialen Ordnung versuchsweise zu stabilisieren. Dies gelingt nie vollständig und ist auf der Seite des Heimpersonals oft von der Angst durchzogen, eine Bewohnerin allenfalls durch eigenes Verschulden näher zum Tod gerückt zu haben. Oft wird ein baldiger Todeseintritt explizit erwartet; aber es kommt ebenso oft vor, dass diese Erwartung implizit im Raum steht: Wer könnte als Nächstes sterben? In diesen Fällen wird versucht, die Allgegenwart des Todes einzugrenzen, indem eigentliche «TodeskandidatInnen» geschaffen werden. Dem Tod kann so ein Ort zugewiesen werden, er droht nicht mehr von überall her und unerwartet einzutreten.

Bei den Pflegenden kommen diesbezügliche Ängste häufig im Zusammenspiel mit dem Dilemma zwischen Aktivität und Passivität auf, oder wenn Aggressionen im Spiel sind. Es entstehen deswegen oft Scham- und Schuldgefühle, oder man befürchtet sogar, den Tod herbeigeführt zu haben. Tötungsfantasien sind ein Bestandteil des Alltags und können die Arbeitsfähigkeit belasten, wie eine Pflegende ausführt: «Wenn jemand stirbt, bleibt da oft ein unangenehmes, diffuses Gefühl. Die ganzen Schuldgefühle kommen wieder hoch. Man denkt an die lange Zeit, in der man mit der Pensionärin zusammen gewesen ist. Da sind dann die unangenehmen Seiten schon oft im Vordergrund. Zum Beispiel dann, wenn man kurz vorher noch zu wenig Zeit für sie gehabt hat, oder eine Auseinandersetzung mit ihr hatte. Diese Gefühle sind

oft sehr stark, und dann bekommt man ein schlechtes Gewissen. Dann kommt nachher einfach etwas hoch, obschon man im Grunde genommen ja nichts getan hat. Da fragt man sich manchmal, ob man nicht sogar am Tod Schuld hat.»

Finden Konflikte kurz vor einem Todesfall statt, oder sind, zum Beispiel aufgrund eines unerwarteten Todesesintrittes oder eines schwierigen Sterbeprozesses, Aggressionen im Spiel, so treten solche Tötungsfantasien verstärkt auf. Oder es kann die Angst aufkommen, selber vom Tod «angesteckt» zu werden. Diese Angst wird jedoch bewusst vor allem im Zusammenhang mit der Arbeit an den Verstorbenen geäußert, etwa als Angst vor dem «Leichengift», vor einem plötzlichen «Erwachen» der Toten oder vor der Leiche an sich.

### Das kontagiöse Milieu

Dort, wo soziale Ordnungen labil sind, sind magische Reaktionen sehr häufig anzutreffen. Wenn ich also vom «ansteckenden» Tod spreche, so betrifft dies zwei Ebenen: Zum einen ist das Heim ein durch die Präsenz des Todes strukturierter sozialer Raum, und die Nähe der BewohnerInnen zum Tod wird im Alltag permanent ausgehandelt. Die andere Ebene betrifft die pflegerische Arbeit: Die Pflegenden haben zwischen Nähe und Distanz zu balancieren, um professionell und routiniert arbeiten zu können. Bewusste Strategien des Ordnen und Strukturierens und weniger bewusste projektive oder magische Strategien zur Bannung der «Ansteckungsgefahr» sind zwei zentrale berufliche Mechanismen, um diese Dilemmata zu bewältigen.

Dass solche magischen Reaktionen im Zusammenhang mit der professionellen Bearbeitung von Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod durchaus zum Berufsalltag gehören, ist unterdessen auch für einen engeren medizinischen Kontext bei der Schulung von Ärzten beschrieben worden. Der Dauercharakter von Unsicherheiten im medizinischen Feld erfordere einen erlernten Umgang mit Unsicherheit [2]. Christa-

kis [1] beurteilt die Reaktionen der Ärzte auf die Angst vor einer self-fulfilling prophecy (selbsterfüllenden Prophezeiung) bei der Prognose von (letalen) Krankheitsverläufen ebenfalls als «quasi-magical». Ich habe in meiner Studie [3] aufgezeigt, dass jede Bezeichnung des Status der PensionärInnen, jede «Diagnose», jede Beschreibung oder Handlung im Alltag der Pflegenden immer auch eine prognostische Komponente beinhaltet und dass diese sich immer auch am bevorstehenden Tod ausrichtet, dass dabei aber auch Hemmungen wirken und Ängste entstehen, den Tod direkt zu verursachen oder selber von diesem bedroht zu werden. Die Diskussion über die Effekte der Arbeit mit Sterbenden in der Aus- und Weiterbildung und in der supervisorischen Begleitung wäre ein wichtiges Mittel, um solche unbewusst gehaltenen Dimensionen und beruflichen Strategien ins Bewusstsein zu heben. Entsprechende Bemühungen hätten auch mit einer gesellschaftlichen Aufwertung der äusserst anspruchsvollen Arbeit in den Alters- und Pflegeheimen einherzugehen. ■

Autorin:

**Dr. phil. Corina Salis Gross**

Institut für Ethnologie  
der Universität Bern  
Länggassstrasse 49A  
3000 Bern 9

E-Mail: [salis@ethno.unibe.ch](mailto:salis@ethno.unibe.ch)

oder

[corina\\_salisgross@hms.harvard.edu](mailto:corina_salisgross@hms.harvard.edu)

Website: [www.ethno.unibe.ch/  
mitarbeiterinnen/salis.html](http://www.ethno.unibe.ch/mitarbeiterinnen/salis.html)

### Literatur:

1. Christakis, Nicolas A. (1999): *Death foretold. Prophecy and Prognosis in Medical Care*. Chicago/London: University of Chicago Press.
2. Ludmerer, Kenneth M. (1999): *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. New York: Oxford University Press.
3. Salis Gross, Corina (2001): *Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim*. New York/Frankfurt a.M.: Campus.

# Hausärztliche Begleitung in den letzten Lebenstagen

**Was braucht es für eine erfolgreiche hausärztliche Betreuung zu Hause? Wann ist eine Betreuung zu Hause nicht möglich? Der folgende Beitrag gibt Antworten aus hausärztlicher Sicht.**

**Reinhard Baumann,  
Heike Grossmann,  
Luzius von Rechenberg**

Mindestens 55 Prozent der Todesfälle in der Schweiz ereigneten sich im vergangenen Jahrzehnt in Spitälern, gegen 20 Prozent in Altersheimen. 1969 verstarben 38 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer zu Hause, 1986 28 Prozent (neuere Zahlen fehlen). Eine Mehrheit der Todesfälle erfolgt also in Institutionen.

Der Tod in Spitälern ist in der Regel der Schlusspunkt hinter einer Abfolge von medizinischen Handlungen, die eigentlich das Ziel haben, ebendieses zu verhindern. Die Problematik des medikalisierten Sterbens ist jedoch evident und hat vielerorts den Wunsch nach Alternativen geweckt. Wahrscheinlich ist es sogar eine der wichtigen Aufgaben, der sich die Individuen und die Öffentlichkeit heute stellen sollten, anders mit der Tatsache unserer Endlichkeit umzugehen. Für die Mediziner ist Palliative Care eine Rückbesinnung auf die traditionellen, vor allem im haus- und familienärztlichen Kontext zentralen Aufgaben der Begleitung, der Symptomlinderung und der Erhaltung von Lebensqualität. Der vorliegende

Beitrag befasst sich mit den Möglichkeiten und Grenzen der hausärztlichen Begleitung in den letzten Lebenstagen. Ein Fallbeispiel soll eingangs die Probleme und eine mögliche Form des hausärztlich koordinierten Managements illustrieren.

## Fallbeispiel

*Ein 74-jähriger Mann, pensionierter Ingenieur, verheiratet, leidet an einem Prostatakarzinom mit Skelettmetastasen und metastasenbedingter Querschnittslähmung.*

*Er wird nach einem Spitalaufenthalt zur weiteren Betreuung an einen Hausarzt überwiesen, der ihn wegen Überlastung einer Kollegin übergibt. Unkontrollierbare Schmerzen trotz Opiaten, nichtsteroidalen Entzündungshemmern und anderen schmerzmodulierenden Medikamenten machen den Entscheid zur erneuten Hospitalisation notwendig. Es erfolgt die stationäre Implantation eines Port-a-Cath (unter die Haut eingepflanzter Gefässzugang), sodass Morphin mit einer vom Patienten bedienten Pumpe intravenös verabreicht werden kann. Eine weitere kurze Hospitalisation auf einer Palliativstation dient der Entlastung der Ehefrau und einer weiteren Optimierung der Schmerztherapie.*

*In Absprache mit dem Patienten erfolgen wiederholte antiinfektiöse Therapien infolge verschiedener Infektionen (u.a. Pilzinfektionen und eine Gürtelrose), ebenfalls auf seinen Wunsch werden wegen Müdigkeit bei festgestellter Blutarmut Bluttransfusionen durchgeführt.*

*Wundliegen (Dekubitus) erfordert die Anschaffung eines Spezialbettes, zahlreiche Schreiben an die Krankenkasse und AHV zwecks Kostenübernahme sind nötig.*



Reinhard Baumann



Heike Grossmann



Luzius von Rechenberg

*Die Hausärztin macht regelmässig Hausbesuche (Dauer: 15 bis 60 Minuten) und telefoniert oft. Eine Erreichbarkeit rund um die Uhr ist nicht möglich.*

*Eine Nachbarin entlastet die in der Pflege aktiv mitarbeitende Gattin; Besuche von Angehörigen und Freunden verschaffen der Gattin regelmässig zusätzliche Freiräume. Ein zweiter Aufenthalt auf der Palliativstation ermöglicht ihr drei Wochen «Ferien».*

*Das Management des Port-a-Cath und der Infusionen erfolgt durch eine auf die Betreuung von Krebskranken spezialisierte, rund um die Uhr erreichbare Spitex-Organisation.*

*Eine Pflegedokumentation für alle Beteiligten befindet sich immer beim Patienten und orientiert alle Beteiligten über die aktuelle Situation.*

*Die Gattin ist die wichtigste Vermittlungsperson zwischen dem Patienten und den Betreuenden; sie formuliert seine und ihre gemeinsamen Bedürfnisse klar. Regelmässig nimmt sie sich Zeit für sich selbst.*

*Es bestünden ausreichende finanzielle Ressourcen, um allfällige Kosten einer Haushalthilfe zu tragen.*

*Der Patient verstirbt zu Hause an einer Sepsis (Blutvergiftung). Die Betreuungsteams der Spitex und die Hausärztin sind anwesend an der Abdankungsfeier. Eine rückblickende Besprechung zwischen der Gattin und Angehörigen der Spitex klärt verbleibende offene Fragen.*

### **Elemente einer erfolgreichen Betreuung**

Während früher Sterben (wie auch die Geburt) im Rahmen der Grossfamilie zum Alltag gehörte und meist auch bewältigt wurde, hängt heute das Gelingen der Betreuung von schwer kranken und sterbenden Patienten zu Hause von einer *intensiven Zusammenarbeit* der professionellen Helfer ab. Wo vorhanden (dies ist häufiger der Fall, als man gemeinhin annimmt), spielt *Nachbarschaftshilfe* eine wichtige Rolle. Organisationen der *Freiwilligenhilfe* oder ähnliche Organisationen können angefragt werden, ob sie Nachtwachen oder andere Aufgaben übernehmen.

Geeignete *Kommunikationsmittel* müssen sicherstellen, dass die an der

## **Inserat RVK-Rück**

Betreuung Beteiligten jederzeit über die aktuelle Situation orientiert sind. Ein *Notfalldispositiv*, das alle kennen, ist für Angehörige und Pflegende beruhigend.

Unabdingbar ist die transparente Koordination aller Mitarbeitenden. Im vorliegenden Fall wurde diese Aufgabe durch die Hausärztin wahrgenommen; denkbar ist auch, dass sie von einer Spitexorganisation übernommen wird.

Die *kurzzeitige Nutzung von stationären Angeboten* (Anästhesieabteilungen, Palliativstationen, Hospiz) kann helfen, die medizinische Betreuung (z.B. die Schmerzkontrolle) zu optimieren, ohne die häusliche Pflege grundsätzlich zu gefährden.

Weil die Hausärztin/der Hausarzt die Kranken und ihre Angehörigen oft seit vielen Jahren kennt, erfüllt sie/er viele wichtige Voraussetzungen, um den letzten Weg mit den Kranken in der gewohnten Umgebung anzutreten. Hier ist es leichter, die Angst vor den bedrohlichen Vorgängen im Vorfeld des Sterbens zu thematisieren. Denn meist ist es diese Angst, die den Automatismus der «Hospitalisation zum Sterben» auslöst. Erfahrung auf diesem Gebiet und Expertise im Symptomanagement erlauben es der Hausärztin/dem Hausarzt, die häufigsten Fragen kompetent zu beantworten und damit die Situation wesentlich zu entspannen. Solche Fragen sind (unter vielen anderen): «Muss ich erstickten?», «Bin ich noch mich selbst, wenn ich Morphin brauche?», «Warum benötigt er/sie jetzt keine Flüssigkeit mehr?»

Ob Interventionen, zum Beispiel die Gabe von Antibiotika oder Bluttransfusionen, notwendig und sinnvoll sind, kann und muss voraussetzend zusammen mit den Betroffenen geklärt werden.

### Grenzen der Begleitung Sterbender zuhause

Doch es ist nicht in jedem Fall möglich, Sterbende zu Hause zu begleiten. Mögliche Hinderungsgründe sind:

■ *Ungenügende Symptomkontrolle*  
Unter kundigem ärztlichem und pflegerischem Einsatz zwar selten,

können dennoch nicht beherrschbare Schmerzzustände eine Hospitalisation oder eine anderweitige stationäre Betreuung (Hospiz) nötig machen.

#### ■ *Übermässiger Zeitaufwand*

Gelegentlich erfordern Komplikationen bei onkologischen Krankheiten, zum Beispiel ausgedehnte oberflächliche oder tiefe Wunden, einen Pflegeaufwand, der ambulant nicht geleistet werden kann. Die Anforderungen an die hausärztliche Präsenz und Flexibilität können ebenfalls erheblich sein und eine angepasste Praxisorganisation verlangen. Gegenseitige Vertretungen, zum Beispiel innerhalb von Praxisgruppen, können die einzelnen Ärztinnen und Ärzte von länger dauernder pausenloser Verfügbarkeit entlasten.

#### ■ *Finanzierungsprobleme*

Der von den Krankenkassen vergütete Pflegeumfang pro Quartal ist auf 60 Stunden beschränkt. Dieser Pflegeumfang ist, zum Beispiel aus dem oben erwähnten Grund, manchmal unzureichend, sodass andere Lösungen gesucht werden müssen (privat finanzierte Pflege, Hospiz). Hauspflegen oder andere Familienhilfen gehen oft zu Lasten der Betroffenen und können deren finanzielle Möglichkeiten übersteigen.

#### ■ *Soziales Umfeld*

Absenz von Angehörigen oder fehlende Synergiennutzung des Umfeldes verunmöglichen oft ein zielgerichtetes, den Wünschen der Kranken angepasstes Pflegekonzept. Oft fallen die so wichtigen Ressourcen der Angehörigen aus, weil die Grenzen ihrer Tragfähigkeit nicht beachtet wurden. Familiengespräche oder Fallkonferenzen helfen, Bedürfnisse zu klären und ermöglichen den gewinnbringenden Einbezug von Familienangehörigen und anderen Bezugspersonen in die Betreuung.

### Fazit

■ Die hausärztliche Betreuung von sterbenden Menschen umfasst sowohl die Kranken als Individuen als auch ihr Beziehungsumfeld.

■ Die quantitativ und qualitativ grosse Herausforderung gelingt nur in gut organisierter Teamarbeit. Netzwerke wie das PALLIATIVE

CARE NETZWERK ZÜRICH [1] oder das Berner Zentrum für ambulante Palliativpflege ZAPP [2], bestehend aus Pflegenden, medizinischen Grundversorgern, Beratungsstellen, Vertretungen von spitalinternen Strukturen (Palliativstationen, geriatrischen Abteilungen), hospizartigen Institutionen und Freiwilligen, bieten praktische Hilfe und koordinierende Unterstützung an.

■ *Lebensqualität am Lebensende*: eine Forderung, die in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion um die medizinische Prioritätensetzung nicht übergangen werden darf. Palliative Care als Element der Gesundheitsversorgung erfordert Ressourcen, die sowohl im gegenwärtigen ambulanten Grundleistungskatalog als auch in der Spitalplanung ungenügend berücksichtigt sind.

■ Eine grosse Rolle spielt in der palliativen Betreuung die Freiwilligenhilfe, deren Aufbau in der Schweiz erst punktuell in Gang gekommen ist. ■

AutorInnen:

**Dr. med. Reinhard Baumann**

Innere Medizin FMH  
Hausarzt, Arzt des Hospiz Zürcher  
Lighthouse  
Dufourstrasse 29  
8008 Zürich  
E-Mail: baumann@hausarzt.ch

**Drs. med. Heike Grossmann und  
Luzius von Rechenberg**

Allgemeine Medizin FMH  
Kappenhühlweg 11  
8049 Zürich-Höngg  
E-Mail:  
L.v.Rechenberg@hausarzt.ch

Adressen:

1. Palliative Care Netzwerk Zürich  
Seebahnstrasse 231  
8004 Zürich  
Tel. 01-240 16 20  
Fax 01-242 95 45  
E-Mail: pallnetz@bluewin.ch

2. ZAPP – Zentrum für ambulante  
Palliativpflege Bern  
Schänzligasse 15  
3013 Bern  
Tel. 031-332 27 23  
Fax 031-332 27 25  
info@zapp-bern.ch



# Sterbebegleitung zu Hause aus der Sicht der Angehörigen

**Ob der Wunsch eines schwer kranken Menschen, zu Hause zu sterben, erfüllt werden kann, hängt oft wesentlich von den Angehörigen ab.**

**Die Autorin des folgenden Berichts hat, zusammen mit ihrer Tochter, alles unternommen, damit ihr Ehemann zu Hause sterben konnte.**

**Suzanne Buchs-Rauber**

U ngefähr neun Monate vor dem Tode meines Mannes, im Juni 2001, erhielten wir die Nachricht, dass mein Mann nur noch zwei bis drei Monate zu leben habe. Das Lymphom, welches zunächst erfolgreich mit Interferon behandelt worden war, hatte sich in aggressiver Form in der Wirbelsäule und im Kopf ausgebreitet. Für uns alle, meinen Mann, meine Tochter und mich, fiel eine Welt zusammen. Wir waren wie gelähmt, einfach schockiert. Der Verlauf der Krankheit war dann doch viel positiver, als man es uns prognostiziert hatte. Die behandelnde Ärztin, eine Onkologin vom Hôpital Sud Fribourgeois (Patricia Vuichard), hat eine erfolgreiche Therapie durchgeführt. Während der ersten Zeit haben uns die Krankenschwestern vom «Centre médico-social de la Gruyère» (sozialmedizinisches Zentrum von Greyerz) sehr unterstützt. Es entstand schnell ein Vertrauensverhältnis zwischen meinem Mann und den Krankenschwe-

tern einerseits und den Krankenschwestern und mir andererseits. Dank dieser Unterstützung konnte mein Mann fast ausschliesslich zu Hause gepflegt werden; alle drei bis vier Wochen war jeweils, für eine Therapie, ein Spitalaufenthalt von ein bis zwei Tagen nötig. Der Gesundheitszustand verbesserte sich, sodass wir nach drei Wochen wieder ohne zusätzliche pflegerische Hilfe auskamen. Ich fühlte mich in der Lage, die Pflege und Betreuung selber zu übernehmen. Da ich aber 40 Prozent berufstätig war, musste ich meine berufliche Tätigkeit sehr stark reduzieren, denn die psychische Belastung war doch sehr gross. Natürlich war ich auch physisch stark gefordert, aber da sich mein Mann gut erholte, war für mich die Betreuung und die tägliche Pflege gut zumutbar. Ich war froh, das Pflegepersonal des sozialmedizinischen Zentrums von Greyerz zu kennen. Ich wusste, dass wir diesen Dienst eines Tages wieder würden in Anspruch nehmen müssen.

In dieser Phase der Entspannung konnte mein Mann sogar sein angefangenes Werk, ein Buch, zu Ende schreiben. Das gab auch mir sehr viel Mut und Kraft, meinem Mann das Leben so angenehm wie nur möglich zu machen, wohl wissend, dass er bald sterben würde. So hatten wir ein Ziel vor uns, nämlich die Veröffentlichung seines Buches. Am 2. März 2002 fand die Vernissage statt. Glücklicherweise, das geschafft zu haben, wofür er in den letzten Wochen all seine Kräfte mobilisiert hatte, durfte er ein schönes Fest erleben. Es war zugleich sein Abschied von vielen lieben Bekannten und Verwandten.



