

© Keystone

SCHWERPUNKTTHEMA

Von den Versicherungen im Stich gelassen

Nach dem Tod eines krebserkrankten Mannes weigerte sich die private Krankenkasse, die Klinikrechnung zu bezahlen. Die SPO musste sich zuerst gegenüber dem Anwalt der Rechtsschutzversicherung und schliesslich gegenüber den Verantwortlichen der Krankenkasse durchsetzen, damit die Witwe die ihr zustehenden Leistungen erhielt.

BARBARA ZÜST — Die siebzigjährige Elsbeth Rüegg* stand nach dem Tod ihres Ehemanns im Oktober 2011 plötzlich alleine da. Sie hatte ihren krebserkrankten Mann mit Hingabe mehr als zwei Monate lang zu Hause gepflegt. Da sich sein Zustand akut verschlechtert hatte, vor allem wegen zunehmender Atemnot, drängte sich eine Hospitalisierung auf. Da er privatversichert war, liess er sich in eine Privatklinik einweisen, wo er knapp drei Wochen nach dem Eintritt verstarb.

Von Trauer und Schmerz noch gelähmt, sah sich Elsbeth Rüegg mit vielen Rechnungen und administrativen Arbeiten konfrontiert, um die sich bis dahin ihr Mann gekümmert hatte. Ihre Tochter, in Asien berufstätig, unterstützte sie – soweit es ging – während der Zeit bis zur Abdankung, kehrte danach jedoch wieder ins Ausland zurück.

Klinikaufenthalt als «Palliativpflege» ausgelegt

Mit grosser Überraschung musste Frau Rüegg im November 2011 zur Kenntnis nehmen, dass die private Krankenversicherung ihres Mannes die Klinikrechnung über Fr. 15'000.– nicht bezahlen wollte. Die Ablehnung wurde damit begründet, dass Palliativpflege gemäss den allgemeinen und besonderen Versicherungsbestimmungen nicht versichert sei. Diese üblicherweise nicht ins Auge springenden Bedingungen, das sogenannt-



EDITORIAL

Margrit Kessler,
Präsidentin SPO
Patientenschutz

Mein neuer Job als Parlamentarierin bringt neue Möglichkeiten, Patientenangelegenheiten im Parlament einzubringen, eine Möglichkeit, die mir bis heute nicht zur Verfügung stand. In der Frühlingsession habe ich meine ersten Vorstösse formuliert. Das gibt mir beim Unterschriftensammeln Gelegenheit, bei Kolleginnen und Kollegen Überzeugungsarbeit zu leisten. Es ist immer wieder interessant zu beobachten, wie Politiker meine Themen aufnehmen. Das kann sehr wohlwollend, aber auch abweisend sein. Wer mehr über meine Vorstösse im Nationalrat erfahren möchte, findet dazu weitere Informationen in der Randspalte auf Seite 2.

Margrit Kessler

Patientenfall im Nationalrat zur Sprache gebracht

LUKAS OTT — Ende 2011 berichteten wir in diesem Newsletter über einen besonders stossenden Fall aus der SPO-Praxis. Im Rahmen eines Forschungsprojekts erlitt ein Patient nicht nur einen gesundheitlichen Schaden, sondern er sollte auch die finanziellen Konsequenzen dafür tragen.

Leider kein Einzelfall: Die SPO stellt immer wieder fest, dass die Prüfärzte bei Komplikationen die Pharmafirmen schützen und die Patienten ihrem Schicksal überlassen. Diese tragen also nicht nur das gesundheitliche, sondern auch noch das finanzielle Risiko! Der entsprechende Gesetzesartikel im Heilmittelgesetz (HMG) bietet für solche Fälle leider keinen ausreichenden Schutz, da die Meinungen weit auseinandergehen, wie dieser zu interpretieren ist: Aufgrund des Gesetzeswortlauts ist nicht klar, ob es sich bei der Haftung nach Art. 54 Abs. 1 Bst. b HMG um eine Kausal- oder um eine Verschuldenshaftung handelt. In der Praxis hat dies zur Folge, dass es die Geschädigten im Schadenfall angesichts der ausserordentlich hohen Beweisanforderungen schwer haben, einen erlittenen Schaden nachzuweisen. Die Haftungsvoraussetzungen verlangen von der geschädigten Versuchsperson, dass diese den Nachweis des Schadens erbringen muss.

