

standpunkte

NEWSLETTER DER HAUS- UND KINDERÄRZTE SCHWEIZ > AUSGABE 4/2017

EDITORIAL

Es ist Herbst – im Gesundheitswesen

Jedes Jahr, wenn die Bäume ihre Farbe ändern, damit die schönen Nuancen des Herbsts in der Sonne erleuchten, tritt ein seltsames Phänomen auf: Die Erhöhung der Krankenkassenprämien wird verkündet, gefolgt von kollektivem Wehklagen, wobei sich die Aussagen auf Stammtischniveau bewegen: Von «Jetzt ist es aber genug» über «So kann es nicht weitergehen» bis hin zu «Da muss man doch endlich etwas unternehmen» hört man es laut rufen – und wer konstruktive Ansätze oder differenzierte Diskussionsbeiträge sucht, wird bitter enttäuscht. Der schwarze Peter wird herumgereicht: Die Ärzte haben falsche Anreize im TARMED! Die Patienten, indem sie nicht selber bezahlen müssen! Die Spitäler müssen Gewinne erwirtschaften! Die Versicherer kontrollieren die Rechnungen, die Leistungserbringer und die Kunden nicht! Der Staat macht wieder einmal gar nichts, und wenn er mal was macht, dann das Falsche! Und die Pharma verdient sowieso zu viel!

Was ist eigentlich erstaunlich daran, dass mit der demographischen Entwicklung (eleganter Ausdruck für «alle werden älter»), mit der Zunahme der multimorbiden Patienten, mit dem medizinischen Fortschritt die Kosten steigen, vor allem wenn das Korsett nicht sehr flexibel ist? Würde es sich nicht lohnen, generell Überlegungen zur Finanzierung unseres Gesundheitswesens anzustellen, statt «Pflasterpolitik» zu betreiben?



Philippe Luchsinger,
Präsident mfe Haus- und
Kinderärzte Schweiz



NCD* UND DIE PRÄVENTION IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Alibi, halbe Wege, ganze Wege

> Die Förderung gesunden Verhaltens und die Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung sind unzweifelhaft Anliegen, für die sich politische Mehrheiten finden lassen. Dass allerdings die Strategie NCD, die sich diese Ziele setzt, ebenfalls mehrheitsfähig ist, kann daraus nicht geschlossen werden. Dass die Strategie ein Erfolg wird, kann noch weniger vermutet werden, denn die Massnahmen sind zahllos. Es sei erlaubt, eine davon als Beispiel zu zitieren: Die notwendigen Vorarbeiten zur Definition quantitativer Präventionsziele werden bis 2020 geleistet (Massnahme C.1.5).

mfe unterstützt grundsätzlich die Prämissen der NCD-Strategie. Dass im Moment über die Prävention in der Gesundheitsversorgung diskutiert wird, ist ebenfalls nicht falsch.

«Es braucht dringend Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung.»

Um wirksam die nicht-übertragbaren Krankheiten zu bekämpfen, die heute für 70% der Todesfälle verantwortlich sind, braucht es nachhaltige Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung. Entsprechend

breiter Platz muss der Prävention auch in der Gesundheitsversorgung eingeräumt werden. Hausärzte und Pädiater sind dabei an erster Stelle gefragt. Sie folgen den Patienten über längere Zeit und verfügen über eine Vertrauensbeziehung zu ihnen. Diese privilegierte Rolle muss genutzt werden, um zusammen mit dem Patienten individuell die besten Strategien zu entwickeln, und zwar für die Vorsorge von Krankheiten, die Verhinderung von deren Verschlimmerung und die Vermeidung von Komplikationen.

Eine eigene Betrachtung wert ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflege, Gesundheit und Erziehung. Gerade für die Gesundheitsförderung und Prävention wäre deren Unterstützung sehr fruchtbar. Die Koordination der Interventionen aus all diesen Bereichen ist aber heute vielfach der persönlichen Initiative Einzelner anheimgestellt oder wird dem Patienten überlassen. Gefordert wird die Absprache sehr wohl, nur wird für deren Förderung noch wenig getan. Dies beginnt bei den Strukturen, wo z.B. Verantwortlichkeiten, Budgets, Dienst-

* NCD = Non communicable diseases.

wege die gemeinsame Optik erschweren. Natürlich kann auch die Ausbildung dazu gerechnet werden: Wenn die Zusammenarbeit über gewisse Grenzen hinaus zum Gesamtwohle der Patienten nicht im Lehrplan vorgesehen ist, dann folgt das Lernen erst «on the job». Das mag vielfach zu guten Resultaten führen, weil der Mensch ja guten Willens ist, vorausschauend müsste es aber früher angesetzt werden.

«Viele Gesundheitsberufe sind bereit, neue und aktive Rollen in der Prävention zu übernehmen.»

