


# Synapse

Die Synapse finden Sie unter:

[www.synapse-online.ch](http://www.synapse-online.ch)

- 1 Der Kampf zwischen Wert und Preis ist in vollem Gang
- 4 Qualität sichern – Qualität entwickeln!
- 5 Sinnlose Wettbewerbe im Gesundheitswesen
- 6 Sinn und Unsinn der Qualitätssicherung in der Haus- und Kinderarztpraxis
- 8 Qualitätsmessungen in der Pflege: aufwendig, aber notwendig
- 9 Arzneimittelfälschung: Patientensicherheit erfordert Nulltoleranz
- 10 Qualitätssicherung bei Infektionskrankheiten: Was kann der Hausarzt beitragen?
- 12 Präsidium FMH und Abstimmung Managed-Care-Vorlage – Kommentar
- 13 «Macht wird als Ethik verkauft» – Interview mit Dr. Manuel Bachmann
- 14 «Help! For Families» – Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern
- 15  VHB: Delegiertenwahlen auf schriftlichem Weg

## Schwerpunktthema: Qualität

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

### Editorial

#### Qualität durch Kooperation

Wettbewerb ist heute in aller Leute Mund, wenn es um Rezepte für Gelingen und Erfolg geht. Wirtschaftsführer, Politiker, Gesundheitsökonom, selbst Wissenschaftler und Bildungsfachleute sehen darin das Allerweltmittel zur Leistungsförderung und Qualitätserhaltung. Nichts gegen ein sportliches Verständnis im zwischenmenschlichen Umgang! Wo als Mass aber Konkurrenz den Ton angibt, ist Darwin nicht weit: Survival of the Fittest! Es sind in der Regel genau jene politischen Kreise, die Konkurrenz und Wettbewerb auf ihre Fahne schreiben, die auf der anderen Seite nicht bereit sind, die Verlierer dieses Systems angemessen aufzufangen. Liberale Freizügigkeit losgelöst von sozialer Verantwortung ist nicht menschenfreundlich. Der Glaube an den Markt ersetzt lediglich andere Religionen, vermittelt jedoch keine Zukunftsperspektive für Bereiche, in denen es um nichtmaterielle Güter geht wie Gesundheit oder Bildung. Der Markt wird es nie richten, weil ihm Preise, nicht Werte zugrundeliegen.

Zukunft haben wir nur in Kooperation! In einem gleichwertigen, partnerschaftlichen Einbezug von uns allen. In einer Grundhaltung, die Mann und Frau, Kinder und Erwachsene, Fremde und Einheimische, Gesunde und Kranke, aber auch Psyche und Körper, Ökologie und Ökonomie, Qualität und Quantität gleichermaßen wertschätzt und nicht gegeneinander ausspielt, sondern in Anerkennung ihrer jeweiligen Besonderheit einbezieht und gewichtet.

Dr. med. Guido Becker, Vizepräsident AeGBL

### Leitartikel

## Der Kampf zwischen Wert und Preis ist in vollem Gang

Qualitätsmessungen und -sicherung im handwerklichen Bereich der Medizin sind sinnvoll und unverzichtbar. Sie haben im direkten Kontakt zu den Patientinnen und Patienten aber auch ihre Grenzen: Sie können Werte wie Empathie und Geduld, aber auch Mut zu Klarheit und Verantwortungsbereitschaft nicht ersetzen. Und schon gar nicht messen.

Zur Qualitätsdebatte gehört, sich der Begrifflichkeiten bewusster zu werden, die wir täglich im Munde führen. Und dies nicht erst seit der abgelehnten Managed-Care-Vorlage, die vom Volk angeblich sprachlich nicht verstanden worden sein soll. Die Sprache zeichnet uns Menschen aus. Sie ist einerseits Ausdruck unserer Herkunft sowie unserer Geistes- und Werthaltung, sie entfaltet andererseits aber auch eine nicht zu unterschätzende Gestaltungskraft nach aussen, der wir uns in der Regel kaum bewusst sind.

Besondere Sensibilisierung für diese Thematik erwächst uns heute vor allem aus der Genderforschung, wo unter dem Postulat der Gleichrangigkeit der Geschlechter das real herrschende Ungleichgewicht mit entsprechenden Machtverhältnissen gezielt auf der sprachlichen Ebene entlarvt und korrigiert wird. Als Arzt, als Mediziner oder als Leistungserbringer identifiziere ich mich unterschiedlich. Und natürlich ebenso als Ärztin, Medizinerin oder Leistungserbringerin. Medizin als Heilkunde ist nicht dasselbe wie als Wissenschaft, und Medizin erbringt nicht nur Leistungen, sie wirkt auch über eine Haltung – über ihr Ethos.

#### Qualität am Krankenbett

Als naturwissenschaftlich Ausgerichtete forschen wir in einem streng rationalen, künstlich strukturierten Rahmen nach objektiven, wiederholbaren und nachprüfbareren Gesetzmässigkeiten. Als technisch Versierte bedienen wir Apparaturen und Geräte, die nach den Gesetzmässigkeiten der Wissenschaft funktionieren und unsere Handlungsmöglichkeiten ausweiten und verfeinern. Als Ärzte und Ärztinnen begegnen wir in erster Linie Menschen mit einem gesundheitlichen Anliegen. Dabei erweist sich das Spektrum der Nöte als enorm weit – es reicht vom Bedarf nach unmittelbar

→ Fortsetzung Seite 3

lebensrettenden Massnahmen über das Bedürfnis nach Linderung des Leidensdrucks bis hin zur Begleitung in der terminalen Lebensphase.

Allein der Fächer der Einsatzerfordernisse legt nahe, dass Qualität am Krankenbett mehr umfasst als qualitativ hochstehende technisierte Medizin. Seit alters her geht man denn auch davon aus, dass sich am Krankenbett beide, Wissenschaft und Kunst, treffen. Medizinisch-fachliches Können und ärztlich-menschliche Kompetenz sind nicht deckungsgleich, sie müssen sich in je unterschiedlichem Ausmass verbinden und einander ergänzen, nicht nur für die gelingende Behandlung, sondern bereits für eine angemessene Diagnose – als Grundlage für das Verständnis der aktuell vorliegenden Störung.

Denn diese Störung, das Anliegen des Patienten, zeigt sich nicht nur körperlich, sozusagen körpersprachlich, sondern sie drückt sich ebenso durch den Sprechenden aus, in seiner Redeweise und Wortwahl. Er sagt uns, worum es geht – hören wir es? Vermögen wir es zu hören? Haben wir uns die Fähigkeit bewahrt und nehmen wir uns die Zeit, selber zu «scannen» – oder stecken wir den Problembehafteten kurzerhand in den Scanner?

### Qualität der Kommunikation

Die Qualität der Kommunikation hängt von mehreren Faktoren ab: Zuallererst von der inneren Bereitschaft, sich zu öffnen. Und diese Bereitschaft wiederum ist davon abhängig, wie weit wir in unserem Alltag unseren eigenen Bedürfnissen Raum zu geben vermögen. Sie ist zweitens abhängig von sprachlichen Gegebenheiten, die in Zeiten verstärkter Migration und kulturell vermischter Gesellschaften von beiden Seiten in Frage gestellt sein können – von Patienten- wie von Behandlerseite. Wann kommt im TARMED eine Dolmetscher-Position? Drittens ist die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung in zunehmendem Mass davon abhängig, wie weit wir gewillt sind, den dafür erforderlichen Zeitaufwand angemessen zu entschädigen – auf Kosten einer unnötig flächendeckenden Technisierung der Medizin. Wir sollten uns hüten, den Nöten unserer Zeit zu sehr mit Algorithmen und automatisierten Abläufen zu Leibe rücken zu wollen. Ironie der Zeit: Die heutigen Leiden werden immer unfassbarer, während unsere bildgebenden Verfahren immer ausgeklügelter werden. Doch was tun, wenn nichts zu sehen ist? Bei somatoformen Schmerzstörungen, funktioneller Dyspepsie, Fibromyalgie, Chronic Fatigue Syndrome, Multiple Chemistry Sensitivity, Idiopathic Environmental Illness, Burnout, Verbitterungsstörungen ...?

### Drohende Dominanz der Nichtmediziner

Forcierte Qualitätsbestrebungen mit Formulierung gültiger Qualitätskriterien in Zeiten des Zerfalls allgemeingültiger und verbindlicher Wertmassstäbe sind verständlich, legitim, hilfreich und sinnvoll. Dieselben Zeiten korrelieren jedoch auch mit dem Gefahrwerden der begrenzten finanziellen Mittel. Der Kampf zwischen Wert und Preis ist voll im Gang! Es droht favorisiert zu werden, was Gewinn abwirft, auf Kosten dessen, was wesentlich ist für uns. Die Verwaltungen sind daran, in den Spitälern die Vorherrschaft über Pflegepersonal und Ärzteschaft zu erlangen. Ökonomen erobern im Gesundheitswesen zunehmend die Definitionsmacht über das Notwendige. Dabei erscheint das Gesundheitswesen nur als Abbild unserer Gesellschaft. Die Apparatefaszination verkommt zusehends zur Apparategier, jeder hat überall das Smartphone am Ohr, um sich der unmittelbaren Umwelt nicht zuwenden zu müssen! Wie gesund lässt uns das bleiben? Und wenn uns die verkümmerte Beziehungsfähigkeit krank werden lässt – wer soll uns noch helfen? Wir alle werden bald «im selben Spital krank» sein, Helfer und Hilfesuchende – woher soll uns dann noch das Heilsame erwachsen? Lasst uns, nebst der unverzichtbaren Qualitätsmessung und -sicherung im handwerklichen Bereich, weiterhin unvermindert auf die Qualität des mitmenschlichen Umgangs achten, das heisst auf Werte wie Präsenz, Empathie und Geduld, aber auch Mut zu Klarheit, Verantwortungsbereitschaft und Individualität, vor allem aber Respekt, das heisst Sinn für Mass und Grenzen – kurz jener Dimension, die mit Messinstrumenten weniger erfassbar, dafür umso mehr mit unseren Sinnen erfahrbar ist, und die unser Gesundsein und unser Wohlbefinden mehr fördert als viele teure Massnahmen, die wir uns eh bald nicht mehr leisten können!