Nach Meinung von Swissmedic rühren diese Auslegungsschwierigkeiten daher, dass die deutsche Version des Gesetzestextes eine Verschuldenshaftung, die französische Version aber eine Kausalhaftung darstellt – ein schier unglaublicher Zustand! Die SPO ist deshalb der Meinung, dass dieser Gesetzesartikel klar und deutlich im Interesse der Patientinnen und Patienten formuliert sein muss, damit sich die Haftpflichtversicherungen der Auftraggeber einer Studie nicht weiterhin vor ihrer finanziellen Verantwortung drücken können. Die SPO-Präsidentin und Nationalrätin Margrit Kessler hat deshalb in der Winter-session eine Interpellation eingereicht. Darin verlangt sie vom Bundesrat eine Klärung der Auslegung des entsprechenden Paragraphen im Heilmittelgesetz. Margrit Kessler will u. a. wissen, ob der Bundesrat bereit ist, Versuchspersonen der medizinischen Forschung angemessen zu schützen und Beweislast-Erleichterungen für Geschädigte (z. B. Beweislastumkehr) vorzusehen. Die SPO wartet mit grosser Spannung auf die hoffentlich baldigen Antworten des Bundesrates.

► Fortsetzung Schwerpunktthema

te Kleingedruckte der Versicherung, waren der Familie Rüegg ebensowenig bekannt wie die Auslegung des Begriffs «Palliativpflege». Unter diesen Begriff subsumierte der Sachbearbeiter der privaten Krankenkasse offenbar die medizinische Betreuung ihres Gatten im Spital.

Frau Rüegg wusste zwar, dass unter Palliativpflege die Betreuung von Sterbenden verstanden wird. Bei ihrem Mann jedoch hatten die Klinikärzte noch einiges an radiologischer Diagnostik, wie Schädel-Computertomographie etc. durchgeführt. Massnahmen also, die auch für medizinische Laien sicherlich nicht als palliativ zu verstehen sind.

Als erbrechtliche Streitigkeit abgetan

Frau Rüegg ging deshalb davon aus, dass die Krankenkasse die Spitalrechnung zu Unrecht nicht bezahlte und wandte sich an den Anwalt ihrer Rechtsschutzversicherung. Dieser beurteilte den Sachverhalt entgegen ihren Vorbringungen wiederholt als erbrechtliche Streitigkeit und verwies sie an einen Fachmann für Erbrecht.

Hilfesuchend wandte sich Elsbeth Rüegg an uns. Wir legten dem Anwalt der Rechtsschutzversicherung in der Folge mit einem Schreiben begründet dar, dass die Streitigkeit mit der Krankenkasse keine erbrechtliche, sondern eine patienten- sowie versicherungsrechtliche Streitigkeit sei und baten für unsere Bemühungen um Kostengutsprache. Endlich lenkte der zuständige Anwalt ein und übergab uns das Mandat zur Klärung der Streitigkeit.

Der Anwalt der Rechtsschutzversicherung beurteilte den Sachverhalt der nicht bezahlten Spitalrechnung als erbrechtliche Streitigkeit.

Wir teilten der Privatkassenkasse des Verstorbenen sodann schriftlich mit, dass Elsbeth Rüegg die Begleichung der Spitalrechnung über Fr. 15'000.– forderte, da es sich bei der damaligen Behandlung nicht um Palliativpflege handelte, was auch der zuständige Onkologe der Privatklinik bestätigte. Der verantwortliche Sachbearbeiter der Krankenkasse zeigte sich wenig einsichtig und beharrte auf seinem Standpunkt der fehlenden Versicherungsdeckung.

SPO schlägt Kostenteilung vor

Mit unserem zweiten Brief an den Sachbearbeiter samt Kopie an die Direktion der Krankenkasse legten wir den genauen Sachverhalt dar. Im Sinne einer konstruktiven Lösung war Frau Rüegg deshalb auf unsere Empfehlung hin bereit, die Kosten zur Hälfte zu übernehmen und verlangte von den Verantwortlichen der Krankenversicherung die Überweisung der anderen Hälfte von Fr. 7'500.–.