Suzanne Buchs-Rauber

Von jetzt an machte sich eine enorme Müdigkeit breit. Eine letzte Behandlung sollte das rasche Fortschreiten der Krankheit etwas verlangsamen. Für uns alle war nun klar, dass das Leben meines Mannes langsam dem Ende entgegenging. Die letzten zwei Wochen waren eine sehr intensive Zeit, und alle Beteiligten, mein Mann, meine Tochter, das Pflegepersonal und ich, waren sehr gefordert. Es war der Wunsch meines Mannes, zu Hause zu sein und zu Hause sterben zu dürfen. Für mich und meine Tochter war es eine Selbstverständlichkeit, alles zu unternehmen, damit dies möglich wurde. Die behandelnde Ärztin hat dem sozialmedizinischen Zentrum des Greyerzbezirk die nötigen Informationen und Anweisungen gegeben. So war das Pflegepersonal genauestens informiert über die Bedürfnisse unserer Familie, insbesondere, was die Betreuung und Pflege meines Mannes anbelangte. Die Zusammenarbeit zwischen der Ärztin und dem Pflegepersonal des Zentrums war sehr intensiv. Dies er-



möglichte eine optimale Pflege und Betreuung, sodass wir uns sehr sicher fühlten. Unser Vertrauen in das Pflegepersonal war ja schon sechs Monate früher hergestellt worden. Täglich, ausser am Wochenende, kam nun eine Krankenschwester für die körperliche Grundpflege. Manchmal musste auf Anordnung der Ärztin auch Blut genommen werden, um die notwendigen Tests zu machen. Dies lag in der Kompetenz des Pflegepersonals, ebenso wie die Bekämpfung der Schmerzen rund um die Uhr. Diese intensive Zeit war geprägt von der Zuversicht, dass wir es bewältigen können. Wir fühlten uns geborgen und gut betreut vom kompetenten Pflegepersonal. Uns ist positiv aufgefallen, wie liebevoll und rücksichtsvoll sie uns begleitet haben. Es war zu spüren, dass sie sich darum sorgten, dass wir, die Angehörigen, nicht überfordert würden. Und meine Tochter und ich waren zuversichtlich, vielleicht auch, weil wir zehn Jahre früher schon unseren Sohn und Bruder in seiner Krankheit

bis zum Sterben zu Hause begleitet hatten. Mir fiel natürlich der grosse Teil der Arbeit zu, da meine Tochter ja berufstätig war. Doch die moralische Unterstützung durch meine Tochter war ungemein wichtig für mich. Sie hat sehr viel mitgetragen, rein auf psychischer Ebene. Sie hat ihrem Vater den Abschied erleichtert durch ihr feinfühliges Verhalten während der letzten Stunden seines Lebens. So hat sie ihrem Vater auf ihre Weise das «Gehen» oder das Sterben etwas einfacher gemacht. Für mich war es ein eindrücklicher Moment, ich werde ihn nie vergessen. Am letzten Tag vor dem Sterben hat mein Mann der Krankenschwester gegenüber geäussert, dass er nicht ins Spital gehen möchte. Es war aber für uns trotzdem beruhigend zu wissen, dass die Ärztin Vorkehrungen getroffen hatte für den Fall, dass eine Spitaleinweisung unumgänglich sein sollte. Natürlich war es nicht immer einfach, einen schwer kranken Menschen zu Hause zu pflegen. Dadurch

erlebt man das Fortschreiten der Krankheit hautnah mit. Das ist es auch, was mir persönlich sehr Mühe gemacht hat: der körperliche Zerfall eines Menschen, den man sehr liebt. Geistig ist mein Mann bis zum Sterben voll präsent gewesen, obwohl das Interesse am alltäglichen Geschehen in den letzten Tagen sehr nachliess. Oft hat er sich auch Sorgen gemacht wegen dem grossen Arbeitsaufwand, den wir mit ihm hätten. Dann tröstete er uns mit den Worten: «Für euch wird auch wieder einmal eine bessere Zeit kommen.» Wir sind sehr dankbar, dass wir uns für eine Sterbebegleitung zu Hause entschieden haben. Es tröstet uns oft, dass wir alles gegeben haben, um die letzten Monate so angenehm wie möglich zu verbringen. ■

**Autorin:**  
**Suzanne Buchs-Rauber**

Hauswirtschaftslehrerin

Seewly

1656 Jaun

E-Mail: [suzanne.buchs@bluewin.ch](mailto:suzanne.buchs@bluewin.ch)

## Das HumanDokument – die Patientenverfügung von Dialog Ethik

**Verschiedenste Ärztesellschaften, Spitäler, Patienten- und Selbsthilfe-, Sterbehilfe-, religiöse und viele weitere Organisationen bieten Formulare und Leitfäden an, welche den Menschen helfen sollen, ihre Wünsche für die letzten Lebensstage schriftlich festzuhalten. In einigen dieser so genannten Patienten-**

**verfügungen dominieren vorgedruckte Elemente, andere bieten Raum für persönliche Angaben. Im Folgenden wird eine Patientenverfügung vorgestellt, die neben inhaltlichen auch technische Stärken hat: Sie wird zentral registriert und ist über eine Telefonhotline abrufbar.**  
**Katharina Bärtschi**



Katharina Bärtschi

**F**rau G. ist 72-jährig und wohnt in einer mittelgrossen Stadt. Seit zwei Jahren ist sie verwitwet.

Ihr Sohn wohnt mit seiner Familie weiter weg, ihre Tochter wohnt in der Nähe, ist berufstätig und nicht verheiratet. Das Verhältnis untereinander ist gut; regelmässig telefoniert Frau G. mit Tochter und Sohn. An Festtagen wie Ostern und Weihnachten besucht man sich, plaudert und geniesst das Zusammensein. Niemand hat dann das Bedürfnis, schwierige Themen anzusprechen.

Regelmässig trifft sich Frau G. mit Bekannten ihrer Generation. Der Kreis ist schon kleiner geworden. Einige kämpfen mit gesundheitlichen Schwierigkeiten und sind auf die Unterstützung der Spitex angewiesen. Andere haben sich auf die Warteliste des Altersheims setzen lassen. Vor einigen Wochen hat ein Nachbar eine Hirnblutung erlitten. Seither ist er einseitig gelähmt, kann sich nicht mehr sprachlich äussern und ist ganz auf fremde Pflege angewiesen. Seine Frau steht vor einem Berg von noch nicht gelösten Problemen mannigfaltiger Art.

Diese Erfahrung hat Frau G. nachdenklich gestimmt. Ihr ist es nun wichtig, Vorkehrungen zu treffen für den Fall, dass sie selbst einmal in eine ähnliche Situation gerät. Sterben und Tod sind für sie keine Tabus, sondern bilden den Abschluss des irdischen Lebens. Sie möchte die verbleibende Zeit ihren Vorstellungen entsprechend gestalten und beenden. Sie hat sich umgeschaut und verschiedene Patientenverfügungen studiert. Schliesslich hat sie sich für das HumanDokument der Institution Dialog Ethik (siehe *Kasten*) entschieden.

### Inhalte der Patientenverfügung

Zum HumanDokument gehören eine Informationsbroschüre, die Patientenverfügung («HumanDokument»), eine Wegleitung und eine Vorsorgevollmacht. Die Unterlagen können per Post angefordert werden<sup>1</sup>. Sie bieten Raum, um den persönlichen

Willen für die letzten Lebensstage festzuhalten, und sie erleichtern das Gespräch mit den Angehörigen und dem Hausarzt.

Im HumanDokument können die folgenden Informationen festgehalten werden:

■ **Persönliches und Personalien**

■ **Bezugspersonen:** Im HumanDokument können die wichtigsten Bezugspersonen angegeben werden. Behandelnde Ärzte sowie Pflegende können von ihrem Berufsgeheimnis gegenüber diesen Bezugspersonen entbunden werden. Die aufgeführten Personen können auch ermächtigt werden, Entscheidungen zu treffen, sofern die ausfüllende Person selber dazu nicht mehr fähig ist.

■ **Medizinische und pflegerische Massnahmen:** Der medizinische Fortschritt ermöglicht es heute vielen Menschen, länger und mit einer besseren Lebensqualität zu leben als früher. Neue medizinische Handlungsmethoden können jedoch auch zu neuen Problemsituationen führen. Als autonome, urteilsfähige Person haben wir das Recht, auf uns nicht wünschenswert erscheinende medizinische und pflegerische Massnahmen zu verzichten. Umgekehrt können wir Massnahmen, soweit sie nach den Regeln der medizinischen respektive pflegerischen Kunst angemessen sind, auch einfordern. Im HumanDokument kann die ausfüllende Person zum Beispiel festhalten, ob sie in bestimmten Situationen die Leidensminimierung oder die Lebensverlängerung höher gewichtet. Sie kann auch bestimmen, wie und in welchem Umfang sie im Fall einer Erkrankung oder eines Unfalls mit Verlust der Entscheidungs- und Kommunikationsfähigkeit medizinisch behandelt werden will.

■ **Letzte Lebensphase und Phase nach dem Tod:** Eine Frage betrifft die palliative Behandlung und Betreuung, wenn der Tod unausweichlich wird. Weitere beziehen sich auf Sterbeort, religiöse Sterbebegleitung, Rituale. Zudem besteht die Möglichkeit, Wünsche bezüglich Organspende und Obduktion festzuhalten. Und die ausfüllende Person kann bestimmen, wer Einsicht nehmen darf in die Krankengeschichte und in

welchem Umfang. Ein weiteres Kapitel widmet sich den Wünschen über die Art der Bestattung, das Grab und die Abdankung.

■ **Vorsorgevollmacht:** Auf der letzten Seite der Patientenverfügung finden Hinweise auf wichtige Dokumente und ihren Aufbewahrungsort Platz. In diesen Kontext gehört die separate Vorsorgevollmacht. Darin bestimmt die ausfüllende Person eine oder zwei Personen ihres Vertrauens und erteilt ihnen die Vollmacht, in Situationen, in denen sie selber nicht mehr dazu in der Lage ist, an ihrer Stelle rechtliche, persönliche und wirtschaftliche Entscheidungen zu fällen.

### Die Registrierung des HumanDokumentes

Frau G. verfasst die Anordnungen in der Patientenverfügung im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte, also im Zustand der Urteilsfähigkeit, und nach reiflicher Überlegung. Ihr Wille ist jetzt schriftlich festgehalten und mit ihrer Unterschrift als Ausdruck des mutmasslichen Willens rechtsverbindlich. Die Anordnungen gelten für den Fall, dass sie einmal nicht mehr in der Lage sein sollte, ihren Willen kundzutun.

Damit im Akutfall die Patientenverfügung greifbar ist, lässt Frau G. ihr HumanDokument bei Dialog Ethik datenschutzkonform registrieren. Ein Plastikkärtchen in ihrem Portemonnaie weist auf die Patientenverfügung hin. Über eine Telefonhotline können während 24 Stunden am Tag die im Dokument festgehaltenen Informationen abgerufen werden. Ein vorgängiger Kontrollrückruf soll sicherstellen, dass die Informationen nicht in falsche Hände geraten.

Frau G. wird von Dialog Ethik alle zwei Jahre daran erinnert, ihre Patientenverfügung zu überprüfen und bei Bedarf Daten auf den neusten Stand zu bringen und sie mit einer Vignette aktuell zu datieren und zu unterschreiben.

Dialog Ethik bietet als einzige Institution die elektronische Registrierung der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht an. Dies garantiert, dass im Notfall die ent-

<sup>1</sup> Bestelladresse: Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. [www.dialog-ethik.ch](http://www.dialog-ethik.ch); bei schriftlicher Bestellung der Unterlagen ist ein adressiertes, mit 2.20 Franken frankiertes C4-Couvert beizulegen.

### Wer ist Dialog Ethik?

Die Institution Dialog Ethik, die hinter dem HumanDokument steht, ist eine politisch, religiös und wirtschaftlich unabhängige Non-profit-Organisation, deren Ziel es ist, die Vor- und Nachteile der modernen Medizin je nach Situation sorgfältig abzuwägen. Dialog Ethik macht sich stark für die Autonomie der Patientinnen und Patienten, fördert die Entscheidungsqualität der Behandlungsteams und setzt sich für eine faire Verteilung der Leistungen und Mittel im Gesundheitswesen ein.

sprechenden Dokumente verfügbar sind. Zu jeder Tageszeit können über die Telefonhotline die dringend benötigten Informationen mündlich in Erfahrung gebracht werden. Anschliessend kann die vom Verfasser original unterschriebene Patientenverfügung per Fax übermittelt werden.

### Einbindung ins Gesundheitssystem

Die vergangenen Monate haben gezeigt, dass die Verbreitung der Patientenverfügung dank verschiedenster Anbieter im Gesundheitswesen gut voranschreitet. So nehmen viele Ärzte eine Vorreiterrolle wahr und unterstützen ihre Patienten beim Beantworten der medizinischen Fragen. Angehörige der Pflege und der Spitexdienste, aber auch BegleiterInnen von Schwerkranken finden im Rahmen ihrer Arbeit gute Gelegenheiten, auf die Patientenverfügung hinzuweisen. So sind es auch Seniorenorganisationen, die viele ältere Menschen erreichen und Aufklärungsarbeit leisten. Da es nie zu früh ist, um eine Patientenverfügung auszufüllen, müssen auch jüngere Menschen angesprochen werden. Dazu eignen sich am besten Zeitschriften von Versicherern, zum Beispiel Krankenkassen.

Dialog Ethik bietet im Begleitkonzept zum HumanDokument Veranstaltungen zum Thema «Leben, Leiden und Sterben» an. Das Gespräch über das Tabuthema Sterben soll damit gefördert werden. In unserer hektischen Zeit finden viele Menschen die Ruhe dazu nicht. Niemand kennt die Stationen seines Lebens.

Ein Unfall, ein Herzinfarkt, eine Hirnblutung können Gründe dafür sein, dass ein Mensch in die Intensivstation des Spitals eingeliefert wird. Unter diesen Umständen ist es oftmals sehr schwierig, den Willen und die persönlichen Wünsche zu kommunizieren. Zu wissen, welche Gedanken sich ein Mensch über Leben, Leiden und Sterben gemacht hat, hilft in solchen Situationen allen Beteiligten, das erträgliche Mass von medizinischer Behandlung und Betreuung stellvertretend festzulegen. In dieser Situation, besonders jedoch wenn der Patient irreversibel entscheidungsunfähig ist, sind Patientenverfügungen hilfreich.

Das Begleitkonzept beinhaltet schriftliche Unterlagen für eine interdisziplinäre Veranstaltung mit lokalen Vertretern der Ärzteschaft, der Seelsorge, der Spitex und eventuell weiterer Leistungserbringer. Dialog Ethik organisiert den Anlass, bedient die Podiumsteilnehmer (Arzt, Seelsorger, Spitex) mit den nötigen Unterlagen (z.B. eine Liste mit den häufigsten gestellten Fragen) und moderiert das Gespräch. Die Podiumsteilnehmer beleuchten aus ihrer beruflichen Sicht die Situation des Leidens und Sterbens. Anschliessend haben die Teilnehmer Gelegenheit, Fragen zu stellen. Der Anlass lebt von der aktiven Beteiligung der Besucher. Die bis anhin durchgeführten Veranstaltungen waren sehr erfolgreich und boten den Podiumsteilnehmern wie auch den Besuchern eine besondere Chance der Begegnung.

Dialog Ethik ist sehr interessiert an der Zusammenarbeit mit Ärztenetzen und integrierten Versorgungsnetzwerken. Der Kontakt erfolgt über die Projektleitung.

### Die Vorteile einer Patientenverfügung

Das Verfassen einer Patientenverfügung geht meist einher mit einer Bilanzierung des eigenen Lebens. Wer sich dazu durchringt, erfährt oftmals eine spürbare Entlastung. Für Ärzte und Pflegende ist es hilfreich, den mutmasslichen Willen des Patienten zu kennen; es fällt ihnen leichter, einem Patienten alle lebenserhaltenden Massnahmen zuzumuten oder diese zu unterlassen und auf eine palliative Behandlung zu wechseln, wenn die Entscheidung für das eine oder andere schriftlich vorliegt. Angehörige scheuen sich oftmals aus verschiedenen Gründen, das Thema anzusprechen. Wer jedoch im Alter mit seinen Nachkommen über sein Sterben sprechen kann, krönt das gegenseitige Vertrauensverhältnis. Eine gut abgefasste und aktuelle Patientenverfügung, die jederzeit abrufbar ist, bedeutet auch für die Angehörigen eine grosse Hilfe. ■

**Autorin:**  
**Dialog Ethik**

**Katharina Bärtschi**, Projektleiterin  
Sonneggstrasse 88  
8006 Zürich  
Tel. 01-252 42 59  
E-Mail: kbaertschi@dialog-ethik.ch

### Aufruf an aktiv Interessierte

Bei der Begleitung Sterbender zu Hause stellen sich für Hausärztinnen/Hausärzte und für Pflegende spezifische Fragen und Probleme. Wo erleben Sie in Ihrem Alltag die Probleme und Stolpersteine? Wären Sie interessiert an praxisorientierten Guidelines oder Checklisten (oder kennen Sie bestehende Dokumente dieser Art), welche nützliche Hinweise zu den wichtigsten Punkten auflisten?

Wären Sie interessiert, sich in einer Arbeitsgruppe mit diesen Fragen auseinander zu setzen?

Rückmeldungen und Hinweise aller Art sind erbeten an: Hansueli Schläpfer, E-Mail: schlaepfer11@bluewin.ch

# Die Krankheitskosten im Todesfall – Eine deskriptiv statistische Analyse

**Die Kosten unmittelbar vor dem Tod sind ein häufiges Thema in der gesundheitspolitischen Diskussion. Der vorliegende Artikel prüft verschiedene Hypothesen zum Verlauf dieser Kosten und zum Zusammenhang mit verschiedenen Eigenschaften der Verstorbenen. Als Grundlage dient eine statistische Analyse von 14 944 Todesfällen.**

**Konstantin Beck und Urs Käser-Meier**

Die Krankheitskosten kurz vor dem Tod sind seit längerer Zeit ein Thema in der Literatur. International lässt sich der Nachweis erbringen, dass in der Zeit vor dem Tod die Kosten im Durchschnitt stark ansteigen [1, 2, 3]. Am provokativsten dürfte die Aussage von Zweifel et al. sein (basierend auf 1041 Todesfällen), dass nicht das Alter, sondern lediglich die Nähe zum Tod für den Kostenanstieg bei älteren Personen verantwortlich sei [4]. Aus diesem Befund lässt sich ableiten, dass die demografische Alterung der Bevölkerung die Gesundheitskosten nicht erhöht.

Grobe Analysen bestätigen, dass der demografische Effekt bisher stark überschätzt worden ist. Beck errechnet einen jährlichen demografiebe-

dingten Kostenanstieg von lediglich 5 Promille bis ins Jahr 2050 [5]. In der vorliegenden Arbeit versuchen die Autoren mit einer breiteren Stichprobe von 14 944 Todesfällen die Kostensituation vor dem Tod differenzierter zu beschreiben. Untersucht wurden Fälle von Personen, die im Zeitraum Januar 2000 bis Dezember 2001 verstorben sind. Es kann für jede Person der monatliche Leistungsbezug in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bis zum Januar 1998 zurückverfolgt werden. Das sind je nach Todesdatum 25 bis 48 Monate.<sup>2</sup> Bei den Verstorbenen handelt es sich um CSS-Versicherte aus der ganzen Schweiz.

## Empirische Resultate

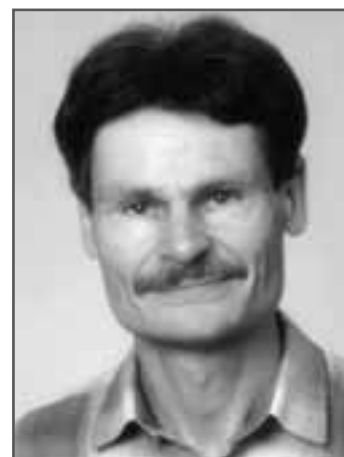
Betrachtet man den Verlauf der Durchschnittskosten in den letzten 24 Monaten vor dem Tod, so präsentiert sich das erwartete Bild: Die Durchschnittskosten steigen auf den Todeszeitpunkt hin stark an. Der Mittelwert steigt in den letzten zwei Jahren von 892 auf 2744 Franken pro Monat. Der Median liegt im letzten Monat bei 1687 Franken, die Hälfte der Versicherten verursacht also deutlich unterdurchschnittliche Kosten. Im Todesfall, wie auch sonst in der Krankenversicherung, sind die Krankheitskosten sehr asymme-

<sup>1</sup> Die Autoren danken Ute Kunze, Mitarbeiterin der Abt. Mathematik & Statistik, CSS Versicherung Luzern, für den Datenabzug.