Dr. med. Guido Becker

### Impressum

#### Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse  
Schweiz. Ärzteverlag EMH  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz  
synapse@emh.ch

#### Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH  
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und  
Jugendliche FMH  
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psycho-  
therapie FMH  
Dr. med. Alexandra Prünke, Fachärztin für Ophthalmo-  
logie und Ophthalmochirurgie FMH  
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemein-  
medizin FMH  
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,  
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer  
Ärzteverlag AG, Basel

#### Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, Mail: julian.mettler@hin.ch

#### Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz  
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56  
E-Mail: verlag@emh.ch  
www.emh.ch

#### Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

#### Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

#### Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

#### Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Nadja Huber, Assistentin Inserateregie  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz  
Tel. 061 467 85 88, Fax 061 467 85 56  
nhuber@emh.ch

«Synapse»-Archiv im Internet: [www.synapse-online.ch](http://www.synapse-online.ch)



#### Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt  
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach  
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01  
E-Mail: fschwab@hin.ch



#### Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald  
Marktgasse 5, CH-4051 Basel  
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16  
E-Mail: info@medges.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 24.9.2012

# Qualität sichern – Qualität entwickeln!

Das **Qualitäts-Basis-Modul (QBM)** der VEDAG soll allen interessierten Hausärztinnen und Hausärzten einen einfachen Einstieg in das Thema Qualität ermöglichen und darüber hinaus einen Nachweis für die aktive Teilnahme an der Qualitätsentwicklung erbringen.

Wer freut sich nicht über gute Qualität? So hat der eine Leser kürzlich in einem Restaurant gut gegessen und von den Hygienevorschriften in der Küche profitiert; eine Leserin war vielleicht gerade in den Ferien und war froh, dass beim Flugzeug strenge und konsequente Sicherheits- und Routinechecks durchgeführt worden sind, und ein Dritter bewundert an seinem neuen Auto all die technischen Hilfsmittel, welche die Qualität des Fahrens und des Reisens positiv beeinflussen. Aber auch Ärger über die Qualität kennen wir alle, wie z. B. über den Abfall in den öffentlichen Verkehrsmitteln, das unfreundliche Personal in einem Restaurant oder die schlechte Bedienung in einem Geschäft. Qualität gehört zum Alltag, macht den Unterschied zwischen Gut und Schlecht aus und wird von uns immer wieder erwartet und erlebt.

In der Theorie werden viele unserer Erwartungen bezüglich einer Leistungserbringung der **Vertrauensqualität** zugeschrieben. Beim Essen vertrauen wir der Küchenmannschaft und beim Fliegen der Fluggesellschaft, beim Arzt den fachlichen Fähigkeiten. Wir haben oft keine Möglichkeit, unsere Erwartungen zu überprüfen, wissen möglicherweise, dass es dazu Vorschriften und Kontrollen gibt, kennen aber oft die Details nicht. Nebst der **Vertrauensqualität** beschreibt die Theorie die **Erfahrungsqualität**, zum Beispiel wenn ein Hotel oder ein Produkt von Kunden oder Konsumenten empfohlen wird. Dank Internet und Bewertungsportalen gewinnt dieser Bereich ständig an Bedeutung; viele von uns lesen vor den Ferien die Bewertungen anderer Touristen und beschreiben nachher die eigenen Erfahrungen auf der Plattform. Gibt es zu einem Produkt oder zu einer Dienstleistung genügend objektive Informationen, spricht man in der Theorie von der **Entscheidungsqualität**. So beschreibt die Pannenstatistik des TCS sachlich, wie oft ein Fahrzeugtyp die TCS-Pannenhilfe beanspruchen musste und welche Pannen wie oft aufgetreten sind. Da auch die Kaufpreise der entsprechenden Autos be-

kannt sind, hat der potentielle Käufer oder die Käuferin relativ viele objektive Entscheidungsgrundlagen für den Kauf eines Autos. Aber auch Testberichte aus einer Konsumentenzeitschrift bieten Unterstützung beim Kauf des besten Sonnenschutzmittels oder Mückensprays. Auch Qualitätslabel wie ISO sind nichts anderes als eine Zusammenfassung, ein Nachweis von Elementen der Erfahrungs- und Entscheidungsqualität. Theorie und Praxis sind sich einig, dass all die erwähnten Qualitätsdimensionen wichtig und richtig sind, aus Sicht der Leistungsempfänger jedoch die Erfahrungs- und Entscheidungsqualität im Zentrum stehen und diese Dimensionen auch im Fokus des Qualitätsmanagements stehen müssen. Qualität wird von uns also täglich erfahren und angewendet und gute Qualität wird immer geschätzt und gesucht. Gute Qualität macht die Leistungserbringer stolz und zufrieden und ganze Betriebe oder Berufsgruppen identifizieren sich über die geleistete Qualität und setzen alles daran, diese zu sichern oder zu entwickeln.

## **Schlechtes Qualitätsimage im Gesundheitswesen**

Erstaunlicherweise wird jedoch das Thema Qualität und Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen völlig anders interpretiert. Der Begriff ist in gewissen Kreisen schon fast zum Schimpfwort geworden und Indikatoren, Befragungen und Messungen werden bekämpft und zerrissen. Widerstand gegenüber dem Qualitätsmanagement ist schon fast eine Ehrensache, und qualitätsorientierte Kollegen und Kolleginnen werden gerne als Anpasser im Sinne des vorauseilenden Gehorsams verurteilt. Qualitätskritiker verlangen vom Qualitätsmanagement zudem eine methodische Genauigkeit und eine Wissenschaftlichkeit, die sie selber nicht annähernd einhalten. Und die gleichen Kritiker schimpfen über den hohen Messaufwand und die sinnlose Bürokratie, welche notabene gerade wegen der verlangten methodischen Genauigkeit entsteht. Sicher ist in den letzten Jahren vieles schief oder falsch gelaufen. Qualität wurde missbraucht, um unter anderem betriebswirtschaftliche Interessen durchzusetzen. Auch haben sich einige Qualitätsexperten in der Theorie und Bürokratie verloren. Unter dem Namen der

Qualität wurden viele Worthülsen geboren, die Versicherungen haben viel verlangt und wenig geliefert. Es ist auch richtig, dass personenbezogene Dienstleistungen, d.h. die Arbeit am und mit dem Menschen, nicht mit der Herstellung eines Autos verglichen werden kann. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesem Thema und der betreffenden Literatur wäre spannend, sprengt jedoch den Rahmen und den Umfang dieses Artikels. Es kann jedoch auch an dieser Stelle festgehalten werden, dass sehr viele Leistungserbringer im Sozial- und Gesundheitswesen sehr wohl wissen, dass – unabhängig von den vorher aufgeführten Problemen –, sie und/oder ihre Organisation im Bereich der Qualität und des Qualitätsmanagements Defizite aufweisen und Verbesserungsbedarf und Verbesserungspotential bestehen. Das Rad der Zeit in Bezug auf die Anforderungen an gute Qualität und an ein Qualitätsmanagement lässt sich nicht mehr zurückdrehen und es ist eine alte Tatsache, dass Mitgestalten mehr bringt als destruktiver Widerstand. Oder anders ausgedrückt: Man kann über die Basler Fumoir-Affäre schmunzeln und die Eigenständigkeit der Basler loben, aber falsch und widerrechtlich ist das Konstrukt trotzdem und wird wohl kaum überleben.

## **Das Qualitäts-Basis-Modul (QBM)**

Es waren diese Erkenntnisse, welche vor ungefähr vier Jahren einige Hausärzte und Hausärztinnen dazu brachten, die Qualitätsfrage unter dem Motto «Von der Praxis für die Praxis» selber anzupacken. Der eingeschlagene Weg war nicht immer einfach und gradlinig, aber immer spannend und konstruktiv. Es wurden Indikatoren gesucht, welche entweder die Teilnehmenden für Qualitätsfragen sensibilisieren oder ihnen eine vertiefte Auseinandersetzung ermöglichen. Zusätzlich musste der Aufwand für die Erhebung der Daten überschaubar sein. Aus dieser Arbeit entstand das VEDAG-Qualitäts-Basis-Modul (QBM). Das QBM soll allen interessierten Hausärztinnen und Hausärzten einen einfachen Einstieg in das Thema Qualität ermöglichen und darüber hinaus einen Nachweis für die aktive Teilnahme an der Qualitätsentwicklung erbringen.

Das QBM ist ab Herbst 2012 für den Routinebetrieb einsatzbereit, nachdem es

mehrfach getestet und verbessert worden ist. Das übergeordnete Ziel des QBM ist es, einen zentralen Beitrag zur Sicherung einer hohen und stabilen Behandlungsqualität in der hausärztlichen Praxis sicherzustellen und zu entwickeln und dadurch einen Nutzenzuwachs für Patienten und Hausärzte zu erzielen.

Die weiteren Ziele des QBM sind:

- Den Hausärzten (Grundversorgern) anhand von Sensibilisierungsindikatoren einen Einstieg in qualitätsrelevante Themen zu ermöglichen.
- Die vertiefte Auseinandersetzung mit qualitätsrelevanten Themen anhand von ausgewählten Vertiefungsindikatoren zu ermöglichen.
- Das Auslösen von Verbesserungsmaßnahmen (Qualitätsentwicklung) aufgrund der erhobenen Daten zu unterstützen.

Die Bearbeitung der Indikatoren (Datenerhebung) erfolgt ausschliesslich über eine Online-Plattform und zwar zwei-

mal jährlich in einem Zeitraum von jeweils neun Wochen. In dieser Zeitperiode werden ausgewählte Kennzahlen erfasst. Befragt werden die Hausärztinnen und Hausärzte, die MPAs und einmal pro Jahr auch die Patientinnen und Patienten.

Das QBM ist in einem Konzept und dem dazugehörigen Stufenmodell umfassend beschrieben und ein Datenreglement stellt den richtigen Umgang mit den Daten sicher. Die Unterlagen sind auf der Homepage zum QBM [www.vedag-qbm.ch](http://www.vedag-qbm.ch) oder über die Demoversion abrufbar. Die Demoversion steht allen Interessierten ab Mitte August 2012 ebenfalls auf der Homepage QBM zur Verfügung, der Routinebetrieb startet im Oktober 2012.

Das Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule (KPZ QM BFH) hat das Projekt seit Beginn als wissenschaftlicher Betreiber und Berater unterstützt. In dieser Funktion hat es die nötigen Expertenrunden durchgeführt, wo nötig Expertisen eingebracht

und vor allem die Online-Plattform entwickelt. In dieser Funktion wird das KPZ QM BFH auch den Routinebetrieb begleiten und die nötigen Supportleistungen zur Online-Plattform sicherstellen. Aus Sicht der KPZ QM BFH überzeugen beim QBM die konsequente Führerschaft und die vorbildhafte Motivation der involvierten Hausärztinnen und Hausärzte (Grundversorger), welche sich weder durch Rückschläge, Angriffe und/oder methodische Schwierigkeiten vom Weg abbringen liessen. In diesem Sinn ist das QBM weder Bürokratie noch Frustration, sondern einfach eine gute Grundlage, um sich mit dem Thema Qualität auseinanderzusetzen und wo nötig und sinnvoll Verbesserungen auszulösen, also ganz im Sinne des klassischen Qualitätsmanagements: Qualität sichern – Qualität entwickeln!