Nachdem wir innert gesetzter Frist keine Antwort auf unser Angebot erhalten hatten, mahnten wir die Verantwortlichen mit einem dritten Brief ab. Kurze Zeit darauf nahmen die Zuständigen der Krankenkasse unseren Vorschlag an, womit wir die für Elsbeth Rüegg sehr belastende Angelegenheit nach sechs Monaten endlich abschliessen konnten.

Darüber hinaus hatte die Beraterin der SPO aufgrund der Krankenkasse-Police festgestellt, dass die Versicherung den gesetzlichen Erben noch eine Leistung von Fr. 1'000.– bei Tod infolge Krankheit (Sterbegeld) schuldete. Auf unsere Anfrage hin, wieso die Krankenkasse diesen Betrag noch nicht überwiesen habe, erhielten wir keine stichhaltige Begründung. Kurze Zeit darauf erfolgte ohne Kommentar die Auszahlung des geschuldeten Betrages. Ohne unsere Unterstützung wäre auch diese Versicherungsleistung ausgeblieben. •

* Name geändert

PRO: Ja zu Managed Care

BERATUNG

Ein Spitalaufenthalt kann krank machen ...

BARBARA ZÜST — Monika Raff* musste sich in einer grossen Klinik für eine Woche stationär an der Leiste behandeln lassen. Zunächst schien der Verlauf der Behandlung zufriedenstellend. Sie wollte eigentlich nach drei Tagen ihren Spitalaustritt organisieren, als sie ein zunehmendes Schwächegefühl spürte.

Innert wenigen Tagen litt Monika Raff wegen starken Hustens auch an einschränkenden Atembeschwerden – offensichtlich hatte sie sich während des Spitalaufenthalts mit einem aggressiven Keim infiziert. Umfangreiche Abklärungen zur Erregersuche wurden eingeleitet, zunächst jedoch ohne Erfolg. Auch die prophylaktisch eingeleitete Antibiotikatherapie brachte keine Besserung. Im Gegenteil: Die Patientin musste sich in der Folge wegen schweren Herzproblemen sogar auf der Intensivpflegestation betreuen lassen. Denn der bakterielle Infekt griff bereits das Herz an und zerstörte einen Teil der Herzklappen derart, dass sie sich eine künstliche Herzklappe einsetzen lassen musste.

Eine Spitalinfektion als Ursache

Inzwischen liess sich bei Monika Raff der gefürchtete multiresistente Keim «MRSA» nachweisen. Das Problem bei diesen Bakterien mit dem Namen Staphylococcus aureus liegt darin, dass sie Abwehrmechanismen gegen etliche Antibiotika entwickelt haben und daher nur schwer zu behandeln sind. Staphylococcus aureus kommt regelmässig auf der Haut gesunder Menschen vor, kann jedoch auch in den Körper eindringen und dort Infektionen verursachen.

In der Schweiz gehören Spitalinfektionen zum Risiko, das in der Regel der Patient zu tragen hat. Die zunehmende Kenntnis über MRSA zeigt aber auch, dass – zumindest theoretisch – nicht jede Spitalinfektion als schicksalhaft hingenommen werden muss. Wenn nämlich offensichtliche Hygienemängel Ursache der Infektion sind – wenn also durch korrekte hygienische Versorgung die Keimübertragung hätte verhindert werden können – haftet das Spital. Theoretisch ist diese Haftung derzeit aus unserer Erfahrung noch deshalb, weil es bisher in der Praxis noch nie gelungen ist, den Nachweis einer mangelnden Hygiene zu erbringen.

*Name geändert



Würden Sie ein Spital wählen, in dem es keine Übergaberapporte, keine Team-Visiten und keine Rundtisch-Beschlüsse gäbe? Wenn nein, dann überlegen Sie sich, ob Sie weiterhin zu einer Hausärztin gehen, die nicht im Sinn von Managed Care arbeitet? Erst Managed Care mit Budgetmitverantwortung hat es ermöglicht, dass als Arbeitszeit bezahlte und professionelle Qualitätsentwicklung und institutionalisierte Teamarbeit möglich wurde. Das Gesetz, über das Sie abstimmen, setzt dieser Entwicklung einen klaren Rahmen und beseitigt eingeschlichene Mängel. Die grosse Mehrzahl der Gegner/innen, so die meisten Spezial- und Spitalärzte/-innen haben nicht die geringste Erfahrung mit Managed Care. Sie befürchten negative Einwirkungen auf ihre berufliche Karriere – schlicht, weil sich ihre Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren verschlechtert haben. Das Schüren von Ängsten ohne konkrete Erfahrung und Fachwissen ist aber eine schlechte Entscheidungsbasis für die Ablehnung des neuen Gesetzes.

