

Standpunkte 3 | 2010

- Die Stärkung der Hausarztmedizin könnte die Kosten senken. Warum interessiert das die Politik nicht?

Seite 3

- Palliative Care ist kein Kostensparmodell. Doch statt teurer Therapien am Lebensende braucht es Investitionen in eine (Hausarzt-)Medizin, in der die Lebensqualität des sterbenden Menschen im Vordergrund steht.

Seite 5

- Vom Maximum zum Optimum: Den Machbarkeitswahn auf das Sinnvolle reduzieren. Zum Wohle des Patienten.

Seite 6

- Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» plant mehrjährige Öffentlichkeitskampagne. Auf zwei Gleisen.

Seite 8



Sind «Geld und Geist» in der Hausarztmedizin miteinander vereinbar?

«Geld und Geist» ist der Titel eines berühmten Werkes von Jeremias Gotthelf. Die Hausarztmedizin kann nicht «Diener zweier Herren sein», und von Geld zu reden, würde bedeuten, ein Stück seiner Seele dem «Teufel» zu verkaufen: den Krankenkassen und dem Markt. Ausserdem bedeutet, von den Finanzen zu sprechen, messen, verbuchen, berechnen ... Kann man das Band, die besondere Beziehung zwischen dem Arzt und dessen Patienten auf Zahlen reduzieren? Wie viel ist das wiedergefundene Lächeln eines erlösten Kindes wert, wie viel der dankbare Blick einer beruhigten Mutter, der warme Händedruck eines Greises, dem man eine Weile zugehört hat?

Ist Versöhnung möglich?

In Gotthelfs Roman geht es auch um Versöhnung. Ob wir wohl Hausarztmedizin und Geld auch miteinander aussöhnen können? Soll Managed Care ein Versuch in diese Richtung sein? Wir wollen durchaus dabei sein, doch unter gewissen Bedingungen: Dieser neue Gesetzesentwurf darf keine Risikoauswahl mehr erlauben, die den Graben der sozialen Ungleichheit noch vertieft. Das erste und wichtigste Ziel der Versorgungsnetze ist eine Verbesserung der Qualität und der Sicherheit bei der Betreuung der schwächsten Patienten, der Chronisch- und der Mehrfachkranken. Da die Volksweisheit «Gesundheit

Editorial



Dr. med. Marc Müller,
Präsident Hausärzte Schweiz

Geld und Geist in der Hausarztmedizin

Dass es im Gesundheitswesen eigentlich keine Kostenexplosion gibt, sondern «nur» eine kontinuierliche jährliche Kostensteigerung, dürfte mittlerweile allen klar sein. Der Leiter des Institutes für Hausarztmedizin der Universität Zürich, Prof. Thomas Rosemann, zeigt in dieser Standpunkte-Ausgabe die Gründe für diese vorhersehbare Teuerung auf. Die Patienten werden immer älter, damit nehmen die chronischen Erkrankungen und polymorbiden Zustände zu. Gleichzeitig entstehen aber auch neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Diese ermöglichen Diagnosen von Krankheiten, welche früher unentdeckt geblieben sind, und steigern die Anspruchshaltung der Menschen: wenn schon älter werden, dann bei möglichst guter Gesundheit und in einem dem Lebensalter und den bisherigen Gewohnheiten angepassten Umfeld. Es hat sich in den letzten Jahren eine «vierte Generation» entwickelt, diejenige der rüstigen, unternehmungslustigen Rentner zwischen 65 und 75 Jahren. Die Bewohner unserer Alters- und Pflegeheime hingegen sind immer älter und bedürftiger. Oft erfolgt der Eintritt in eine Institution erst in einem Krankheitsstadium, das keine Heilung mehr zulässt, sondern nach Linderung, Palliation, ruft. Die nationale Strategie «Palliative Care» wurde im richtigen Zeitpunkt geschaffen, diejenige für die «ärztliche Grundversorgung» muss dringend folgen.

Auf der anderen Seite zeigt eine überwältigende Datenlage, dass Gesundheitssysteme mit einer starken Hausarztmedizin wesentlich kostengünstiger sind als solche mit einem Überfluss an Spezialisten. Dennoch sind die Anreize, den Beruf eines Hausarztes zu ergreifen, in den letzten Jahren immer mehr geschwunden. Über die Gründe haben wir in den letzten Ausgaben von «Standpunkte» informiert. Unsere Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» soll das Steuer herumreissen.

Durch die Managed-Care-Vorlage wird der Hausarzt zu Recht wieder ins Zentrum der Gesundheitsversorgung gerückt. Auch wenn einige Aspekte – Budgetmitverantwortung und differenzierter Selbstbehalt – an unserer Basis für heftige Diskussionen sorgen, hält der Berufsverband «Hausärzte Schweiz» an seiner Position fest. Diese Vorlage bedeutet einen grossen Schritt in die richtige Richtung und ist v. a. auch aus staatspolitischen Gründen wert, ebenso vom Ständerat befürwortet zu werden. Um der Vorlage auf allen Ebenen zum Durchbruch zu verhelfen, haben wir uns mit einigen Änderungsvorschlägen an die Parlamentarierinnen und Parlamentarier gewandt!