*Prof. Philipp Schneider, Leiter Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement, Berner Fachhochschule BFH, Bern  
[philipp.schneider\[at\]bfh.ch](mailto:philipp.schneider[at]bfh.ch) / [www.qm.bfh.ch](http://www.qm.bfh.ch)*

## Sinnlose Wettbewerbe im Gesundheitswesen

**Qualität in der Medizin lässt sich nicht an bestimmten, messbaren Kennzahlen festmachen. Qualitativ gute Leistungen entstehen im Rahmen einer möglichst freien, stimulierenden Umgebung und nicht als künstlich inszenierte Wettbewerbe.**

Im Zuge einer zunehmenden Markt- und Wettbewerbsgläubigkeit wurde in den letzten Jahrzehnten damit begonnen, überall dort künstliche Wettbewerbe zu inszenieren, wo es keinen Markt gibt, um auch Bereiche wie Wissenschaft, Bildung oder das Gesundheitswesen auf Effizienz zu trimmen. Mit missionarischem Eifer werden auf diese Weise Leistungsanreize gesetzt, doch was dabei als Leistung herauskommt, ist in Wirklichkeit ein gigantischer Unsinn. Die künstlich inszenierten Wettbewerbe sorgen aber im Gegensatz zu einem funktionierenden Marktwettbewerb nicht dafür, dass die Produktion optimal auf die Bedürfnisse der Nachfrager angepasst ist. Nur wo Wettbewerb und Markt zusammenfallen und Marktwettbewerb herrscht, kann die von Adam Smith erstmals beschriebene «unsichtbare Hand» unter bestimmten Bedingungen über das Preissystem wirken und für Effizienz sorgen. Bei Wettbewerben ohne Markt ist das hingegen nicht

der Fall. Statt an den Bedürfnissen der Nachfrager orientieren sich die Produzenten eines Produktes oder einer Leistung an irgendwelchen Kennzahlen oder Indikatoren, die für den Erfolg im Wettbewerb massgebend sind. Die Ausrichtung an diesen Kennzahlen führt jedoch nicht zu Effizienz, sondern sorgt für perverse Anreize, die dann folgerichtig auch perverse Resultate ergeben.

Besonders gravierend sind die sinnlosen Wettbewerbe auch im Gesundheitswesen. Über lange Zeit wurden dort Ärztinnen und Ärzten einfach ihre Behandlungskosten von den Krankenkassen bezahlt und Spitäler wurden nach den von ihnen erbrachten Leistungen entschädigt. Ein solches System setzt allerdings keinen Anreiz, effizient zu arbeiten oder besonders qualitativ hochstehende Leistungen zu erbringen, da man seine Kosten ja unbeschränkt abrechnen kann und die Qualität der Leistung nicht berücksichtigt wird. Seit geraumer Zeit glaubt man deshalb auch hier, die neue, angebliche Wunderwaffe der künstlich inszenierten Wettbewerbe einsetzen zu können, um mehr Effizienz und bessere Qualität zu erzielen. Ein erster Schritt in diese Richtung ist bereits erfolgt: die Einführung von Fallpauschalen, mit denen stationäre Behandlungen in Spitä-

lern pauschal mit einem bestimmten Betrag abgegolten werden. Auf diese Weise wird indirekt ein Kostenwettbewerb zwischen den Spitälern in Gang gesetzt, der zu einer Senkung der durch Spitäler verursachten Gesundheitskosten im stationären Bereich führen sollte. In der Realität «sparen» die Spitäler jedoch vor allem auch dadurch, dass sie ihre Kosten zu Lasten der ambulanten Versorgung reduzieren, wo die Kosten dann entsprechend ansteigen. Und zudem versuchen sie, mit möglichst standardisierten Behandlungen und einer «Optimierung der Patientenportfolios» möglichst hohe Fallpauschalen herauszuholen.

Ein noch drastischerer Schritt in Richtung mehr Wettbewerb steckt bei uns noch in den Anfängen: das sogenannte Pay-for-Performance-Programm (P4P). Dabei geht es um eine leistungsorientierte Vergütung von Ärzten, die dann je nach Qualität ihrer Behandlungen mehr oder weniger Geld von den Krankenkassen bekommen werden. Solche Programme sind in den USA oder in England schon seit längerer Zeit eingeführt. In Deutschland steckt man zurzeit jedoch noch in einer Versuchsphase. Bei P4P soll die «Qualität» von ärztlichen Dienstleistungen mit Hilfe von Indikatoren und Zielparametern gemessen und dann auch



honoriert werden. Mit dieser Leistungsvergütung wollen die Kassen gute Ärzte und Praxisnetze belohnen – und gleichzeitig sparen, da gute Behandlungen insgesamt zu einer gesünderen Bevölkerung führen sollten, die dann insgesamt weniger Kosten verursachen würde.

Klingt wie ein Märchen und ist auch eins. Genau wie in der Wissenschaft lässt sich in der Medizin die Qualität nicht an bestimmten messbaren Kennzahlen festmachen. Denn was macht einen guten Arzt oder ein gutes Praxisnetz wirklich aus? Ist es der Prozentsatz der Patienten, die nach einer Operation keine Komplikationen aufweisen? Ist es die Gesprächsbereitschaft des Arztes, der sich Zeit für einen Patienten nimmt? Oder ist es der Arzt, der alles streng nach Vorschrift abwickelt? Auch mit hunderten von noch so ausgeklügelten und aus gemessenen Daten berechneten Indikatoren kann die Qualität nicht adäquat erfasst werden.

Was man jedoch ausgezeichnet mit P4P kann, ist, den Ärzten perverse Anreize zu setzen. Und diese reagieren dann auch, indem sie immer mehr unnötige Untersuchungen durchführen oder vorschnell Medikamente verschreiben, weil das zu mehr gemessener «Qualität» führt.

Das Fazit aus diesen Überlegungen ist eindeutig: Schluss mit diesen künstlichen Wettbewerben. Qualitativ gute Arbeit und Höchstleistungen entstehen dadurch, dass man fähigen und motivierten Menschen die Chance gibt, sich in einer möglichst freien, stimulierenden Umgebung zu entfalten. Deshalb ist es kontraproduktiv, Wissenschaftler, Professoren, Lehrer und Ärzte unter den Generalverdacht der Leistungsverweigerung zu stellen und in jedem ein potentiell schwarzes Schaf zu vermuten, aus dem man eine gute Leistung mit einem Zuckerbrot herauskitzeln oder mit der Peitsche herausprügeln muss. Auf diese

Weise verdrängt man erstens die intrinsische Motivation der eigentlich begabten und motivierten Menschen, wodurch echte Höchstleistungen mehr und mehr ausbleiben. Und zweitens holt man aus unmotivierten und/oder wenig fähigen Menschen selbst mit noch so grossen Zuckerbroten und drohend schwingenden Peitschen keine Höchstleistungen heraus. Was diese dann wirklich produzieren, ist quantitativ messbarer Unsinn, den niemand braucht, während die wahre Qualität immer mehr verdrängt wird.

*Prof. Dr. Mathias Binswanger*

Mathias Binswanger ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten. Er ist Autor des 2010 erschienenen Buches «Sinnlose Wettbewerbe – Warum wir immer mehr Unsinn produzieren».

## Sinn und Unsinn der Qualitätssicherung in der Haus- und Kinderarztpraxis

**Niedergelassene Haus- und Kinderärzte kämpfen schon seit langem für ein angemessenes Einkommen. Dem stehen zwei Hindernisse im Weg: die steigenden administrativen und technischen Anforderungen an die «Qualität» und eine Arbeitsauffassung, die sich primär am Patienten und weniger am Umsatz orientiert.**

Wir Hausärzte versuchen so effektiv, effizient und kostengünstig wie möglich unsere Patienten zu beraten, zu betreuen und zu therapieren – nach bestem Wissen und Gewissen –, so wie wir es dem Hippokrates geschworen haben. Diese Berufsauffassung wird uns aber zunehmend erschwert. In der Praxis werden wir mit hohen Anforderungen an Qualitätsmanagement und Qualitätssicherheit konfrontiert, die von Jahr zu Jahr komplexer, arbeitsaufwendiger und damit teurer werden. Externe Firmen werden von den kantonalen Ärztesellschaften beauftragt, unsere Qualität in der Praxis zu überwachen. Für teures Geld. Unser Geld.

### **Neueinsteiger werden behindert statt gefördert**

Ein junger Kollege, der sich niederlassen möchte, muss heute hohe (administra-

tive) Hürden überwinden und viel Geld in die Hand nehmen. Dabei gebärden sich die Kreditinstitute zunehmend kritischer und restriktiver, vor allem, wenn es um einen Kredit für eine Hausarztpraxis geht. Auch die Banken wissen, dass sich mit einer Spezialarzt- oder einer Anwaltspraxis mehr Geld verdienen lässt. Wenn die Kredithürde überwunden ist, folgen weitere, zum Beispiel die Notwendigkeit von Spezialmitgliedschaften (FMH etc.), um überhaupt als niedergelassener Arzt arbeiten zu können.

Dazu kommen Auflagen bei der Wahl verschiedener Gerätschaften, die im Labor notwendig sind. Für einen neu niedergelassenen Kollegen ist es neuerdings notwendig, einen prionensicheren Sterilisator zu kaufen. Dieser ist doppelt so teuer als der einfache, früher gebräuchliche, der alle Viren und Bakterien und Pilze abtötet. Fragt sich, ob diese Prionensicherheit die Patientensicherheit wirklich verbessert. Haben wir bei einer kleinchirurgischen Tätigkeit (z.B. Molusken entfernen) wirklich Prionenkontakt und müssen den um jeden Preis meiden?

### **Beispiel Praxislabor**

Wer ein Praxislabor führen will, wird zur Kasse gebeten. Damit man überhaupt ein Labor in der Praxis betreiben darf, wird

vorab die Teilnahme an einem Laborkurs verlangt. Was aber wäre eine Hausarztpraxis wert, ohne die Möglichkeit zu haben, ein kleines Blutbild, ein CRP, eine Urinanalyse oder eine Bakterienkultur zur Infektdiagnostik herzustellen? Natürlich könnte man diese Blutanalysen auch outsourcen, wie es so schön heisst. Dies käme uns im Vergleich zum eigenen Labor kostengünstiger, wenn man eine Vollkostenrechnung macht (Arbeitszeit MPA für Analysen, Arbeitszeit MPA für Qualitätskontrolle 4× jährlich, Kosten der Ringversuche inkl. Kontrollblut 4× jährlich, Kosten der Analysengeräte inkl. Analysenkits und -material, Kosten der Wartungsverträge aller Geräte).