Was verbessert sich konkret für den Patienten, die Patientin mit dem neuen Gesetz?

Mehr Wahlmöglichkeiten Bis jetzt kann der Patient zwischen vier besonderen Versicherungsformen mit Prämienreduktion wählen. Neu kommt eine fünfte dazu: Managed Care. In diesem Modell kann die Versicherung auf jegliche Kostenbeteiligung verzichten und auch nicht obligatorische Leistungen vergüten, ohne Abschluss einer Zusatzversicherung. Schwangerschaft und Mutterschaft werden in diesem Gesetz, unabhängig von der Versicherungsform, grundsätzlich von jeglicher Kostenbeteiligung befreit.

Stärkung der hausärztlichen Betreuung Heute bieten Versicherungen Hausarztmodelle an, indem sie willkürlich und einseitig die billigen Ärzte/-innen auswählen und Patienten, die sich von diesen behandeln lassen, eine Prämienreduktion anbieten. Diese Ärzte/-innen behandeln viele junge und gesunde Patienten/-innen. Deshalb sind sie billig. Diese Krankenkassen entscheiden rein betriebswirtschaftlich, ohne sich um die Qualität der Behandlung zu kümmern. Diese «Pseudo-Hausarztmodelle» bestrafen Ärzte/-innen, die chronisch kranke und teure Patienten behandeln. In Managed Care ist das verboten. Sie garantiert den Hausärzten/-innen die Mitsprache und entschädigt sie für ihre Qualitätsarbeit. Damit wird die optimale Betreuung von chronisch kranken oder teuren Patienten gesichert.

Gespenst Budgetmitverantwortung Jede Krankenkasse und jede Arztpraxis hat ihr Haushaltbudget, genauso wie Sie Ihr privates Budget haben. Heute kann die Krankenkasse gegenüber teuren Ärzten/-innen Geld zurück fordern, oder die Krankenkasse kann selbst Ärzte/-innen anstellen und diesen ein Budget nach reinen Sparkriterien aufzwingen. Das ist mit Managed Care nicht mehr möglich. Dank dem gleichberechtigt ausgehandelten Vertrag zwischen Krankenkasse und Ärztenetz wird der Budgetspielraum klar definiert und an die Qualität der Behandlung gebunden. Krankenkassen wird die Anstellung von Ärzten/-innen und die finanzielle Mitbeteiligung an Praxen verboten.

Freie Arztwahl In Managed Care wählen Sie Ihren Hausarzt frei! Sie verpflichten sich, mit ihm die Konsultation von Spezialärzten zu koordinieren. Er wird Sie in gegenseitiger Einvernahme an den geeigneten Spezialisten überweisen. Das kann durchaus ein Spezialist ausserhalb des Netzwerkes oder in einem andern Kanton sein. Das Gleiche gilt für Spitalüberweisungen. •

Dr. med. Yvonne Gilli, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH

CONTRA: Nein zum Managed-Care-Zwang

Die Managed-Care-Vorlage will die freie Arztwahl künstlich verteuern. In Zukunft sollen Herr und Frau Schweizer bis zu 1000 Franken Selbstbehalt aus dem eigenen Portemonnaie bezahlen, wenn sie ihren Arzt frei wählen wollen. Das ist doppelt so viel wie der Selbstbehalt, den man für ein Managed-Care-Modell bezahlen müsste.

Es ist das Ziel des Bundesrates, bis 2015 60 Prozent der Bevölkerung in Managed-Care-Modelle hinein zu lenken. Falls dieses Ziel nicht erreicht wird, sollen noch schärfere Massnahmen ergriffen werden. Langfristig soll die gesamte Bevölkerung in Managed-Care-Modellen versichert sein.

