

EDITORIAL

## Utopien und Handfestes

Nun schiessen sie also wieder ins Land, oder in die Medien, all die Vorschläge, die versprechen, in unserem Gesundheitswesen die Kosten zu senken. Jede Partei gibt sich Mühe, irgendwie Präsenz zu markieren, wie wenn die Wahlen schon morgen wären. Die einen binden den Prämienanstieg an die Lebenshaltungskosten, die anderen plafonieren die Prämien auf einen fixen Prozentsatz, Dritte fordern sofortige Massnahmen, wenn die Prämien steigen, verschweigen uns aber leider, welche dieser Massnahmen sie denn konkret meinen. Und dann kommt noch der ganz spezielle Vorschlag, man solle doch die Preise der Behandlungen von Fall zu Fall aushandeln, wie beim Architekten oder in der Garage. Dort hole man sich ja schliesslich auch Expertenwissen.

Zum guten Glück gibt es aber auch immer noch Köpfe, die sich mit Konkretem, Zielgerichtetem, Handfestem beschäftigen. Wir von mfe werden nicht müde, immer wieder zu warnen: In unserem Gesundheitswesen fehlen Fachkräfte! Und nicht nur zwei oder drei, sondern tausende, seien es Hausärzte, Kinderärztinnen, Apotheker oder Pflegefachleute. Eigentlich, ja eigentlich ist es beschämend, dass es Volksinitiativen braucht, um die Basis des Gesundheitswesens zu festigen. Ein Ja zur Pflegeinitiative ist für uns deshalb selbstverständlich!



Philippe Luchsinger,  
Präsident mfe Haus- und  
Kinderärzte Schweiz



INTERVIEW MIT HELENA ZAUGG, PRÄSIDENTIN SBK SCHWEIZ

## Volksinitiative für eine starke Pflege



**> Frau Zaugg, welches sind die Hauptziele der Pflegeinitiative?**

Die Initiative will eine qualitativ hochstehende Pflege und die Patientensicherheit auch in Zukunft sichern. Beides steht aber auf dem Spiel, wenn die Entwicklung in der Ausbildung so weitergeht. Wir können nicht mehr davon ausgehen, dass wir die ausgebildeten Pflegefachpersonen weiterhin und problemlos aus dem Ausland rekrutieren können. Wir benötigen also eine Attraktivitätssteigerung für den Pflegeberuf. Eine Möglichkeit dazu ist die Abrechnung der eigenverantwortlichen Leistungen der Pflegenden mit den Krankenkassen.

**Warum ist es so schwierig, genügend Pflegefachpersonen auszubilden und im Beruf zu halten? Was muss sich ändern, damit wir in Zukunft genügend Fachpersonen in der Pflege haben?**

Die Gründe sind vielfältig. Wir haben einerseits die Schwierigkeit, dass die jungen Leute

mit einer Ausbildung als Fachperson Gesundheit wieder einen Ausbildungslohn von ungefähr 1000 Franken erhalten, wenn sie die Pflegefachausbildung an der Höheren Fachschule in Angriff nehmen; noch weniger ist es an der Fachhochschule. Werden sie von den Eltern nicht mehr finanziell unterstützt, funktioniert dies kaum. Es funktioniert auch nicht, wenn sie sich nach einer Familienpause entscheiden, den Beruf der diplomierten Pflegefachperson zu erlernen. Sicher ist die zu diesem Beruf gehörende Schichtarbeit ein weiterer Grund. Um während seines Arbeitslebens unregelmässige Arbeitszeiten während 24 Stunden am Tag leisten zu können, muss man physisch und psychisch stark sein. An dieser Situation hängt ein ganzer Strauss an belastenden Faktoren. Zum Beispiel die Schwierigkeiten eines planbaren Privatlebens, weil der Ferienplan oft keine Regelmässigkeit aufweist und Freunde und Familie dann frei haben, wenn man selber schlafen oder arbeiten muss. Mit Kindern kann dies zu einer grossen Belastung führen, ein zusätzlicher Betrag von sechs Franken pro Stunde und eine geringe Arbeitszeitgutschrift für die Sonntags- und Nachtarbeit sind da keine Anreize. >>

Ein Handwerker verdient in diesen Stunden den doppelten Lohn.