Im Klartext: Das eigene Labor rechnet sich oft nicht mehr, im Gegenteil: Je nach Zahl der Analysen legt man Geld aus der eigenen Tasche dazu. Wir Hausärzte verdienen an diesen Blutanalysen nicht nur nichts, wir zahlen zuweilen noch drauf. Und trotzdem wollen wir das Labor behalten, nicht zuletzt, weil wir die Patienten sofort informieren wollen, wie es um sie steht, und weil wir ihnen nicht zumuten wollen, am Folgetag nochmals zu kommen. Wir verzichten damit auch auf eine Einnahmequelle und tragen das unsrige zum Kostensparen im Gesundheitswesen bei.

### Beispiel Medikamentenabgabe

Wer in einem Kanton mit eigener Medikamentenabgabe abrechnet, wird seit rund zwei Jahren kräftig zur Kasse gebeten und muss zahlreiche Anforderungen an die Medikamentenhaltung erfüllen, um die Qualitätssicherheit zu gewährleisten. Natürlich gab es früher Kollegen, die Medikamente qualitativ ungenügend – in zu feuchter oder zu warmer Umgebung – lagerten. Heute passiert dies nicht mehr, weil uns externe Firmen, die von den kantonalen Gesellschaften beauftragt werden, regelmässig überwachen und von uns exakte Buchführung und Kontrolle verlangen. Der administrative und finanzielle Aufwand ist beträchtlich – erst recht dann, wenn die Kontrolle vor Ort stattfindet.

Jeder und jede von uns muss einen Einführungskurs durchlaufen, damit wir mit den Gepflogenheiten dieser Kontrollorgane vertraut werden, und damit wir alle Daten und Fakten zur Medikamentenabgabe nach einem bestimmten Schema festhalten. Dazu gehören Protokolle der Kühlschranktemperatur (minutiös stündlich, jeden Tag), Protokolle der Ein- und Ausgänge und der Ablaufdaten der Medikamente, eine Liste der zugelassenen Medikamente (es dürfen nicht alle Medikamente abgegeben werden, Beispiel: Macrogolum 4000 – sehr bewährt bei Kinderärzten, da elektrolytfrei und in neutralem Geschmack, ein Abführmittel – darf in der Praxisapotheke nicht stehen ... warum?), eine Liste der Reinigungsarbeiten im Medikamentenschrank usw.

Diese Inspektionen kosten 1500 Franken. Wenn man die kleinen oder grösseren Umbauarbeiten einrechnet, die fast jeder für seine Umluft-Kühlschränke, Temperaturmessgeräte und Medikamentenschrankaufteilung vorgenommen hat, wird es deutlich teurer. Die Zeit, die der Praxisinhaber für diese Umgestaltung (Ordner erschaffen, MPA-Instruktion) investiert hat, ist in dieser Kalkulation nicht eingerechnet.

### Beispiel Fortbildung

Wir bezahlen seit ewiger Zeit unsere ärztliche Fortbildung aus eigener Tasche, was sich auf einige tausend Franken pro Jahr beläuft. Damit soll nicht die Fortbildungspflicht als solche in Frage gestellt werden, denn diese ist für die meisten von uns selbstverständlich, sondern die Reglementierung dahinter.

Diese Fortbildung ist seit neuestem auch im Internet abrufbar – auch für die Krankenkassen, die nun auf ei-

nen Blick sehen, ob ich eine «gute» Ärztin bin und meine Fortbildung «brav» mache, und ob ich es auch «verdiene», über die TARMED-Positionen abrechnen zu dürfen. Das ist ein Instrument mehr für die santésuisse, uns Ärzte genau zu überwachen. Sollte der Kontrahierungszwang je aufgehoben werden, so hat santésuisse mit dem direkten Einblick in den FB-Stand jedes einzelnen Arztes ein Instrument mehr zur Selektion.

Immerhin haben wir die Fortbildungspflicht selber via Fachgesellschaften in der Hand.

Aber wenn ich mich zum Beispiel in Deutschland fortbilde, kann es sein, dass ich nicht genügend FB-Kredits erhalte und somit nicht das Zertifikat bekomme, das ich für meine Dignität als Kinderärztin benötige. Das kann zur Folge haben, dass ich nicht mehr abrechnen kann mit dem Krankenkassenkonkordat. Dann kann ich meinen Job an den Nagel hängen. Denn Privatpatienten unter Kindern gibt es nicht.

### Qualität: Kontrollwahn oder sinnvolle Sicherheitsmassnahme?

Anhand dieser drei Beispiele möchte ich die Frage stellen, ob solche «Qualitäts-Interventionen» unsere Arbeit wirklich verbessern. Und ob sie wirklich im Interesse der Patienten liegen. Wir hätten gerne mehr Zeit für unsere Patienten, um im persönlichen Gespräch Lösungen zu finden, um Schmerzen zu lindern und Krankheiten zu heilen. Dafür brauchen wir nicht mehr externe Qualitätskontrollen, sondern schlicht und einfach mehr Zeit – die bezahlt werden sollte. Stattdessen nimmt der administrative Aufwand heute überhand und führt u.a. dazu, dass – zusätzlich zur finanziellen Hürde – immer weniger junge Ärzte motiviert sind, in die Praxis zu gehen.

### Grundsatzdiskussion lancieren

Vor diesem Hintergrund sollten wir eine grundsätzliche und öffentliche Diskussion lancieren, was in Sachen Kontrolle und Qualität sinnvoll, und was unsinnig und hinderlich ist. Vor allem muss die Frage aufs Tapet: Müssen wir diese



Qualitätssicherung wirklich selber bezahlen? Wieso sollen dies nicht die Krankenkassen übernehmen, die doch von Massnahmen zur Qualitätssicherung auch profitieren?

Wir müssen uns stärker für unsere Anliegen engagieren, denn für den Status quo heute sind wir nicht ganz unschuldig. Wir haben in den letzten zwei Jahrzehnten zu wenig für unsere Anliegen getan, so dass wir immer wieder von den anderen Playern im Gesundheitswesen über den Tisch gezogen wurden (Beispiel TARMED).

Das wiederum könnte mit unserer Arbeitsauffassung und -einstellung zu tun haben.

Wer arbeitet ausser den Haus- und Kinderärzten heute noch gratis, oder legt – Beispiel Praxislabor – noch Geld drauf? Tun wir es aus Goodwill für unsere Patienten? Oder weil wir so nett oder so blöd sind?

Med. pract. Katja Heller,  
Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH

# Qualitätsmessungen in der Pflege: aufwendig, aber notwendig

Seit 2009 übernimmt der Verein ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) als gemeinsame Organisation der Finanzierer und Leistungserbringer die nationale Qualitätsdokumentation und Qualitätsweiterentwicklung.

Der ANQ (ANQ 2012) fordert alle Leistungserbringer, Kantone und Versicherer, auf, dem nationalen Qualitätsvertrag beizutreten. Der Vertrag ist ein begleitendes Element zur Anwendung der SwissDRG. Für die Akutsomatik im stationären Bereich werden Patientenzufriedenheit, Prävalenzen von Wundinfekten, vermeidbaren Reoperationen und Rehospitalisationen, Stürzen und Dekubitus gemessen. In der Psychiatrie werden seit 2012 im stationären Bereich patientenbezogene Behandlungsergebnisse mit der «Health of the Nation Outcome Scale» (Messung des Verhaltens) und der «Brief Symptom Checklist» (subjektive Symptombeschreibung) erhoben und die freiheitsbeschränkenden Massnahmen in vielen Psychiatrischen Kliniken erfasst. Bei den Prävalenzmessungen von Stürzen und Dekubitus macht die Pflege die Messungen, die Berner Fachhochschule Fachbereich Pflege wertet die Daten nach einem erprobten Verfahren der Universität Maastricht aus und stellt den Spitälern einen Bericht von allen Prävalenzmessungen an einem Stichtag zur Verfügung. Für jede Messung legt der ANQ die Bandbreite oder Referenzwerte fest, innerhalb derer ein Ergebnis positioniert sein sollte. Basierend auf den Ergebnissen einer Prävalenzmessung muss die einzelne Klinik die differenzierte Analyse der Behandlungsprozesse selber vornehmen, damit sie eine Verbesserung der Ergebnisse erreichen kann.

## Beispiel: Prävalenzmessung von Sturzereignissen

Damit eine Prävalenzmessung einer bestimmten Störung möglich ist, müssen die Betriebe zuvor systematisch entwickelte interdisziplinäre Ablaufprozesse

und Kontrollsysteme für die Durchführung erstellen. Bereits diese Vorarbeiten sind aufwendig. Die grossen Fragen kommen erst nach der Messung: Wie können aus einer quantitativen landesweiten Erhebung der Prävalenzmessung zum Beispiel von Sturzereignissen die Aktionen der einzelnen Berufsgruppen in der einzelnen Institution an einem Ergebnis erkannt werden, und wie kann die Institution aufgrund der Messergebnisse die Sicherheit der Patientinnen und Patienten erhöhen?

Um mit den Messergebnissen arbeiten und wirksame Verbesserungen vornehmen zu können, müssen zuvor die internen Prozesse von Sturzassessment und -prävention, Interventionen und Kommunikation in der Institution formal festgelegt sein: Welche Berufsgruppe benutzt welche validen Assessmentinstrumente zur Einschätzung des Sturzrisikos, wie wird die Einschätzung vorgenommen, welche Berufsgruppe benutzt welche Interventionen zur Prävention von Sturzereignissen und welche nach erfolgtem Sturzereignis? Die Informationsinhalte und Informationswege unter den Berufsgruppen müssen ebenfalls definiert werden. Schlussendlich sind alle Vorgehensweisen von der Prävention über Intervention bis hin zur Information ein Gruppenprodukt, in dem viele Akteure in einem fraktionierten System tätig sind. Zum Beispiel wurde in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich ein Sturzpräventionskonzept interdisziplinär entwickelt, da die Klinik auch eine Klinik für Alterspsychiatrie hat. Die Sturzprävention liegt an der Schnittstelle von Psychiatrie und Akutsomatik, da grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten stürzen könnten. Dieses Konzept beinhaltet Empfehlungen für Assessmentinstrumente, Interventionen und Kommunikation. Es löste in der Folge die dafür nötigen internen Prozessklärungen aus, welche auch ohne Qualitätsmessung notwendig sind. Mit einer Qualitätsmessung sind diese Klärungen noch notwendiger.