Dr. med. Marc Müller,
Präsident Hausärzte Schweiz

ist unbezahlbar» immer öfter durch «Krankheit kostet» ersetzt wird, müssen wir dafür sorgen, dass die Finanzmathematik der Versicherungsträger nicht die menschlichen Werte von Krankheit, Leiden und Leben verdrängt.

Ist eine Wertbestimmung möglich?

Können wir tatsächlich unsere Tätigkeit als Hausarzt berechnen? Und wie soll man sie quantifizieren? Mindestens elf Jahre Aus- und Weiterbildung, eine mindestens sechsstellige Investition für den Aufbau einer Praxis, die eine korrekte und effiziente Behandlung von 90% aller unterbreiteten gesundheitlichen Probleme möglich macht, die Verpflichtung zum Notfalldienst bei Tag und bei Nacht und ein administrativer Druck, der uns immer mehr belastet. Noch schwieriger zu werten sind die Verantwortung für ihre Gesundheit, die unsere Patienten uns übertragen, die Last, die das darstellen kann, sowie die Risiken, die damit verbunden sind. All das hat seinen Preis, und zwar nicht nur im finanziellen Bereich, sondern es wirkt sich auch auf das Familienleben aus und auf die Lebensqualität. Soll man eine Schätzung versuchen? Und falls dabei tatsächlich eine Zahl herauskommt, würde das genügen, die aufgebauten Frustrationen auszugleichen und das wachsende Unbehagen der Kollegen?

Was ist ein gerechtes Einkommen?

207 000 Franken Jahresgehalt für 1920 Arbeitsstunden oder, anders berechnet: 107 Franken pro Stunde bei einer Arbeitswoche von 42 Stunden und 6 Wochen Ferien. Dies ist das Referenz-Einkommen, das vor mehr als zehn Jahren allgemein und politisch anerkannt wurde bei der Festlegung des nationalen Tarifs TARMED. Dieser Betrag wird scheinbar nicht in Frage gestellt, doch ist er nur zu erreichen, wenn der Hausarzt mehr als 50 Stunden die Woche arbeitet. Denn durch politische Interventionen, vor allem vonseiten des Preisüberwachers bei der Einführung von TARMED, gab es grosse Befürchtungen einer Kostenexplosion, dass mehrere Einschränkungen beigefügt wurden: Status unter dem der Spezialisten, Abgeltung der letzten fünf Minuten um die Hälfte reduziert, kantonaler Taxpunktwert tiefer und nicht 1 Franken in der ganzen Schweiz, wie vorgesehen. Somit kann heute der Stundenlohn in einigen Kantonen auf 66 Franken sinken! Zu welchem Tarif arbeitet mein Automechaniker oder ein Jurist?

Trendwende mit der Volksinitiative Ja zur Hausarztmedizin

Folglich ist ein medizinisches Spezialgebiet in bezug auf Arbeitsqualität und Einkommen viel attraktiver als die Hausarztmedizin. Das «Image» des Hausarztes wird herabgewürdigt, der Beruf ist nicht mehr attraktiv, und wir bewegen uns auf einen massiven Hausarztmangel zu, mit beängstigenden Folgen für die Bevölkerung. Dieses alte Lied ist Ihnen zur Genüge bekannt, deshalb besteht jetzt Handlungsbedarf! Aus diesem Grund haben wir diese Volksinitiative Ja zur Hausarztmedizin lanciert, die mit über 200 000 Unterschriften in Rekordzeit eingereicht worden ist. Doch der Verfassungstext allein, der naturgemäss ziemlich allgemein gehalten ist, ist nicht ausreichend. Uns geht es um den weiteren Verlauf, die Konkretisierung, denn sie ist imstande, den Trend umzukehren und die jüngeren Generationen anzulocken. Folgen wir dem Beispiel Englands, das es geschafft hat, den Hausärztemangel einzudämmen, und verlangen wir dieselben zwei Massnahmen: eine akademische

Ausbildung auf hohem Niveau mit Unterstützung der Forschung und verbesserte Arbeitsbedingungen. Dazu braucht es eine Steuerung unseres Gesundheitswesens und Geldmittel. Aber woher nehmen? Durch die Schaffung eines Nationalfonds in Partnerschaft mit dem Bund, den Kantonen, den Kassen und den Ärzten? Indem man einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltplans für jedes Spitzen-Studienprojekt der Hausarztmedizin zuteilt? Oder pro Monat 2 Franken mehr der Prämien dazu verwenden, unseren Beruf aufzuwerten mit einem Sondertarif? Die Politik ist gefordert, lassen wir unserer Phantasie freien Lauf, vor allem um Resultate zu erzielen!

Unterstützung für die, die den Schwächsten helfen

Wir sind also bereit, zusammen mit allen Partnern innovative Lösungen zu finden, um unsere Hausarztmedizin zu retten. Wir wagen es, zumindest die finanzielle Grundlage von 207 000 Franken verlangen, die uns TARMED ursprünglich zugestanden hat. Wir trauen uns, vom Geld zu sprechen, ohne befürchten zu müssen, unsere Seele zu verlieren und unsere Werte zu verraten. Denn bei der Ausübung unseres Berufs und in unserem rechtmässigen Kampf sind wir nach wie vor engstens verbunden mit den Tugenden Gerechtigkeit, Gleichberechtigung und Solidarität. Wie heisst es schon so schön in der

Einleitung zu unserer Bundesverfassung: «Die Stärke einer Gemeinschaft misst sich am Wohlbefinden des Schwächsten seiner Glieder ...»