<sup>2</sup> Ein Problem ergibt sich, da in der Datenbank nur der Todesmonat, nicht aber der Todestag abgelegt ist. Das hat zur Folge, dass der letzte Monat vor dem Tod je nach Person 30 Tage oder nur einen Tag dauert. Da diese Verzerrung individuell nicht korrigiert werden konnte, basiert die vorliegende Untersuchung nur auf den Kosten bis zum zweitletzten Kalendermonat vor dem Tod. Kontrollrechnungen ergaben, dass der Einbezug korrigierter Werte des letzten Kalendermonats vor dem Tod die Aussagen nicht relativieren würde.



Konstantin Beck



Urs Käser-Meier

trisch verteilt; ein Fünftel der Verstorbenen hat auch im letzten Monat keine OKP-Leistungen bezogen (Tabelle 1).

## Spitzenreiter Spital und Pflegeheim

Die höchsten Kosten fallen wie zu erwarten im Spital und in den Pflegeheimen an, wobei das Gewicht des Spitals gegen das Lebensende hin zu-



Tabelle 1:

**Verteilung der OKP-Leistungen vor dem Tod**

Anzahl Monate vor dem Tod	Versicherte mit Leistungen unter Fr. 100.–/Monat	Versicherte mit Leistungen über Fr. 5000.–/Monat
1	21%	17,6%
3	26%	10,2%
12	37%	4,6%
24	45%	3,3%
Alle Versicherten <sup>3</sup>	> 60%	< 0,35%

Tabelle 2:

**Regressionsresultate**

(Erklärt werden die Kosten im Monat vor dem Tod, R2 = 47,6 Prozent, Signifikanz mit \* markiert)

Faktor	Koeffizient in Fr./Monat	t-Wert	Signifikanz
Konstante*	254	2,9	0,004
Todesjahr (2000 = 0/2001 = 1)*	112	2,5	0,012
Stadt/Land	57	1,1	0,281
Lat.-CH/D-CH*	133	2,8	0,005
Frauen/Männer*	135	2,9	0,004
Alter 0–40*	538	3,7	0,000
Alter 41–60*	680	7,0	0,000
Alter 61–70*	564	6,2	0,000
Alter 71–80*	341	4,4	0,000
Alter 81–90	-6	-0,1	0,933
Pflegeheim ja/nein*	1270	23,3	0,000
Spital ja/nein*	5890	114,8	0,000

nimmt (von 30% 24 Monate vor dem Tod auf 60% im letzten Monat) und jenes des Pflegeheims abnimmt (von 28% auf 19%). Die ambulanten Leistungen erreichen ihr Maximum drei (Arzt, Medikamente und Spital ambulant) respektive vier Monate (Physiotherapie) vor dem Tod. Nur ein Viertel aller Verstorbenen war während des letzten Monats 30 Tage im Pflegeheim; gerade 3,2 Prozent bezogen während der ganzen letzten zwei Lebensjahre Pflegeheim-Leistungen im Wert von über 1000 Franken pro Monat (bei den über 90-Jährigen waren es 8,4%). Allgemein gilt: 42 Prozent aller Versicherten weisen im Todesmonat keine stationären OKP-Leistungen auf. Mehr als zwei Fünftel scheinen demnach ausserhalb einer stationären Einrichtung zu sterben. (Allerdings fehlen in dieser Betrachtung die tödlichen Unfälle der arbeitenden Bevölkerung.)

**Altersabhängige Todesfallkosten**

Betrachtet man das Alter der Verstorbenen, so zeigt sich, dass im letz-

ten Monat bei den 41- bis 80-Jährigen die höchsten Kosten anfallen. Unter 40-Jährige und Hochbetagte weisen unterdurchschnittliche Todesfallkosten auf.<sup>4</sup> Das entspricht den Erwartungen. Bei den Kindern scheinen die Fälle aufwändiger, aber erfolgloser lebensverlängernder Massnahmen nicht ins Gewicht zu fallen. Bei den Hochbetagten scheinen weniger medizinische Anstrengungen zur Lebenserhaltung unternommen zu werden als bei Personen mittleren Alters.

Mit zunehmendem Abstand zum Tod wird die Verteilung zweigipflig. Die Hochbetagten weisen zwei Jahre vor dem Tod leicht höhere Kosten auf als die Personen mittleren Alters. Die Kostenunterschiede sind allerdings nicht sehr ausgeprägt; die Mehrkosten der Hochbetagten betragen nur 40 Prozent (*Abbildung 1*).

**Geschlechtsspezifische Unterschiede**

Frauen weisen durchwegs höhere Todesfallkosten auf als Männer. Das

ist auf den höheren Anteil alleinstehender Personen in der älteren weiblichen Bevölkerung zurückzuführen. Da Männer jünger sterben, ist bei ihnen die Wahrscheinlichkeit, zu Hause gepflegt zu werden und den Heimeintritt zu vermeiden oder zumindest hinauszuschieben, grösser als bei Frauen. Der relative Unterschied zwischen den Geschlechtern reduziert sich mit der Nähe zum Tod (von 36% 24 Monate vor dem Tod auf 2% unmittelbar vor dem Tod).

**Todesfälle ohne OKP-Kosten**

Der Tod ist nicht zwingend mit hohen Kosten verbunden: 17,6 Prozent der Verstorbenen weisen im letzten Monat keine Kosten auf, 20 Prozent (bzw. bei den unter 40-Jährigen sogar 53,9%) Bagatellkosten von 0 bis höchstens 100 Franken. Zieht man von den 17,6 Prozent jene ab, bei denen die Todesfallkosten nicht in den OKP-Daten erscheinen, weil sie durch Unfall (5,4%) oder Freitod (2,4%) gestorben sind, so bleibt die Aussage zulässig, dass mindestens jeder Zehnte einen plötzlichen Tod ohne medizinische Behandlung stirbt.

**Simultane Analyse diverser Faktoren**

In einer simultanen Analyse wurde der Zusammenhang zwischen den OKP-Leistungen im letzten Monat und diversen Faktoren untersucht (siehe *Tabelle 2*). Im Jahr 2001 sind die Todesfälle durchschnittlich 112 Franken teurer als im Jahr zuvor. Wenig signifikant ist der Unterschied Stadt/Land. Die Kosten der lateinischen Kantone sind – ceteris paribus – statistisch signifikant um 133 Franken höher als jene in der Deutschschweiz, die Kosten der Frauen sind um 135 Franken höher als jene der Männer. Junge und sehr alte Personen haben tiefere Kosten als die 41- bis 60-Jährigen. Den

<sup>3</sup> Anteil aller Versicherten (verstorbene und nicht verstorbene) in der entsprechenden Kostengruppe

<sup>4</sup> Allerdings sind auch bei dieser Betrachtung die Unfallkosten nicht berücksichtigt, da sie nicht in der OKP enthalten sind. Bei den 15- bis 34-Jährigen sind Unfall oder Gewalteinwirkung für 59 Prozent, bei über 65-Jährigen nur für 4,4 Prozent der Todesfälle verantwortlich [6]. Durch den Einbezug der Unfallkosten würden die Gesamtkosten (OKP- + Unfallkosten) und hiermit die Kosten pro Todesfall bei den 15- bis 34-Jährigen also stark, bei den über 65-Jährigen dagegen nur unwesentlich ansteigen.



Abbildung 1:

**OKP-Kosten abhängig vom Alter und von der Nähe zum Tod**

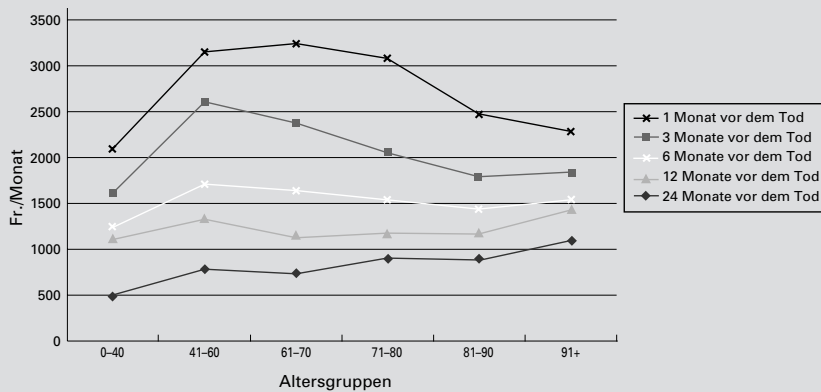
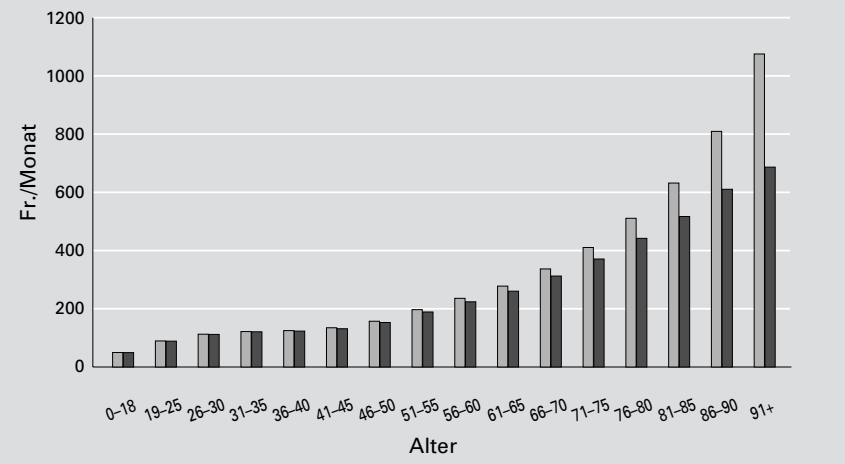


Abbildung 2:

**Durchschnittskosten pro Altersgruppe aller Versicherten (hell) im Vergleich mit den Durchschnittskosten der überlebenden Versicherten (dunkel)**



wichtigsten Einfluss hat die Frage, ob jemand im letzten Monat hospitalisiert war oder nicht (5890 Fr. Unterschied) beziehungsweise im Pflegeheim weilte oder nicht (1270 Fr. Unterschied).<sup>5</sup> Wenn man die Spital- und die Pflegeheimvariable weglässt, alle Leistungen bis 24 Monate vor dem Tod betrachtet und den Abstand zum Tod als weiteren Erklärungsfaktor einführt, so werden zwar sämtliche Faktoren hochsignifikant, der Erklärungsgehalt des Modells sinkt allerdings auf nur gerade 4 Prozent. Mit anderen Worten: Die demografischen und geografischen Faktoren bestimmen die Va-

riabilität der Kosten nur zu einem sehr kleinen Teil.

**Todesfallkosten und Altersprogression**

Wie stark prägen nun die Todesfallkosten die Altersprogression der OKP-Leistungen? Um dies zu ermitteln, wurden für das Jahr 2000 für den ganzen Versichertenbestand der CSS (rund 1 Mio. Versicherte) die durchschnittlichen Leistungen pro Altersklasse mit und ohne Todesfälle berechnet (Abbildung 2). In der zweiten Gruppe wurden die Leistungen derjenigen Personen abgezogen, welche maximal zwölf Monate vor ihrem Tod standen. Es wird deutlich, dass dadurch die Altersprogression zwar nicht verschwindet, aber stark reduziert wird. Die Kosten der über-

90-Jährigen liegen nur noch 6-mal über dem Niveau der jungen Erwachsenen und nicht mehr 9,5-mal wie bei Berücksichtigung der Verstorbenen.

**Schlussfolgerung**

Die These von Zweifel et al. kann mit den vorliegenden, detaillierteren Daten teilweise gestützt, teilweise bereichert werden. Es zeigt sich, dass sich die altersbedingte Leistungsprogression verringert, wenn die Kosten der letzten zwölf Monate vor dem Tod ausgeklammert werden (Abbildung 2). Es zeigt sich zudem für die Kosten im Todesfall, dass die hohen Kosten bei den Erwachsenen mittleren Alters und nicht bei den Hochbetagten anfallen (Abbildung 1). Schliesslich bestätigen wir die starke Progression der Durchschnittskosten zum Todeszeitpunkt hin, weisen aber gleichzeitig eine starke Heterogenität der individuellen Leistungen nach. Etwa jeder zehnte Versicherte stirbt einen plötzlichen Tod, ohne Leistungen zu beanspruchen. ■

Autoren:

**Dr. Konstantin Beck**

Leiter Mathematik & Statistik

CSS Versicherung

E-Mail: konstantin.beck@css.ch

**Dipl. math. Urs Käser-Meier**

Mitarbeiter Mathematik & Statistik

CSS Versicherung

E-Mail: urs.kaesermeier@css.ch

**Literatur:**

1. Nooren, J.E.A.M. und René van Vliet (1994): Sterfte: een verdeelkenmerk voor normitkeringen?, in: Tijdschr. Soc. Gezondheidsz, Jahrgang 72, S. 221-230.
2. Lubitz, James D. und Gerald F. Riley (1993): Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life, in: New England Journal of Medicine, Vol. 328, No. 15, S. 1092-1096.
3. Emanuel, Ezekiel J. und Linda L. Emanuel (1994): The Economics of Dying. The Illusion of Cost Savings at the End of Life, in: The England Journal of Medicine, Vol. 2, S. 540-543.
4. Zweifel, Peter et al. (1995): Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation, in: P. Oberender (Hrsg.): Gesundheit und Alter (Nomos) Baden-Baden.
5. Beck, Konstantin: Risiko Krankenversicherung - Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt (in Vorbereitung).
6. Bundesamt für Statistik (1995): Todesursachenstatistik, Bern/Neuenburg.

<sup>5</sup> Ein Mann-Whitney-Test, angewandt auf die Sprachregionen und Geschlechtsklassen, zeigt hochsignifikante Unterschiede. Desgleichen der Kruskal-Wallis-Test, bezogen auf die Altersklassen.

## Ärztenetze und Rating – evidence-based oder concurrence-based ...

### Podiumsveranstaltung vom 20. März 2003, 16.15 bis 19 Uhr

Landesmuseum Zürich, Roter Saal

Einleitendes Referat durch Herrn Dr. Max Albrecht-Fischer,  
Präsident med-swiss.net.

Gesprächsleitung: Herr Olivier Klaffke

Referenten:

Herr Dr. Westebbe, Medizinsoziologe und Kommunikations-  
wissenschaftler, München

Herr Dr. A. Häfeli, Präsident der Aargauer Ärztegesellschaft

Herr M. Manser, Helsana Versicherungen

Herr Dr. M. Peltenburg, Evimed

Herr Dr. B. Künzi, Swisspep

Herr Dr. P. Christen, Qualimed.net

Wir freuen uns, Sie zu diesem brennenden Thema, dessen Inhalt die Medizin  
in den nächsten Jahren nachhaltig beeinflussen wird, einladen zu dürfen.

Wir hoffen, dass wir zusammen mit Ihnen Antworten finden auf die zentrale  
Frage, wie durch solide Studien belegtes Medizinwissen mit entsprechenden  
Abklärungs-, Therapie- und Kostenfolgen in Einklang gebracht werden kann  
mit der zunehmenden Forderung nach Konkurrenz unter den Ärzten.

Bitte melden Sie sich bis spätestens am 1. März  
bei der Geschäftsstelle von med-swiss.net an  
(Adresse siehe oben).



Vorstand med-swiss.net



# Betrugsverdacht – was nun?

Ich betreue eine Brustkrebspatientin mit Knochenmetastasen. In den letzten drei Jahren habe ich insgesamt sieben szintigrafische Verlaufskontrollen zur Beurteilung des Therapieerfolgs veranlasst.

Zur Beantwortung meiner Frage sind Speicheraufnahmen zwei bis drei Stunden nach Verabreichung eines speziellen Isotops erforderlich. Die Patientin ist im Rahmen eines alternativen Versicherungsmodells mit Budgetverantwortung unserer Gruppenpraxis versichert, das heisst, dass sämtliche Pflichtleistungen der Grundversicherungen aus dem Praxisbudget zu bezahlen sind. Bei einer praxisinternen Prüfung der Szintigrafie-rechnungen ist aufgefallen, dass nicht nur die erwarteten Speicheraufnahmen nach zwei bis drei Stunden, sondern jedes Mal auch eine Gelenksszintigrafie und Teilszintigrafien in Rechnung gestellt wurden. Gelenksszintigrafien zur Verlaufskontrolle bei Knochenmetastasen sind unnötig. Bei vier von sieben Un-

tersuchungen sind die Teilszintigrafien weder durch Bilder noch durch die Befundung dokumentiert. Pro Untersuchung hat unsere Praxis fast 200 Franken zu viel bezahlt. Wir haben die Angelegenheit mit der allein verantwortlichen Person der betreffenden Institution besprochen. Sie anerkennt, dass die Gelenksszintigrafien bei der gegebenen Fragestellung nicht nötig sind. Die nicht dokumentierten, aber regelmässig berechneten Teilszintigrafien blieben ungeklärt. Die betreffende Person ist bereit, der Gruppenpraxis die Kosten für sämtliche Gelenksszintigrafien und für die nicht dokumentierten Teilszintigrafien zurückzuerstatten.

## Vorteil von Ärzten mit Budgetverantwortung

Wer die Fragestellung eines Abklärungsauftrags nicht kennt, kann im Einzelfall nicht beurteilen, ob die verrechneten Leistungen angemessen waren. Und wer nur die Rechnung in Händen hält ohne die Untersuchungsbefunde, muss einfach glauben, dass die verrechneten Leistungen erbracht worden sind. Deshalb haben Vertrauensärzte und Kassen keine Chancen, unwirtschaftliche Praktiken und betrügerische Tarifierungen der geschilderten Art überhaupt zu erkennen. (Dies ist einer der Nachteile unseres fragmentierten Gesundheitswesens.) Ganz anders ist die Ausgangslage für Ärztinnen und Ärzte in Budgetmodellen. Veranlassen sie eine Untersuchung, erhalten sie nicht nur die Befunde. Sie können auch die Rechnungen einsehen und vergleichen. Sie können Diskrepanzen zwischen Untersuchungsauftrag, Untersuchungsaufwand und verrechneten Leistungen viel eher erkennen als Vertrauensärzte oder Kassen, die nur einen Bruchteil der erforderlichen Informationen besitzen.

## Der nächste Schritt?

Mit der erfolgten Rückerstattung sind unsere finanziellen Ansprüche befriedigt. Wir gehen allerdings davon aus, dass diese Routineuntersuchung mehrmals wöchentlich falsch abgerechnet wurde. Somit dürften die meisten Kassen und ihre Versicherten – ohne es zu merken – zu Schaden gekommen sein, und dies in einem Umfang von Zehntausenden von Franken jährlich. Sind weitere Schritte nötig? Wenn ja, welche? ■

**Dr. med. Christian Marti**

MediX-Gruppenpraxis

Rotbuchstrasse 46

8037 Zürich

E-Mail: christian.marti@hin.ch

### Fälle gesucht!

Haben Sie Lust, sich an einer Falldiskussion zu beteiligen? Gibt es Situationen, aus Ihrem Berufsalltag oder aus Ihrem Qualitätszirkel, die Sie gern zur Diskussion stellen würden? Fall- und Situationsschilderungen für die Rubrik «Der Fall» sind bei uns herzlich willkommen. Für Fragen zur Beurteilung einer geeigneten Situation oder für redaktionelle Unterstützung steht die Betreuerin der Rubrik zur Verfügung.

Betreuung Rubrik «Der Fall»:

Dr. Heidi Schriber

Mitglied des Redaktionsausschusses

der Zeitschrift «Managed Care»

Mühlebachstrasse 84

8008 Zürich

Tel. 043-499 05 30

Fax 043-499 05 31

E-Mail: mail@heidischriber.ch

# Chancen bei einer Strafanzeige

In einem Fall wie dem geschilderten bestehen für die Gruppenpraxis die folgenden fünf Handlungsmöglichkeiten:

1. Sich zur gelungenen praxisinternen Kontrolle gratulieren und weiter nichts unternehmen. Dieses Vorgehen ist wohl die Regel.
2. Orientierung des örtlich zuständigen Krankenkassenverbands und Delegation des Problems. In der Regel werden die Krankenkassen das Problem mangels personeller Ressourcen ebenfalls nicht weiterverfolgen.
3. Orientierung der kantonalen Aufsichtsbehörde (Gesundheitsdepartement), welche dem Institut die Betriebsbewilligung erteilt hat. Diese kann beim Institut intervenieren, was in der Regel ohne weitere Rechtsfolgen bleiben wird, immerhin aber präventiven Charakter haben kann.
4. Einschalten von Öffentlichkeit und Presse («Beobachter», «Saldo», «Puls Tipp» etc.).
5. Strafanzeige beim nächsten Polizeiposten.