Heute können 40 Prozent der Versicherten ihre Prämien nicht mehr aus eigener Kraft bezahlen. Mit einer künstlichen Verteuerung der freien Arztwahl zwingt man diese Menschen faktisch, in Managed-Care-Modelle einzutreten. Ich finde es deshalb zynisch zu behaupten, es werde kein Zwang ausgeübt.

Nun kann eingewendet werden, der Zweck heilige die Mittel. Mit Managed Care liessen sich Kosten im Gesundheitswesen sparen. Managed Care sei etwa zehn Prozent günstiger als die freie Arztwahl. Stimmt diese Behauptung?

Die Antwort darauf ist einfach: Das kann zum heutigen Zeitpunkt niemand sagen. Wir wissen, dass Managed Care vor allem junge, gesunde Versicherte anzieht, die an der Prämie sparen wollen. Die teuren Versicherten, also die chronisch Kranken, sind zum überwiegenden Teil im konventionellen Modell versichert.

Um herauszufinden, ob Managed Care wirklich kostengünstiger ist, muss zuerst eine Verbesserung des Risikoausgleichs eingeführt werden. Erst dann können wir den Stellenwert von Managed Care seriös beurteilen.

Es wird behauptet, dass Managed Care die bessere medizinische Qualität anbiete. Ich denke aber, dass die Managed-Care-Vorlage die Entstehung von unseriösen Netzwerken fördert. Weil die Netzwerke eine Budgetverantwortung mittragen müssen, ist sogar eine Rationierung von medizinischen Leistungen zu befürchten. Das wäre aber sicher nicht qualitätsfördernd.

Was braucht die Schweiz? Die Schweiz braucht eine Vielfalt an Versorgungs- und Versicherungsmodellen. Managed Care gehört sicher dazu, aber Managed Care muss sich im Wettbewerb mit anderen Modellen bewähren. Die Versicherten sind als mündige Menschen zu betrachten. Sie brauchen eine echte Wahlfreiheit und dürfen nicht in ein Standardmodell hineingepfercht werden. •

Dr. med. Markus Trutmann, Generalsekretär fmCh, Biel



BERATUNG

Manchmal lohnt es sich, nachzuhaken!

A. v. W. — Bei Frau B., welche schon mehrere Aborte gehabt hatte, kam es im Laufe einer erneuten Schwangerschaft zu einer Eileiterschwangerschaft mit der Komplikation eines Eileiterrisses, welcher notfallmässig operativ saniert werden musste.

Die Krankenkasse der halbprivatversicherten Patientin lehnte eine Kostenübernahme des Spitalaufenthaltes mit der Begründung eines vereinbarten Vorbehaltes ab. Der Vorbehalt bezog sich auf rezidivierende – also in Abständen wiederkehrende – Aborte, welche zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses schon stattgefunden hatten und hier deshalb einbezogen wurden. Die Klientin, welche daraufhin ihre Rechtsschutzversicherung einschaltete, wurde von dieser darauf hingewiesen, dass sie den Entscheid ihrer Krankenkasse akzeptieren müsse, da der Versicherungsvorbehalt tatsächlich bestehe.

Die Klientin und ihr Ehemann wandten sich daraufhin mit der Frage an uns, ob die Ablehnung der Krankenkasse von ihnen tatsächlich zu akzeptieren sei.

Die SPO konnte die Vergütung erwirken

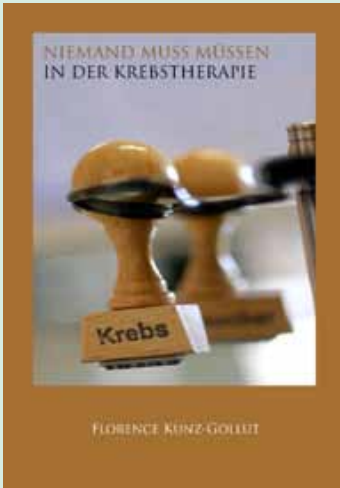
Wir von der SPO konfrontierten einen erfahrenen Gynäkologen mit der Frage, ob er die Ablehnung der Kasse nachvollziehen könne – und wenn nicht, weshalb.

Seine Antwort erreichte uns umgehend: Eine Eileiterschwangerschaft sei eine sogenannte «Schwangerschaft mit Komplikationen» (K2) und nicht ein Abort mit Folgen. Er erlebe diese Verwechslung bei den Versicherten immer wieder.

