



DVSP
Dachverband Schweizerischer
Patient*innenstellen

Hofwiesenstrasse 3, Postfach, 8042 Zürich, Tel. 044 361 92 56, dvsp@patientenstelle.ch
www.patientenstelle.ch, PC 85-277600-0

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Generalsekretariat GS-EDI
Herr BR Alain Berset
Inselgasse 1
CH-3003 Bern

Zürich, im Juli 2020

Qualität der medizinischen Behandlung in Covid-19-Zeiten

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Aus unserer Sicht haben der Bundesrat und die übrigen Verantwortlichen seit Ausbruch der Coronapandemie umsichtig und besonnen gehandelt, wofür wir Ihnen danken möchten. Auch haben Gesundheitsfachpersonen in Spitälern, Langzeitinstitutionen, der Spitex - ambulant und stationär - bei der Behandlung von Covid-19-Patient*innen Grossartiges geleistet, insbesondere bei der Versorgung von schwer kranken Menschen. Dieser Leistung möchten wir unsere gebührende Anerkennung entgegenbringen und den Gesundheitsfachpersonen auch für die Bereitschaft danken, sich auf die ständig veränderten Erkenntnisse im Umgang mit dieser neuartigen Erkrankung einzustellen. Anerkennend festzuhalten ist aus unserer Sicht zudem, dass unser Gesundheitswesen weder bei der Bekämpfung der Pandemie noch insgesamt an die Grenzen der Leistungsfähigkeit gestossen ist.

Es liegt in der Natur der Sache, dass in einer derartigen Krise kurzfristige Entscheide aufgrund unvollständiger Informationen und Kenntnisse zu fassen sind, die später angepasst werden müssen. Jetzt, bald fünf Monate nachdem Covid-19 die Schweiz erreicht hat, scheint uns jedoch der Zeitpunkt gekommen, eine erste Bilanz zur Qualität der medizinischen Behandlung und Gesundheitsversorgung zu stellen. Dies nicht im Sinne von Schuldzuweisungen, sondern um Lehren zu ziehen und Verbesserungen zu ermöglichen, was im Interesse der Patient*innen und von uns allen liegt. Dies insbesondere auch für den Notfall, dass die Zahl der behandlungsbedürftigen Patient*innen wieder weiter ansteigt.

Basierend auf unseren Erfahrungen an den Patient*innenstellen stellen sich folgende Fragen:

Fragen zur medizinischen Behandlung

1. Wie wurde sichergestellt, dass die sich laufend verändernden medizinischen Erkenntnisse in die Praxis einfließen?
2. Warum wurden bei Verstorbenen mit einer Covid-19-Infektion nicht in allen Spitälern Autopsien durchgeführt bzw. die verstorbenen Personen nicht in ein entsprechendes

Spital überwiesen? Dies selbst zum Zeitpunkt, als die Autopsie nach vertiefter Diskussion in der Fachwelt bereits offiziell als qualitätssicherndes Instrument beurteilt wurde?

3. Zur Diagnostik gehört bekanntlich immer die Differenzialdiagnostik. Wie stark dominierte die Covid-19-Infektion die Diagnostik im Ausschlussverfahren? Warum wurde beispielsweise der Eintrittsstatus von Patient*innen in (vielen) Spitälern nur auf die mit ja oder nein beantwortbare Frage nach der Covid-19-Infektion bzw. dem Covid-19-Test reduziert?
4. Wie wurde mit der medizinischen Erkenntnis umgegangen, dass Covid-19-Patient*innen nicht wie Patient*innen mit anderen Lungenerkrankungen behandelt werden dürfen?
5. Wie wurde der Schutz der Patient*innen vor einer Covid-19-Infektion innerhalb von Institutionen gewährleistet?
6. Wurden Patient*innenverfügungen beachtet? Wie wurde das gewährleistet?
7. Wie wurden Todesfallmeldungen von Patient*innen mit einer Covid-19-Infektion erfasst? Wurde die Todesursache in der fraglichen Zeit jeweils differenziert oder einfach als Covid-19-Todesfall erfasst?
8. Wie wurden die Qualität der Behandlung und die Sicherheit der Patient*innen sichergestellt?