**Warum sollen Pflegefachpersonen direkt mit der Krankenkasse abrechnen können? Was bringt das den Patienten?**

Die Pflegefachpersonen planen die Massnahmen anhand eines fachlich strukturierten Vorgehens zusammen mit den Patienten. Sie haben also die Möglichkeit, die Rechnungen zu prüfen und Anpassungen direkt mit der Pflegefachperson zu besprechen. Das tun sie bereits heute, nur benötigen sie noch die Unterschrift eines Arztes. Für das Vertrauen des Patienten in die Kompetenz des Pflegenden ist es förderlich, wenn diese bereits heute gelebte Realität auch bei der Leistungsabrechnung mit der Krankenkasse gelebt wird. Für die Pflegefachpersonen ist es eine Anerkennung ihrer Arbeit und steigert damit die Attraktivität des Berufes.

**Hat die Pflegeinitiative direkte Auswirkungen auf die Interprofessionalität?**

In der Gesundheitsversorgung ist die interprofessionelle Zusammenarbeit für eine gute Leistungsqualität sehr wichtig. Diese Zusammenarbeit funktioniert dann am besten, wenn die Berufsangehörigen gegenseitig ihre Kompetenzen anerkennen. Dies wird es den Pflegefachpersonen erleichtern, ihre Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsfachpersonen «auf Augenhöhe» zu leben.

**Wie können wir uns die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Grundversorgung künftig vorstellen?**

Es wird vermehrt neue Versorgungsmodelle geben, in denen wie heute jede Berufsgruppe ihren spezifischen Beitrag leisten wird. Gut möglich, dass dies in Gesundheitszentren geschieht. Es hat aber weiterhin Platz für Einzelanbieter, und möglicherweise werden sich auch vermehrt Spitäler und Pflegeheime beteiligen. Wichtig ist, dass nicht das Geschäftsmodell, sondern die optimale Leistungsqualität für den Patienten im Vordergrund steht.

**Stichwort «Kostenexplosion im Gesundheitswesen»: Steigen die Kosten nicht, wenn die Pflegefachpersonen zukünftig einen Teil ihrer Leistungen direkt abrechnen können?**

Schauen wir uns die Statistiken an, sind es ja nicht die Pflegekosten, die eine Kostenexplosion verursachen. Der Pflegebedarf wird anhand eines strukturierten Prozesses festgestellt, die Pflege hat in diesem Sinn keine Therapiefreiheit. Der gesetzlich festgelegte Preis und der Leistungskatalog sowie die Aufsicht der Krankenkassen, der Gemeinden und nicht zu vergessen der Patienten sind Sicherheit genug, dass dies nicht geschieht. Zudem ist die Anzahl freiberuflich tätiger Pflegefachpersonen relativ gering.

**Wohin entwickelt sich der Pflegeberuf?**

Eine wichtige Veränderung der letzten Jahre betrifft sicher die Fragmentierung der Pflege-

arbeit, das heisst die Einführung von verschiedenen Berufs- und Weiterbildungsabschlüssen. Insofern ist es schwieriger geworden, vom «Pflegeberuf» zu sprechen, weil sich zum Beispiel mit den «Fachpersonen Gesundheit» und den darauf aufbauenden Weiterbildungen ein neuer Beruf in der Pflege etabliert hat. Es ist aber nach wie vor so, dass die Pflegefachperson die Verantwortung für den Pflegeprozess trägt, das heisst für die Feststellung des Pflegebedarfs und für die Massnahmenplanung. Die Pflege muss sich zudem wie viele andere Berufe auch mit dem digitalen Fortschritt auseinandersetzen und sich fragen, inwiefern die Digitalisierung ihre Arbeit unterstützen oder übernehmen kann.