Wenn wir uns auf die Haus- und Kinderarzt-Praxen beschränken, so bergen die Rollen der MPA (Medizinische Praxisassistentin) und MPK (Medizinische Praxiskoordinatorin) am meisten Potential. Diese Gesundheitsberufe wären bereit für eine neue, zusätzliche Rolle zugunsten der Prävention. Allerdings muss deren Entschädigung geklärt sein, ein entsprechender Tarif bereitgestellt werden. Der Weg über den TARMED scheint hierbei nicht erfolgversprechend zu sein. Beim jüngsten Tarifeingriff des Bundesrates wurden gar Limitationen sowohl in Anwesenheit als auch in Abwesenheit des Patienten verfügt, die eigentlich genau das Gegenteil dessen bewirken, was an Tarifpositionen nötig wäre, um interprofessionelles oder präventives Arbeiten zu ermöglichen.

«Für eine nachhaltige Präventionsförderung müssen dringend die entsprechenden Strukturen geschaffen werden (Ausbildung, Finanzierung etc.).»

Die NCD-Strategie folgt mit ihrem Vorschlag eines Innovationsfonds der bisherigen Logik, die zur Fragmentierung der Finanzierung nach Krankheitsbild führt. Davon würde mfe gerne wegkommen, da dieser Ansatz definitiv nicht der Arbeitsweise der Haus- und Kinderärzte entspricht. Hinzu kommt: Der vorgeschlagene Innovations-Fonds, mit nur 5 Mio. Franken dotiert, ist angesichts der Gesamtkrankheitskosten ein Tropfen auf den heissen Stein. Überdies besteht die Gefahr, bewährte und eingeführte Konzepte wie das Gesundheitscoaching des Kollegiums für Hausarztmedizin links liegen zu lassen, um à tout prix neue innovative Projekte vorzeigen zu können. mfe hat seine Bedenken angemeldet.

Wenn nun die kleinen Stellschrauben offensichtlich nicht koordiniert in die richtige Richtung gedreht werden, bräuchte es dann nicht eine gröbere Intervention? Was kommt vom Gesetzgeber im Moment?

Beispiel Alkohol: Bundespräsidentin und Parlament haben soeben in der Herbstsession in seltener Einmütigkeit beschlossen, den Alkohol in die Autobahnraststätten zu bringen. Die Argumente sind hanebüchen, im Vordergrund standen die Interessen der Raststättenbetreiber und die Selbstverantwortungsideologie. Präventionseinwände wurden beiseitegewischt.

Beispiel Tabak: Das Tabakproduktegesetz wurde letztes Jahr an den Bundesrat zurückgewiesen, mit dem Auftrag, nur mehr minimale Jugendschutzanliegen zu berücksichtigen. Auch hier dieselben Argumenta-

tionsmuster: Werbefreiheit für Suchtmittel und Selbstverantwortung statt Prävention.

Wir werden folglich in dieser Legislatur das Heil nicht im Parlament suchen müssen.

Wer kommt stattdessen in Frage? Genau: das Volk, also der Souverän und sein stärkstes Interventionsmittel, die Volksinitiative.

Zwei Pisten stehen im Vordergrund: Die KVG-Intervention, die von einem welschen Komitee vorgeschlagen wird, strebt kantonale Krankenkassen an. Mit dieser strukturellen Korrektur soll es den Kantonen erlaubt werden, ihre Bevölkerung in eine einzige Kasse zu bringen. Es wäre damit möglich, Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung zu generieren und vor allem zu investieren, was sich im heutigen System für einzelne Kassen geschäftlich nicht lohnt. mfe wird sich zu diesem interessanten Vorschlag am 23. November positionieren.

Auch im Bereich der Suchtmittel ist eine Volksinitiative in Planung. Das Stimmvolk soll sich doch dazu äussern, ob die Schweiz ein freies Tummelfeld für Alkohol- und Tabakproduzenten sein soll oder ob nicht ein paar Grenzen mit **gesundem** Menschenverstand gesetzt werden müssen. Wir sind zuversichtlich, dass die Argumente der Ärzte im Zweifelsfall gegenüber denjenigen des Gewerbeverbandes stärker gewichtet werden. mfe unterstützt darum diesen Weg.

Reto Wiesli <

KRANKENKASSENPRÄMIEN SIND FÜR IMMER MEHR MENSCHEN NICHT MEHR TRAGBAR

Erneute Prämienenerhöhung: Muss das Gesundheitswesen grundlegend geändert werden?