Basierend auf dem Verständnis einer lernenden Organisation, welche z. B. in Qualitätszirkeln die Ergebnisse der Messungen aufbereitet und den Praktiken der Sturzprävention, Interventionen bei Stürzen und die Kommunikation in den lokalen Settings gegenüberstellt, können Empfehlungen zuhanden von Entscheidungsträgern formuliert werden. Sie müssen mit Hilfe der Empfehlungen wiederum die Entscheidungen zur Umsetzung treffen.

## Oberstes Ziel: Patientensicherheit

Zusammengefasst kann die Qualitätsmessung als erster Teil der Qualitätserhaltung und Qualitätsverbesserung angesehen werden. Der zweite Teil der Qualitätserhaltung und Qualitätsverbesserung muss intern erfolgen, und der erscheint mindestens ebenso aufwendig wie die Qualitätsmessung an sich. Beide Teile können zur Patientensicherheit beitragen. Das Bewusstsein für eine gute Qualität und die Anforderungen an Qualitätsmessungen sind in den letzten Jahren stark gestiegen, aber bis eine daraus resultierende Steigerung der Patientensicherheit tatsächlich sichtbar wird, dürfte noch viel Arbeit vonnöten sein. Dazu muss die Berufsgruppe der Pflegenden den Graben zwischen Wissen und ihrer Rolle im Bereich der Patientensicherheit weiterhin genauer erforschen (Richardson & Storr 2010) und die zur Rolle gehörigen Aufgaben in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen klären. Aus Sicht der Pflege sind Qualitätsmessungen und Qualitätserhaltungs- und Verbesserungsmaßnahmen zwar aufwendige, aber notwendige Schritte, um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

*Christina Holzer-Pruss, Master of Nursing Science  
Akademische Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege  
(erreichbar unter [http://www.pflegeforschung-vfp.ch/home/page.aspx?page\\_id=2974](http://www.pflegeforschung-vfp.ch/home/page.aspx?page_id=2974))  
Literatur bei der Autorin, [holzer\\_pruss@bluewin.ch](mailto:holzer_pruss@bluewin.ch)*



# Arzneimittelfälschung: Patientensicherheit erfordert Nulltoleranz

Arzneimittelfälschungen sind kein Kavaliersdelikt wie die gefälschte Markenuhr oder Handtasche im Feriengepäck. Gefälschte Arzneimittel bedrohen die globale öffentliche Gesundheit, sie können lebensgefährlich sein. Da muss Nulltoleranz gelten.

Eine gefälschte Version des Krebsmedikaments Avastin machte im vergangenen Frühling unbehelligt eine Odyssee über vier Kontinente und gelangte unter anderem via ein Schweizer Zollfreilager in die Praxen kalifornischer Ärzte. Gemäss den Berichten aus den USA enthielt das Medikament keinerlei Wirkstoff. Der Fall zeigt, wie dringend es zusätzlicher Massnahmen bedarf, um die Patientinnen und Patienten zu schützen. Faktisch ist es nämlich heute so, dass ein Tourist am Zoll mit einer auf dem Strassenmarkt erworbenen gefälschten Rolex in der Schweiz schärfer sanktioniert wird als jemand, der gefälschte Medikamente in die Schweiz transportiert.

Medikamentenfälschung wird in grossem Stil betrieben. Sie ist Teil der organisierten Kriminalität. Die Profitmarge ist höher als im illegalen Drogenhandel, die Strafen sind milder. Der jährliche Umsatz des illegalen Handels mit Arzneimitteln wird auf Milliarden von Franken geschätzt. Illegale Medikamente kommen teils aus Hinterhöfen und Garagen. Kriminelle stellen sie dort mit primitiven Anlagen her – ohne Ansprüche an die Qualität. Immer öfter werden sie aber auch professionell produziert, und die Fälschungen sind von Originalen kaum unterscheidbar, denn nur im Labor sieht man, ob auch wirklich der Wirkstoff drin ist.

In der Schweiz ist bis heute kein Fall bekannt, bei dem in den offiziellen und von Swissmedic kontrollierten Distributionskanälen Fälschungen in den Handel kamen. Anders ist es, wenn die Schweiz als Drehscheibe für den internationalen Arzneimittelhandel genutzt wird, wie der Fall des gefälschten Avastin zeigt. So hatte eine Zuger Handelsfirma das in den USA als Fälschung entdeckte Avastin «bei einem lizenzierten und geprüften Unternehmen in Ägypten» bestellt. (Ein Journalist von Reuters fand an der angegebenen Adresse allerdings keine solche Firma.) Die Fälschungen gelangten anscheinend aus Syrien über die Tür-

kei nach Ägypten, von dort in ein Zürcher Zollfreilager, über einen dänischen Zwischenhändler zu einer englischen Handelsfirma und landeten schliesslich über zwei weitere «Broker» bei den Ärzten in den USA.

## Bestellungen über das Internet als Gefahr

Anders ist es auch bei Bestellungen über das Internet. Jährlich werden in der Schweiz mindestens 50 000 illegale Arzneimittelsendungen per Post von Privatpersonen in die Schweiz eingeführt. Wer Medikamente über unsichere Quellen im Internet bezieht, spielt russisches Roulette. Auf dem Spiel steht die Gesundheit – im schlimmsten Fall das Leben. Denn: Was als «natürliche, rein pflanzliche Medikamente» angepriesen wird, enthält oft ausschliesslich chemische – bisweilen giftige – Wirkstoffe. Fälschungen können auch zu hoch oder zu niedrig dosiert oder verunreinigt sein. Gefährlich ist auch, dass von den erwarteten Wirkstoffen manchmal nicht die geringste Spur vorhanden ist. In vielen Fällen enthalten die vermeintlichen Arzneimittel bloss Backstein oder Mehl, oder aber Giftstoffe wie Insektizide und Rattengift. Je nach Substanz kann es zum Beispiel zu lebensbedrohlichen Herz-Kreislauf-Problemen oder gravierenden Störungen des Hormonhaushaltes kommen.

Oft wird der Anschein erweckt, dass die Internetapotheke in Grossbritannien, Kanada oder den USA stationiert ist, die Arzneimittel stammen aber meist aus Indien, China oder den Arabischen Emiraten. Wenn es den Behörden nach grossem Aufwand gelingt, eine Website mit gefährlichen Medikamenten zu schliessen, werden dieselben Medikamente oft unverändert auf einer neuen Website angeboten. Meist gibt es mehrere Zwischenhändler, und das Geschäft ist über viele Länder verteilt. Dies erschwert den Kampf gegen kriminelle Organisationen und unkontrollierte Vertriebsketten. Kontrolle ist deshalb wichtig. Pharmafirmen, die in der Schweiz Arzneimittel herstellen oder vermitteln, benötigen eine Betriebsbewilligung von Swissmedic, der schweizerischen Zulassungs- und Aufsichtsbehörde für Heilmittel. Sie ist dafür zuständig, dass nur qualitativ hochstehende, sichere und wirksame Heilmittel zugelassen und angeboten werden.

Die Herstellungsprozesse und die Labors der Pharmafirmen, aber auch die Qualität der hergestellten Arzneimittel unterliegen strengen Regeln und Kontrollen. Pharmafirmen dürfen Arzneimittel nur an berechnete Partner vermitteln. Nur so ist eine lückenlose, gut kontrollierte Vertriebskette mit einwandfreien Arzneimitteln gewährleistet – von der Produktion über den Grosshandel bis zur Abgabe an die Patientinnen und Patienten. Die Arzneimittelhersteller verwenden zudem offene und verdeckte, Fälschungen erschwerende Kennzeichen und arbeiten untereinander und mit den Zollbehörden eng zusammen. Dabei setzen sie unter anderem sogenannte Verpackungsmarker ein, um Fälschern das Handwerk zu legen (wie Hologramme, Wasserzeichen, die Farbe wechselnde Tinten, Mikrozeichen, irisierende Oberflächen, reflektierende/fluoreszierende Pigmente, Mikrofasern oder DNA-Etiketten). Das genügt nicht immer: So können Fehler des Parallelhandels beim Umpacken die Medikamentensicherheit dennoch beeinträchtigen. Zudem sind die Fähigkeiten krimineller Fälscher nicht unbeträchtlich.

## Anpassungen im Heilmittelgesetz

Auf rechtlicher Ebene soll die geplante Revision des Heilmittelgesetzes (HMG) Verbesserungen zur Bekämpfung von Fälschungen und Piraterie bringen. Heute wird bestraft, wer die Gesundheit von Menschen gefährdet, die Sorgfaltspflichten im Umgang mit Heilmitteln verletzt oder Arzneimittel ohne Zulassung, ohne Bewilligung herstellt, in Verkehr bringt, verschreibt, einführt, ausführt oder damit im Ausland handelt. Künftig sollen beispielsweise die Vollzugsbehörden bei Verdacht auf ein gefälschtes Medikament nicht mehr beweisen müssen, dass die Gesundheit von Patienten gefährdet wurde. Dieser Beweis ist kaum zu erbringen: Oft sind die Patienten unbekannt oder es gilt die ärztliche Schweigepflicht. Neu soll deshalb bereits eine potentielle Gesundheitsgefährdung bestraft werden können. Der Fall der Zuger Handelsfirma zeigt, dass es auch dringend eine Verschärfung der Bewilligungspflicht für solche Firmen braucht. Wer grob fahrlässig gefälschte Arzneimittel über die Schweiz vertreibt, gehört aus dem Ver-



kehr gezogen und mit wesentlich höheren Bussen sanktioniert als heute, wo die potentielle Rendite hoch und die Strafe lächerlich gering ist.