Eine Strafanzeige dürfte der einzige Schritt sein, der nachhaltig etwas verändern kann. Allerdings ist er zeitaufwändig, und der Anzeigsteller muss in Kauf nehmen, in Ärztekreisen als Nestbeschmutzer zu gelten. Auch wenn dieser Schritt nur sehr selten beschritten wird, möchte ich kurz auf die strafrechtlichen Aspekte eingehen:

In einem Bundesgerichtsentscheid aus dem Jahr 1977 (BGE 103 IV 178) wurde die Urkundenqualität eines Krankenscheins bejaht. Entsprechend wurde ein Psychiater wegen unwahrer Eintragungen von Konsultationen und Tarifpositionen der Urkundenfälschung (Art. 251 Strafgesetzbuch [StGB]) schuldig gesprochen und verurteilt. In einem Entscheid des Kantons Basel aus dem Jahre 1989 (veröffentlicht in BJM 1989, S. 146) wurde ein Arzt, der Behandlungsdaten zu Händen der Krankenkasse gefälscht hatte, wegen Betrugs gemäss Artikel 146 StGB verurteilt, weil sein Vorgehen zu einem unberechtigten Honorar für ihn selber führte. Beides sind Straftatbestände, bei welchen Zuchthaus bis zu

fünf Jahren oder Gefängnis droht, im Fall von gewerbsmässigem Betrug (wäre anzunehmen, wenn nachgewiesen werden könnte, dass das Institut in unbestimmt vielen Fällen nicht erbrachte Leistungen verrechnet oder unnötige Leistungen erbracht hat) gar mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren oder Gefängnis nicht unter drei Monaten.

Im vorgestellten Fall geht es um ein im Medizinalbereich tätiges spezialisiertes Institut, dessen verantwortliche Person in der Regel ein Arzt ist. Entsprechend ist davon auszugehen, dass die oben erwähnten Straftatbestände auch gegenüber dem Leiter des Instituts Anwendung finden können.

Bei den geäusserten Vorwürfen sind zwei Sachverhalte zu unterscheiden: Einerseits hat das betreffende Institut unnötige Untersuchungen durchgeführt (Gelenkszintigrafien und Teilszintigrafien) und in Rechnung gestellt, und andererseits wurde in vier Fällen Rechnung gestellt für Untersuchungen (Teilszintigrafien), die gar nicht durchgeführt wurden. Beide Sachverhalte sind meines Erachtens strafrechtlich relevant, sofern dem Verantwortlichen des Instituts nachgewiesen werden kann, dass er absichtlich Leistungen in Rechnung stellte, die er gar nicht erbracht hat oder für die kein Auftrag bestand. Da beide Sachverhalte im vorliegenden Fall wiederholt aufgetreten sind, könnte dieser Nachweis durchaus erbracht werden. Somit besteht eine gewisse Chance auf eine Verurteilung.

Durch das beschriebene Vorgehen des Instituts werden tausende Patienten entweder direkt durch höhere Selbstbehalte oder indirekt durch höhere Krankenkassenprämien geschädigt. Es stellt sich die Frage, weshalb angesichts dieser Tatsache nicht häufiger Anzeigen erhoben werden, die ja auch präventiven Charakter hätten.

Die Antwort liegt darin, dass der einzelne Patient in der Regel ein solches Fehlverhalten, wenn er es überhaupt feststellt, als einmaliges Versehen akzeptiert und nicht davon ausgeht, dass System dahinter steckt. Entsprechend wäre

es wichtig, dass solche Fehler in der Abrechnung gegenüber der eigenen Krankenkasse gemeldet werden, welche eher in der Lage ist, solche Daten zu sammeln, und bei einer signifikanten Häufigkeit entsprechende Schritte gegen diese Leistungserbringer einleiten könnte. In unserem Fall hat sicherlich auch die Gruppenpraxis selber zumindest die Pflicht, ein solches Verhalten der betreffenden Krankenkasse anzuzeigen. In einem so krassen Fall wie dem vorliegenden wäre auch direkt eine Anzeige bei der örtlich zuständigen Strafuntersuchungsbehörde möglich.

Schliesslich ist noch festzuhalten, dass die in Diskussion stehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs vermutlich eine stark präventive Wirkung auf alle Anbieter im Gesundheitswesen hätte und sie motivieren würde, sich an die geltenden Gesetze und Tarife zu halten! ■

**Lic. iur. Martin Lutz**

Rechtsanwalt

Vorstand der Patientenstelle Basel

E-Mail: mlutz@lbg-law.ch



# Was kann und soll ein Arzt in einer solchen Situation unternehmen?

Der Text von Christian Marti, «Betrugsverdacht – was nun?», erschien am 13. November 2002 in der «Schweizerischen Ärztezeitung»<sup>1</sup>. Zwei Leser haben geantwortet: der Waadtländer Kantonsarzt, Jean Martin, und ich, allerdings nur mit einer kurzen E-Mail<sup>2</sup>. Ich merkte an, dass für mich das Problem mit der Rückzahlung nicht erledigt ist, sondern dass eine offizielle Stelle eingeschaltet werden muss. Ich habe mich deshalb auch bei der FMH erkundigt, die mir aber keinen klaren Weg aufzeigen konnte.

Heidi Schriber, welche für die vorliegende Artikelserie verantwortlich zeichnet, hat mir folgende Fragen gestellt, auf die ich gerne eingehen:

## Was soll ein Arzt in einer solchen Situation unternehmen?

Mit der Rückzahlung allein ist das Problem nicht gelöst, weil ich davon ausgehen muss, dass die Patientin der MediX-Gruppenpraxis nicht die einzige Betroffene war. Schliesslich sind bei vier von sieben Szintigrafien überhöhte Rechnungen gestellt worden («Though this be madness, yet there is method in it»). Es geht um Betrug. Allerdings sollte der Arzt, der den Mut hat, Anzeige zu erstatten, nicht auch noch die ganze Beweislast zu tragen haben, sondern es müsste eine Stelle geben, welche die Meldung eines möglichen Betrugs entgegennimmt, weiterverfolgt und die (auch gesetzlich) notwendigen Schritte einleitet. Ich denke an die Blaue oder die Paritätische Kommission. Falls sich keine Kommission für für solche Fälle zuständig erklärt, würde ich das Problem dem Kantonsarzt melden.

## Sind solche Situationen gemäss Ihrer Erfahrung häufig?

Ich habe noch nie eine so eindeutige Situation erlebt.

## Gibt es einen institutionalisierten, geregelten Umgang mit solchen Situationen?

Es gibt meines Wissens keinen institutionalisierten Ablauf für solche Situationen. Falls auch Hanspeter Kuhn in seinem Kommentar für die FMH keinen klaren Weg nennen kann, sollten wir Ärzte ihn schaffen.

## Können Patienten solche «Betrugssituationen» erkennen, und was müssen sie unternehmen?

Im Kanton Zürich erhalten die Patienten die Arztrechnungen und leiten sie den Krankenkassen weiter. Die erwähnte Patientin hatte total sieben Szintigrafien. Bei vier von sieben war die Rechnung um 200 Franken höher. Diese Differenz hätte auch die Patientin selber feststellen können. Sie hätte den Leistungserbringer, den Hausarzt, ihre Krankenkasse oder eine Patientenstelle fragen können.

## Welche Rahmenbedingungen würde es brauchen, damit Patienten oder auch Ärzte bei einem solchen Verdacht handeln könnten?

Patienten haben es einfacher, wenn sie einen Fehler vermuten: Sie können sich an ihre Krankenkasse oder an die Patientenstelle wenden, die das weitere Vorgehen für sie übernimmt. Für uns Ärzte ist es schwieriger: Wir sind auf gegenseitiges Vertrauen angewiesen und hätten gerne eine Instanz, die uns die direkte und persönliche Anschuldigung eines Kollegen abnimmt. Zudem kann der Übergang vom Fehler zum Betrug bei der Rechnungsstellung fließend sein. Wir erleben es im Spital, dass Patienten für die gleiche ambulante Behandlung (z.B. Bluttransfusionen) unterschiedliche Rechnungen erhalten. Die Differenzen sind in der Regel gering und haben mit dem komplizierten Abrechnungssystem zu tun. Sie entspringen im Spital keiner betrügerischen Absicht, da die Mitarbeiter leistungsunabhängig entschädigt werden. Wegen des unüberschaubaren Tarifwesens kann es auch in der Privatpraxis vorkommen, dass komplizierte Leistungen kleinere Abrechnungsfehler enthal-

ten. Bevor wir eine offizielle Anzeige gegen einen Kollegen erstatten, sollte eine standeseigene Stelle eingeschaltet werden können, welche verdächtige Rechnungen kontrolliert und feststellt, ob die Differenz im Rahmen des Ermessens liegt oder ihn klar überschreitet. Im letzteren Fall muss diese Stelle dann auch handeln und wenn nötig den Rechtsweg einschlagen. Die mehrfach geäusserte, löbliche Absicht des FMH-Präsidenten, die «Schwarzen Schafe» dort zur Rechenschaft zu ziehen, wo es der Standesorganisation möglich ist, darf kein Lippenbekenntnis sein. ■

Interessensverbindungen: keine

**Dr. Urs Strebel**

Chefarzt Medizin

Kreisspital

Postfach

8708 Männedorf

E-Mail: u.strebel@spitalmaennedorf.ch

1 C. Marti: Betrugsverdacht – was nun? SAEZ 2002; 83 (46): 2521–22.

2 Anmerkung der Redaktion: In der Zwischenzeit haben einige weitere Leser reagiert, einige davon in Form eines Leserbriefes in der Schweizerischen Ärztezeitung [SAEZ 2003; 84 (1/2): 8 und SAEZ 2003; 84 (4): 121–122].

# Betrugsverdacht und KVG-Revision: Echte Zusammenarbeit oder «Rette sich, wer kann»?

## 1. Kriminalisierung als Mittel für jeden Zweck?<sup>1</sup>

Der St. Galler Kantonsrichter Niklaus Oberholzer hat kürzlich in einem bedenkenswerten Aufsatz geschrieben: «Die strafrechtlichen Steuerungsmöglichkeiten – nicht zuletzt auch im Bereich gesellschaftlicher Auswüchse und Defizite – sind weit gehend erschöpft. Denn Kriminalität ist gelegentlich nichts anderes als eine Konsequenz verfehlter Politik.»<sup>2</sup>

Im Alltag sagen wir bald einmal: «Das ist doch Betrug!» Die strafrechtlichen Kriterien für Betrug (Art. 146 Strafgesetzbuch) hingegen sind komplex: «Wer in der Absicht, sich oder einen andern unrechtmässig zu bereichern, jemanden durch Verspiegelung oder Unterdrückung von Tatsachen arglistig irreführt, oder ihn in einem Irrtum arglistig bestärkt und so den Irrenden zu einem Verhalten bestimmt, wodurch dieser sich selbst oder einen andern am Vermögen schädigt.»<sup>3</sup> Nicht nur Laien kämpfen mit der Bestimmung: «Die Anwendung des Tatbestandes auf die vielfältigen Erscheinungsformen des Betruges bereitet jedoch erhebliche Schwierigkeiten.»<sup>4</sup>

## 2. Sanktionen im Fall: Auf was kommt es an?

Betrug setzt Vorsatz voraus. Wenn wegen der falschen Abrechnung Sanktionen erwogen werden, kommt es rechtlich darauf an, ob die Verrechnung von nicht erbrachten Leistungen vom Arzt bewusst angeordnet wurde<sup>5</sup> oder aber Resultat eines unabsichtlichen Fehlers oder fehlender Tarifkenntnis bei Arzt oder Arztgehilfin ist. Falsche Tarifanwendung gibt es übrigens in beide Richtungen; der Direktor der Ärztekasse hat mir vor Jahren gesagt, die zu viel und die zu wenig verrechneten Leistungen bei den über die Ärztekasse abrechnenden Ärzten und Ärztinnen dürften ungefähr ein Nullsummenspiel ergeben. Falls dies zutrifft, wäre die Hoffnung der Kassen, mit besseren Kontrollen Geld zu sparen, eine Illusion.

Defensivmedizin allein ist nicht strafbar,

darf es nicht sein. Das KVG sieht dafür Rückerstattungsansprüche des Patienten beziehungsweise Versicherers vor<sup>6</sup>. Welche Röntgendiagnostik vorliegend sinnvoll war, weiss ich nicht. Aber kein Fach weiss allein, welche Untersuchungen und Behandlungen im anderen Fachgebiet sinnvoll sind und welche nichts bringen. Zu oft habe ich gerade von Radiologen und Chirurgen gehört, dass Zuweiser ungeeignete Untersuchungsmethoden verlangten und zweifelhaft Operationsindikationen stellten.

## 3. Wie weiter? Care Management im KVG fördern!

Christian Marti legt den Finger auf den entscheidenden Punkt: Die behandelnden und zuweisenden Ärzte und Ärztinnen müssen verlässliche und einfach zu verdauende Information darüber erhalten, was bei anderen Leistungserbringern gemacht und was verrechnet wird. Die Analyse muss künftig ärzteintern so weit vorangetrieben werden können, dass verantwortungsvoll entschieden werden kann, ob eine kollegiale Diskussion oder die Einschaltung der Kassen oder aber der Strafrichter der richtige nächste Schritt ist. Was kann und muss das Parlament tun, um dies zu ermöglichen?

■ In der KVG-Revision sind die Vorschläge rasch umzusetzen, die zurzeit in einer BSV-Arbeitsgruppe unter Mitarbeit der FMH erarbeitet werden, um Care-Management-Netzwerken optimale Rahmenbedingungen zu eröffnen. Denn im Netzwerk können die Informationen am besten erfasst und aufbereitet werden, die es im Fall von Christian Marti braucht.

■ Sinnlos wäre hingegen, wenn der Gesetzgeber in der KVG-Revision alle Macht den Kassen gäbe. Denn diese könnten damit nichts Gescheites anfangen, wie gerade unser Fall zeigt. Bei abgeschafftem Kontrahierungszwang würde aus kartellrechtlichen Gründen auch der Kassenverband atomisiert. Kaum denkbar, dass so die bisher unbrauchbare SaS-Kostenstatistik<sup>7</sup> gemeinsam mit der FMH verbessert werden

könnte. Dies ist aber überfällig, um von der heute willkürlichen Entscheidungsfindung bei Rückerstattungsverfahren wegzukommen – und auch damit Ärzte und Ärztinnen wieder zum Einsatz für ein effizientes und faires Gesundheitswesen und gegen Missbräuche zu motivieren. ■

Hanspeter Kuhn<sup>8</sup>

1 Niklaus Oberholzer: Die Rolle des modernen Strafrechts: Kriminalisierung als Mittel für jeden Zweck?; recht 6/2002, S. 221–229.

2 Niklaus Oberholzer, op.cit., S. 228.

3 [http://www.admin.ch/ch/d/sr/311\\_0/a146.html](http://www.admin.ch/ch/d/sr/311_0/a146.html)

4 Günter Stratenwerth: Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil I, 5. Auflage, Stämpfli, Bern, 1995, S. 315.

5 Günter Stratenwerth, op. cit., S. 319: «Arglistig sind danach zunächst falsche Angaben, deren Überprüfung nicht oder nur mit besonderer Mühe möglich ist.»

6 Art. 56 Abs. 2 KVG.

7 Vgl. zur Untauglichkeit der SaS-Statistik die Stellungnahme des FMH-Zentralvorstandes vom 1. September 1998 an die Wettbewerbskommission. Erhellend ist auch ein Vergleich des SaS-Statistikkonzepts mit der aktuellen amerikanischen Literatur zu physician profiling; siehe statt vieler: Peter R. Kongstvedt: Essentials of Managed Health Care, 4. edition, Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland 2001; ISBN 0-8342-1862-3; S. 397ff.

8 Hanspeter Kuhn ist Fürsprecher, stv. Generalsekretär der FMH und Vorstandsmitglied der Schweiz. Gesellschaft für biomedizinische Ethik. Er vertritt hier seine persönliche Meinung. Korrespondenzadresse: FMH, Postfach 293, 3000 Bern 16, fmhrecht@hin.ch.

# Die Ärzteschaft muss die «täglichen Kleindelikte» bekämpfen

Vor über zehn Jahren hat sich ein hochgeschätzter Kollege aus Frankreich, Claude Béraud, Universitätsprofessor und Vertrauensarzt der Nationalen Krankenversicherung, in den Spalten der Zeitung «Le Monde» mutig geäussert über das, was er die «täglichen Kleindelikte»<sup>1</sup> in der Honorarabrechnung gewisser Kollegen nannte. Nach langjähriger Tätigkeit als Kantonsarzt weiss ich, dass die Mehrheit der Ärzte integer sind und ihren Beruf (inklusive Rechnungsstellung) korrekt ausüben. Doch es gibt leider auch einige, die das praktizieren, was Béraud kritisierte. In einer Zeit, wo von allen Partnern des Gesundheitssystems Transparenz verlangt wird, muss sich die Ärzteschaft mit diesem Problem auseinander setzen.

Bis jetzt haben die Vertrauensärzte der Krankenkassen keine besonders effiziente Zusammenarbeit zustande gebracht. Ich möchte festhalten, dass es nicht zu den üblichen Funktionen der Kantonsärzte gehört, Honorarrechnungen zu überprüfen; wenn solche Klagen an uns gelangen, leiten wir sie an die Vertrauensärzte oder an die Spezialkommissionen der Kantonalen Ärztesgesellschaft weiter. Wir haben aber leider feststellen müssen, dass die Versicherer in diesem Bereich sehr zaghaft vorgehen. Liegt es an den geringen Gewinnaussichten (Kosten-Nutzen-Verhältnis)? Sind sie überzeugt, dass es, mit Ausnahme aussergewöhnlicher Fälle (von denen wir einige erlebt haben), mehr kostet, als es an Rückerstattungen einbringt, wenn man solche «Delikte» verfolgt? Erschwerend kommt noch hinzu, dass (wie ich aus Erfahrung bestätigen kann) sehr kritikwürdige Ärzte sehr gute Anwälte haben können – was die Sache nicht einfacher macht.

Man kann nämlich in Fällen wie dem hier vorgestellten behaupten, dass diese unnötigen (und vom Zuweiser nicht verschriebenen) Leistungen aus Versehen erbracht wurden oder dass man es, nach dem Motto «sicher ist sicher», als sinnvoll erachtet hat, sie ungeachtet der Kosten zu erbringen. Es ist deshalb nicht leicht, diese Praktiken auszumerzen. Man müsste Zehntausende von Rech-

nungen unter die Lupe nehmen, allenfalls die Meinung der Patienten erfragen oder eine neutrale Expertenmeinung einholen; all das ist schwerfällig. Nebenbei bemerkt: Gerade um in diesen Fällen mittel- und langfristig effizient intervenieren zu können (und zwar nicht nur punktuell), befürworten die Versicherer und ein Teil des eidgenössischen Parlaments die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ...

Welche Massnahmen können ergriffen werden? Erstens können die Handlungsmöglichkeiten der Vertrauensärzte erweitert werden. Die Geheimhaltung darf, auch wenn sie in unserem Fach aus historischen und deontologischen Gründen sehr berechtigt ist, nicht dazu dienen, unnötige Leistungen und deren Verrechnung zu verschleiern<sup>2</sup>.

Allgemein können die Standesorganisationen, auf kantonaler wie auf nationaler Ebene, eine wichtige Rolle spielen, indem sie diese Praktiken deutlich anprangern. Insbesondere die ehrenrätlichen beziehungsweise standesgerichtlichen Kommissionen müssen in solchen Fällen entschlossen auftreten; die Disziplinarverfahren innerhalb einer Vereinigung wie der unseren ermöglichen schnellere und oft effizientere Entscheidungen als Klagen vor den ordentlichen Gerichten. Deshalb ist es wichtig, dass die Ehrenräte/Standesgerichte der kantonalen Ärztesgesellschaften keine «Papier-tiger» sind. Im Kanton Waadt ging diese Kommission vor 25 Jahren sehr (zu) liebenswürdig mit den fraglichen Kollegen um; heute bemüht sie sich ernsthaft, ihre Funktion mit der nötigen Entschlossenheit wahrzunehmen.