> Die Gesundheitskosten steigen unerbitlich. Anlässlich der jährlich wiederkehrenden, fast schon rituellen Ankündigung der Prämienenerhöhungen ertönt Gejammer, werden neue Reformvorschläge veröffentlicht, Initiativen lanciert. Und jedes Jahr wird nach anderen Schuldigen gesucht: Die Krankenversicherer, die Krankenhäuser, die Ärzte, die Pharmaindustrie geraten abwechselnd ins Visier der Kritiker. Und dann muss auch das KVG grundsätzlich hinhalten, insbesondere aus Sicht einer gewissen par-

lamentarischen Rechten. Alljährlich wird dann aufs Neue die Frage gestellt: Hat die flächendeckende Deckung durch die Krankenversicherung wirklich einen Einfluss auf die Gesundheit und die Sterblichkeit?

Zufälligerweise beschäftigt man sich in Washington im Zuge der heftigen Debatten über die Abschaffung von Obamacare gerade mit den gleichen Fragen. Nun versucht die Wissenschaft, eine Antwort darauf zu geben, und gemäss den Ergebnissen

einer kürzlich im *New England Journal of Medicine* veröffentlichten systematischen Analyse spricht die Wissenschaft hier eine deutliche Sprache (siehe Forschungs-tribüne in dieser Ausgabe): JA, eine Versicherungsdeckung verbessert eine breite Palette an Gesundheitsindikatoren. Aber welche genau?

Angesichts des Krankheitsrisikos, dem wir alle ausgesetzt sind, bietet eine Versicherung des Typs KGV zunächst einmal eine finan-

zielle Garantie und Sicherheit insbesondere bezüglich der exorbitanten Kosten, die eine einzige Behandlung, zum Beispiel in der Onkologie, verursachen kann. Die Gesundheit muss also auch dem gesunden Versicherten etwas Wert sein, damit sie für den Kranken bezahlbar bleibt.

Und gerade in Bezug auf die gefährdeten Bevölkerungsgruppen der chronisch Kranken, wie Diabetiker, Patienten mit Bluthochdruck oder Depressionen, ist die Gesundheitssituation in denjenigen amerikanischen Bundesstaaten besser, die bereits eine flächendeckende Versicherung eingeführt haben. Bei Krebserkrankungen kann dank der obligatorischen Krankenversicherung ganz klar eine Senkung der Sterblichkeitsrate nachgewiesen werden, denn die Versicherten unterziehen sich, eben aufgrund der obligatorischen Krankenversicherung, schneller und früher einer Vorsorgeunter-

suchung, so dass eine Früherkennung möglich ist.

Nach der Erweiterung des Krankenversicherungssystems auf Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Einkommen in Massachusetts nahmen dort die kurativen Darmkrebsoperationen zu. Dieser erleichterte Zugang zu Behandlung und Pflege insbesondere in der Erstversorgung erlaubt es, Krankheiten vorzubeugen, die Gesundheit zu erhalten und folglich auch die deutlich höheren Kosten einer Behandlung durch sekundäre Strukturen wie z.B. Krankenhäuser zu senken.

Mehrere in dieser Meta-Analyse hinzugezogene Studien zeigen auch, dass eine Krankenversicherung das Gesundheitsbewusstsein der Patienten und somit ihr Wohlbefinden erhöht. Vor dem Hintergrund, dass die Sterblichkeitsrate bei Bevölkerungsgruppen, die sich krank fühlen, zwei- bis

zehnmal höher ist, liegen die Schlussfolgerungen wohl auf der Hand.

Es gibt also keine wissenschaftliche Grundlage für eine Abschaffung des KGV. Was aber soll angesichts des gegenwärtigen Prämienniveaus, das für einen guten Teil der Schweizer Bevölkerung unzumutbar geworden ist, getan werden? Wahrscheinlich sollte auf mehreren Ebenen vorgegangen werden: Stärkung der Erstversorgung und Begrenzung des Zugangs zu Spezialisten, Lenkung und Steuerung, Senkung der Medikamentenpreise, Überdenken der Finanzierung und der Tarife, Eindämmen der Verschwendung, aber auch Sicherstellung der Versorgungsqualität, um die wir insbesondere auch bezüglich des gerechten und solidarischen Zugangs für alle beneidet werden.

François Héritier <



Bundesratswahl – Erneuerung oder Kontinuität?

> Wohl selten hat eine Bundesratswahl im Gesundheitswesen, besonders bei der Ärzteschaft, für so viel Aufregung gesorgt. Wird Ignazio Cassis als 2. Arzt in der Geschichte (und als Tessiner ...) neuer Bundesrat? Was wird seine Wahl auslösen? Wird der als Präsident der SGK-N und VR-Präsident von Curafutura schon bisher mächtigste Gesundheitspolitiker der Schweiz gar als neuer Gesundheitsminister «übermächtig»? Wie wird sich der uns Grundversorgern aus vielen Diskussionen um die Hausarztinitiative und den Masterplan vertraute Amtsinhaber im EDI, Bundesrat Alain Berset, entscheiden?