Die Familie B. setzte sich im Wissen um diese Auskunft wieder mit der Krankenkasse in Verbindung, und zwar dieses Mal – auf unser Anraten hin – direkt mit dem Vertrauensarzt. So hat sie nun den Halbprivat-Zusatzanteil ihrer Spitalrechnung zu guter Letzt doch noch vergütet bekommen.

Nachhaken und sich informieren hat sich zumindest in diesem Fall gelohnt!

Buchtip: Niemand muss müssen in der Krebstherapie



Krankheit, Heilung und Tod greifen tief in das Schicksal jedes Lebewesens ein. Seit alters her und in vielen Kulturkreisen werden Krankheiten auch heute noch als bedeutsamer Erkenntnisfaktor für die Naturgesetze betrachtet. Demgegenüber sieht die heutige Medizin Erkrankungen als eine Art funktionale Entgleisung der chemischen Abläufe im Organismus an, versucht sie naturwissenschaftlich zu erklären und die Symptome zu bekämpfen. Mit dieser Interpretation verliert die Krankheit aber ihre Rolle als Informationsträger oder Warnsignal und bekommt den Stempel des Feindes aufgedrückt. Die Beurteilung physiologischer und pathologischer Funktionen des lebenden Organismus darf nicht alleine auf dem basieren, was man erkannt hat und zu wissen glaubt. Die Interpretation der Lebensabläufe müssen auch die Aspekte berücksichtigen, über die noch keine

oder nur unzureichende Erkenntnisse vorliegen. In diesem Buch wird zur Mässigung aufgefordert. Krebspatienten werden oft von einer Therapie zur nächsten gehetzt. Sie kommen nie zur Ruhe und mit diesem Aktionismus bis wenige Tage vor ihrem Tod jagen sie der erhofften Heilung als Restchance nach. Die Autorin Dr. sc. nat. Florence Kunz-Gollut verfügt über eine umfangreiche Erfahrung als Pharmazeutin in der komplementärmedizinischen Pharmaindustrie und ist Gründungsmitglied des Schweizerischen Verbandes für Komplementärmedizinische Heilmittel (SVKH). Einfühlsam und verständlich setzt sie sich mit dem Spannungsfeld zwischen Pharmaindustrie und Naturheilkunde auseinander, in dem sich viele Krebskranke befinden, und zeigt Alternativen zur rein medizinischen Krebstherapie auf.

Florence Kunz-Gollut: Niemand muss müssen in der Krebstherapie, 261 S., Sokutec Verlag 2011, ISBN 978-3-905954-01-2, Fr. 48.–

Türen machen vergesslich

KB — Wer kennt das nicht: Man betritt einen Raum und hat im selben Moment vergessen, was man eigentlich tun wollte. US-Psychologen der Notre-Dame-Universität liefern nun eine Erklärung dafür. Türen seien wie Grenzen, die unser Denken in Ereignisse untergliedern. Durchschreite man sie, trenne unser Gehirn seine Aktivität in Episoden und lösche dabei auch Informationen. Die Forscher gaben den Versuchspersonen Erinnerungsaufgaben und stellten fest: Nach dem Durchschreiten einer Tür waren die Gedächtnislücken viel grösser. Fazit: Was man

im Raum A lernt oder denkt, kann dort viel besser abgerufen werden als im Raum B. Denn das Gehirn merkt sich auch den Kontext der Umgebung. Beim Vergessen im Alltag hilft es deshalb oft, in den Originalkontext des Raumes zurückzugehen. Zum Teil reicht es sogar, sich die Umgebung dort einfach vorzustellen.

Blutdruck an beiden Armen messen

KB — Der Blutdruck sollte routinemässig an beiden Armen gemessen werden, da ein un-



terschiedlicher Blutdruck beim linken und rechten Arm auf Gesundheitsprobleme hinweisen kann. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie des Peninsula College of Medicine and Dentistry. Für diese neue Studie analysierten die Wissenschaftler 28 bereits bestehende Studien zu diesem Thema. Sie stellten fest, dass sehr unterschiedliche Werte auf ein erhöhtes Risiko bei Gefässerkrankungen hinweisen können. Dabei ist egal, welcher Arm den höheren Wert aufweist – entscheidend ist der Unterschied. Bei Gefässerkrankungen in äusseren Körperzonen kommt es zu einer Verengung und Verhärtung der Arterien, welche die Beine und Füsse mit Blut versorgen. Häufig weisen die Betroffenen jedoch keine Symptome auf. Eine frühe Diagnose dieser Erkrankungen ist besonders wichtig, um rechtzeitig Massnahmen zu ergreifen.