Auch auf europäischer Ebene sind Massnahmen gegen Medikamentenfälschungen geplant. Im Februar hat das EU-Parlament ein neues Gesetz angenommen, das verhindern soll, dass gefälschte Arzneimittel in die legale Lieferkette gelangen. Bestandteil des Gesetzespakets ist auch der Verkauf von Arzneimitteln über das Internet. Neue Sicherheitsmerkmale und ein Kontrollmechanismus sollen Patienten vor gefälschten Arznei-

mitteln schützen. In Ländern, in denen der Handel mit Medikamenten im Internet grundsätzlich erlaubt ist, müssen die Apotheken eine Genehmigung einholen, um Arzneimittel auch über das Internet zu verkaufen. Die jeweiligen Websites erhalten ein gemeinsames Logo. Das neue Gesetz führt zudem Sicherheitsmerkmale ein, die auf den Verpackungen anzubringen sind. Wie diese im Detail aussehen werden, muss noch geklärt werden. In Schweden lief dazu ein vom europäischen Pharmaverband EFPIA gemeinsam mit Apothekern und Grosshändlern lanciertes Pilotpro-

jekt mit einer 2-D-Daten-Matrix. Bei einer 2-D-Daten-Matrix sind die Informationen kompakt in einer quadratischen oder rechteckigen Fläche als Muster von Punkten codiert. Mit ihr sollen die Voraussetzungen für eine lückenlose Authentizitätsprüfung jeder einzelnen Packung geschaffen werden. Konkret prüft der Apotheker bei jedem Medikament mit einem Scanner den Identifikationscode, bevor er das Medikament an den Patienten weitergibt.

*Thomas B. Cueni,  
Secretary General Interpharma, Basel*

## Qualitätssicherung bei Infektionskrankheiten: Was kann der Hausarzt beitragen?

Postoperative Infektionen gehören zu den häufigsten Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen. Hausärztinnen und Hausärzte können u. a. durch konsequente Rückmeldung solcher Vorfälle an die Spitäler die Prävention verbessern.

Die Schulmedizin erfährt derzeit eine ihrer grössten Veränderungen der letzten hundert Jahre. Die durchschnittliche Lebenszeit hat sich um fast zehn Jahre verlängert: Ein Ereignis, das man zu Recht als historisch bezeichnen kann. Die verlängerte Lebensdauer führt aber auch zu neuen Herausforderungen. Denn mit zunehmendem Alter steigt nicht nur die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung, sondern gleich für mehrere. Seniorinnen und Senioren leiden nicht selten an fünf bis zehn verschiedenen Erkrankungen.

Dazu kommt ein Trend, die bisherigen wissenschaftlichen Errungenschaften den Patienten effizienter und wirtschaftlicher zukommen zu lassen. Ein Beispiel: Patienten mit Hüft- oder Kniegelenksprothesen sind heute häufig. Im Durchschnitt wird bei einer Staphylococcus-aureus-Septikämie ein Drittel der bestehenden Gelenksprothesen infiziert, was die Therapiedauer verlängert und die Hospitalisationskosten in die Höhe treibt. Daher kommt der Prävention von Staphylococcus-aureus-Infektionen eine viel höhere Bedeutung zu als früher.

Die Einführung der Fallkostenpauschale (DRG) führt ebenso zu einer Veränderung der Abrechnungssysteme, was die Medizin über die nächsten Jahre massgeblich verändern wird. Mittels qualitätssichernden Massnahmen soll erreicht werden, dass auch bei kürzeren Spitalaufenthaltszeiten und höherem Kostendruck keine negativen Auswirkungen

auf die Diagnostik und Therapie der Patienten resultieren. Messungen in diesem Bereich unterstehen einer hohen biologischen Variabilität und Vergleiche zwischen Spitälern und Arztpraxen sind nur mit grosser Vorsicht möglich. Trotzdem gibt es klinisch belegbare Hinweise und statistisch untermauerte Daten, dass im Gesundheitswesen mehr Leute durch fehlende Prävention und qualitätssichernde Massnahmen ums Leben kommen als im Strassenverkehr. In den letzten 20 Jahren wurden auch enorm grosse Anstrengungen unternommen, die Wirksamkeit präventiver Massnahmen kritisch zu prüfen und auf eine solide, evidenzbasierte Grundlage zu stellen. Daher stellt sich heute nicht nur die Aufgabe, nach neuen präventiven Massnahmen zu forschen, sondern auch, wie das bestehende Wissen im klinischen Alltag umgesetzt werden kann.

### Qualitätssichernde Massnahmen auf nationaler Ebene

1994 wurde die Swiss-NOSO-Gruppe von Patrick Francioli (Lausanne), Didier Pittet (Genf) und Andreas Widmer (Basel) gegründet. Ihre damalige Zielsetzung war die Erfassung und Vermeidung von spitalerworbenen Infektionen. Mit der Einführung der kontinuierlichen Überwachung von postoperativen Infektionen hat die Gruppe eine neue, wesentliche Aufgabe übernommen. Postoperative Infektionen gehören zu den häufigsten

Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen, und seit 1985 ist dokumentiert, dass eine Überwachung der Infektionen zu einer Reduktion der Infektionsrate von 30 Prozent führt. Erst 2008 wurde dieses System nun auch in der Schweiz eingeführt.

Mit einer «Interventionsaktion 2013» soll die Infektionsrate auch in der Schweiz statistisch signifikant gesenkt werden (Beispiel: Tabelle 1). Als Folge der kürzeren Hospitalisationsdauer, die mit Sicherheit durch die DRGs noch kürzer wird, treten viele postoperative Infektionen, man schätzt ungefähr die Hälfte, erst nach der Spitalentlassung auf. Daher sind auch die Hausärzte und Hausärztinnen gefordert, die Infektionen an die Spitäler zurückzumelden, um das präventive Potential maximal auszuschöpfen.

Einige aktuelle Beispiele sollen hier angefügt werden, die nachweisen, dass dieses präventive Potential in der Schweiz noch nicht ausgeschöpft ist: Bei sogenannten sauberen kontaminierten Operationen wie z.B. einer Magen-Darm-Operation halbiert eine korrekte Antibiotikaphylaxe die Inzidenz postoperativer Infektionen. Logistisch ist der adäquate Zeitpunkt von 0–60 Min. vor Schnitt eine extrem hohe Anforderung an eine Klinik, die in der Schweiz in 15–30 Prozent noch nicht eingehalten wird. Auch Checklisten im Operationssaal, wie sie in der Luftfahrtindustrie seit Jahrzehnten Standard sind, finden erst langsam in Schweizer

Kliniken festen Boden. Diese Checklisten haben vor allem in der Chirurgie nicht nur die Infektionsraten statistisch signifikant gesenkt, sondern auch andere postoperative Infektionen wie Pneumonien; Reoperationen und sogar die Todesrate reduziert. Diese Checklisten sind durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2009 publiziert worden, sind aber noch nicht in allen Kliniken zu 100 Prozent umgesetzt.

Bei den Katheterseptikämien haben amerikanische Autoren (Dr. P. Pronovost, NEJM, 2006) nachgewiesen, dass allein durch Einhalten einer korrekten Händedesinfektion des Arztes, der konsequenten Anwendung von Chlorhexidin als Desinfektionsmittel sowie der möglichst limitierten Liegedauer des Katheters das Risiko einer zentralvenösen Kathetersepsis praktisch auf null gebracht wurde und auch 3–5 Jahre nach Intervention weiterhin gegen null strebte.

Es stellt sich hier die Frage, weshalb die auf breiter Evidenz basierte Medizin und basierenden Richtlinien in der klinischen Praxis nicht zu 100 Prozent umgesetzt werden. Einer der wichtigsten Gründe ist die menschliche Psychologie, da viele Einzelschritte verlangt werden zur Prävention von postoperativen Infektionen, aber selten das Auslassen eines einzelnen Schrittes zur Katastrophe führt. In

der Anästhesie sind derartige Sicherheitsmassnahmen sehr viel weiter und breiter entwickelt und umgesetzt, da der Zusammenhang zwischen einer suboptimalen Anästhesie oder sogar eines Fehlers sehr viel rascher transparent wird als eine unterlassene Massnahme während eines operativen Eingriffs, die letztlich zur Infektion führt.

### Qualitätssichernde Massnahmen durch den Hausarzt

Die einfache und effiziente Händedesinfektion vor und nach jedem Patienten ist eine der wichtigsten infektpreventiven Massnahmen in der ambulanten Praxis. Ähnlich wie im Spital ist jedoch die Compliance mit der Händedesinfektion meist in der Grössenordnung zwischen 30 und 60 Prozent, ein Wert, der für die Unterbrechung der Transmissionskette zu gering ist. Die Schweiz hat mit dem Programm Swiss Clean Care entscheidende, weltweite Impulse geschaffen. Das Wartezimmer – gerade in einer Pädiatriepraxis – kann ebenfalls zu einer Verbreitung von Infektionskrankheiten beitragen, wenn keine Triage am Eingang stattgefunden hat.

Auch Impfungen gehören zu den Standbeinen einer modernen Infektprevention, bei der der Hausarzt eine zentrale Rolle spielt. Eine ungeimpfte Schwei-

zerin hat 2011 in den USA eine Masernepidemie ausgelöst und Kosten von über 800 000 \$ verursacht. Eine Influenza-infektion während eines Spitaleingriffs kann zu schweren Komplikationen führen, die ein Hausarzt durch die entsprechende saisonale Impfung verhindern kann. Weitere Beispiele für eine präoperative Vorbereitung des Patienten sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

### Schlussfolgerungen

Die heutigen umfassenden Möglichkeiten der Schulmedizin haben eine Spezialisierung mit sich gebracht, die hohe Anforderungen an die Kommunikation zwischen den Spezial- und Hausärzten stellt, die mit den DRGs noch effizienter erfolgen muss. Es braucht nur ein fehlerhaftes Glied in der Behandlungskette, um den Therapieerfolg zu mindern. Mit qualitätssichernden Massnahmen – soweit möglich ohne zusätzliche Administration – können wir die Behandlungskette schliessen, nicht nur für einen einzelnen, sondern für >95 Prozent der Patienten. «Zero Risk» bei medizinischen Massnahmen – wie in den USA angestrebt – ist nicht erreichbar, aber es muss unser Ziel sein.