**Wie unterstützt diese Initiative. Inwiefern sind Haus- und Kinderärzte ein wichtiger Partner für Sie?**

Haus- und Kinderärzte sind sehr wichtig für die Pflegenden. Sie stellen gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen die medizinische Grundversorgung sicher. Haus- und Kinderärzte stellen die Diagnose und legen den Therapieplan fest. Die Pflege hat die Aufgabe, mit der Pflegebedarfserfassung und dem dazugehörigen Massnahmenplan die Patienten im Umgang mit Krankheit und Therapie zu unterstützen und damit deren bestmögliche Lebensqualität sicherzustellen.

KONSULTATIONSZEITEN SOLLEN GEMÄSS BUNDES RAT BESCHRÄNKT WERDEN

# Ein Eingriff mit weitreichenden Konsequenzen

> Stellen Sie sich vor, Sie brauchen ein Kilogramm Äpfel. Vielleicht um einen Kuchen zu backen, für ein Apfelmus oder für Ihre gesunde Zwischenverpflegung. Zu Ihrem grossen Erstaunen gelten aber neue Einkaufsregeln, so dass Sie nur noch maximal einen Apfel pro Einkauf erstehen können. Selbstverständlich dürfen Sie anderntags in den Laden Ihrer Wahl zurückgehen und einen weiteren Apfel kaufen. Ist das: a) ein Witz, b) ein Sparprogramm, c) ein Gesundheitsförderungsprogramm, d) Schikane? Falls Sie übrigens eines Tages keinen Apfel kaufen, berechtigt Sie das nicht zum Kauf von zwei Äpfeln am Folgetag. Gut, Sie könnten vielleicht auf Birnen ausweichen. Davon dürfen Sie nämlich auch eine pro Tag kaufen, aber nur maximal sechs in drei Monaten. Zwar haben Sie aktuell keine Verwendung für sie, aber Aprikosen und Pflaumen dürften Sie ebenfalls in begrenzter Menge erstehen. Grosszügigerweise darf der Verkäufer Ihnen eine beliebige Menge Früchte schenken, ohne sich strafbar zu machen.



# Interprofessionalität anhand eines konkreten Beispiels

> Ich möchte von zwei hochbetagten Patienten erzählen, die ich begleiten durfte bzw. darf. Anhand dieser Geschichten wird der Leser Unterschiede in der Zusammenarbeit zwischen den involvierten Gesundheitsberufen erkennen.

Vor einigen Jahren, noch in meiner Basler Zeit, lernte ich Herrn A. kennen. Als er zum ersten Mal zu mir kam, suchte er nach der Pensionierung seines langjährigen Hausarztes wieder jemanden, der ihn vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte betreut: Er war mehr als 50 Jahre Beleuchter beim Theater, hatte das Rampenlicht virtuos geführt und wurde dafür von Gustaf Gründgens mit einem Begeisterungskuss auf die Stirn beehrt. Mit 40 Jahren hatte er einen schweren Unfall, war gelähmt und wegen eines Lendenwirbelbruches monatelang ans Bett gefesselt, musste wieder laufen lernen, kämpfte sich zurück ans Theater – in sein Leben. Seine Frau, ein Leben lang an seiner Seite und in der Maske, leistete dabei Grossartiges.

Ich übernahm beide, seine Frau und ihn, mit ihrer Geschichte und ihrem Theater-Lebensrhythmus – vor dem Mittag kein Hausbesuch, da waren sie erst beim Frühstück.



Er war wirklich schwer krank, seine Frau dadurch stark belastet und auf jede Bezugsperson angewiesen. Auch auf die Spitex. Nur klappte es mit der Spitex über die Jahre immer weniger gut. Früher erschienen immer dieselben Krankenschwestern. Jetzt wechselte das Personal aber schnell, und es kamen meistens nur FaGes<sup>1</sup>, die von der medizinischen

Komplexität weniger Ahnung hatten und das Paar kaum kannten. Sie waren dem Paar keine wirkliche Hilfe, so dass entsprechend öfters Hausbesuche nötig wurden. Die Spitex-Organisation im Ort war schnell gewachsen und mit der des Nachbarortes fusioniert worden. >>