Die 31. Mitgliederversammlung Gönnerverein SPO

Rund 50 Mitglieder sowie einige Gäste genossen vor der jährlichen Mitgliederversammlung des Gönnervereins SPO am 25. April 2012 zunächst den traditionellen Apéro. Mit einem herzlichen Willkomm eröffnete Präsidentin Anne-Marie Bollier anschliessend die 31. Generalversammlung. Die statutarischen Traktanden Protokoll-, Jahresbericht- und Rechnungsabnahme waren schnell erledigt, denn die Mitglieder



sprachen dem Vorstand ihr volles Vertrauen aus. Neu in den Vorstand gewählt wurde Herr Dr. iur. Thomas Grieder. Als selbständiger Anwalt, spezialisiert auf Haftpflicht- und Versicherungsrecht und Vertrauensanwalt der SPO, ergänzt er den Vorstand auf ideale Weise. Mit grossem Beifall und Interesse wurden die Ausführungen von Margrit Kessler – unserer Stiftungsratspräsidentin und seit Oktober 2011 auch Nationalrätin – zu politischen Vorstössen zum Heilmittelgesetz für Versuchspersonen, Patientenrecht, Unterstützung der Hausarztmedizin sowie der Offenlegung von sensiblen Patientendaten aufgenommen. Ein reger Frage-Antwort-Austausch zu diesen aktuellen Themen sowie zur Vorlage Managed Care, die demnächst zur Abstimmung kommen wird, brachte einiges an Klarheit. Nach Abschluss des offiziellen Teils der Mitgliederversammlung hatten wir die Freude,



dem Referat von Herrn Dr. med. Markus Minder, Oberarzt Geriatrie und Palliative Care am Spital Affoltern am Albis, zum Thema «Palliative Care», zu folgen. Die Präsentation von Markus Minder finden Sie auch auf unserer Homepage unter «Aktuelles». Einen weiteren Beitrag zum Thema Palliative Care finden Sie zudem in der Kolumne auf der letzten Seite dieses Newsletters.

Lotte Arnold-Graf, Geschäftsführerin SPO



KOLUMNE

Palliative Care: Mehr Lebensqualität für Patienten und Angehörige

JUDITH STRUPLER, BERATERIN SPO ZÜRICH

Nicht alles war früher besser. Schon gar nicht die Behandlung und die Pflege von Patienten mit unheilbaren Krankheiten. Aber die Mehrheit der Menschen durfte zuhause sterben, im eigenen Bett, im Kreise der geliebten und vertrauten Menschen.

Auch heute noch möchten fast alle Menschen zuhause sterben; 2009 gaben 75 % der Schweizer Bevölkerung in einer Studie an, dass sie zuhause sterben möchten. Die Realität sieht leider anders aus: Die meisten Menschen sterben im Alters- und Pflegeheim oder im Spital. Je näher der Tod rückt, desto weniger hat der Sterbende selbst zu bestimmen. Die behandelnden Ärzte, die Spezialisten und Therapeuten übernehmen die Initiative, «sagen, was gut ist», welche Behandlung noch Erfolg versprechen würde und welche Form der «Überwachung» angezeigt wäre.

Die Angehörigen sind oft überfordert, vertrauen den Fachpersonen, sind froh, wenn jemand für sie entscheidet. Zu oft wird die Meinung des Sterbenden selbst gar nicht erst erfragt.

Die palliative Behandlung und Pflege unter der Leitung einer Fachperson für Palliative Care stellt den Patienten mit seinen Wünschen in den Mittelpunkt. Sie berücksichtigt aber auch die Möglichkeiten der Umgebung, bespricht sich mit den Angehörigen, nimmt ihnen die Angst, mit dem Sterben des Vaters, der Mutter oder des Kindes zuhause nicht fertig zu werden.