Ein anderes nützliches Mittel besteht darin, diese Probleme in unseren Fachzeitschriften zu thematisieren, um die Ärzteschaft dafür zu sensibilisieren, dass solches Verhalten unakzeptabel ist. Wenn es sich um hochtechnische Leistungen handelt<sup>3</sup>, ist es sinnvoll, sich auch an die Fachgesellschaften zu wenden. Diese werden, aufgrund von Interessenkonflikten, nicht immer Lust haben, restriktive Empfehlungen (Leistungen einschränken, jedesmal die Indikation

prüfen usw.) herauszugeben... Aber sie müssen, ebenso wie die anderen Akteure im Gesundheitsbereich, damit rechnen, künftig eine solche Tutoriatsfunktion zu ihren unumgänglichen Aufgaben zählen zu müssen.

Zusammenfassend: Die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitssystem haben das Recht, ihre Interessen zu verteidigen. Aber es erleichtert die Dinge sehr, wenn die grossen Partner höflich miteinander umgehen und loyal zusammenarbeiten. Was unseren Berufsstand betrifft, so ist es auf keinen Fall wünschbar, dass er einen Block bildet, um eine Minderheit von kritikwürdigen Kollegen, welche unnötige Leistungen erbringen und verrechnen, zu schützen (das ist gegenüber der Mehrheit der ehrlichen Kollegen nicht zu rechtfertigen). Die Ärzteschaft hat hier eine Verantwortung, die sie wahrnehmen muss. ■

**PD Dr. med. Jean Martin**

Médecin cantonal

1014 Lausanne

E-Mail: jean.martin@ssp.vd.ch

Übersetzung aus dem Französischen:

**Rita Schnetzler**

La version française est accessible par internet sur les sites [www.fmc.ch](http://www.fmc.ch) et [www.ManagedCareInfo.net](http://www.ManagedCareInfo.net)

1 la «petite délinquance quotidienne»

2 Einige werden das Berufsgeheimnis zitieren, um die Suche nach unnötigen Leistungen zu erschweren. In diesem Zusammenhang sei der Gesetzesartikel erwähnt, welcher gemäss Beschluss des waadtländischen Grossen Rates vom März 2002 dem kantonalen Gesundheitsgesetz beigelegt wurde:

Art 80a: Personen, die dem Berufsgeheimnis unterstehen, informieren die zuständige Behörde über Fälle von Miss-handlungen und von gefährlichen Behandlungen.

Sie können sich nicht auf das Berufsgeheimnis berufen, um den Gesundheits- und den Strafbehörden die Auskunft über Tatbestände, deren sie selber angeklagt sind, zu verweigern oder um sich zu weigern, im Rahmen von Konflikten mit ihren Patienten vor den Zivilrechtsbehörden als Zeuge aufzutreten.

Der Gesetzgeber hat, als er auf diese Weise das Berufsgeheimnis begrenzte, nicht primär an die Problematik gedacht, von der hier die Rede ist. Aber die Gesetzänderung zeigt, dass die Gesellschaft heute nicht mehr will, dass sich unehrliche Ärzte hinter dem Berufsgeheimnis verstecken können, um ihre Rechnungen nicht offenlegen zu müssen.

3 Wobei es selbstverständlich in sämtlichen Fachgebieten, von der Hausarztmedizin bis hin zu sehr technischen Disziplinen, unnötige Leistungen geben kann.

# Den Stillstand durchbrechen

**Integriertes Managed Care Thurgau – ein Beitrag zur Weiterentwicklung der heutigen Hausarztssysteme**

**Der Patient ist da, aber der Eintrittsbericht fehlt. Das Austrittsdatum ist seit Wochen bekannt, aber Hausarzt und Spitex werden erst am Vorabend informiert. Aufgrund solcher Erfahrungen wünschen sich viele Leistungserbringer und Patienten eine integrierte Versorgung. Doch welche Strukturen braucht es dafür? Im Thurgau wurde ein Modell entwickelt.**

**Alfred Muggli, Jürg Baumberger**

In den Hausarztssystemen ist zurzeit ein gewisser Stillstand, wenn nicht Rückschritt zu verzeichnen. Die Helsana als grösster Krankenversicherer hat einen grossen Teil der Verträge gekündigt, verschiedene Versicherer bevorzugen so genannte Light-Modelle und in anderen Verträgen wird über Einzelfragen diskutiert. Die KVG-Revision schlingert, die Aufhebung des Vertragszwangs ist umstritten und ungewiss, für die Zeit nach Ablauf des Zulassungsstopps sind keine griffigen Instrumente in Sicht. Dadurch werden Managed-Care-Systeme wieder wichtiger. Die Zeit scheint reif, die heutigen Hausarztssysteme inhaltlich einen Schritt voranzubringen. Nun haben Leistungs-

erbringer und im Kanton Thurgau tätige Krankenversicherer ein Konzept zur Weiterentwicklung vorgelegt und ihren Willen bekundet, dieses in den nächsten Jahren auch praktisch umzusetzen: Integriertes Managed Care Thurgau/IMC TG<sup>1</sup>. Mit dem IMC TG sollen die Behandlungsprozesse im Thurgauer Gesundheitswesen unter Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch verbesserte Kooperation optimiert werden, indem gegenüber den heutigen Managed-Care-Systemen weitere Teile der Behandlungskette und dabei insbesondere die Spitalärzte institutionell eingebunden werden.

## Spitalärzte einbeziehen

Die Bestrebungen, Spitalärzte mit in die Verantwortung von Managed-Care-Verträgen einzubinden, werden heute auch von den Grundversorgungsärzten unterstützt, die einsehen, dass die dominierende Stellung, die sie in klassischen Hausarztssystemen eingenommen haben, auf die Dauer so nicht zu halten ist und auch nicht zu guten Resultaten führt. Zwar war die Stärkung der Grundversorgungs-



Alfred Muggli



Jürg Baumberger

<sup>1</sup> Das Konzept beruht auf einem Projekt über die Realisierbarkeit eines flächendeckenden integrierten Managed-Care-Systems für den Kanton Thurgau, das vom Regierungsrat 1999 in Auftrag gegeben wurde.

Für die zweite und entscheidende Projektphase setzte sich die Projektgruppe wie folgt zusammen: Dr. med. Alfred Muggli, Kantonsarzt, Projektleiter; E. Roger Gutersohn, Präsident des Verbands der Ostschweizer Privatkliniken; Dr. med. Olivier Kappeler, Ärztesellschaft Thurgau; Prof. Dr. med. Martin Krause, Chefarzt Medizinische Klinik Kantonsspital Münsterlingen; Adrian Obrist, SanaCare AG; Dr. Christian Schär, Vorsitzender Geschäftsleitung Spital Thurgau AG; Dr. Jakob Weilenmann, Leiter Gesundheitsamt Kanton Thurgau; Andreas Winkler, Helsana Versicherungen AG; Alexander Pensler, Gesundheitsamt Kanton Thurgau, Projektsekretär; Dr. Jürg Baumberger, Externer Berater, Projektbegleitung. Der Projektbericht kann zum Preis von 20 Franken beim Kantonsarzt Thurgau, Dr. Alfred Muggli, Kantonale Verwaltung, 8500 Frauenfeld, bestellt werden.

ärzte durch die Managed-Care-Systeme eine wichtige Entwicklungs- etappe im schweizerischen Gesundheitswesen. Auf der anderen Seite können Managed-Care-Systeme auf Dauer nur wirksam sein, wenn sie von partnerschaftlichen Verhältnissen ausgehen, und zwar nicht nur zwischen Leistungserbringern und Versicherern, sondern auch unter den Leistungserbringern selbst.



Im Kanton Thurgau sind von ärztlicher Seite seit einiger Zeit entsprechende Schritte im Gang. In den im Verband Managed Care Thurgau VMCT zusammengeschlossenen Ärztereinen sind die Spitalärzte heute als Mitglieder vertreten.

Auf der institutionellen Seite zeigte sich aber, dass die Spitalärzte nicht direkt in Managed-Care-Verträge eintreten konnten, da sie an den öffentlichen Spitälern im Angestelltenverhältnis arbeiten. Dies ist nur über den Spitalträger möglich, welcher Rechnungsteller ist und als solcher in die Verantwortung eingebunden werden kann. Analoges gilt auch für die privaten Spitäler, da diese auch für die Leistungen der Belegärzte Rechnungsteller sind.

**Bestehende Instrumente besser nutzen**

Die im Thurgau im Bereich Managed Care aktiven Versicherer möchten die Hausarztssysteme inhaltlich erweitern, wirtschaftliche Aspekte einbeziehen<sup>2</sup> und insbesondere auch die Möglichkeit schaffen, heute zur Verfügung stehende Instrumente zur Verbesserung der Behandlungsqualität umfassender und in einem sinnvollen Gesamtzusammenhang zu nutzen.

Dem Projekt stellten sich damit *zwei hauptsächliche Aufgaben*: Die organisatorische Form zu finden, um auch Spitalärzte in ein integriertes Managed Care einbinden zu können, und den organisatorischen Rahmen zu schaffen, um neue und weiter entwickelte Formen von Managed Care zu entwickeln und einzusetzen.

**Das Konzept**

Die organisatorische Frage der Einbindung der verschiedenen Leistungserbringer wurde so gelöst, dass sich die Leistungserbringer der Versorgungsregion zu einer Organisation zusammenschliessen sollen, die dann gemeinsam den Vertrag mit den Versicherern abschliesst. Dieser Vertrag enthält die Verpflichtung, gemeinsam wirtschaftliche Mitver-

antwortung zu übernehmen – eine Verantwortung, die dann im Binnenverhältnis der Organisation wieder untereinander aufgeteilt wird.

Im Kanton Thurgau heisst diese Organisation, in der die niedergelassenen Ärzte des VMCT, die Spital Thurgau AG und die Vereinigung der Ostschweizer Privatkliniken OPK zusammengeschlossen sind, *Interessengemeinschaft Leistungserbringer Integriertes Managed Care Thurgau ILIT*<sup>3</sup>. Der ILIT können sich selbstverständlich auch ausserkantonale Krankenhäuser vertraglich anschliessen; allerdings ist eine Kontrahierung über die Grenze hinweg zurzeit nicht einfach; hier müssen neue Wege gefunden werden.

Was die inhaltliche Ausgestaltung eines IMC-TG-Vertrags betrifft, so wurde unter anderem festgelegt, dass der «Care Manager» in aller Regel ein niedergelassener Arzt sein soll, bei dem sich der Versicherte einschreiben muss. In der Mehrheit werden dies auch weiterhin Grundversorgungsärzte sein. Die Anforderungen an den Care Manager wurden im Projekt detailliert beschrieben. Er ist Ansprechpartner für die eingeschriebenen Versicherten und erste Steuerungsinstanz im Behandlungsprozess. Daneben übernimmt er die notwendigen administrativen und qualitätsbezogenen Aufgaben aus dem IMC-TG-Vertrag.

Die Steuerung eines medizinischen Falles innerhalb der Behandlungskette wird unter zwei Aspekten

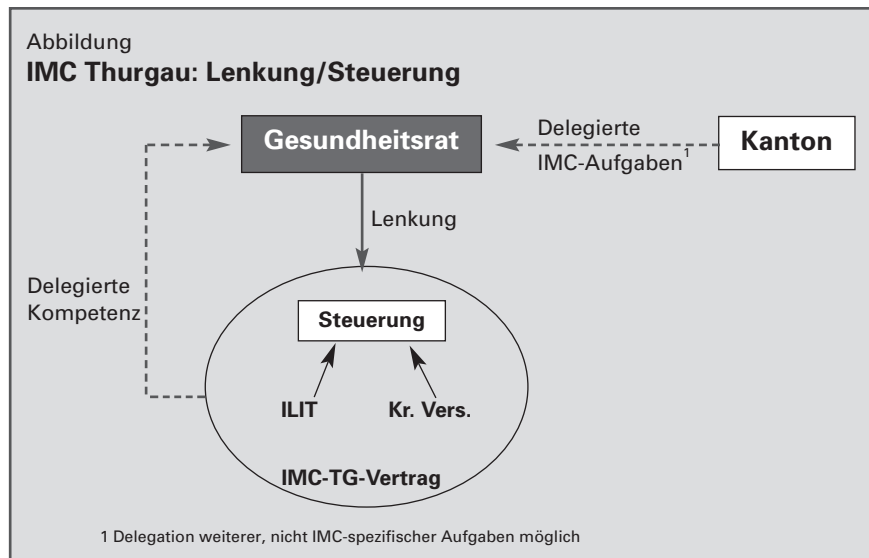
behandelt: die Optimierung des Behandlungsprozesses sowie die Optimierung des Einsatzes finanzieller Mittel. Zur Optimierung des Behandlungsprozesses wird vorgeschlagen, eine professionelle Struktur für das Case Management schrittweise aufzubauen und diese im Rahmen der ILIT in die medizinische Leistungskette zu integrieren. Dabei ist die Zusammenarbeit mit den Versicherern zu suchen, welche jedoch die medizinische Verantwortung für die Behandlung nicht übernehmen wollen oder können. Das Konzept beschreibt weiter Details zur Optimierung des Behandlungsprozesses und in den Anhängen auch die zurzeit zur Verfügung stehenden Instrumente.

Zur wirtschaftlichen Steuerung soll eine Budgetierung der Kostenentwicklung für das versicherte Kollektiv erfolgen; dazu wird unter anderem der Thurgauer Morbiditätsindikator angewendet<sup>4</sup>.

Für die Versicherten ändert sich durch das IMC Thurgau auf den ersten Blick nichts, ausser dass die Möglichkeit entsteht, in Ausnahmefällen auch einen Care Manager/Hausarzt zu wählen, der nicht Grundversorger ist. Die Einschreibepflicht bleibt bestehen, die Anreize, in das System einzutreten, sind je nach Versicherer unterschiedlich.

**Gesundheitspolitische Lenkung**

Weitere Fragen waren unter anderem: Methoden der Budgetierung; systematische Verbesserung der Be-



<sup>2</sup> Die Versicherer wollen dabei nicht das Versicherungsrisiko an die Leistungserbringer abtreten, sie wollen diese jedoch am Behandlungsrisiko beteiligen.

<sup>3</sup> Die Statuten dieses Vereins finden sich im Anhang des Projekt-Schlussberichts.

<sup>4</sup> Dieser ist beschrieben im Projektbericht, Anhang 1.4.

Tabelle:

**Vorgeschlagene Aufgabenteilung zwischen IMC und Gesundheitsrat**

Thema	IMC intern	Gesundheitsrat	
	Steuerung	Lenkung	Konsultation Empfehlungen
Bedarfsplanung/ Zahl Systemteilnehmer	X		X (Genehmigung)
Q-Standards/Behandlungsprozesse	X		X
Gesundheitspolitische Information der Bevölkerung		X	
Technisch-funktionelle Information	X		X
Ombudsstelle		X	
Elektronische Vernetzung/ Datenaustausch: Projekte, Standards, Kontrolle		X <sup>5</sup>	
Systementwicklung/Projekte	X		
Unterstützung Systementwicklung/ Projekte		X	
Schlichtungsverfahren		X	
Controlling			
– Qualität	X		
– Struktur	X		
– Prozess	X		
– Ergebnis	X		
– Finanzen	X		
– Riskmanagement	X		
– Führungsinformationen		X	

Das Stimmenverhältnis ist paritätisch, der Kanton bestimmt den Vorsitz. Es können Fachleute beigezogen werden. Es ist eine klare Abgrenzung zwischen der internen Systemsteuerung des IMC Thurgau und den Aufgaben des Gesundheitsrates vorzunehmen. In gewissen Bereichen kann der Gesundheitsrat aktive Aufgaben haben, in anderen ist eine Konsultationspflicht einzurichten. Die vorgeschlagene Aufgabenteilung ist im Projektbericht beschrieben (vgl. *Tabelle*).

Die Kantone werden in der einen oder anderen Form ihre Aufsicht über die Managed-Care-Systeme verstärken müssen. Der Gesundheitsrat scheint aus der Optik der Projektgruppe ein geeignetes Gremium zu sein, dem der Kanton solche Aufgaben übertragen kann.

**Einführung des IMC Thurgau**

Die Arbeitsgruppe hat den verschiedenen Partnern vorgeschlagen, die bestehenden Hausarztssysteme innerhalb von zwei Jahren an das IMC-TG-System anzupassen. Die Versicherer können auch völlig neue Produkte nach IMC-Konzept anbieten. Voraussetzung ist, dass der Kanton im Laufe der ersten Hälfte des Jahres 2003 den Gesundheitsrat einrichtet. Weiter müssen innerhalb der ILIT die hängigen administrativen Fragen geklärt werden, ebenso wie Fragen zwischen Vertragspartnern, Versicherungen und Leistungserbringern, damit ab Mitte 2003 mit dem Aufbau der neuen Verträge begonnen werden kann.<sup>6</sup>

Die betroffenen Parteien haben bei Abschluss der Projektarbeit erklärt, dass sie mit diesem Vorgehen einverstanden sind und es an die Hand nehmen wollen. ■

Autoren:

**Dr. med. Alfred Muggli**

Kantonsarzt Thurgau

Kantonale Verwaltung

8500 Frauenfeld

E-Mail: alfred.muggli@kttg.ch

**Dr. phil. Jürg Baumberger**

Im Hauweg 6

8370 Sirnach

E-Mail: jb@juergbaumberger.ch

handlungsqualität; neue Formen von Anreizen für den Beitritt von Versicherten in das System; Ausschluss jener Leistungserbringer, die das System missbrauchen oder seine Regeln verletzen, und vor allem auch die gesundheitspolitische Lenkung des IMC-TG-Systems.

In einem Flächenkanton wie dem Thurgau kann der Zusammenschluss der Leistungserbringer zu Monopolsituationen führen; es ist aber auch vorstellbar, dass die Leistungserbringer mit den Versicherern Verabredungen treffen, welche die Versorgung der Bevölkerung gefährden. Aus solchen Überlegungen heraus wurde im Projekt die Idee eines kantonalen Gesundheitsrates entwickelt. Dieser Rat wird vom Kanton eingesetzt und erhält seine Aufgaben aus zwei Bereichen: Zum einen sind es delegierte Aufgaben des Kantons, zum anderen können die Vertragspartner dem Gesundheitsrat, in dem sie vertreten sind, Kompetenzen zur Lenkung des Gesamtsystems übertragen. Die *Abbildung* zeigt diesen Mechanismus.

Es ist davon auszugehen, dass in einem Kanton verschiedene IMC-Verträge bestehen werden, da jeder Versicherer mit der Interessengemeinschaft der Leistungserbringer separat kontrahieren wird. Wichtige Aufgaben des Gesundheitsrates sind daher die Abstimmung der IMC-Aktivitäten zur Bündelung der Kräfte, die Unterstützung der Systementwicklung, das Anstossen von gemeinsamen Projekten sowie die gesundheitspolitische Information der Bevölkerung. Auch kann er als Schlichtungsinstanz zwischen IMC-Vertragspartnern dienen. Der Gesundheitsrat setzt sich gemäss den Vorstellungen des Konzepts wie folgt zusammen:

- Interessengemeinschaft der Leistungserbringer
- Versicherer
- Versicherte/Patienten
- Kanton.

<sup>5</sup> Die elektronische Vernetzung muss kompatibel mit anderen Systemen des Gesundheitswesens sein und daher in einen übergeordneten Rahmen eingebettet werden.

<sup>6</sup> Im Anhang zum Projekt-Schlussbericht ist tabellarisch aufgelistet, in welchen Punkten die bestehenden Managed-Care-Verträge verändert werden müssten.

# Psychische Störungen und die Sozialversicherungen

## Rezension

**Was bedeuten psychische Störungen für die Begutachtung, die Rechtsprechung und die Versicherungsleistungen im Sozialversicherungsbereich? Dieser Frage widmeten sich die vierten Freiburger Sozialrechtstage, die im letzten Herbst stattfanden. Zeitgleich mit der Veranstaltung ist im Stämpfli-Verlag ein Tagungsband erschienen.**

**Ulrike Hoffmann-Richter**

Vom 19. bis 20. September 2002 fanden in Fribourg zum vierten Mal die Freiburger Sozialrechtstage statt. Im Mittelpunkt stand die Bedeutung psychischer Störungen für die Begutachtung, die Rechtsprechung und die Versicherungsleistungen. Angesichts leerer Kassen und wachsender Ansprüche an berufliche Massnahmen und Renten ist die Invalidenversicherung (IV) in Bedrängnis geraten. Die Tatsache, dass 40 Prozent der IV-Renten aus psychischen Gründen gesprochen werden, lässt aufhorchen. Im Bereich der Unfallversicherungen haben zwei Schlagworte zur Beunruhigung beigetragen, noch ohne dass genaue Zahlen über dauerhafte Folgen vorliegen – die posttraumatische Belastungsstörung und das so genannte Schleudertrauma. Dem

Rechtswissenschaftler Erwin Murer ist es gelungen, fast 300 Richterinnen und Richter, Anwälte, Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete mit Versicherungsfachleuten in einem Hörsaal zu versammeln und ihnen ein anspruchsvolles interdisziplinäres Vortragsprogramm zu bieten. Die bekannten Fronten wurden hörbar. Vereinzelt schlugen die Emotionen durch. Vorherrschend aber blieb bei den Teilnehmenden der Eindruck zurück, dass das Gespräch über Fronten und Fachgrenzen hinweg möglich ist – und dass es an dieser Tagung gelungen ist. Der umsichtigen Planung Erwin Murers und des Stämpfli-Verlags ist es zu verdanken, dass der Tagungsband bereits zu Beginn der Tagung vorlag.