<sup>1</sup> Fachangestellte Gesundheit

Stellen Sie sich vor, Sie brauchen ärztlichen Rat. Vielleicht hatten Sie einen Unfall. Der Arzt steht Ihnen – bei Bedarf auch ausserhalb der Ladenöffnungszeiten – zur Verfügung, allerdings für maximal 20 Minuten. Das reicht möglicherweise für das Notwendigste. Zur Besprechung Ihres zweiten Problems – zum Beispiel das Ihres zu hohen Blutdrucks – müssen Sie aber an einem anderen Tag wieder vorbeikommen. Oder Sie können es in einer anderen Arztpraxis versuchen – wenn Sie denn eine finden –, wo man Sie noch nicht kennt und mit der Arbeit bei null beginnen muss. Wenn Sie Ihr Kontingent an im gleichen Laden erlaubten Untersuchungen aufgebraucht haben, bleibt Ihnen gar nichts anderes übrig, wenn Sie die Sperrfrist von drei Monaten nicht abwarten können. Allerdings ist auch ein Überweisungsschreiben nur dann möglich, wenn Ihr Guthaben an Papier noch nicht aufgebraucht ist. Gespräche mit Patienten und Angehörigen, Absprachen mit Spitex, Spitälern, Spezialärzten und Therapeuten, Austausch mit Schulen und Arbeitgebern finden nicht mehr statt, wenn sie nötig sind, sondern nur noch dann, wenn die Versicherer es zulassen.

Gemäss dem Vorschlag des Bundesrates sollen die Konsultationszeit, die Untersuchungszeit, die

Gesprächszeit mit Angehörigen und Therapeuten und die Arbeit zugunsten des Patienten ausserhalb der Sprechstunde beschränkt werden. Ist das: a) ein Witz, b) ein Sparprogramm, c) ein Gesundheitsförderungsprogramm, d) Schikane? Es ist eine kaum versteckte Rationierungsmassnahme, die der Bundesrat nicht näher begründet, sich aber zweifellos auf die Versorgung der Patienten auswirken wird.

Der Bundesrat hat die Bedenken von Ärzteschaft, Patientenorganisationen und vielen anderen Akteuren im Gesundheitsbereich ernst genommen und Anpassungen an seinem ursprünglichen Tarifvorschlag vorgenommen. Der Schaden für den Patienten wurde reduziert, wird aber mit dem Tarifeingriff in Kauf genommen. Der Bundesrat torpediert die von ihm selber gesteckten Ziele der Strategie «Gesundheit2020», namentlich die Förderung der Interprofessionalität.

Das KVG fordert «Sachgerechtigkeit» und «Betriebswirtschaftlichkeit» im Tarif. Bis dahin ist es noch ein weiter Weg. Die Anpassung überhöhter Preise nach unten ist korrekt, die nötigen Anpassungen nach oben lassen auf sich warten.

Sein Tarifeingriff wird Folgen haben, erwünschte und unerwünschte, vorhersehbare und unerwartete. Die Auswirkungen müssen fortlaufend evaluiert und Fehler rasch korrigiert werden.

Nach wie vor bleibt es das Ziel der Ärzteschaft, dem Bundesrat im Verlauf des nächsten Jahres einen revidierten, sachgerechten und betriebswirtschaftlich korrekten Tarif vorzulegen, welcher die bundesrätliche Verordnung ablösen kann. Dazu braucht es die Kooperationsbereitschaft der Tarifpartner, der Versicherer und Spitäler. Und es braucht die Einsicht der Prämienzahler und Politiker, dass eine ständig wachsende und älter werdende Bevölkerung, welche von einer kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen Versorgung profitieren kann, zwangsläufig steigende Kosten verursacht. Den hohen Kosten muss der immense Nutzen gegenübergestellt werden.