Fragen zur Gesundheitsversorgung:

1. Mit der Absage elektiver Operationen wurde gleichzeitig (ungewollt) ein missverständliches Signal an die Bevölkerung gesandt, dass in den Spitälern vermeintlich nur noch COVID-19-Patient*innen aufgenommen würden – was Ängste auslöste und die Bereitschaft senkte, sich aus anderen Gründen in einem Spital behandeln zu lassen. Für die Versorgungsplanung der Zukunft stellt sich uns demzufolge die wichtige Frage, ob aus der geringen Bettennachfrage Erkenntnisse gewonnen werden können, die wir ohne eine solche Sondersituation nie erhalten hätten. Notwendig erscheint uns insbesondere die Klärung der Frage, in welchem Ausmass die Leerstände während der Pandemie auf die folgenden vier möglichen Ursachen zurückzuführen sind:
 - Fernbleiben der Patient*innen aus Angst vor einer Infektion?
 - Objektiv weniger akute Erkrankungen, Unfälle (sic!) und Verschlechterung chronischer Leiden durch einen gesünderen, weniger Stress belasteten Lebensstil im Lockdown?
 - Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich?
 - Verzicht auf gewisse Aufnahmen durch die Spitäler selbst aus erlöstechnischen Erwägungen.
2. Ob und in welchem Masse wurde eine bisher bestehende angenommene stationäre Überversorgung durch die nicht erfolgten Spitalbehandlungen reduziert? Hierzu gehört auch die Frage, wie die Entwicklung der Belegungsquote nach der Wiederaufnahme des Regelbetriebs und wie die nach wie vor relativ hohe Leerstandsquote zu erklären ist. Wir deuten das dahingehend, dass kein Nachholeffekt besteht, sondern dass sich eher zeigt, dass das Bedürfnis nach stationären Behandlungen generell geringer ist als bisher angenommen.

3. Die Behandlung von COVID-19-Patient*innen konzentrierte sich grundsätzlich auf bestimmte Spitaler und die intensivmedizinische Behandlung fand in einer noch geringeren Anzahl von Hochleistungsspitalern statt. Eine spitalübergreifende Koordination bei der Behandlung von intensivpflichtigen COVID-19-Patient*innen war zwingend notwendig. Wie wurde diese in der Praxis verwirklicht? Können aus der Spitalkoordination während der Pandemie Lehren für die Zusammenarbeit zwischen Spitaler sowie zwischen ambulantem und stationärem Sektor gezogen werden? Zeichnen sich allenfalls Verbesserungsmöglichkeiten bei der Spitalfinanzierung, den Leistungsaufträgen sowie der Qualitätssicherung von medizinischen Behandlungen ab?
4. Bestätigt sich die These, dass eine Konzentration der Leistungen im Gesundheitswesen machbar und sinnvoll ist?
5. Sollten solche Erkenntnisse aus Covid-19-Zeiten bei der Strukturbereinigung in der Spitalversorgung nicht genutzt werden? So könnten intensivmedizinische Behandlungsplätze allenfalls für andere medizinische Erfordernisse, aber auch als Reserve nutzbar bleiben.
6. Weshalb wiesen zur Zeit der Pandemie auch psychiatrische Kliniken Leerstände auf?

Wir sind überzeugt, dass die Beantwortung dieser Fragen die Qualität der Gesundheitsversorgung sowie den Umgang mit möglichen künftigen Pandemien voranbringen wird. Deshalb wären wir Ihnen für eine Klärung bzw. das Veranlassen der entsprechenden Abklärungen, Analysen und insbesondere der Forschung sehr dankbar.

Mit besten Grüssen



Erika Ziltener