Bundesrat Berset ist bekennender Befürworter einer Stärkung der medizinischen Grundversorgung. Vieles ist seit dem 18. Mai 2014 in Gang gekommen, eine Erhöhung der Zahl der Medizinstudenten, eine Revision von MedBG und GesBG, eine (bisher?) moderate Revision des HMG, ein Bekenntnis zur Erhaltung des Praxislabors, nach dem Scheitern des Präventionsgesetzes ein Versuch, eine umfassendere Sicht auf den «Patientenpfad» in der NCD-Strategie zu verankern, und nicht zuletzt eine Förderung der Interprofessionalität. Weniger Freunde dürfte sich Bundesrat Berset allerdings vor allem in den Reihen der Spezialisten mit seinen beiden Tarifeingriffen gemacht haben. Vieles bleibt zu tun!

Der neugewählte Bundesrat Ignazio Cassis hat während seiner Zeit als Vizepräsident der FMH auch nicht nur Freunde gewonnen durch sein klares Credo: zuerst Tessiner, dann Nationalrat der FDP, wenn es passt dann auch noch Vertreter der Ärzteinteressen. Mittlerweile hat sich der Krankenkassenverband Curafutura ebenfalls noch «vor» die Ärzteschaft geschoben. Auf der anderen Seite hat uns Ignazio Cassis auch immer wieder durch seine Sachkompetenz und seine glasklare Analyse der aktuellen Verhältnisse unseres Gesundheitswesens überzeugt. Als Gastredner an der Dele-

giertenversammlung unseres Verbandes im Dezember 2016 hat er drei Worte auf einen Zettel notiert, der ihm als Grundlage für sein Referat diente: 1. Interprofessionalität; 2. TARMED; 3. Fehlanreize. Drei Worte genühten, um daran ein Exposé über die aktuelle Situation des schweizerischen Gesundheitswesens und der Hausärzte aufzuhängen, zu erläutern, dass die Politik auf keinen Fall über Geld zu sprechen bereit ist, solange keine Lösungen für brennende Probleme vorliegen, und um vorhandene Fehlanreize in Tarifierung, aber auch Finanzierung unseres zwar sehr guten, aber auch sehr teuren Systems anzuprangern.

Mittlerweile kennen wir das Resultat der bundesrätlichen «Ausmarchung»: Bundesrat Berset hat die Lust, unser Gesundheitswesen zu gestalten, (noch) nicht verloren und bleibt der Chef des EDI. Bundesrat Cassis wird zwar Aussenminister, wird im Gesamtkollegium des Bundesrates aber mit Sicherheit seine Optik des Gesundheitswesens einzubringen wissen. Die Kontinuität bleibt gewahrt, hoffentlich mit der Unterstützung vom frischen Wind der Erneuerung in Richtung «Gesundheit 2030»!

Marc Müller <



Ignazio Cassis an der mfe-Delegiertenversammlung 2016.

Flächendeckende Versicherung und Gesundheitsversorgung: Was sagen uns die Forschungsergebnisse?

> Vor dem Hintergrund der Reaktionen und zahlreichen Vorschläge zur Reform unseres Gesundheitswesens anlässlich der fortwährenden Prämienhöhungen werden zurzeit viele Stimmen der rechtsbürgerlichen Mehrheit im Parlament laut, die eine tiefgreifende Reform unseres Gesundheitswesens fordern. Indem sie eine Liberalisierung verlangen, als wäre die Gesundheit ein Gut, das man den Gesetzen des Marktes unterwerfen könnte, wollen gewisse Politiker nicht nur die Versicherungspflicht aufheben, sondern sie stellen sogar unsere flächendeckende Krankenversicherung in Frage.

Gäbe es denn, abgesehen von ideologischen Gründen, wissenschaftliche Begründungen für die Unterstützung einer solchen Politik? Eben NEIN, wenn man einen kürzlich veröffentlichten Artikel des *New England Journal of Medicine* [1], einer der renommiertesten medizinischen Fachzeitschriften, in Betracht zieht.

In den heftigen Debatten über die Abschaffung von Obamacare, die allen amerikanischen Bürgern eine Versicherungsdeckung garantiert, sollten die amerikanischen Parlamentarier, insbesondere die Republikaner, die Schlussfolgerungen dieses ausführlichen, auf Amerika bezogenen Artikels lesen: «Insurance coverage increases access to care and improves a wide range of health outcomes. Arguing that health insurance coverage doesn't improve health is simply inconsistent with the evidence.»

Das KGV macht also weiterhin Sinn. Sicherlich kann es stets verbessert werden, und neue Finanzierungsmittel müssen diskutiert werden; jedoch ohne die fundamentalen Werte des Versorgungszugangs in Frage zu stellen: Universalität, Solidarität und Gerechtigkeit.

François Héritier <

1 N Engl J Med. 377:586–93 | 10. August 2017.

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

Farnburgerstrasse 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)