Wo sinnvollerweise gespart werden kann, soll gespart werden. Wer sich Rationierungen wünscht, soll das auch laut sagen. Damit wenigstens alle wissen, wo es um Äpfel und wo um Birnen geht, und sich die Frage stellen können, ob das Gut Gesundheit nicht vielleicht doch mehr ist als handelsübliche Ware.

## Können die Mängel des amerikanischen Gesundheitssystems die Schweiz inspirieren?

> Nach der Sommerpause kommen die politischen Tätigkeiten unseres Gesundheitssystems wieder in Schwung und versprechen mit der möglichen Lancierung einer Reihe von Initiativen zur Eindämmung der stets steigenden Prämien, die schon fast traditionellerweise jeden Herbst angekündigt werden, einige Turbulenzen zu verursachen.

Auf der anderen Seite des Atlantiks diskutieren gleichzeitig die Autoren eines kürzlich im renommierten *New England Journal of Medicine* (NEJM) veröffentlichten Artikels [1] die Möglichkeiten einer Verbesserung ihres Gesundheitswesens, das unter den elf reichen, regelmässig durch den Commonwealth Fund evaluierten Ländern den letzten Platz einnimmt. Die Schweiz befindet sich im Mittelfeld und kann sich wohl kaum damit brüsten, das beste Gesundheitssystem der Welt zu haben!

Vielleicht lohnt es sich vor der Lancierung irgendwelcher Initiativen also, die Schlussfolgerungen dieses Artikels im NEJM zu analysieren. Die Vereinigten Staaten könnten an die Spitze des Feldes vordringen und die konstante Erhöhung der Kosten ihres Systems bremsen, indem sie «die künftigen Belegschaften in der Erstversorgung neu strukturieren, innovative Wege zur Reduzierung des komplexen Verwaltungsapparates finden und Disparitäten mindern».

Die Belegschaften in der Erstversorgung umstrukturieren – ist das nicht eines der Ziele der Volksinitiative «Für eine starke Pflege»?

Wäre eine Reduzierung des Verwaltungsaufwands mit Hilfe der elektronischen Krankengeschichte möglich? Oder wird sie unsere kranke, an Kontrollitis leidende Bürokratie noch weiter verkomplizieren?

Auf jeden Fall spielen die Erstversorger und Hausärzte eine Rolle, die für ein dauerhaftes, gerechtes und solidarisches Gesundheitswesen noch nie so wichtig und entscheidend war wie jetzt. Das beste der Welt ...

François Héritier <

1 Schneider and Squires, 14. Juli 2017  
(DOI: 10.1056/NEJMp1708704)

Mir wurde mitgeteilt, dass sich die Einsätze nicht besser organisieren liessen, der Kostenschlüssel nicht ausreichend Pflegefachfrauen finanziere, man sei auf billigeres Personal angewiesen. Herr A. war nicht der Einzige meiner Patienten, bei dem ich mehr Hausbesuche machen musste, nur weil eine gute Pflegefachperson vor Ort fehlte.

**«Nur qualifizierte Fachkräfte garantieren eine optimale und individuelle Behandlung.»**

Seit November 2016 arbeite ich im Berner Oberland. In Meiringen befinden sich alle Hausarztpraxen im ehemaligen Spital, Tür an Tür mit der Spitexzentrale. Es ist diese Chance zur Zusammenarbeit durch das gemeinsame Dach über dem Kopf, die mich gereizt hat und ausschlaggebend für meinen Schritt heraus aus der «Komfortzone Agglomeration» in die Bergregion war.