Zur palliativen Pflege gehört wesentlich dazu, dass die Wünsche des Patienten frühzeitig in einer Patientenverfügung festgehalten und – wenn er sich selbst nicht mehr äussern kann – befolgt werden. Die palliative Behandlung kann mit einem ärztlich gut durchdachten Plan die Schmerzen nehmen, ohne den Patienten reaktionsunfähig zu machen, sie ermöglicht in Notsituationen auch nachts schnell Hilfe zu leisten und bezieht nicht nur die körperlichen, sondern auch die seelischen Schmerzen und Ängste in die Behandlung mit ein.

Palliative Care ist nicht nur eine Form der Pflege und Behandlung, sondern eine Haltung, welche die Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen verbessert, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegt. Palliative Care ermöglicht dem Menschen wieder einen individuellen Tod.

Besonders gefordert sind die Hausärzte und die Spitex-Organisationen. Wenn die Menschen vermehrt zu Hause sterben, braucht es ein Netz von kompetenten Fachpersonen und Freiwilligen, die koordinierte Hilfe in der häuslichen Umgebung anbieten.

Das hat auch der Bund erkannt und mit der «Nationalen Palliative Care Strategie 2010–2012» die Kantone aufgefordert, dafür zu sorgen, dass die Bevölkerung flächendeckend Zugang zu palliativen Behandlungsmöglichkeiten erhält. Eine Empfehlung, die im Jahr 2009 an die Kantone gelangte und bewirkte, dass in grossen Teilen der Schweiz die palliative Behandlung und Pflege aus dem Dornröschenschlaf erwachte. Immer mehr Pflegefachpersonen und Hausärzte setzen sich mit Palliative Care auseinander und einige Institutionen und Spitäler bieten gar Abteilungen für die vorübergehende Behandlung in Notfallsituationen an. ●

SPO-Beratungsstellen

SPO-Beratungsstellen/OSP Conseil

Für die ganze Schweiz (für Nichtmitglieder)
Telefon 0900 56 70 47, deutsch, Fr. 2.90 p. Minute ab Festnetz
Mo–Fr 9.00–16.00 Uhr

SPO-Beratungsstelle Zürich (Geschäftsstelle)

Häringstrasse 20, 8001 Zürich
Telefon 044 252 54 22, Fax 044 252 54 43
Mo–Do 9.00–12.00 und 13.30–16.30 Uhr

Servizio di consultazioni OSP Bellinzona

piazza indipendenza 1, c. p. 1077
6501 Bellinzona, Telefon 091 826 11 28
Do 9.00–12.00 und 13.30–16.30 Uhr

SPO-Beratungsstelle Bern

Eigerplatz 12, 3007 Bern
Postadresse: Postfach, 3000 Bern 14
Telefon 031 372 13 11, Fax 031 372 13 16
Mo, Di, Do 8.30–12.00 und 13.30–16.00 Uhr

SPO-Beratungsstelle St. Gallen

Rosenbergstrasse 72, 9000 St. Gallen
Telefon 071 278 42 40, Fax 071 278 20 40
Mo und Fr 9.00–12.00 und 13.30–16.30 Uhr,
Mi 9.00–12.00 Uhr

SPO-Beratungsstelle Olten

Im Spitalpark, Fährweg 8
Postfach, 4603 Olten
Telefon 062 212 55 89
Di 10.00–16.00 Uhr

Service de consultation OSP Lausanne

Chemin de Mont-Paisible 18, 1011 Lausanne
Téléphone 021 314 73 88, Fax 021 314 73 89
Lundi 9.00–12.00 et 13.30–16.30

Service de consultation OSP Genève

Rue Gabrielle Perret-Gentil 4, 1211 Genève
Téléphone 022 372 22 22
Jeudi 9.00–12.00 et 13.30–16.30

Impressum

SPO Aktuell

Herausgeber und Redaktion
SPO Patientenschutz
Häringstrasse 20, 8001 Zürich

zh@spo.ch / www.spo.ch

Redaktion

Katrin Bachofen

Gestaltung, Satz und Druck

rva Druck und Medien AG, Altstätten SG

«SPO Aktuell» geht an alle Mitglieder des Gönnervereins. Der Abonnementspreis ist mit dem jährlichen Mitgliederbeitrag abgegolten.
Jahresabonnement ohne Mitgliedschaft:
25.– Fr./Jahr.
Erscheint viermal pro Jahr.