*Dr. med. François Héritier,
Vizepräsident Hausärzte Schweiz
Mitglied Lenkungsausschuss Verein
Volksinitiative Ja zur Hausarzt-
medizin*



Taten statt Worte – warum es endlich ein klares Bekenntnis zur Hausarztmedizin braucht!



Thomas Rosemann

In der Schweiz, so eine Umfrage der Zeitschrift Reader's Digest, sind die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen die grösste Sorge der Menschen. Noch grösser ist die Einigkeit bei der Frage, was das Wichtigste im Leben sei: die Gesundheit und ein langes Leben mit hoher Lebensqualität.

Während die grossen Fortschritte in der Lebenserwartung in den vergangenen Jahrhunderten v.a. durch eine Reduktion der Kindersterblichkeit und eine Eindämmung von Infektionskrankheiten erreicht wurden, ist

die Herausforderung des 21. Jahrhunderts wesentlich komplexer, in bezug auf medizinische aber auch ökonomische Gesichtspunkte.

Erster Kostentreiber: chronische Erkrankungen

Während Hygienemassnahmen, Impfungen und Antibiotika vergleichsweise günstig zu haben und in einfachen Versorgungsansätzen zu realisieren sind, erfordern chronische Krankheiten komplexere Ansätze und sind ungleich teurer. Deutlich wird dies z.B. in Berechnungen des Fraunhofer Institutes, wonach 2008 in Deutschland etwa 200 Mrd. € oder 80 Prozent aller direkten Gesundheitskosten auf chronische Erkrankungen entfielen. Da zudem der Anteil der chronischen Erkrankungen parallel mit dem Anteil älterer Menschen weiter steigen wird, wird sich die Kostensteigerung noch beschleunigen. Letztlich ernten wir damit auch die Früchte einer modernen Medizin, die uns die Begleit-

erscheinungen des höheren Lebensalters in so hohem Umfang erleben lässt. Der Lösungsansatz liegt in neuen, effizienten Versorgungsansätzen und qualitätsorientierten Vergütungsansätzen und sicher nicht primär in immer neuen Medikamenten und spezialisierten therapeutischen Interventionen.

Zweiter Kostentreiber: neue Möglichkeiten

Damit wären wir beim zweiten Kostentreiber: neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. Dies muss man sicher sehr differenziert betrachten. Neben grossen therapeutischen Fortschritten gibt es auch eine Vielzahl von «Scheininnovationen», Präparate, die durch den Austausch eines Moleküls im herkömmlichen Medikament verträglicher oder wirksamer sein sollen, es aber oftmals nicht sind. Der Vioxx-Skandal sei hier beispielhaft erwähnt, ebenso geschönte Studiendaten bei Antidepressiva vom SSRI-Typ, oder Antidemen-

tiva, die zwar marginal Demenz-Scores verbessern, aber nur fraglich klinisch relevant wirksam sind. Sämtliches kostet die Versicherten viel Geld. Aber es gibt auch eine Reihe unsinniger diagnostischer Verfahren, die entweder ohne therapeutische Konsequenz sind oder nur Verunsicherung wecken; und zahlreiche andere, die risikobehaftete Folgeuntersuchungen nach sich ziehen, denken wir nur an den Labortest für den Prostatakrebs, das PSA. Aber auch wenn das Skalpell gezückt wird, profitiert der Patient nicht immer: eine Aufsehen erregende Studie mit Scheinoperationen wegen Kniegelenksarthrose zeigte, dass die Schein-OP genauso gut war wie die echte Operation. Kürzlich wurde die Studie wiederholt, allerdings wurde hier die eine Hälfte der Patienten nicht scheinoperiert, sondern bekam eine optimale konservative Therapie. Wieder kein Unterschied – ausser in den Kosten. Diese Liste liesse sich beliebig fortsetzen. Aber gerade der einzelne Arzt ist der Übermacht der geschickten Anpreisungen der Industrie oft hilflos ausgesetzt. Was es braucht, ist eine objektive wissenschaftliche Bewertung durch Institutionen nach dem Vorbild des NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) oder IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). Wichtig ist aber auch die Einsicht der Patientinnen und Patienten, dass mehr Medizin nicht immer besser ist.

Dritter Kostentreiber: gestiegene Ansprüche

Und damit wären wir beim dritten Kostentreiber: der Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten oder der Konsumentinnen und Konsumenten. Wer immer mehr will, muss immer mehr bezahlen, so die einfache Formel, wobei hier oftmals Industrie, Ärzte und Spitäler mit dem Wecken ständig neuer «Bedürfnisse» fleissig mitmischen. Dabei gibt es zahlreiche Belege, dass wir den Einfluss der spezialisierten Medizin auf

die Lebenserwartung und die Lebensqualität stark überschätzen. Eine Arbeit aus Schweden hat z.B. den Rückgang der Todesfälle aufgrund von Herzinfarkten im Zeitraum 1986 bis 2002 untersucht: Körperliche Aktivität und Rauchstopp trugen um ein Vielfaches mehr zur Verringerung der Todesfälle bei als z. B. die Herzkatheteruntersuchung. Eine andere Arbeit zeigte, dass Patientinnen und Patienten auch nach einem Spitalaufenthalt wegen eines Infarktes nur wenig über ihre Erkrankung und ihre Risikofaktoren wissen (Dracup et al.: Archives of Internal Medicine 2008; 168(10):1049–1054). Die Kosten dieser ungenügenden Aufklärung werden allein in den USA laut einem Regierungsbericht auf über 100 Mrd. USD geschätzt. (Friedland R., 2002. Estimating the Direct Health Costs of Low Functional Literacy, und Weisas et al. J Am Board Fam Pract 2004; 17:44–47.)