In der wissenschaftlichen Literatur werden Tagungsbände nicht sehr hoch geschätzt: Sie können keine durchgängig homogene Qualität der Beiträge liefern; sie müssen sich auf einen mehr oder weniger grossen Ausschnitt der zu interessierenden Thematik beschränken; und sie bieten keine neuen Erkenntnisse. Diese mangelnde Wertschätzung hat mit falschen Erwartungen an einen Tagungsband im Allgemeinen zu tun: Im Idealfall bietet er eine Übersicht über den Stand des Wissens, der laufenden Diskussion und über wichtige Autoren wie Quellen. Darüber hinaus bieten Tagungsbände die Möglichkeit, Wissen und Kritik an aktuellen Fragen systematisch zusammenzutragen, vorläufige Gedanken zu äussern und mögliche Zukunftsszenarien zu entwerfen. Davon lässt sich im Freiburger Tagungsband einiges finden:

Mit seiner «Zwischenbilanz» zur UV und IV und zu den rechtlichen



Ulrike Hoffmann-Richter

Auseinandersetzungen mit reaktiven psychischen Störungen übernimmt Erwin Murer den Auftakt. Er benennt eine Reihe von Problemen: Nicht nur bei den Unfallversicherungen, sondern auch bei der Invalidenversicherung schreibe das Gesetz das Prinzip der Kausalität vor: Die Inva-

«Die Frage nach dem «Wollen-Wollen» (versus «Wollen-Können») sei weder eine rein medizinische noch eine rein nicht-medizinische Frage.»

lidity müsse auf einen Gesundheitsschaden zurückzuführen sein. Das heisse folgerichtig, dass andere Gründe erforscht und benannt werden müssten. Der Grundsatz der Eingliederung vor Rente werde nicht konsequent umgesetzt. Berufsabklärung und Eingliederung kämen

angesichts zu vieler Anfragen häufig zu spät. Man erwarte von den gutachtenden Ärzten eine Beurteilung des Willens zur Eingliederung. Aber die Frage nach dem «Wollen-Wollen» (versus «Wollen-Können») sei

**«Die Psychiatrie sei  
in der Vergangenheit  
zwischen der (Über-)  
Betonung der internen  
und der externen Ursachen  
hin- und hergependelt.»**

weder eine rein medizinische noch eine rein nichtmedizinische Frage. Auf juristischer Seite habe die Adäquanz<sup>1</sup> eine zu hohe Bedeutung. Sie sei überdies deutlich subjektiv geprägt. Und nicht zuletzt sei die Vorstellung von psychischen Leiden problematisch. Man könne sie nicht – wie das Gesetz es aktuell vorsehe – den somatischen gleichsetzen.

Mit seinem letzten Votum gibt Murer zugleich das Stichwort für die nachfolgenden beiden Referate Martin Leonhardts und Albrecht Hirschmüllers aus Tübingen. Leonhardt stellt in seiner «Einführung» zu «Psyche und Trauma» klar, dass es sich um Störungen handelt, die noch vor kurzem als neurotische bezeichnet wurden. Die Psychiatrie sei in der Vergangenheit zwischen der (Über-)Betonung der internen und der externen Ursachen hin- und hergependelt. Der Traumabegriff wie die Vorstellung des Kausalzusammenhangs zwischen Trauma und Störung kämen aus der Chirurgie. Metaphorik aber habe nichts mit Logik zu tun und nichts mit der wissenschaftlichen Ausleuchtung von Zusammenhängen. Der Traumabegriff in der Psychiatrie werde für eine Reaktion auf ein Ereignis ver-

wendet, die darin bestehe, dass die gemachte Erfahrung vom Betroffenen nicht integriert werden könne. Sie werde stattdessen dissoziiert. Dies äussert sich unter anderem in einer Erinnerungsstörung. Leonhardt benennt damit die Grenzen von Konzepten psychischer Reaktionen, die nur Teilaspekte erfassen können und andere vernachlässigen. Albrecht Hirschmüller bewegt sich auf die aktuelle Diskussion um die Folgen des «Schleudertraumas» aus historischer Sicht zu: In einem kurzen Abriss skizziert er die medizinischen Vorstellungen von Unfallfolgen, angefangen bei den Folgen von Eisenbahnunfällen vor 150 Jahren über die Kriegsneurosen bis in die Gegenwart. Auch hier wird die Wiederkehr alter Krankheitskonzepte offensichtlich: Die Ursache der Eisenbahnunfälle wurde zunächst in der Wirbelsäule, später im Gehirn vermutet, um danach als traumatische Neurose verstanden zu werden. Nicht die Erkenntnis sei seitdem gewachsen, sondern die Konzepte hätten sich geändert. Ausschlaggebend seien bei der Beurteilung die gesellschaftliche Lage, die politische Haltung, die Bedeutung der Entschädigung und der Einfluss der Gutachter gewesen. Als seriöser Historiker lässt Hirschmüller sich jedoch nicht dazu verführen, diese Beobachtungen für die Gegenwart zu bestätigen.

Eine Fülle kritischer Anmerkungen und Vorschläge für die Zukunft enthält auch der Vortrag Hans-Jakob Mosimanns über «Rechtsprechung, externe (medizinische) Beurteilung und Adäquanz». Mosimann pointiert die unterschiedliche Bedeutung psychischer Faktoren nach schweren Unfallereignissen einerseits und beim so genannten Schleudertrauma andererseits. Er benennt das unbehagliche Gefühl bei der Rechtsanwendung, das auf Gerechtigkeitsprobleme verweise. Das Alles-oder-nichts-Prinzip der Adäquanz (die ja nur bei psychischen Unfallfolgen eine Rolle spiele) führe zu divergierenden Beurteilungen, unter anderem im Sozialversicherungs- und Haftpflichtrecht. Unterschiedliche Kausalitätskonzept-

te würden verwendet. Der Stellenwert von Teilkausalitäten sei zu diskutieren. Zum Umgang mit somatisch nicht erklärbaren Unfallfolgen macht Mosimann Vorschläge in drei Richtungen: den Verzicht auf die Adäquanzprüfung; andere Kriterien für die Adäquanzprüfung und einen anderen Zugang zum Problem.

Die Tagung hat die Problematik nicht nur beschrieben, sondern ihre Komplexität aufgefoldet. Dasselbe gilt in noch ausgeprägterer Form für den Tagungsband. Diese unvoll-

**«Nicht die Erkenntnis  
sei seitdem gewachsen,  
sondern die Konzepte  
hätten sich geändert.»**

ständige Auswahl lohnender Aspekte soll neugierig auf die gesamte Darstellung machen. Ich wünsche mir, dass die Diskussion ihre Fortsetzung in weiteren Tagungen, vor allem aber in der Alltagsarbeit und in der Verständigung für die langfristig notwendigen Veränderungen über die Fachgrenzen hinweg findet.

*Erwin Murer (Hrsg.): Freiburger Sozialrechtstage. Psychische Störungen und die Sozialversicherung – Schwerpunkt Unfallversicherung. 266 S. Stämpfli Verlag Bern 2002* ■

**Ulrike Hoffmann-Richter**

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie  
Kompetenzzentrum Versicherungs-

medizin

Fluhmattstrasse 1

6002 Luzern

E-Mail:

ulrike.hoffmannrichter@suva.ch

<sup>1</sup> Der Richter kann nicht alle natürlichen Ursachen und Wirkungen eines Ereignisses berücksichtigen. Er muss eine Auswahl treffen. Diesem Zweck dient die Adäquanztheorie. Nach ihr erscheint eine (natürliche) Ursache als rechtlich erheblich, «wenn sie nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Erfahrung geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, sodass der Eintritt dieses Erfolges durch die fragliche Ursache als begünstigt erscheint». (BGE 93 II 29 u.a.m., zitiert nach E. Murer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Bern 1989/460-461)



# Lebensqualität und Gesundheit

**Gesundheitsförderung soll die Lebensqualität der Menschen verbessern. In der Praxis wird der Erfolg von Massnahmen zur Gesundheitsförderung jedoch meist mithilfe von krankheits-spezifischen Indikatoren gemessen. Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird dann definiert als die Abwesenheit von Gesundheitsproblemen. In diesem Beitrag wird ein positives Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vorgestellt, das sich auch als Grundlage für Messinstrumente eignet.**

Rita Schnetzler<sup>1</sup>

Ziel der Gesundheitsförderung ist es, die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern. Bei genauerem Hinsehen stellt man aber fest, dass viele Massnahmen, die als Gesundheitsförderung bezeichnet werden, letztlich darauf abzielen, Krankheitsrisiken zu verringern. Das hat verschiedene Gründe. Einer davon ist, dass sich Krankheitsrisiken leichter definieren und messen lassen als Lebensqualität.

## Lebensqualität positiv definiert

John Raeburn (University of Auckland, Neuseeland) und Irving Rootman (University of Toronto, Kanada) finden es wichtig, ein positiv definiertes Ziel vor Augen zu haben, wenn man etwas tut. Weil sich Lebensqualität als Ziel der Gesundheitsförderung so schwer fassen lässt, widmen sie ihr in ihrem Buch «People-Centred Health Promotion» ein eigenes Kapitel. In diesem Kapitel beschreiben sie ein Konzept der Lebensqualität, das am «Centre for Health Promotion» der Universität von Toronto entwickelt wurde<sup>2</sup> und das ihrer Meinung nach zugleich umfassend, fundiert und praktikabel und aufgrund dieser Eigenschaften in seiner Art einmalig ist.

Lebensqualität umfasst gemäss diesem Konzept neun Bereiche, die den drei grösseren Dimensionen «Sein», «Zugehören» und «Werden» zugeordnet werden können (rechter Kreis in der *Abbildung*). Die Dimension «Sein» umfasst die körperlichen, psychischen und spirituellen Aspekte des Menschseins. Die Dimension «Zugehören» umfasst soziales Umfeld, Einbettung in eine soziale Gruppe und Umwelt. Zur Dimension «Werden» gehören berufliche Entwicklung, Freizeitaktivitäten und persönliche Entwicklung. An der Universität von Ontario wurden Fragebogen entwickelt, mit denen die Lebensqualität eines Individuums oder von Kollektiven in diesen neun Bereichen gemessen werden kann. Das Konzept lässt sich also quantifizieren<sup>3</sup>. Jeder der genannten Bereiche bietet dem Menschen Möglichkeiten. Lebensqualität ist der Grad, zu wel-

chem ein Mensch die Möglichkeiten in den neun Bereichen nutzen kann. Dies hängt von den Umweltbedingungen und von seinen persönlichen Bedingungen ab.

## Bedingungsfaktoren

Die Umweltbedingungen und die persönlichen Bedingungen eines Menschen können sich, wie erwähnt, entweder positiv oder negativ auf die Lebensqualität auswirken. Die Umweltbedingungen lassen sich unterteilen in «weiteres Umfeld» (Makroebene) und «direktes Umfeld». Die persönlichen Bedingungen lassen sich unterteilen in (relativ unveränderbare) biologische Eigenschaften und (mehr oder weniger veränderbare) psychische Eigenschaften (die Art, wie ein Mensch mit der Welt umgeht).

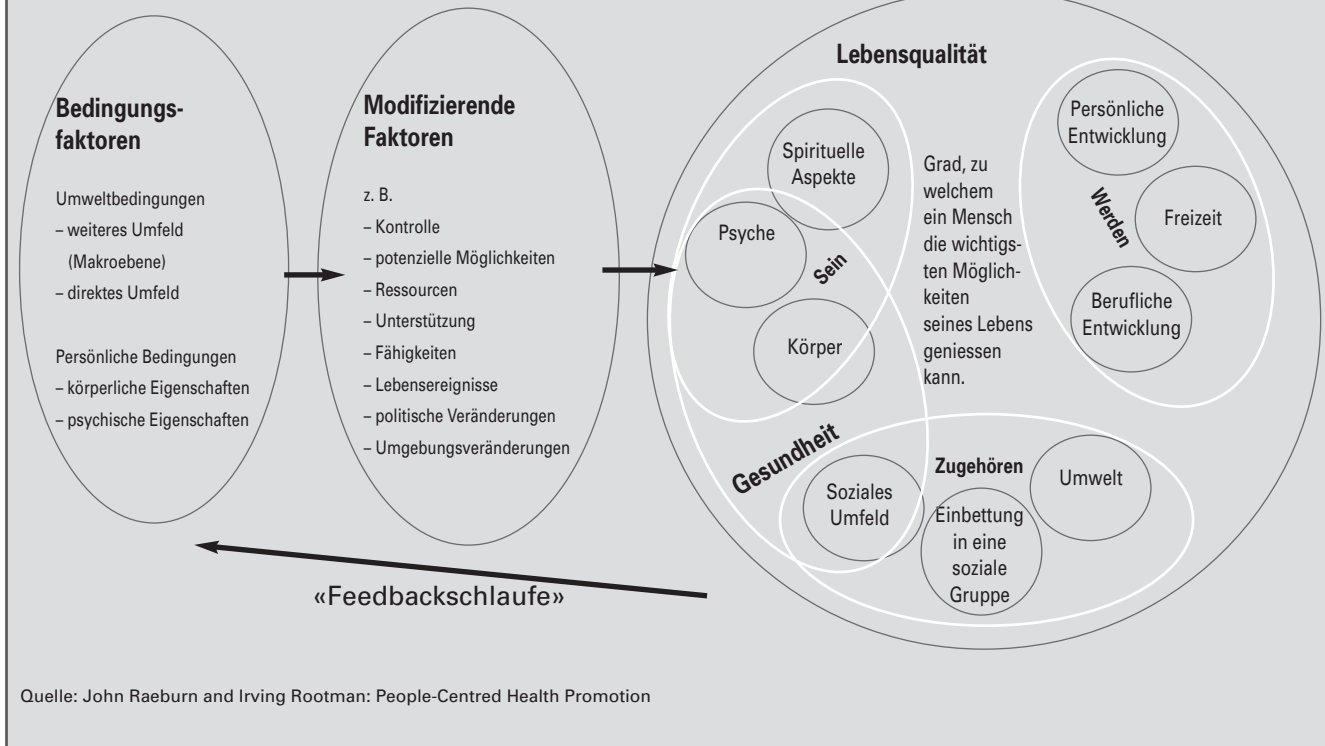
In der *Abbildung* sind links die Bedingungsfaktoren aufgeführt. Zwischen den «Bedingungsfaktoren» und der «Lebensqualität» besteht eine «Feedbackschleife», das heisst, die Elemente können in verschiedenster Art miteinander in Wechselwirkung treten. Wenn Gesundheitsförderung zum Beispiel dazu führt, dass ein Mensch mit einer Behinderung sich

<sup>1</sup> Basierend auf: The overall aim of PCHP: Health and Well-being in a Quality of Life context. Kapitel 4. In: John Raeburn and Irving Rootman: People-Centred Health Promotion (siehe Quellenangabe)

<sup>2</sup> Der Ansatz wurde im Rahmen einer Studie über die Lebensqualität von Menschen mit einer Behinderung entwickelt, die vom Ministerium für Gemeinde- und Sozialdienst von Ontario in Auftrag gegeben wurde. Quellen waren eine Literaturstudie, Fokusgruppen mit Menschen mit einer Behinderung und deren Familien und Betreuungspersonen sowie mit Politikern und Gespräche mit Forschern im Bereich «Behinderte». Das Konzept ist auf Menschen mit und ohne Behinderung, unabhängig von deren sozialer und kultureller Herkunft.

<sup>3</sup> Informationen zum Konzept des Centre for Health Promotion finden sich im Internet unter [www.utoronto.ca/chp/](http://www.utoronto.ca/chp/). Raeburn und Rootman verwenden das Konzept in ihrem Buch als Grundlage; die konkrete Darstellungsform (siehe *Abbildung*) stammt jedoch von den Autoren selber.

Abbildung:

**Lebensqualität und ihre Bestimmungsfaktoren**

in seinem sozialen Umfeld wohler fühlt, findet er möglicherweise die Kraft, eine Selbsthilfegruppe aufzubauen und hiermit seine Umweltbedingungen im direkten Umfeld zu verbessern, was sich wiederum langfristig positiv auf die Lebensqualität auswirken kann.

**Modifizierende Faktoren**

Zwischen den Bedingungs-faktoren und der Lebensqualität befinden sich in der *Abbildung* die «modifizierenden Faktoren». Bedingungs-faktoren, insbesondere solche mit negativem Einfluss auf die Lebensqualität, können durch diese Faktoren modifiziert werden. Wenn eine Person beispielsweise in einem Kriegsgebiet, also unter eigentlich sehr unerfreulichen Umweltbedingungen, lebt, können die negativen Auswirkungen dieser Umweltbedingungen dadurch abgeschwächt werden, dass diese Person sich einer Widerstandsgruppe angeschlossen hat und sich deshalb den Umweltbedingungen nicht ohnmächtig ausgeliefert fühlt, sondern das Gefühl hat, etwas dagegen unternehmen zu können. Aus der psychologischen Lite-

ratur über Stress weiss man, dass solche Faktoren sich positiv auf das Wohlbefinden auswirken.

**Gesundheitsbezogene Lebensqualität fördern**

Eingangs wurde als Ziel der Gesundheitsförderung genannt, die «gesundheitsbezogene Lebensqualität» zu verbessern. Was ist mit «gesundheitsbezogen» gemeint? Die WHO definierte Gesundheit 1948 als «Zustand des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens». Raeburn und Rootman schlagen vor, diese Definition für die Gesundheitsförderung zu übernehmen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität im engeren Sinn umfasst also nur drei der insgesamt neun Bereiche der Lebensqualität.

Gesundheitsförderung setzt einerseits bei den Umweltbedingungen und den persönlichen Bedingungen und andererseits bei den modifizierenden Faktoren an. Dabei konzentriert sie sich auf Faktoren, welche die gesundheitsbezogene Lebensqualität beeinflussen.

Es sei jedoch noch einmal betont, dass unter gesundheitsbezogener Le-

bensqualität explizit nicht nur die «objektiven» und die «subjektiven» Komponenten der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit verstanden werden (diese Komponenten werden in der Praxis gerne auf negative Indikatoren wie Mortalität, Morbidität, Risikofaktoren und Schmerz reduziert), sondern es geht auch um das allgemeine Wohlbefinden beziehungsweise die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Menschen, also darum, wie weit die Menschen ihre körperlichen, seelischen und sozialen Möglichkeiten nutzen und geniessen können. ■

Autorin:  
**Rita Schnetzler**

Quelle: John Raeburn and Irving Rootman: *People-Centred Health Promotion*. 1998, Wiley, Chichester. ISBN 0-471-97791-8 (gebunden) oder ISBN 0-471-97137-5 (Taschenbuch). Bestellung per E-Mail: [cs-book@wiley.co.uk](mailto:cs-book@wiley.co.uk); Internet: [www.wiley.com](http://www.wiley.com)

# Wertbestimmung und Preisbildung im Gesundheitswesen

**Die Preise und die Preisbildung tragen mehr zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bei, als dies von manchen Experten behauptet wird. Diesen Schluss legte ein Referat über die Preisbildung (beziehungsweise die Bewertung von Leistungen) im Gesundheitswesen nahe, das im Rahmen des 5. Novartis-Forums für Gesundheitsökonomie gehalten wurde. Der folgende Bericht soll einen Eindruck davon geben, wo die Missstände liegen und wie abzuhelpen wäre.**

**Rita Schnetzler**

Am 27. November 2002 fand in Bern das 5. Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie statt. Es thematisierte verschiedenste praktische Aspekte der Gesundheitsökonomie. Die Referentinnen und Referenten stammten aus Gesundheitspolitik, Medizin, Krankenversicherung und Wirtschaftswissenschaft.