Gemeinsam mit der Spitex betreue ich jetzt Herrn B., einen ehemaligen Bergführer. Er ist hochbetagt, körperlich geht es ihm gut. Er lebt alleine gut 45 Minuten zu Fuss oberhalb des Dorfes. Sein Holzhaus hat Strom und fliessend kaltes Wasser. Das wärs dann aber mit dem Luxus. Kein Badezimmer, nur einen Holzofen, um zu kochen, das Wasser zu wärmen und zu heizen. So ist er dort aufgewachsen und so hat er seither sein ganzes Leben dort verbracht. Wegen eines Sturzes auf dem Eis vor dem Haus musste er im Frühjahr ins Spital. Zum Glück hatte er sich nichts gebrochen. Allerdings wurde eine bereits leicht fortgeschrittene Demenz festgestellt. Er pflegt sich nicht mehr, und in seinem Haus sammelt sich der Unrat. Die Spitex mutet sich den Aufwand zu, sich um ihn zu kümmern, trotzdem verwehrt er zunehmend. Hausbesuche durch mich verweigert er. Es gehen immer dieselben Pflegefachfrauen zu ihm und schildern mir wöchentlich während eines kurzen Rapportes die Situation. Der Vorteil, Tür an Tür zu arbeiten, zahlt sich hierbei aus. Auf die Einschätzung dieser Fachfrauen kann ich mich verlassen. Sorgen bereitet uns der gefährliche Holzofen im Haus des Patienten ... Es fand deshalb ein Rundtischgespräch gemeinsam mit ihm und seiner Beiständin statt. Im Herbst

sollte er in das neue demenzgerechte Wohnheim einziehen. Gemeinsam setzen wir alles daran, dass er dies als Hilfe und nicht als Bevormundung empfindet.

Beide Fälle zeigen, dass wir uns nicht um Krankheiten kümmern, sondern um Menschen. Die Lösungen, die wir gemeinsam ausarbeiten, sind immer ebenso individuell wie die Menschen und ihr Umfeld. Am aktuellen Fall erlebe ich, wie durch die Zusammenarbeit von gut qualifizierten Fachleuten kreative Lösungen entstehen, wo wir früher nur frustriert auf der Stelle treten konnten.

**«Notwendiger Informationsaustausch unter den Gesundheitsberufen wird durch Sparprogramm gefährdet.»**

Neben gegenseitigen Rapporten ist das Rundtischgespräch ein wichtiges, aber aufwendiges Instrument: Alle beteiligten Personen kommen dafür zusammen; neben Patient, Arzt und Pflege oftmals noch Angehörige und/oder Beistand und weitere Gesundheitsberufe wie Physio- oder Ergotherapie. Dies zu organisieren setzt ein grosses Engagement aller Beteiligten für unsere Patienten voraus. Aber nur im Miteinander kann es gelingen, Ziele zu definieren, deren Massnahmen auch von allen verstanden und unterstützt werden. Leider werden solche wichtigen Tätigkeiten wie Rundtischgespräche und gegenseitiger Informationsaustausch unter den Gesundheitsberufen durch die Sparmassnahmen von Bund und Kantonen gefährdet. Den Ärzten wird die Arbeit in Abwesenheit des Patienten limitiert, der Spitex die Unterstützung gestrichen, und Physio- und Ergotherapie haben in ihrem Tarif erst gar kein solches Instrument zur Zusammenarbeit vorgesehen. Für sie ist dies aktuell eine nicht zumutbare Gratisarbeit. Dies ist umso unverständlicher, als die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen im Respekt der individuellen Patientenbedürfnisse zu den zentralen und berechtigten Forderungen an uns gehört. Wir sind bereit dafür – die Finanzierung dieser Arbeit ist aber eine Voraussetzung dazu.

Eva Kaiser <

## Impressum

Herausgeber: mfe – Haus- und Kinderärzte Schweiz

**Auflage gesamt:** 2000 Exemplare, 4 x jährlich  
**Druckerei:** Schwabe AG, Muttenz  
**Gestaltung:** Schwabe AG, Muttenz  
**Verlag:** EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz  
Tel. 061 467 85 54, Fax 061 467 85 56

**Geschäftsstelle:**

Effingerstr. 2, 3011 Bern, Tel. 031 508 36 10  
E-Mail: gs@hausarzt-schweiz.ch  
www.hausarzt-schweiz.ch

**Redaktionskommission:** Dr. Philippe Luchsinger,  
Dr. Marc Müller, Dr. François Héritier,  
Dr. Eva Kaiser, Reto Wiesli, Yvan Rielle  
und Sandra Hügli-Jost (Leitung)