Bessere Qualität und weniger Kosten

Untersuchungen zeigen, dass es selbst für versierte Patientinnen und Patienten schwierig ist, sich im Angebot der zunehmend kommerziell geprägten Angebote zu orientieren, und dass das Internet kein seriöser Ratgeber ist. Auf der anderen Seite gibt es eine überwältigende Datenlage, die zeigt, dass Gesundheitssysteme mit einer starken Hausarztmedizin deutlich kostengünstiger sind und mit einer höheren Lebensqualität einhergehen. Aber nicht nur insgesamt betrachtet, auch auf häufige Erkrankungen fokussiert zeigen Studien, dass Diabetiker, die vom Hausarzt betreut werden, länger leben, dass es nach einem Infarkt wichtig ist, neben dem Kardiologen auch einen Hausarzt zu haben, oder dass Kreuzschmerzpatienten hausärztlich betreut genauso schnell genesen, aber weit weniger Untersuchungen erfahren dürfen (müssen). In einer eigenen Arbeit konnten wir zeigen, dass Patientinnen und Patienten, die von einem Hausarzt überwiesen wurden, mit

dem Ergebnis einer spezialärztlichen Konsultation zufriedener waren als solche, die die Konsultation selber anregten. Einen sehr beeindruckenden Beleg lieferten zuletzt Macinko und Mitarbeiter, die zeigten, dass ein Hausarzt mehr pro 10 000 Einwohner die Gesamtmortalität bis zu 10,79 Prozent reduziert. Schwarze und sozial Deprivierte profitieren dabei viermal so viel wie Weisse. (International Journal of Health Services, 2007; 37(1)111–116.)

Monetäre Aufwertung

Ein klares Bekenntnis der Politik zu einer starken Hausarztmedizin, wie etwa in den Niederlanden, könnte also zu einer Verminderung der Kostenexplosion enorm beitragen. Ein klares Bekenntnis beinhaltet aber auch eine monetäre Aufwertung. Nach dem Motto «Was nichts kostet, ist nichts wert» wird auch die hausärztliche Arbeit weniger wertgeschätzt. Empirische Belege zeigen, dass mit einer finanziellen Aufwertung auch sehr schnell ein anderes Problem vom Tisch wäre: der hausärztliche Nachwuchsmangel. Nachdem man in England ein qualitätsbasiertes Vergütungssystem eingeführt hat, sind die Einkommen der Hausärzte um 23 Prozent gestiegen – und die Nachfrage nach dem Berufsziel ebenso.

Wohin der Weg geht, wenn es keine Kurskorrektur gibt, kann man gut an den USA verfolgen: Das teuerste Gesundheitssystem der Welt – obwohl die Mehrheit der Bevölkerung in HMOs und Managed-Care-Organisationen ist – rangiert auch im Hinblick auf die Qualität der Versorgung weit unten, wie der letzte Commonwealth Report eindrucksvoll belegte. Die Gründe wurden 2005 im amerikanischen Fachjournal Lancet treffend identifiziert: «overspezialized, fragmented and wasteful». Wollen wir das?

*Prof. Dr. med. Thomas Rosemann
Leiter des Institutes für Hausarztmedizin an der Universität Zürich*

Keine «Preisfrage»: mit Palliative Care in Würde sterben



Christoph Cina

Die Geburt eines Kindes ist für eine junge Familie ein lang ersehntes, freudiges Ereignis. Gross ist nicht nur die Spannung, sondern auch die Vorbereitung. Gemeinsame öffentliche Anlässe, Kurse, Schwangerschaftsturnen und viele zusätzliche Angebote runden das Bild der Vorbereitungen ab. Nichts soll dem Zufall überlassen werden, nichts soll schiefgehen. Die Familie soll für alle Fälle gewappnet sein! Und wie steht es mit den Vorbereitungen am Lebensende? Sind wir vorbereitet und gewappnet, damit nichts schiefgehen kann?

Wohl kaum! Wie liesse es sich sonst erklären, dass Bund und Kantone gemeinsam das Projekt «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» lanciert haben. Die Politik scheint Palliative Care entdeckt zu haben und ortet Handlungsbedarf. Recht hat sie. Gratulation zu diesem Engagement!