Einer der Referenten war Pius Gyger, Mitglied der Direktion der Helsana Versicherungen AG. Sein Vortragsthema lautete Preisbildung beziehungsweise «Bewertung von Leistungen im schweizerischen Gesundheitssystem». Die folgenden Ausführungen stützen sich auf das Referat von Pius Gyger sowie auf seine ergänzenden Informationen in den Veranstaltungsunterlagen. Im Zentrum stehen dabei die Fragen: Was ist ein Preis und wie kommt er zustande? Auf welche Grundlagen stützt sich die Preisbildung im schweizerischen Gesundheitswesen?

## Was ist ein Preis?

Seit Jahrhunderten denken Philosophen und Ökonomen über das Wesen von Wert und Preis nach. Der Begründer der Marktwirtschaft, Adam

Smith (1723–1790), unterschied zwischen dem Tausch- und dem Gebrauchswert einer Leistung.<sup>1</sup> Der Tauschwert ist der Preis; der Gebrauchswert entspricht der Fähigkeit der entsprechenden Leistung, menschliche Bedürfnisse zu befriedigen. Leon Walras (1834–1910) sah die Nutzenschätzung der Verbraucher als Ursache für den Wert der Güter. Die Nutzenschätzung ihrerseits hänge von verschiedenen Rahmenbedingungen und Überlegungen der Verbraucher ab.

## Preisbildung im Gesundheitswesen

Wer Gygers Referat gehört hat, weiss, dass das eben Erläuterte für das Gesundheitswesen nicht gilt: Wenn der Wert beziehungsweise der Preis von Leistungen im Gesundheitswesen ermittelt wird, spielt die Nutzenschätzung der Verbraucher nicht (oder zumindest kaum) eine Rolle.

Wie dann werden im Gesundheitswesen Leistungen bewertet? Welche Instanzen setzen die Preise fest und auf welche Berechnungen stützen sie sich dabei?

Diese Fragen können, wie Pius Gyger aufzeigte, nicht allgemein, sondern nur für die einzelnen Leistungsbereiche beantwortet werden. So werden zum Beispiel die Preise der kassenpflichtigen Medikamente von den Behörden (Bundesamt für Sozialversicherung) festgesetzt (*behördliche Preisbildung*); die Tarife für die ambulanten medizinischen Grundversicherungsleistungen, die Tarife für die kassenpflichtigen Zahnarztleistungen und die Spitalpauschalen basieren auf Blockverhandlungen zwischen Verbänden der Versicherer und der Leistungserbringer (*verbandsbezogene Preisbildung*). Daneben treffen einzelne Leistungserbringergruppen (v.a. HMOs und Hausarztmodelle mit Capitation sowie einzelne Spitäler im Zusatzversicherungsbereich) mit einzelnen Versicherern individuelle Tarifvereinbarungen (*individuelle Preisbildung*).

Auch das *Vorgehen* zur Preisbeziehungsweise Tarifbildung variiert von Fall zu Fall. Im Bereich der obligatorischen Grundversicherung werden die Regeln für die Preisbildung vom Krankenversicherungsgesetz (KVG) und insbesondere durch die Praxis des Preisüberwachers festgelegt. Doch das Vorgehen in den verschiedenen Leistungsbereichen ist keineswegs einheitlich und auch für Ex-



Das Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie fand im November 2002 bereits zum fünften Mal statt.

perten offenbar nur teilweise nachvollziehbar. Die Preise orientieren sich an retrospektiv ausgewiesenen Kosten (Spital), unterschiedlichen Quervergleichen (Medikamente, Spital), Kosten von Norminstitutionen (Physiotherapie, Arzt) oder werden auch einmal ziemlich willkürlich («pragmatisch») festgelegt. Pius Gyger versteht aus ökonomischer Sicht zudem nicht, weshalb im schweizerischen Gesundheitswesen neuere Leistungen immer auch teurer sind (Medikamente, Medizinaltechnik). Dies sei keineswegs ein ökonomisches Naturgesetz.

<sup>1</sup> Die Unterscheidung zwischen Gebrauchswert und Tauschwert stammt allerdings ursprünglich von Aristoteles; sie wurde von Adam Smith (1723 bis 1790) wieder aufgenommen. William Petty (1623 bis 1687) unterschied zwischen dem natürlichen Preis (= Wert), der durch die auf die Leistung verwendete Arbeit bestimmt wird, und dem politischen Preis, der aufgrund von permanenten und zufälligen Bestimmungsgründen vom natürlichen Preis abweicht. Richard Cantillon (1680 bis 1734) sprach vom «normalen Wert» (= innerer Wert, innerer Preis) und vom Marktpreis, der nicht mit dem «normalen Wert» übereinstimmt. Aufgabe des Marktes ist es gemäss Cantillon, dafür zu sorgen, dass der Marktpreis zum inneren Wert tendiert.



Das Novartis-Forum für Gesundheitsökonomie überzeugte auch diesmal durch die kompetente Besetzung und das abwechslungsreiche Programm (im Bild: Andreas Roos [Winterthur Versicherung] bei seinem Referat über «Die private Krankenversicherung – Rosinenpicken oder Eigenverantwortung»).

Nicht nur im regulierten Leistungsbereich der obligatorischen Grundversicherung, sondern auch im «Wettbewerbsbereich», das heisst im Bereich der Leistungen, die von Zusatzversicherungen oder vom Verbraucher/Patienten selber bezahlt werden, findet gemäss Pius Gyger (zurzeit noch) wenig Preiswettbewerb statt.

Die Gesundheitsökonomie verfügt zwar über zahlreiche Instrumente (z.B. Kosten-Nutzen-Analyse, Nutzwertanalyse, Kostenminimierungsanalyse usw.), um den Nutzen/Wert einer Leistung aus Sicht der Verbraucher oder der Volkswirtschaft zu ermitteln. Gesundheitsökonomische Instrumente spielen bei der Preisbildung im Gesundheitswesen gemäss Pius Gyger aber «praktisch keine Rolle» – im regulierten Bereich ebenso wenig wie im Wettbewerbsbereich. So widerspiegeln die Preise denn auch nicht (oder nur selten) die Zahlungsbereitschaft der Konsumenten. In der Regel sind die Preise zudem mehr oder weniger unabhängig von der Qualität der Leistungen.

## Bedeutung der Preise im Gesundheitswesen

Die Preisbildung im Gesundheitswesen scheint also insgesamt reichlich willkürlich und unsystematisch zu sein. Können wir uns das noch leisten in einer Zeit, in der die Gesundheitskosten und hiermit der Leidensdruck der Krankenversicherten ständig zunimmt? Die Analyse zu Händen der Bundesratsklausur vom 22. Mai 2002, so Gyger, macht dazu (ebenso wie viele andere Statements

von Experten) widersprüchliche Aussagen:

«Werden die Kosten in ihre Komponenten (Preis und Menge) zerlegt, so ist festzustellen, dass die Preise eine deutlich untergeordnete Rolle spielen», heisst es an einer Stelle. Daraus wäre zu schliessen, dass die Preisbildung die Kostenentwicklung nicht oder nur unwesentlich beeinflusst. An einer anderen Stelle ist aber im selben Dokument zu lesen: «Bei der so genannten Mengenerwicklung handelt es sich im Wesentlichen um die Substitution von älteren durch neuere, in der Regel bessere und auch wirksamere Therapieformen, die zudem teurer sind.» Der höhere Preis der neuen Therapien wäre, gemäss dieser Aussage, also eigentliche Ursache der Kostenentwicklung. Allerdings besagt der Bericht weiter: «In keinem Jahr seit der Einführung des KVG hat die Neuzulassungen von Leistungen in die OKP ein wirklich prämienerndes Element dargestellt.»

Diese widersprüchlichen Aussagen deuten darauf hin, dass Massnahmen im Bereich der Preisbildung von Seiten der Behörden und der Politik bisher als unwichtig betrachtet wurden (oder zumindest, mangels politischer Durchsetzbarkeit, als unwichtig bezeichnet wurden).

Pius Gyger ist überzeugt: «Die Bedeutung der Preisbildung wurde bisher unterschätzt.»

## Mögliche Lösungsansätze

Wenn im Gesundheitswesen eine bessere Kostensteuerung angestrebt werden soll, kann gemäss Gyger also unter anderem durchaus auch im Bereich der Preisbildung angesetzt werden.

Als mögliche Verbesserungsmassnahmen nannte er:

- die Verknüpfung der Preise mit Qualitätsaspekten vorantreiben<sup>2</sup>
- im Wettbewerbsbereich die Wettbewerbsgesetzgebung durchsetzen (Monopole und kartellorientierte Preisbildung verhindern)

<sup>2</sup> Solange die Leistungen einzeln bezahlt werden (Einzelleistungstarif), entsteht für die Leistungserbringer nämlich – unabhängig von der Höhe des Preises – ein Anreiz, die Leistungsmenge auszuweiten. Dagegen schaffen Pauschalen (z.B. Globalbudget, Versichertenpauschalen, Fallpauschalen) einen Anreiz, die Leistungsmenge zu minimieren. Das optimale Abgeltungsmodell existiert daher nicht. Deshalb muss über längere Frist eine Verknüpfung zwischen Preis und Qualität erreicht werden.

## Neue Bildungsangebote im Bereich Gesundheitsökonomie

Das Schweizerische Netzwerk Gesundheitsökonomie – ein Zusammenschluss der verschiedenen universitären Institute der Schweiz, die im Bereich Gesundheitsökonomie tätig sind<sup>1</sup> – bietet ab Herbst 2003 eine interdisziplinäre Masterausbildung in Gesundheitsökonomie und -management an. Diese Ausbildung wird gleichzeitig an den Universitäten Lausanne, Bern und Lugano angeboten. Sie kann berufsbegleitend absolviert werden (Teilzeitstudium, ca. 40%) und dauert zwei Jahre (entsprechend einem vollen Studienjahr). Das Netzwerk koordiniert das Programm, die Bestimmungen für die Rekrutierung der Dozenten, die Zulassungsbestimmungen für Studenten sowie die Studiendauer und die Einschreibgebühr.

Daneben ist auch eine schweizerische (oder internationale) Doktoratsausbildung (ein «PhD Programm») in Gesundheitsökonomie geplant. Dieses Studium soll aus einem ökonomischen Grundstudium an einer Schweizer Universität bestehen, ergänzt durch Kursangebote des Schweizerischen Netzwerks für Gesundheitsökonomie in den Bereichen Gesundheitsökonomie, ökonomische Analysen im Gesundheitsbereich, ökonomische Evaluation im Gesundheitsbereich sowie Gesundheitspolitik. Der Doktorand soll von einem Professor des Netzwerks betreut werden; das Netzwerk wird auch einen jährlichen Workshop durchführen, an dem ein Austausch zwischen den Doktoranden stattfinden kann. Das Programm soll maximal drei Jahre dauern und mit einem Dokortitel abgeschlossen werden, der von der Universität, an welcher der/die Studierende eingeschrieben ist, ausgestellt und durch ein Label des Netzwerks Gesundheitsökonomie ergänzt wird.

<sup>1</sup> siehe auch «Das IEMS wird «Leading House» in Gesundheitsökonomie» (Interview mit Alberto Holly) in «Managed Care» 2/02, Seiten 17 und 18

*Kontaktadresse für weitere Informationen: Institut d'économie et management de la santé (IEMS), Leading House des Schweizerischen Netzwerks Gesundheitsökonomie, Universität Lausanne, Champ de l'air, Rue du Bugnon 21, 1005 Lausanne. Tel. 021-692 33 20; Fax 021-692 33 65; Internet: [www.hospvd.ch/iems](http://www.hospvd.ch/iems)*



- für den behördlich regulierten Bereich ein einheitliches Vorgehen zur Preisfestsetzung prüfen
- bei der Preisfestsetzung geeignete und anerkannte ökonomische Instrumente anwenden
- systematisch Benchmarking-Systeme einführen, welche Anreize schaffen, das Vorgehen zur Preisbildung zu optimieren (dies ist laut Gyger die einzige Möglichkeit der Kostenträger, die Anbieter trotz Kontrahierungszwang einem gewissen Wettbewerbsdruck auszusetzen)
- systematisch hinterfragen, ob Neuerungen tatsächlich immer teurer sein müssen.

Einen weiteren Ansatz für Verbesserungen stellte Alberto Holly, Leiter des Institut d'économie et management de la santé (IEMS), Lausanne, vor: Dass bei der Preisbildung so selten gesundheitsökonomische Instrumente zum Einsatz kommen, könnte nicht zuletzt auch daran liegen, dass im schweizerischen Gesundheitswesen ein Mangel an gesundheitsökonomischem Know-how besteht.

Das «Netzwerk Gesundheitsökonomie» der Schweizer Universitäten, das vom IEMS geleitet wird, wird hier Abhilfe schaffen: Es wird ab Herbst 2003 eine Master- und möglicherweise schon bald auch eine Doktorausbildung in Gesundheitsökono-

mie anbieten (siehe *Kasten*). Bleibt zu hoffen, dass der daraus resultierende Zuwachs an gesundheitsökonomischer Kompetenz die Kostensituation im schweizerischen Gesundheitswesen zu verbessern vermag. Solche Verbesserungsmaßnahmen könnten, wie gezeigt wurde, nicht zuletzt auch bei der Preisbildung ansetzen. ■

#### Bericht und Fotos:

RITA SCHNETZLER  
REDAKTION «MANAGED CARE»

## KOLUMNE

# Zahlt der IV eine Hilflosenentschädigung!

von Hans Schmidt, Mitglied des Redaktionellen Beirats der Zeitschrift «Managed Care»

Seit kurzem stellen Politiker und Prämienzahler erschreckt fest: Die Kosten für Invalidität steigen noch rascher als die Gesundheitskosten. Ein Grundübel liegt in der unerträglichen Langsamkeit der Invalidenversicherung (IV). Doch das Schnecken tempo wird vom Eidgenössischen Versicherungsgericht sogar noch in Schutz genommen.

Die internationale Gemeinde der Schmerzspezialisten ist sich einig: Schmerzen müssen möglichst innert der ersten sechs Wochen nach Auftreten intensiv angegangen werden. Danach droht Chronifizierung und hiermit bleibende Arbeitsunfähigkeit. Aus Erfahrung wissen alle in der Schweiz: Nach einem Jahr Arbeitsunfähigkeit mit erheblichen Schmerzen ist an eine Wiedereingliederung nicht mehr zu denken.

Doch die IV kümmert das nicht, sie lässt sich Zeit, wie der folgende,

vor kurzem entschiedene Fall zeigt (I 57/02): Die Patientin, Jahrgang 1949, erlitt im März 1999 einen Unfall. Sie meldete sich noch im gleichen Jahr bei der IV an und wartet seither auf den Rentenbescheid. 20 Monate brauchte die IV, um alle ärztlichen Berichte zu sammeln und sich mit der Unfallversicherung abzusprechen. Erst dann gab sie im Juli 2001 ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag. Und dieses Gutachten liegt bald drei Jahre nach der IV-Anmeldung noch immer nicht vor.

Das war ein Grund für den Anwalt, eine Rechtsverweigerungsbeschwerde gegen die IV zu erheben. Er wurde sogar vom Bundesamt für Sozialversicherung unterstützt, das mehrere Perioden von Untätigkeit bemängelte. Doch das EVG (Eidgenössisches Versicherungsgericht) wies die Beschwerde ab. Bevor man Eingliederungsmassnahmen in Erwägung ziehe,

müsse man zuerst medizinische Abklärungen vornehmen.

Die Patientin, heute 53-jährig, fristet ihr Leben mit einer Rente der Pensionskasse in der Höhe von 302.15 Franken. Dauerschmerz und Wartezeit haben sie gezeichnet. Glaubt jemand, hier bestünden noch Chancen für eine Reintegration?

Die IV fördert mit ihrer passiven Langsamkeit Invalidität, statt sie zu vermeiden. Die IV ist in allen Kernfunktionen des täglichen Lebens so erheblich eingeschränkt, dass jegliche Kreativität und Selbständigkeit verloren sind. Zahlt ihr eine Hilflosenentschädigung schweren Grades!

*Hans Schmidt, Rechtsanwalt lic. oec., Schmidt Eugster Rechtsanwälte, Küssnacht; Mitglied des Redaktionellen Beirats und des Redaktionsausschusses der Zeitschrift «Managed Care»*

# Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

## Rechtsfreies Internet

Unter [www.yasmin.ch](http://www.yasmin.ch) wirbt Scheering für das (rezeptpflichtige) orale Verhütungsmittel Yasmin und richtet sich dabei, wie Etzel Gysling in der «pharma-kritik» feststellt, «ganz offensichtlich direkt an junge Schweizer Frauen». Weil in der Schweiz für rezeptpflichtige Medikamente nicht direkt bei Konsumentinnen oder Konsumenten geworben werden darf, fragt sich Gysling: «Ist das Internet ein rechtsfreier Raum?» (rs)

Quelle: Etzel Gysling: *Synopsis: Drospirenon. Pharma-kritik 10/2002. Infomed-Verlags AG, Wil; Internet: [www.infomed.org](http://www.infomed.org)*

## Rente vor Integration

Die Zahl der IV-Berentungen nimmt seit 1992 jährlich um durchschnittlich 4 Prozent zu. Eine der Ursachen ist die zunehmende Zahl der IV-Berentungen aus psychischen Gründen. Nach Meinung des medizinischen Leiters der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Wulf Rössler, liegt das aber, wie die «Neue Zürcher Zeitung» (NZZ) berichtet, nicht etwa daran, dass die Zahl der psychisch Kranken zunehmen würde. Vielmehr würden psychisch Kranke zunehmend auch dann in die IV-Rente abgeschoben, wenn nicht alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden seien. In vielen Firmen würden Nischenarbeitsplätze gestrichen. Sogar der Direktor des Schweizerischen Arbeitgeberverbands, Peter Hasler, bestätigt gemäss NZZ, dass «allgemein zu wenig Anstrengungen unternommen» würden, um Personen in die Arbeitswelt zu integrieren, statt sie der IV-Rente zuzuführen. (rs)

Quelle: Andreas Merz, Francesco Benini: *Basel, Hauptstadt der IV-Bezüger. NZZ am Sonntag, 19. Januar 2003.*

## Vertrauensbildung statt Kontrollansprüche

Die Helsana beteiligt sich aktiv an der Weiterentwicklung des schweizerischen Gesundheitswesens, so schreibt Gaudenz Bachmann (Leiter Prävention und Disease-Management, Helsana) in seinem Abstract zu einem

Workshop über Diabetes- und Disease-Management. Im Rahmen ihrer Managed-Care-Strategie befasst sich die Helsana laut Bachmann unter anderem mit Disease-Management. Hier bewege sie sich «im Spannungsfeld zwischen möglichst optimaler Patienten- und Leistungserbringer-Steuerung und Akzeptanz als Akteur im Disease-Management». Insbesondere gegenüber den Leistungserbringern räume die Helsana einer «vertrauensbildenden Vorgehensweise» Priorität ein gegenüber «Steuerungs- und Kontrollansprüchen». (rs)

Quelle: Gaudenz Bachmann: *Die neue Rolle der Krankenversicherer. Abstract zum Vortrag am Workshop «Diabetes-Management oder Disease-Management-Programm – Welche Wege führen zum Erfolg?» von Hestia HealthCare vom 22. November 2002 in Düsseldorf.*

## Fehlender Respekt gegenüber Alten

Behörden und Krankenkassen beklagen sich über die Kosten, die eine wachsende Anzahl alter Menschen verursachen. Gleichzeitig nimmt, wie Sabine Zeilinger und Birthe Homann im «Beobachter» feststellen, der Respekt gegenüber alten Menschen kontinuierlich ab. Sprachlich äussere sich der fehlende Respekt durch Begriffe wie «Überalterung» und «Vergreisung». In der Praxis kann der fehlende Respekt dazu führen, dass alte Menschen misshandelt werden. Gemäss Zeilinger und Homann werden in der Schweiz rund sechs Prozent aller Betagten (ca. 65000 Personen) physisch oder psychisch misshandelt. Drei Viertel der Täter seien Familienmitglieder, Verwandte oder Bekannte. (rs)

Quelle: Sabine Zeilinger und Birthe Homann: *Betagte: Ein Lebensabend in Angst und Qual. Beobachter 1/03; Internet: [www.beobachter.ch](http://www.beobachter.ch)*

## Neuausrichtung der Versorgungsnetze

Als im Kanton Waadt die ersten «Réseaux» (Versorgungsnetze) gegründet wurden, bestand die Absicht, dass diese Netze längerfristig auch die Budgetverantwortung für den Anteil des Kantons an den Gesundheitskosten übernehmen soll-

ten. Diese Idee wurde unterdessen begraben, wie einem Interview mit Olivier Bettens (Präsident der Koordinationsstelle der Waadtländer Versorgungsnetze, CORES) im «Lettre des réseaux» zu entnehmen ist. Nach Auffassung von Bettens wäre es mit einem enormen bürokratischen Aufwand und mit enormen Verteilungskämpfen verbunden, wenn die Versorgungsnetze die Verteilung der Finanzen übernehmen müssten. Statt Finanzen zu verwalten, wollen die Versorgungsnetze sich künftig stärker an der Planung und am Management des Versorgungsangebots beteiligen. Voraussetzung dazu sind vernetzte Informationssysteme. Weil die bestehenden Netze zu klein sind, um solche Systeme zu entwickeln, werden sie sich umstrukturieren und zum Teil zusammenschliessen.