*Prof. Dr. med. Andreas F. Widmer,  
Stv. Chefarzt Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene*

### Beispiel präoperativer infektpreventiver Massnahmen durch den Hausarzt oder die Hausärztin

Vorgesehene elektive Operation	Massnahmen Patient	Massnahmen Arzt
Vor Operation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rauchen sistieren</li> <li>• Gewicht auf Normalgewicht reduzieren, soweit möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effiziente Kommunikation mit Spital und Operateur</li> <li>• Spitaleintritt am OP-Tag planen, ambulante präoperative Abklärung</li> <li>• Antibiotikaallergien bei OP-Anmeldung vermerken</li> </ul>
Orthopädische OP mit Implantat, Herzchirurgische Eingriffe	Duschen mit chlorhexidinhaltiger Seife (z. B. Lifoscrub) 5 Tage vor geplanter OP	Behandlung von <i>S-aureus-Trägern</i> in der Nase mit Mupirocin Nasensalbe (Bactroban) 5 Tage vor geplanter OP
Vor Hospitalisation		Impfstatus prüfen
Nach Operation		Meldung an Klinik bei Auftreten postoperativer Wundinfektionen

---

# Präsidium FMH und Abstimmung Managed-Care-Vorlage

---

Liebe Kolleginnen und Kollegen

An der Ärztekammersitzung vom 7. Juni 2012 hatte es sich klar ergeben, dass von der grossen Mehrheit der Delegierten nach acht Jahren ein Wechsel an der Spitze der FMH gewünscht wurde. Durch die Nichtwahl des bisherigen Präsidenten Jacques de Haller in den Zentralvorstand war der Weg frei für neue Kräfte, und etwas überraschend, aber wohl nicht ganz unlogisch wurde Jürg Schlup zum neuen FMH-Präsidenten gewählt. Jürg Schlup soll als Brückenbauer zwischen den verschiedenen Landesteilen und Fachgruppen dienen, soll aber auch als Berner und Hausarzt die Ärzteschaft nach aussen würdig und kompetent vertreten. Im Sinne eines vernünftigen Überganges wird der Wechsel im Präsidium der FMH an der Ärztekammer vom 6. Dezember 2012 vollzogen.

«Yes we can!» – Nur wenige hätten Ende 2010 darauf gewettet, dass es der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel gelingen wird, erfolgreich Allianzen zu schmieden, die FMH mittels Urabstimmung zu einem Kurswechsel zu bewegen, mit über 130 000 Un-

terschriften ein Referendum zu erwirken und dieses letztendlich am 17. Juni 2012 mit 76% auch zu gewinnen. Als «Kollateraleffekt» ist den verschiedenen Führungsebenen bewusst geworden, dass die Basis zukünftig besser zu «spüren» ist und dass es nicht reicht, auf die politischen Entwicklungen zu reagieren, dass die Ärzteschaft bereit sein muss, die gesundheitspolitische Agenda vorzugeben und sich auch durchzusetzen.

Die Ärzteschaft darf nicht ein Teil des Problems sein, sie muss immer Teil der Lösung sein. Es gilt nun, Schritt für Schritt die wichtigen und sinnvollen Inhalte der Vorlage wie die Unabhängigkeit der Netze und vor allem den verfeinerten Risikoausgleich zu implementieren. Die integrierte Versorgung kann und darf nicht dekretiert werden, der mündige Stimmbürger hat sich hier klar unserer Meinung angeschlossen. Wir müssen uns gemeinsam auf den Weg machen, und hier ist die Ärzteschaft, ist die FMH gefordert, den Lead zu übernehmen.

*Mit herzlichen, kollegialen Grüessen,*

*Dr. Tobias Eichenberger, Präsident Ärztesgesellschaft Baselland*

---



## «Macht wird als Ethik verkauft»

Basis für dieses Interview war ein Artikel von Dr. Manuel Bachmann in der Fachzeitschrift «Hämatologie und Onkologie» (1/12) mit dem Titel «Sind Ethikkommissionen ethisch?» Synapse-Redaktor Bernhard Stricker befragte den Autor zusätzlich zur Ethik zu den Themen Fortschritte und Machbarkeitswahn in der Medizin sowie deren Auswirkungen auf Moral und Qualität der ärztlichen Tätigkeit.

In Ihrem Artikel «Sind Ethikkommissionen ethisch?» schreiben Sie u.a. «Eine «Ethikkommission» ist Ausdruck eines neuen Zynismus, im medizinischen Kontext eines neuen Medizinzyklus.» Was meinen Sie damit genau?

Der Begriff «Medizinzyklus» wurde durch den Philosophen und heutigen Medienstar Peter Sloterdijk geprägt: Der Medizinzyklus gehört zu den Kardinalzyklen unserer Gesellschaft und treibt seine Blüten, wenn die Medizin in den Dienst aussermedizinischer Interessen gestellt wird, beispielsweise im Doping oder in der Folterforschung. Das in der bisherigen Geschichte der Medizin heute erstmals aufgetauchte Institut «Ethikkommission» ist ein Instrument, die Medizin als Funktion aussermedizinischer Macht zu gestalten. In diesen Kommissionen wird nicht nach ethischen Kriterien entschieden – wie sollte dies auch zugehen? –, sondern nach den Machtverhältnissen, repräsentiert durch die Kommissionsmitglieder, und immer mit dem Resultat «politisch korrekt». Zynisch ist daran, dass die Machtfunktion dieses neuen Instituts unter dem Label «Ethik» verkauft wird – ohne mit der Wimper zu zucken. Wer anderes behauptet, ist entweder naiv oder selbst ein Zyniker.

Weiter schreiben Sie: «Gerade die medizin-ethischen Diskussionen erschrecken uns mit einer gewissen Tabulosigkeit: Es wird wieder zwischen höher- und minderwertigem Leben unterschieden, dessen Wert man berechnen kann.» Ist diese Tabulosigkeit die Folge von Ethikdiskussionen?

Die neue Tabulosigkeit ist die Folge davon, dass Unberufene sich zu Wort melden, Gesundheitsökonominnen und

selbsternannte «Ethiker». Ethik ist eine Disziplin philosophischer Reflexion, genauso wie die Infinitesimalrechnung eine Disziplin der Mathematik ist. Wird Medizinethik von einem philosophisch gebildeten Problembewusstsein losgelöst, wird sie vogelfrei. Die abendländische Tradition kann kulturelle Errungenschaften wie die Idee des unendlichen Werts des Individuums vorweisen. Es hat Jahrhunderte gedauert, bis diese Idee sich Bahn brach. Die Gesundheitsökonomie beispielsweise hat davon keinen Begriff – genauso wie ich keinen Begriff von Infinitesimalrechnung habe.

Wie interpretieren Sie das Aufkommen und die Verbreitung von Ethikkommissionen in den letzten Jahren und Jahrzehnten? Was drückt das aus?

Angesichts der Ausdehnung des Machbaren und der Frage, ob die Anwendung des Machbaren auch sinnvoll ist, wächst ein ungeahnter Entscheidungsdruck – auf die Ärzte, aber auch auf viele andere Akteure im Gesundheitswesen, auf Wissenschaftspolitik und Gesundheitsindustrie. Man verspürt das verständliche Bedürfnis nach Entlastung und delegiert die Antworten an Ethikkommissionen.

Durch den ständigen Fortschritt in der Medizin scheint immer mehr möglich und machbar. Ist das ein Fluch oder ein Segen für die Menschen? Ist das Dilemma überhaupt auflösbar?

Dieses Dilemma ist eine Grundsituation des Fortschritts. Wir müssen und können mit ihm leben. Aber wir müssen es immer wieder neu entscheiden. Wer, um dem Dilemma zu entgehen, den Fortschritt verweigert, flüchtet in die Ohnmacht, wie es einst der grosse Philosoph G.W.F. Hegel formulierte.

Welche Funktion sollten Ethikkommissionen Ihrer Meinung nach idealerweise haben?

Solche Gremien müssten die Entscheide an diejenigen, die real in der Entscheidungssituation stehen, zurückdelegieren: zuerst einmal an den Patienten und den Arzt. Dabei sollten sie das jeweilige ethische Dilemma, das zur Einberufung der Kommission geführt hat, jeweils deutlich herausarbeiten. Sie soll-

ten auf sogenannte «Empfehlungen» verzichten.

Ethikkommissionen führten Ethik insofern ad absurdum, schreiben Sie, als ihre Empfehlungen «politisch korrekt» sein müssten. Wer schreibt den Ethikkommissionen vor, dass deren Empfehlungen politisch korrekt sein müssen?

Diejenige Macht, welche die Kommission konstituiert und auflöst, die Mitglieder bestellt und abberuft. Das geschieht in systemischen Machtkonstellationen, die nicht mit einzelnen Personen identifiziert werden können. Deshalb funktioniert es reibungslos.

Haben uns Ethikkommissionen generell moralisch sensibler gemacht?

Moralische Sensibilität entsteht im Gewissen des Einzelnen. Sie entsteht vor allem über das Erlebnis von Wertverletzungen, über die Reflexion auf Wertkollisionen und Werthierarchien und über echte Kommunikation. Das hat mit Kommissionen und ihrer konkreten Arbeit wenig zu tun.

Das Bundesgericht hat kürzlich den Wert eines Lebens auf 100 000 Franken pro Person und Jahr definiert und dies mit der Gleichheit der Menschen vor dem Gesetz begründet. Das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit verlange, dass im Einzelfall nur so hohe Leistungen erbracht werden, wie sie vergleichbaren anderen Versicherten auch zugestanden werden können. Wie interpretieren Sie dieses Urteil aus ethischer Sicht?

Wir bewegen uns auf einen neuen Medizinfaschismus zu.

Wo liegen die Berührungspunkte zwischen Philosophie und Medizin? Kann Philosophie zum Heilungsprozess beitragen?

Keine Wissenschaft kann sich ihre Ziele selbst geben, auch die Medizin nicht. Die Ziele der Medizin zu finden, kann eine Aufgabe der Philosophie sein, denn diese lotet unsere Denk- und Handlungsmöglichkeiten aus und gewährleistet, dass wir ein angemessenes Verständnis unserer Freiheit haben. Philosophie ist dafür zuständig, dass keine «Pathologien» in unserem Denken und Handeln unent-

deckt bleiben. Indessen, Philosophie ist niemals Therapie. Das muss sie der Medizin überlassen.

### Welchen Sinn hat Krankheit aus philosophischer Sicht?

Hegel würde sagen: Das Leben widerspricht sich in Tod und Krankheit selbst, um sich seiner bewusst zu werden. Es gibt viele andere Krankheitstheorien in der Philosophie. Ich persönlich hoffe, dass Krankheit überhaupt einen Sinn hat.

### Was ist für Sie – als Dozent für Philosophie – Lebenskunst?

Ich mag den Ausdruck «Lebenskunst» nicht. Mein Leben ist zuerst einmal nur dumpfes Dasein. Ich muss zur bewuss-

ten Existenz kommen. Das ermöglicht und ist Gelingen.

### Was bedeutet für Sie «Qualität» in der Medizin?

Wenn mir als Patient in jedem Fall geholfen wird, ohne Vorkasse.

### Ist die Forderung nach Qualität in der Medizin überhaupt sinnvoll? Und ist sie messbar?

Sicher ist sie sinnvoll. Wir wollen keine Zustände wie in Rumänien oder Afrika.

### Wie interpretieren Sie den Trend der letzten Jahre und Jahrzehnte, die Medizin primär unter dem Blickwinkel der Ökonomie und der Kosten zu sehen und zu beurteilen?