Die Betreuung von Menschen an ihrem Lebensende ist eine Kernkompetenz der Hausarztmedizin. Seit es Hausärzte gibt, haben sie sich um diese Kranken gekümmert. In unserer modernen offenen Gesellschaft hat das Lebensende seinen wichtigen Platz verloren. Unheilbare, chronische Krankheiten und Tod werden tabuisiert. Die moderne Medizin gaukelt nicht erfüllbare Hoffnungen vor. Der Tod scheint besiegbare, koste es, was es wolle. Curare (heilen) heisst das Schlagwort. Noch vor 100 Jahren war das Leben kurz und die tröstende Hoffnung auf ein ewiges Leben gross! Dieser Trost ist zunehmend geschwunden, das Leben soll nun ewig dauern! Loslassen und sich mit der harten Realität des

Abschiednehmens auseinandersetzen muss neu erlernt werden.

Was bedeutet Palliative Care?

«Palliative Care beinhaltet eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Das Ziel von Palliative Care ist, den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu sichern. Leiden soll optimal gelindert werden. Palliative Care als Überbegriff für Palliative Medizin, Pflege, Betreuung und Begleitung schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie die psychische, soziale und spirituelle Unterstützung ein. Sie erfolgt soweit wie möglich an dem von der kranken Person gewählten Ort. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden. Denn es ist sinnvoll, Palliative Care vorausschauend, frühzeitig und je nach Indikation parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen.»¹ Palliative Care ist eng mit einer bestimmten Haltung verbunden: eine ärztliche, aber auch pflegerische Haltung, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Der Kampf gegen eine Diagnose wird abgelöst durch ein intensives Bemühen um eine bestmögliche Lebensqualität am Lebensende. Das Wort «Heilen» wird bedeutungslos. Ein Mantel (Pallium) soll ausgebreitet werden.

Die Grenzen der modernen Medizin werden immer weiter hinausgeschoben. Da können wir noch etwas machen! Diese Antwort mag für einen chronisch-kranken Menschen tröstlich erscheinen. Häufig ist sie auch ein echter Trost. Nicht selten muss die vorgeschlagene Therapie jedoch kritisch hinterfragt werden. Wie gross sind die Erfolgsaussichten? 10 oder 20 Prozent, und zu welchem Preis? Preis im Sinne von Nebenwirkungen, Preis im Sinne von eingeschränkter Lebensqualität und schliesslich auch Preis im Sinne von Schweizer Franken! Palliative Care bedeutet auch, den Dia-

log mit dem Patienten zu führen. Offen, ehrlich und nichts beschönigend. Mit dieser Haltung entsteht Vertrauen, und eine vertrauensvolle Beziehung ist am Lebensende wichtiger denn je.

Palliative Care ist kein Kostensparmodell

In einer kürzlich erschienenen Studie konnten 35 Prozent an Kosten eingespart werden bei Patienten, mit denen diese Diskussion geführt wurde und die Entscheidungsprozesse gemeinsam erarbeitet wurden. Diese Studie untersuchte zudem die Lebensqualität der Patienten, die bei intensiver kurativer Behandlung deutlich schlechter war.²

Ist demnach Palliative Care ein Kostensparmodell? Die von Bund und Kantonen lancierte «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» wird primär zusätzliche Ressourcen erfordern. Diese Investition wird aber erfreuliche Früchte tragen. Sie stellt den Menschen und seine Lebensqualität in den Mittelpunkt. Palliative Care ist kein Kostensparmodell. Wenn es uns aber gelingt, eine Verschleuderung von Ressourcen, sprich unnötige bzw. wenig sinnvolle und teure Therapien, zu vermeiden, sind wir einen grossen Schritt weiter gekommen!

Drei von vier Menschen möchten gemäss einer Umfrage zu Hause sterben. Dies erfordert eine intakte, auf die angesprochenen Fragen sensibilisierte Grundversorgung. Gutausgebildete Pflegerinnen und Hausärztinnen und Hausärzte in genügender Zahl, welche in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Spezialisten und Institutionen diese Aufgabe wahrnehmen. Und bei dieser Aussage ist die Politik gefordert, die dafür nötigen Ressourcen verfügbar zu machen!

*Dr. med. Christoph Cina,
Hausarzt, Messen*

¹ Textentwurf: Nationale Leitlinien Palliative Care. BAG/GDK

² Zhang B, Wright AA et al.: Health care costs in the last week of life. Arch Intern Med 2009; 169 (5): 480–488.

Vom Maximum zum Optimum oder Weniger bringt oft mehr!



Johannes Brühwiler

Brauchen Sie eine Herzkatheteruntersuchung? Sie fahren morgen in die Ferien und möchten das schnell noch wissen? Kein Problem, Telefon genügt, habe ich in 5 Minuten für heute organisiert. Sie möchten einen Hausarzt, weil die letzten beiden aufgehört haben? Sie suchen schon seit 3 Wochen? Das braucht Geduld, vielleicht suchen Sie mal bei den jungen Kollegen. Die gebe es nicht? Dann wird es schwierig. Aber Sie können ja direkt zum Herzkatheter. Sie haben Bauchweh? Ja, das kann durchaus auch einmal vom Herz her kommen.