Sophie Vassaux: *Vision prospective: Stratégie des réseaux de soins: la parole à Olivier Bettens. La Lettre des réseaux No 16, novembre 2002; Internet: [www.nops.vd.ch](http://www.nops.vd.ch)*

## Lügende Ärzte

Die meisten amerikanischen Ärztinnen und Ärzte belügen weder die Kostenträger noch ihre Patienten. Aber eine nicht zu vernachlässigende Minderheit bewegt sich diesbezüglich in einer Grauzone. Dies ergab eine Umfrage der Zeitschrift «Medical Economics». 21 Prozent der befragten Ärzte gaben an, dass sie gegenüber einer dritten Seite schon einmal eine übertriebene oder falsche Diagnose angegeben haben, um sicherzustellen, dass sie jene Behandlung oder Hospitalisation durchführen konnten, die sie für richtig hielten. 7 Prozent gaben an, dass sie schon einmal auf Rechnungen falsche Angaben gemacht haben, um mehr Geld zu erhalten. Dieser Anteil war bei Ärzten in Einzelpraxen deutlich höher (10%) als bei Ärzten in Gruppenpraxen (3%); der Autor erklärt sich dies damit, dass Ärzte in Gruppenpraxen stärker überwacht werden. (rs)

Robert Lowes: *Managed Care: Can lying be good medicine? Medical Economics 2002; 19: 86. Oktober 11, 2002*

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
6. März, Bern	Telematik-Tage: Health Care Day	MKR Consulting AG, Steinerstrasse 37, Postfach 298, 3000 Bern 16. Tel. 031-350 40 50. Fax 031-350 40 51. E-Mail: franziska.goldinger@mkr.ch; Internet: www.telematiktage.ch
10.–12. März, Frankfurt am Main	4. Deutsche Casemix-Konferenz	LENZ, Asylstrasse 41, 8032 Zürich. Tel. 01-253 62 32. Fax 01-253 62 31. E-Mail: info@lenz-schweiz.com; Internet: www.lenz-schweiz.com
14.–15. März, Winterthur	Controlling im Spital	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), St. Georgenplatz 2, Postfach 958, 8401 Winterthur. Tel. 052-267 78 97. Fax 052-267 79 12. E-Mail: wig@zhwin.ch; Internet: www.wig.ch
19. März, Luzern	VPS-Tagung: Tendiert unser Sozialversicherungssystem zur Invalidisierung?	Verlag Personalvorsorge und Sozialversicherung AG, Daniel Schubert, Taubenhausstrasse 38, Postfach 4765, 6002 Luzern. Tel. 041-317 07 07. Fax 041-317 07 00. E-Mail: daniel.schubert@vps.ch; Internet: www.vps.ch
20. März, Zürich	Podiumsdiskussion Ärztterating	Med-swiss.net Geschäftsstelle, Grütlistrasse 36, 8002 Zürich. Tel. 01-280 44 05. Fax 01-280 44 03. E-Mail: info@med-swiss.net; Internet: www.med-swiss.net
21. März, Athen	AIM-Konferenz: Neue Arzneimittel – Nutzenmessung und -bewertung im europäischen Vergleich	AIM Association Internationale de la Mutualité, Mme Cristina Vallina, 50, rue d'Arlon, B-1000 Bruxelles. Fax 32-2 234 57 08. E-Mail: aim.secretariat@aim-mutual.org; Internet: www.aim-mutual.org
24.–25. März, Frankfurt	Disease-Management Fachtagung	EUROFORUM Deutschland GmbH, Postfach 111234, D-40512 Düsseldorf. Tel. +49 (0) 211-986 35 83. Fax +49 (0) 211-9686 40 40. E-Mail: anmeldung@euroforum.com; Internet: www.euroforum.com
27. März, Zürich	Denk quer! Werkstattgespräche für Selbsthilfe-Organisationen	Stiftung KOSCH, Geschäftsstelle, Laufenstrasse 12, 4053 Basel. Tel. 061-333 86 01. Fax 061-333 86 02. E-Mail: gs@kosch.ch; Internet: www.kosch.ch
28. März, Chur	Controller-Tagung: TarMed und VKML	Internationaler Controller Verein, AK Gesundheitswesen Schweiz, c/o Stelzer Health Consulting GmbH, Albisriederplatz 6, Postfach 8040, 8004 Zürich. Tel. 01-400 55 40. Fax 01-400 55 41. E-Mail: rainer.stelzer@span.ch; Internet: www.stelzerconsulting.ch
2.–4. April, Orlando, USA	International Summit on Innovations in Critical Care and Hospital Flow	IHI Institut for Healthcare Improvements, Registration, 375 Longwood Avenue, 4 <sup>th</sup> floor, Boston MA 02215 USA. Fax 617-754 48 48. Internet: www.ihl.org
5. April, Bern	Stammzellen und Politik: Politische Entscheidungsfindung für die Zukunft	Stiftung Risiko-Dialog, Elleni Erifilidis, Kirchlistrasse 2, 9010 St. Gallen. Tel. 071-243 40 14. Fax 071-243 40 40. E-Mail: elleni.erifilidis@risiko-dialog.ch; Internet: www.risiko-dialog.ch
8.–10. Mai, Wiesbaden, Deutschland	Jahrestagung GQMG: Qualität und Markt: Bedarf – Versorgung – Perspektiven	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung, c/o Maria Schidlowski, Qualitätsmanagement Universitätsklinikum Köln, D-50924 Köln. Tel. 0221-478 67 40. Fax 0221-478 67 78. E-Mail: maria.schidlowski@medizin.uni-koeln.de; Internet: www.gqmg.de
14.–15. Mai, Schwyz	Schweizerischer Krankenhauskongress	Hplus, Kongressekretariat, Karin Maier, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-834 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: karin.maier@hplus.ch; Internet: www.hplus.ch
14.–16. Mai 2003, Grieghallen, Norway	8 <sup>th</sup> European Forum on Quality in Health Care	BMJ Quality Department, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR UK. Tel. 44 207-383 6409. Fax 44 207-383 6869. E-Mail: quality@bmjpg.com; Internet: www.quality.bmjpg.com
15. Mai, Zürich	5. Schweizerisches Forum der sozialen Krankenversicherung	RVK Rück, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern. Tel. 041-417 01 11. Fax 041-410 69 65. E-Mail: info@rvk.ch; Internet: www.rvk.ch
12. Juni, Olten	Fachtagung Qualitätsförderung und Finanzierung mit dem RAI für Spitex und Heime	Spitex Verband Kanton Solothurn, Zuchwilerstrasse 41, 4500 Solothurn. Tel. 032-623 00 33. Internet: www.spitexso.ch
13.–14. Juni, Zürich	Tagung: Solidarische Gesundheitspolitik oder Zwei-Klassen-Medizin	Paulus-Akademie Zürich, Carl Spitteler-Strasse 38, 8053 Zürich. Tel. 01-381 34 00. Fax 01-381 95 01. E-Mail: paz.veranstaltungen@bluewin.ch; Internet: www.paulus-akademie.ch
24.–25. Juni, Nottwil	Gesundheitsforum Nottwil	Gesundheitsforum Nottwil, Daniel Feusi, 6207 Nottwil. Tel. 041-939 53 95. E-Mail: info@gesundheitsforum-nottwil.ch; Internet: gesundheitsforum-nottwil.ch
25.–27. Juni, Berlin	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit (Fachkongress für Ärzte, Pflege und Management)	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstrasse 48, D-10243 Berlin. Tel. 030-42 028 184. Fax 030-42 028 190. E-Mail: info@hauptstadtkongress.de; Internet: www.hauptstadtkongress.de
14.–16. August, Baltimore, USA	RHFM: 9 <sup>th</sup> Annual International Symposium	International Society for Research in Healthcare Financial Management iS RHFM, The Tasco Building, 6600 York Road, Suite 107, Baltimore, MD 21212 USA. Tel. 1-305 348 2861. Fax 1-810 815 5378. E-Mail: workshop@rhfm.org; Internet: www.rhfm.org
21.–23. August, Vilnius, Litauen	XVII <sup>th</sup> Conference on Philosophy in Medicine and Healthcare: European Integration – Philosophy and Ethics in Healthcare	Prof. Dr. Henk ten Have, Catholic University, Dept. of Ethics, Philosophy and History of Medicine, PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands. Fax 31-24 354 02 54. Internet: www.sam.lt/bioetica/ecpnhc/eng/index.htm
24. September,	Denk quer! Werkstattgespräche für Selbsthilfe-Organisationen	Stiftung KOSCH (s. oben)

Datum, Ort	Veranstaltung	Kontaktadresse
14. Oktober, Zürich	«Irchel-Tagung» der SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), Eigerstrasse 80, 3000 Bern 23. Tel. 031-952 66 55. Fax 031-952 61 55. E-Mail: info@sggp.ch; Internet: www.sggp.ch
16. Oktober, Aarau	Critical Pathways – Interdisziplinäre Versorgungsplanung	WE'G, Mühlemattstrasse 42, 5001 Aarau. Tel. 062-837 58 58. Fax 062-837 58 60. E-Mail: ruth.koenig@weg-edu.ch; Internet: www.weg-edu.ch
16.–17. Oktober, Zürich	eHealthCare.ch 03 Kongress	Kongress-Sekretariat, eHealthCare.ch, Surenalstr. 10, 6210 Sursee. Tel. 041-925 76 89. Fax 041-925 76 77. E-Mail: info@eHealthCare.ch; Internet: www.eHealthCare.ch
2. November, Dallas, USA	20 <sup>th</sup> ISQua's International Conference on Quality in Health Care	The International Society for Quality in Health Care (ISQua), Secretariat: Level 9, Aikenhead Centre, St Vincent's Hospital, 41 Victoria Parade, Fitzroy Victoria 3065, Australia. Tel. 61 3-9417 6971. Fax 61 3-9417 6851. E-Mail: isqua@isqua.org.au; Internet: www.isqua.org.au
18. November, Winterthur	Denk quer! Werkstattgespräche für Selbsthilfe-Organisationen	Stiftung KOSCH (s. oben)
19.–21. November, Aarau	Projektmanagement im Spital und Heim	Hplus Bildungszentrum, Rain 36, 5000 Aarau. Tel. 062-824 00 25. Fax 062-824 11 25. E-Mail: bildung@hplus.ch; Internet: www.kurse.hplus.ch
20.–22. November, Rom	11 <sup>th</sup> Eupha-Meeting (European Public Health Association): Globalisation and Health in Europe	EUPHA, Organising Secretariat, Prex S.p.A., Viale XXI Aprile 38/B, I-00162 Rome. Tel. 39-06 44 173 569. Fax 39-06 44 236 120. E-Mail: congressi@prex.it; Internet: www.eupha.org

Datum, Ort	Weiter- und Fortbildung	Kontaktadresse
14. März, Winterthur	Personalmanagement für Spital und Heim	WIG (s. oben)
Beginn: Frühling (600 Lektionen), St. Gallen	Nachdiplomstudium «Sozialinformatik»	FHS – Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen, Institut für Soziale Arbeit, Industriestrasse 35, Postfach, 9401 Rorschach. Tel. 071-844 48 88. E-Mail: wbsa@fhsg; Internet: www.fhsg.ch/wb
April (75 Tage), Aarau	Nachdiplomstudium «Case Management»	WE'G (s. oben)
11. März– 6. Juni, Basel	Health Care and Management in Tropical Countries (Diploma Course)	Swiss Tropical Institute, P.O. Box, 4002 Basel. Tel. 061-284 82 80. Fax 061-284 81 06. E-Mail: courses-sti@unibas.ch; Internet: www.sti.ch
8.–27. Juni, Ifkara, Tansania	Medical Practice with limited resources	Swiss Tropical Institute (s. oben)
10.–27. Juni, Basel	Health District Management: Planning and Programme Design	Swiss Tropical Institute (s. oben)
Beginn: 26. Juni (9 Tage), Bern	Qualitätsmanagement für Ärztinnen und Ärzte	College-M, Freiburgstrasse 41, 3010 Bern. Tel. 031-632 30 26. Fax 031-632 30 25. E-Mail: info@college-m.ch; Internet: www.college-m.ch
Summerschool 2003 (10 Tage), Innsbruck	European Health Manager	MCI Management Center Innsbruck GmbH, Universitätsstrasse 15, A-6020 Innsbruck. Tel. +43 512-564 800. Fax +43 512-564 800 700. E-Mail: office@mci.at; Internet: www.mci.at
Beginn: 22. August (12 Tage), Zürich	Nachdiplomkurs: Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen	Institut Dialog Ethik, Sonneggstrasse 88, 8006 Zürich. Tel. 01-252 42 01. Fax 01-252 42 13. E-Mail: info@dialog-ethik.ch; Internet: www.dialog-ethik.ch
Beginn: 29. August (10 Tage), Wintherthur	Nachdiplomkurs «Fallmanagement»	WIG (s. oben)
Beginn: 11. September (10 Tage)	Nachdiplomkurs «Medizin- und Spitalinformatik»	WIG (s. oben)
17.–20. September, Stein am Rhein	Fit for Change	IfB Management-Seminare, Universität St. Gallen, Dufourstrasse 48, 9000 St. Gallen. Tel. 071-224 23 68. Fax 071-224 23 55. E-Mail: ifbseminare@unisg.ch; Internet: www.ifb.unisg.ch/seminar_info
Beginn: 25. Oktober, St. Gallen	Nachdiplomstudium «Integrales Spitalmanagement»	FHS – Hochschule für Technik, Wirtschaft und Soziale Arbeit St. Gallen (s. oben)

Hinweise erwünscht:

Hinweise auf Publikationen und Veranstaltungen rund um Managed Care, Care Management und Public Health senden Sie bitte an: Redaktion «Managed Care», Stampfenbrunnstrasse 40, 8048 Zürich. Fax 01-431 73 56. E-Mail: b.casanova@rosenfluh.ch. Über die Aufnahme in die Hinweisseite entscheidet die Redaktion.



## Persönliches Budget

Das Sozialministerium Baden-Württemberg führt ein zweijähriges «Modellprojekt persönliches Budget» für Menschen mit Behinderung durch. Rentenversicherungsträger, Krankenkasse, Sozialamt, Arbeitsamt und Integrationsamt legen die finanziellen Mittel, welche für persönliche Hilfen (Assistenz, Pflege, Beratung usw.) und für Hilfsmittel verwendet werden, in einen Topf. Für die Projektteilnehmenden wird individuell ein so genanntes persönliches Budget berechnet. Im Rahmen dieses Budgets entscheidet die behinderte Person, welche Leistung sie von wem beziehen will, und sie lässt diese Leistungen aus dem Topf bezahlen. Dieses Modell entspricht, wie Hannes Schnider in der Zeitschrift «agile» schreibt, ziemlich genau dem Assistenzfond, wie ihn Christine Goll in ihrer im Dezember 2001 vom Nationalrat abgelehnten Motion gefordert hat. (rs)

*Quelle: Hannes Schnider: Blick über die Grenzen: Deutschland: Modellprojekt persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden Württemberg. agile 4/2002; Hrsg.: AGILE Behinderten-Selbsthilfe Schweiz, Bern; Tel. 031-390 39 39; E-Mail: info@agile.ch*

Weitere Informationen zum deutschen Modellprojekt im Internet unter [www.sm.bwl.de](http://www.sm.bwl.de)

## Rechte Sterbender

Im Beobachter-Buchverlag ist ein Ratgeber von Urs Zanoni erschienen. Der Titel lautet: «Beim Arzt – Eine Gebrauchsanleitung». Das Buch enthält unter anderem einen Forderungskatalog für Sterbende und ihre Angehörigen. Sterbende und Angehörige haben gemäss diesem Katalog unter anderem ein Recht auf: «Klärung der Frage, ob nicht ein Sterben zu Hause in vertrauter Umgebung ermöglicht und medizinisch verantwortet werden kann», «optimale Schmerztherapie» und «Verzicht auf sinnlosen medizinischen Aktionismus, also keine künstliche Lebensverlängerung als reinen Selbstzweck». (rs)

*Quelle: GPI 4/2002. Angaben zum Buch: Urs Zanoni: Beim Arzt – Eine Gebrauchsanleitung. 2002, Beobachter-Buchverlag. 232 Seiten, broschiert. ISBN: 3-85569-259-9; Ladenpreis: Fr. 29.80*

## Das Sterben diagnostizieren

Um sterbenden Patienten eine gute

Pflege und Betreuung gewährleisten zu können, sei es entscheidend, das Sterben (d.h. den Eintritt der letzten Lebensstunden oder -tage) zu diagnostizieren. Dies sei aber oft sehr schwierig, meinen John Ellersham und Chris Ward im «British Medical Journal». Während bei Krebskrankheiten die Anzeichen meist erkannt würden (Bettlägerigkeit; Semikoma; der Patient kann nur noch kleinste Schlücke trinken und keine oralen Medikamente mehr einnehmen), brauche es dafür etwa bei Herzinsuffizienz viel Erfahrung. Als mögliche Zeichen für den Eintritt der Sterbephase bei Herzinsuffizienz nennen sie unter anderem: Hospitalisation aufgrund einer Verschlimmerung ohne behandelbare Ursache; Abnahme der Nierenfunktion; Nichtansprechen auf diuretische oder gefässerweiternde Medikamente. Der zweite Teil des Artikels gibt Hinweise darauf, was bei der Pflege und Betreuung in den letzten Lebenstagen zu beachten ist. Unter vielem anderen sei es wichtig, eine klare Sprache zu verwenden. Die Familie soll informiert werden, dass der Patient stirbt und bald tot sein wird. Formulierungen wie «der Zustand wird sich möglicherweise nicht mehr verbessern» könnten zu Missverständnis und Verwirrung führen. (rs)

*Quelle: John Ellersham, Chris Ward: Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ 2003; 326: 30-34; Internet: [www.bmj.com](http://www.bmj.com)*

## Medizinische Entscheidungen am Lebensende

Sechs europäische Länder, darunter auch die Schweiz, beteiligen sich am EU-Projekt «Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries». Im Rahmen des Projekts wird eine Todesfallstudie und eine Ärztstudie durchgeführt. Ziel ist es, «streng quantitative Angaben zur Inzidenz und den Hauptmerkmalen von medizinischen Entscheidungen am Lebensende zu gewinnen» sowie «mögliche Faktoren» – wie Arbeitssetting und Kontext der Sterbesituation – zu benennen, welche «zu Unterschieden hinsichtlich Einstellungen und Praktiken führen könnten». (rs)

*Quelle: S. Fischer, G. Bosshard, K. Faisst, U. Zell-*

## VORSCHAU

**Schwerpunktthema:**  
**INTERKULTURALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN**

**Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für den Gesundheitsbereich**

**Kulturelle Vielfalt im Betrieb als Chance und Ressource**

**Recht auf kulturelle Übersetzung aus behördlicher Sicht**

**Interkulturelles Arbeiten in der Psychiatrie**

**Mutter werden in der Fremde**

**Kulturabhängigkeit von Gesundheitsstrategien**

**Weiterentwicklung des Fallmanagements**

**Spieltheoretische Analyse der Beziehungen zwischen Arzt, Patient und Versicherer**

**Mediation im Gesundheitsbereich**

*weger: Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz. Beginn der zweiten Befragung. SAEZ 2002; 83: Nr. 36: 1868-1869.*

## Versicherte bewirtschaften Daten

Was im Bankenbereich bereits verbreitet ist, soll auch im Krankenversicherungsbereich zunehmend realisiert werden: Die Bewirtschaftung des Zahlungsverkehrs (Administration der Prämien und Leistungen) soll an die Versicherten delegiert werden. Das Magazin der Schweizer Krankenversicherer, «infosantésuisse», stellte in der Dezember-Ausgabe 2002 eine solche Lösung vor. Die Applikation stelle «ein Web-Interface zu den internen Systemen der Versicherten dar» und ermögliche so den Versicherten «die aktive Bewirtschaftung ihrer Daten beziehungsweise das Übermitteln von Meldungen, Rückerstattungen und so weiter». Für die Versicherer solle dies «eine nachhaltige Entlastung der Administrationskosten zur Folge haben». (rs)

*Virtuelle Gesundheitsversicherung: Persönliche Daten selber bewirtschaften. infosantésuisse 12/02.*