Die Medizin hat ihre Definitionsmacht an ein nichtmedizinisches Denken verloren und muss sie zurückgewinnen. Das kann sie nur, wenn sie sich über philosophische Reflexion neue Argumentationen gegen den ökonomischen Imperialismus erarbeitet. Hierzu bietet die Universität Luzern einen Weiterbildungsstudiengang «Philosophie und Medizin» an.

Manuel Bachmann

Manuel Bachmann, Dr. phil., MBA HSG, Studienleiter des Weiterbildungsprogramms für Ärzte «Philosophie und Medizin» der Universität Luzern. Studium der Philosophie an der Universität Basel. Preisträger der Universität St. Gallen. 2010 erschien sein erster Roman «Golam». Zu seinen Hobbys zählt er Zigarren rauchen, Motorrad fahren und Musik hören.

«HELP! For Families»

## Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern

Der Verein *HELP! For Families* in Basel hat ein Pionierprojekt lanciert, das Kindern von psychisch erkrankten Eltern eine Bezugsperson zur Seite stellt. Das Projekt *Help! Projekt Patenschaften* ist das erste dieser Art in der Schweiz!

In der Schweiz wachsen rund 25 000 Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil auf. Trotz liebevoller Zuwendung sind die Eltern oft nicht in der Lage, das Kind mit seinen Bedürfnissen wahrzunehmen. Diese Kinder erleben schon früh grosse Belastungen, nicht zuletzt, weil sie Verantwortung im Haushalt übernehmen und auf unbeschwerte Freizeit und Zeit für eigene Interessen zuweilen verzichten müssen. Schlafstörungen, Leistungsabfall in der Schule, spätere Depressionen, eigene psychische Erkrankungen oder Beziehungsstörungen können Folgen davon sein. Dazu kommt, dass es häufig niemanden gibt, mit dem sie über ihre Ängste und Sorgen sprechen können. Auch wenn sich viele der Kinder in dieser Situation behaupten und sich gesund entwickeln, besteht ein erhöhtes Risiko, im späteren Lebensverlauf selbst psychisch zu erkranken.

### **HELP! For Families vermittelt Patenschaften**

Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass ein gutes soziales Netzwerk und ver-

lässliche Beziehungen zu Erwachsenen im familiären oder erweiterten sozialen Umfeld die Chancen einer gesunden Entwicklung für die Kinder beträchtlich erhöhen. Das Projekt *HELP! Patenschaften*, welches im Juni 2012 in Basel lanciert worden ist, vermittelt Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil eine Patin oder einen Paten. Diese kümmern sich zusätzlich zu den leiblichen Eltern um die Kinder, indem sie diese in regelmässigen Abständen treffen und sie in ihren Lebensalltag integrieren, nicht zuletzt auch, um den psychisch erkrankten Eltern eine zeitliche und emotionale Entlastung zu verschaffen. Die Patenschaft hat aber primär zum Ziel, den betroffenen Kindern die Möglichkeit einer verlässlichen und konstanten Beziehung zu bieten.

Zahlreiche Patenschaftsprojekte in Deutschland haben bereits gezeigt, dass das Konzept für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil eine hilfreiche Unterstützung sein kann. Basel ist die erste Stadt in der Schweiz, die diesen Kindern mit dem Verein *HELP! For Families* und dem *Help! Projekt Patenschaften* eine Unterstützungsmöglichkeit zur Verfügung stellt, die diese Kinder brauchen. Dieses Projekt wird vom Institut Kinder- und Jugendhilfe der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz begleitet.

### **Zielgruppen**

Das Angebot von *HELP! Projekt Patenschaften* richtet sich grundsätzlich an alle Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil in der Region Nordwestschweiz. Voraussetzungen auf Seiten der Familie sind, dass sich der erkrankte Elternteil in ärztlicher, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung und sich zu Beginn nicht in einer akuten Krise befindet. Die Eltern müssen zu einer kooperativen Zusammenarbeit mit der Projektleitung sowie mit der Patenfamilie bereit sein. Die Patenschaft ist freiwillig und wird von den Eltern sowie von dem Kind gewünscht, d. h., sie kann nicht angeordnet werden.

Patinnen und Paten müssen andererseits bereit sein, eine längerfristige Bindung zum Patenkind einzugehen, um einen stabilen Bezugspunkt für das Kind zu bilden. Dazu ist genügend Zeit notwendig und eine grosse Verlässlichkeit und Erfahrung im Umgang mit Kindern. Eine stabile Persönlichkeit und eine ebensolche Lebenssituation sind auf der Angebotsseite Voraussetzung. Der Kontakt mit den Patenkindern findet in der Regel während einem halben Tag pro Woche und nach der Kennenlernphase während einem Wochenende pro Monat statt. Selbstredend wird ein einwandfreier Strafregisterauszug vorausgesetzt, ebenso klar ist, dass es kein laufendes

Strafverfahren geben darf. Im Aufnahmeverfahren werden vor allem Stabilitätskriterien genau geprüft, um mögliche Beziehungsabbrüche zu den Kindern so weit als möglich zu verhindern. Die Patinnen und Paten werden von der

Projektkoordination in ihre ehrenamtliche Aufgabe eingeführt und regelmässig geschult. Als Anerkennung für das soziale Engagement wird eine Spesenpauschale vergütet. Zudem werden die Paten sowie die betroffenen Eltern und

Kinder kontinuierlich professionell von der Koordinatorin unterstützt und begleitet.

*Franza Flechl, Projektkoordinatorin*

## → Aufruf an alle Basler Ärztinnen und Ärzte

### Helfen Sie mit, das Projekt bekanntzumachen!


Wir stehen am Anfang unserer Arbeit und müssen das Angebot in einer ersten Phase zuerst einmal öffentlich machen, damit es auch genutzt werden kann. Dabei kommt Ihnen als Arzt oder Ärztin eine wichtige Vermittlerfunktion zu.

Falls Sie in Ihrer Praxis feststellen, dass es in einer bestimmten Familienkonstellation sinnvoll sein könnte, unser Angebot zu nutzen, dann bitten wir Sie, Ihre Patientinnen und Patienten auf unser Projekt oder auf unsere Homepage [www.help-for-families.ch](http://www.help-for-families.ch) aufmerksam zu machen. Wir werden dann überprüfen, ob unser Angebot für die Familie resp. für das Kind geeignet ist.

Falls Sie unsere Flyer in Ihrer Praxis auflegen wollen (siehe Abbildung die Version für Klienten), senden wir Ihnen diese gerne in jeder gewünschten Zahl zu. Sie können ihn aber auch ab unserer Homepage ausdrucken.

Ausserdem suchen wir Patinnen und Paten. Kennen Sie in Ihrem sozialen oder beruflichen Umfeld Personen, die für diese Aufgabe geeignet wären? Wir bitten auch in diesem Zusammenhang um Ihre Mithilfe bzw. Vermittlung. Dazu gibt es ebenfalls einen Flyer, der sich speziell an potentielle Paten und Patinnen richtet.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen gerne zur Verfügung: Franza Flechl, Projektkoordinatorin, Clarastrasse 6, 4058 Basel  
Telefon: 061 386 92 18 (Montag bis Mittwoch) · E-Mail: [franza.flechl@help-for-families.ch](mailto:franza.flechl@help-for-families.ch) · [www.help-for-families.ch](http://www.help-for-families.ch) (Patenschaften)

 Die «Seite der Hausärztinnen und Hausärzte» (VHBB)

# Delegiertenwahlen auf schriftlichem Weg

## MC-Vorlage

Die Abstimmung über die KVG-Revision (Managed-Care-Vorlage) ist vorbei, das Verdikt des Stimmvolkes so klar wie kaum je ein anderes Abstimmungsergebnis. Nun geht es darum, weiter am Ball zu bleiben. Das bedeutet einerseits, als ernstzunehmende Mitspieler im Gesundheitswesen wahrgenommen zu werden, andererseits, selber immer wieder gute Beiträge in den politischen Prozess einzubringen. Der VHBB-Vorstand bietet Hand dazu. Eine entsprechende versöhnliche Note wird im Verbandsorgan der Hausärzte Schweiz veröffentlicht.

## Delegiertenwahlen Hausärzte Schweiz

Die erste Amtsperiode der Delegierten von Hausärzte Schweiz wird in diesem Jahr auslaufen. Baselstadt und Baselland werden als Wahlregion angesehen und können zusammen nach wie vor zwei Delegierte stellen (nur ZH, BE und VD stellen mehr Delegierte, abgesehen von den Fachverbänden SGAM, SGIM und SGP, welche je vier Sitze besetzen). Dass

BS/BL eine starke und politisch aktive Region darstellen, haben wir hinlänglich bewiesen. Der VHBB wird vom Berufsverband der Hausärzte Schweiz als dasjenige Organ angesehen, welches die Delegiertenwahlen durchzuführen hat. Der Vorstand der VHBB hat nun entschieden, dass eine schriftliche Wahl stattfinden soll, obschon der Aufwand (für den Vorstand, selbstredend nicht für die Mitglieder ...) deutlich grösser ist als eine separate Wahlveranstaltung (Mitgliederversammlung). Er erhofft sich dadurch eine vergrösserte Repräsentanz der Delegierten.

## Mitgliederrechte

Nachdem der VHBB-Vorstand massgeblich am Versuch beteiligt war, bei Hausärzte Schweiz (MFE) eine (erste) Urabstimmung durchzuführen, oblag es ihm auch, an der Frühjahrs-Delegiertenversammlung der MFE die Mängel bzw. «autokratischen» Tendenzen bei MFE aufzuzeigen. Wir stellen deshalb mit Genugtuung fest, dass es gemäss DV-Beschluss

künftig jedem einzelnen Mitglied möglich sein wird, ohne grossen Aufwand direkt an die übrigen MFE-Mitglieder zu gelangen (dies war uns noch verwehrt worden) und so eine Urabstimmung zu erwirken, welche diesen Namen auch verdient.

## Medikamenten-Update

Bekanntlich werden die aktualisierten Medikamentendaten weiterhin im herkömmlichen Format geliefert. Es braucht also bis auf weiteres nicht, wie angekündigt bzw. angedroht, zusätzliche kosten- bzw. lizenzpflichtige Tools für die Praxissoftware (s. Beitrag in der Synapse 1/12). Sollte es Kolleginnen und Kollegen geben, welche davon nicht profitieren können, wäre der Vorstand bzw. der Informationsverantwortliche sehr an einem entsprechenden Feedback interessiert.

*Für den Vorstand VHBB: Christoph Hollenstein  
[www.vhbb.ch](http://www.vhbb.ch)*