Die Schweiz ist anerkanntermassen medizinisch gut versorgt. Wir haben weltweit die höchste Dichte an Herzkatheterlabors. Wir haben bekanntlich viele Spitäler, alle wachsen, bauen, renovieren, machen neue Abteilungen. Wie wärs mit einem Herzkatheterlabor? Oder einer neuen Transplantationsabteilung? Um die vereinzelt Herztransplantationen ist schweizweit ein Streit entbrannt. Also müssen wir schleunigst ausbauen. Bauen wir einen Herzturm! Einen European Cardiac Tower, da wir ja schon ein Schweizer Herz- und Gefässzentrum haben. Dann ist endlich das ganze Organ unter einem Dach zusammengefasst. Das wird vieles vereinfachen, die Wege zum Katheter und zum OP sind dann optimal kurz. Alle Herzfachspezialisten sind unmittelbar verfügbar. Für die einzelnen übrigen Organe, die gelegentlich auch noch Kummer machen, bauen wir kurzerhand einen extra Tower: Für die linke und rechte Niere brauchen wir einen mit 2 Flügeln, das

gleiche Modell kann man natürlich für die Lunge anwenden. Bei den Augen wird es schwieriger: Wir brauchen einen Triple-Turm, jeweils einen für den vorderen, den mittleren und den hinteren Abschnitt, und für die Orthopäden bauen wir ein Turmdorf. Die Vernetzung der Türme wird einfach: Die Zürcher S-Bahn wird CO₂-neutral zur Sanitätsbahn und die Nurse Practitioner zur Zugsbegleiterin.

Nun, was passiert mit mir als Hausarzt? Kein Problem, ich habe auch ein neues Geschäftsmodell: Ich mache Triple Check: als Chief Conjunction Officer (CCO) füge ich die einzelnen Organe des spezialisierten Double Check wieder zum Menschen zusammen. Damit kann ich die Medizin vom Kopf wieder auf die Füße stellen und aus dem Maximum das Optimum herausholen. Dann verlassen wieder mehr Generalisten und Hausärzte die Weiterbildung und etwas weniger hochspezialisierte Organmediziner.

Bis es so weit ist, bin ich noch Hausarzt. Der Patient mit Bauchweh kommt vor den Ferien noch schnell vorbei. Es ist ihm nicht recht, weil er unsicher ist, ob er wirklich etwas hat. «Aber Sie wissen ja, dann bin ich am Roten Meer und weiss nicht, was ich machen soll.» Er wirkt nervös und gestresst, aber sonst gesund. Ich taste den Bauch ab: keine Schmerzen, nehme das gute alte Stethoskop: Es rumpelt ordentlich im Bauch, aber keine ungewöhnlichen Geräusche. Eine Blutuntersuchung ist unnötig, ich kann ihn beruhigen und freue mich auf die Karte, die er mir aus den Ferien schickt.

Der nächste Patient ist neu, er sucht einen Hausarzt. Er hat mir 20 Dokumente aufs Mail gelegt: Endoskopien, Ergometrien, Ultraschall und Echo, Röntgenbilder und Blutuntersuchungen, alles normale Befunde. Und doch fühlt sich der Patient krank. Ich weiss, dass ein längeres Gespräch ansteht

um herauszufinden, warum man so vieles suchen muss. Es ist häufig geworden, dass sich ratlose Patienten nach vielen Spezialuntersuchungen melden, weil sie die Ergebnisse nicht verstehen und nach vielen Tests immer noch nicht wissen, wie sie ihre Symptome einzuordnen haben.

Ist es überhaupt sinnvoll, immer sämtliche verfügbaren Untersuchungen durchzuführen? Ist eine maximale Versorgung auch immer die optimale für den Patienten? Mehr als rhetorische Fragen! Der Hausarzt begleitet den Patienten auf dem Weg durch das Abklärungs-Labyrinth und hilft ihm bei der Auswahl der für ihn und sein Leiden sinnvollen und notwendigen Untersuchungen.

Niemand baut sein Haus mit dem Spengler, nimmt dann den Schreiner und nachher den Elektriker. Man beginnt, mit dem Architekten seine Vorstellungen zu diskutieren, die Spezialisten werden später – wo nötig – zugezogen.

*Dr. med. Johannes Brühwiler,
CCO und Mitglied des Vorstandes
Hausärzte Schweiz*

Fragen an Dr. med. Sven Streit, Co-Präsident «Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz»

«Man studiert nicht Medizin, um reich zu werden»

Sven Streit

Standpunkte: Was halten Sie grundsätzlich von der immer stärker von der Ökonomie überlagerten Gesundheitsdiskussion in der Schweiz?

Sven Streit: Als Prämienzahler verstehe ich die Sorge, dass die Kosten unkontrollierbar und nicht mehr finanzierbar werden. Auch meine Prämien stiegen letztes Jahr fast 50%. Gleichzeitig besteht eine hohe Erwartungshaltung der Patienten: Behandlungen sollen jederzeit verfügbar und eine hochtechnisierte Diagnostik für alle möglich sein. Als Arzt in der Weiterbildung im Spital höre ich von der Spitalleitung, dass wir sparen müssten. Das ist berechtigt. Doch auf die Frage, wo gespart werden kann, muss man auch fragen: Möchten Sie, dass bei Ihnen gespart wird? Patienten beklagen zwar die hohen Prämien, wenn es aber um ihre Behandlung geht, scheinen die Kosten keine Rolle mehr zu spielen, da sie «ja die Krankenkasse hätten». Hier die Schuld für die Kostensteigerung nur bei den Leistungserbringern zu suchen, finde ich einseitig.

Welchen Stellenwert hat für Sie die Geld- bzw. Kostenfrage in Ihrer Auffassung von Hausarztmedizin?

In der Hausarztmedizin scheint mir der Kostendruck sehr gross. Man liest, dass Untersuchungen nicht mehr kostendeckend durchgeführt werden könnten und Ärzte mit langen Konsultationen Rückzahlungen leisten müssten. Dabei möchte jeder Patient,

dass sich der Arzt Zeit nimmt und möglichst viele Probleme bereits in der Praxis lösen kann. Damit diese Möglichkeit besteht, braucht es eine gut ausgebaute Diagnostik und die Möglichkeit, diese auch zu verrechnen.

Warum wird Ihrer Meinung nach der Aspekt des Nutzens der Medizin für die Gesellschaft heute fast vollständig ausgeblendet?

Ich lerne in der Weiterbildung, dass die Konsequenzen von Untersuchungen bedacht sein sollten, bevor man sie macht. Will man wirklich alle zwei Tage Laborwerte kontrollieren, nur damit sie dokumentiert sind? Will man Computertomographien erstellen, wenn keine Behandlung daraus resultiert? Ohne diese Erkenntnis v. a. in der Praxis, wann eine weitere Untersuchung oder Therapie indiziert ist, würde man mehr Patienten dem Spital oder Spezialisten zuweisen, was neue Kosten verursacht.

Hausarztmedizin gilt nachgewiesenermassen als eine «kostengünstige» Medizin, weil sie Vieles selbst machen und teure Überweisungen zu Spezialisten oder ins Spital verhindern kann. Sollte man diesen Aspekt Ihrer Meinung nach seitens der Hausärzteverbände verstärkt in die gesundheitspolitische Diskussion einbringen (und damit die Ökonomiediskussion «anheizen»)?

Unbedingt. Solche Erkenntnisse liessen sich nicht zuletzt durch Versorgungsstudien belegen. Dagegen sprechen höchstens die Erwartungen einiger Patienten, sich v. a. vom Spezialisten behandeln zu lassen. Dort sollte die Politik bzw. das Volk entscheiden, in welchem Ausmass dies erlaubt sein soll.

Welches ist für Sie heute ein angemessener (Jahres-)Lohn für eine Hausärztin, bzw. Hausarzt (auch im Vergleich zu den Spezialisten)?

Als Assistenzarzt ist das schwierig in Zahlen zu fassen, aber der Lohn sollte tatsächlich angemessen sein. Man studiert nicht Medizin, um reich zu werden, aber um den Hausarztberuf aufzuwerten, braucht es eine bessere Entlohnung. Länder wie Grossbritannien konnten nicht zuletzt dank Verbesserung des Einkommens dem Hausärztemangel entgegenwirken. Es soll einfach reichen, um eine Familie zu finanzieren und auf sicheren Beinen stehen zu können. Wenn ich höre, dass Hausärzte Patienten im 5-Minuten-Takt sehen, damit es sich finanziell rechnet, frage ich mich, ob dies die Bevölkerung so wünscht.

Inwiefern spielt die Lohn- bzw. Geldfrage heute bei Medizinstudierenden eine Rolle beim Entscheid, ob sie in die Hausarztmedizin einsteigen oder nicht (bzw. bei der Wahl der Fachrichtung)?

Wer Medizin studiert, tut dies wohl kaum aus ökonomischen Überlegungen. Es ist bekannt, dass Ärzte viel arbeiten. Andere Berufe mit insgesamt 11 Jahren an Aus- und Weiterbildung bringen bestimmt mehr Einkommen. Ärzte arbeiten in einem Umfeld, in dem Tag und Nacht höchste Aufmerksamkeit, Geschick, Empathie, Verständnis, Zeit, Wissen, Professionalität und Engagement erwartet werden. Diese Hingabe leisten sie aus persönlichen und nicht aus finanziellen Interessen. Dafür braucht es einen angemessenen Lohn. Will man in der Schweiz den Bestand an Hausärzten erhalten, ist dies eine wichtige Massnahme, sonst bleiben die jungen Ärzte diesem wichtigen Beruf fern.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker

Initiativkomitee «Ja zur Hausarztmedizin» baut Druck auf!

Seit der Einreichung der Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» am 1.4.2010 mit über 200 000 Unterschriften (die in nicht einmal 5 Monaten gesammelt wurden) baut das Initiativkomitee mit Hochdruck eine «Zwei-Gleis-Strategie» auf: eine starke PR- und Polit-Maschinerie zugunsten der Initiative!

Die beeindruckende Unterstützung des Volkes bei der Unterschriftensammlung und die Sammel-Effizienz sind gezielte Signale an Bundesrat und Parlament, das Geschäft zügig voranzutreiben. Denn die Zeit drängt: Der sich immer stärker abzeichnende Mangel an Hausärzten erträgt keinen Aufschub mehr. Die Schweiz bewegt sich derzeit ungebremst in Richtung eines massiven Hausärztemangels.

Das Initiativkomitee (das sich am 4. Juni 2010 aus juristischen Gründen in einem eigenen Verein «Ja zur Hausarztmedizin» konstituiert hat) ist überzeugt, dass diese Initiative nicht nur das Potenzial hat zur Rettung und Aufwertung der Hausarztmedizin, sondern auch bewirken wird, dass Nachwuchs für diesen faszinierenden Beruf des Hausarztes gewonnen werden kann.

Vor diesem Hintergrund hat das Initiativkomitee eine «Zwei-Gleis-Strategie» beschlossen: Gleis 1 umfasst alle Aktivitäten des Lobbyings bei Parlament, Parteien, Bundesrat, Kommissionen, Behörden, Kantonsparlamenten und anderen politischen Kräften. Gleis 2 beinhaltet alle Bestrebungen, Informationen, Aktionen und Events, die an die gesamte Bevölkerung (Stimmberichtigte) und Ärzteschaft gerichtet sind. Diese mehrjährige «Tour de Suisse» mit einem auf die Hausarztmedizin ausgerichteten Ausstellungsbus, der auch Indoor-Ausstellungselemente enthält, soll die Anliegen der Hausarztmedizin den Menschen in diesem Land näher bringen, von Dorf zu Dorf fahren und die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger von der Bedeutung der Hausarztmedizin überzeugen und auf die wichtige Abstimmung vorbereiten.

Startschuss mit einem 3-Tages-Event

Die Hauptziele für die nächsten zwei Jahre (2011/2012) sind also: 1. Eine Imagekampagne generell für die Hausarztmedizin und deren Aufwertung und 2. Vorbereitung auf eine erfolgreiche Abstimmung!

Startschuss zu dieser Tour ist der 31. März 2011 auf dem Bundesplatz, wo im Beisein von zahlreichen Hausärztinnen und Hausärzten der Bus enthüllt und mit Reden und Publikumsaktionen auf die Fahrt geschickt wird. Zum 5-Jahr-Jubiläum des Hausärztes am 1. April 2011 plant das Initiativkomitee einen «3-Tages-Event»: Am 31.3.11: Lancierung der hausärztlichen Tour de Suisse auf dem Bundesplatz, am 1.4.11 Tag der Hausarztmedizin in Arosa anlässlich des Hausärztekongresses und am 2.4.11 1. Kongress der Jungen Hausärzte Schweiz in Solothurn!

Der Hintergrund

Gemäss einer repräsentativen Studie der Universität Basel wird bis 2016 die Hälfte der heute praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte in Pension gehen. Bis 2021 werden es gar 75 Prozent sein. Das bedeutet: Bis in 6 Jahren werden rund 3200 und bis in 11 Jahren rund 4700 neue Hausärztinnen und Hausärzte benötigt, die das gleiche Pensum leisten wie die abtretenden, nur um den Status quo der jetzigen Grundversorgung aufrechtzuerhalten. Mit anderen Worten: Wenn nichts geschieht und der gegenwärtige Trend anhält, werden in 11 Jahren nur noch 25% der heute noch tätigen Hausärzte arbeiten. Aus den Berufszielstudien der Universität Basel ist zudem bekannt, dass nur noch 10 Prozent aller Medi-

zinstudierenden die Hausarztmedizin als Berufsziel angeben. Das heisst im Klartext: Die Lücke zwischen pensionsbedingtem Abgang der älteren Hausärzte und dem nachfolgenden medizinischen Nachwuchs wird in der Hausarztmedizin immer grösser.

Dazu kommen externe Faktoren: Die steigende Lebenserwartung erhöht die Zahl der älteren Patientinnen und Patienten und damit auch die Zahl der Chronischkranken. Die allermeisten dieser Erkrankungen fallen in den Aufgabenbereich der Hausarztmedizin, womit der Bedarf für hausärztliche Betreuung in Zukunft noch grösser wird, sowohl quantitativ wie auch qualitativ.

Diese Initiative ist das erste Grossprojekt des am 17. September 2009 gegründeten Berufsverbandes der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz («Hausärzte Schweiz») und der grösste politische Vorstoss in der Geschichte der Schweizer Hausärzteschaft überhaupt.

*Bernhard Stricker,
Medienbeauftragter Hausärzte Schweiz*

Vorankündigung

Erster Sessionsanlass des Initiativkomitees «JA zur Hausarztmedizin» am 15. Dezember 2010.

Das Initiativkomitee und der Berufsverband Hausärzte Schweiz laden alle ParlamentarierInnen und interessierte GesundheitspolitikerInnen zum ersten Sessionsanlass am Mittwoch, 15. Dezember 2010 ein. Eine Einladung und ein detailliertes Programm folgen später. Bitte vormerken! Weitere Infos unter medien@jzh.ch

Impressum

Herausgeber: Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz («Hausärzte Schweiz»)

Geschäftsstelle: Effingerstr. 54, Postfach 6052, 3001 Bern, Tel. 031 389 92 90, E-Mail: reto.wiesli@hausarztswiss.ch

Die «Standpunkte» erscheinen viermal jährlich in Deutsch und Französisch («actu»).

Redaktionskommission: Dr. M. Müller, Dr. F. Héritier, Dr. M. Enz Kuhn, Dr. G. Schilling, Reto Wiesli, Vinciane Frund, Eliane Gerber, Bernhard Stricker
Verantwortlicher Redaktor: Bernhard Stricker (Medienbeauftragter «Hausärzte Schweiz»), b.stricker@bluewin.ch

Auflage gesamt: 1700 Ex.

Druckerei: Schwabe AG, MuttENZ

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 MuttENZ Tel. 061 467 85 54, Fax 061 467 85 56