

Die Synapse finden Sie unter:

www.synapse-online.ch

- 4 «Solidarität muss nicht unbedingt absolute Gleichbehandlung bedeuten» (Interview mit Prof. Nikola Biller-Andorno)
- 7 Wie die Gesellschaft unsere Gesundheit beeinflusst – Flexibilität als neuer ökonomischer Imperativ
- 9 Die Ökonomisierung der Medizin – Ausgewählte Zahlen, Daten und Fakten
- 11 Spots

Schwerpunktthema: Ökonomisierung der Medizin

- 13 Delegiertenwahl Hausärzte Schweiz – Amtsperiode 2013–2015
Offizielle Kandidaturen
- 13 Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte (VHBB)
- 14 Mitglied werden – Im eigenen Interesse und in dem des Berufsstandes (Leserbrief)
- 14 Suizidhilfe – (k)eine ärztliche Aufgabe?

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Editorial



Liebe Leserinnen und Leser

Unser Gesundheitswesen (ein Gesundheitsmarkt?) ist ein komplexes «Wesen», vor allem ist es ein solidarisches, staatliches Gemeinschaftswerk, ein Solidaritätspakt der Gesunden mit den Kranken. Gleichwohl dominiert die Ökonomie je länger je mehr das Tagesgeschehen im Gesundheitswesen und in der Medizin und entzieht damit dem Solidaritätsgedanken je länger je mehr den Boden. Vor allem zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Denn ökonomisch gesehen ist jeder Patient ein Kostenfaktor, medizinisch hingegen ein Mensch, der der Hilfe bedarf. Das kann langfristig zu einem Zielkonflikt führen, wenn sich die Medizin der Ökonomie unterordnen muss.

Aber auch wenn wir uns auf die ökonomische Diskussion einlassen, gibt es viele ganz einfache, aber wesentliche Dinge, die übersehen werden: dass die Kosten seit vielen Jahren plus minus im Rahmen der Teuerung steigen, dass diese Kostenentwicklung durchaus adäquat ist und dass sie mit einer hohen Wertschöpfung einhergeht. Der andauernde politische Druck entsteht allein

→ Fortsetzung Seite 4

Leitartikel

Über Gesundheitskosten, ökonomischen Nutzen und menschliche Bedürfnisse

Seit Jahren sind die Gesundheitskosten Stein des Anstosses in der gesellschaftlich-politischen Diskussion. Dabei wird aus ärztlicher Sicht die Situation arg verkürzt dargestellt. Das landesüblich unkritisch verbreitete Mantra heisst: «Die Gesundheitskosten sind zu hoch, weil die Ärzte zu teuer sind. Sie gehören deshalb kontrolliert, diszipliniert, redimensioniert und abgestraft.» Dies ist in den letzten 10 Jahren derart gründlich geschehen, dass wir heute mit einem besorgniserregenden Nachwuchsmangel konfrontiert sind, vor allem in der Grundversorgung.

Die ärztliche Sichtweise ist primär dem einzelnen Patienten verpflichtet. Sie hat den Nutzen und die Hilfe für ihn im Auge. Nehmen wir ein Beispiel: Der Meniskusschaden des Knies: Eine Meniskusoperation war vor 35 Jahren ein bedeutender Eingriff, der 3 Wochen Spitalaufenthalt und eine längere Rehabilitation erforderte, wobei das erreichte Resultat wegen der langen Immobilisationszeit öfter nicht wirklich befriedigte. Eine solche Situation beschäftigt den ärztlichen Geist: Wie kann ich das Leiden verkürzen und das Resultat verbessern? Mit dem technischen Fortschritt der Glasfibreroptik entstand die Endoskopie, die heute ambulante Meniskuseingriffe ermöglicht, bei der der Patient in der Zeit wieder voll hergestellt ist, in der früher eben erst die Mobilisation begann. Dass dies eine erhebliche Einsparung an Gesundheitskosten brachte, liegt auf der Hand. Genau betrachtet kam der ökonomische Nutzen jedoch nicht nur dem Gesundheitswesen zugute, sondern auch der Versicherungsbranche und der Gesamtwirtschaft, indem die Dauer der Taggeldleistungen deutlich verkürzt wurde und der Patient seine Wirtschaftsleistung schneller wieder erbrachte. Ärztlich gesehen lag der Nutzen aber zuallererst darin, dass der Patient durch das schonendere Verfahren weniger litt und schneller gesund wurde.

Verengte Sichtweise

Die politische Diskussion unterliegt meines Erachtens dem Fehler, die Frage der Gesundheitskosten verengt betriebswirtschaftlich zu sehen, – und dies erst noch unter fehlender Berücksichtigung des Nutzens. Will man den Nutzen jedoch mit einbeziehen, muss man volkswirtschaftlich denken, weil sich der Nutzen weder im Spital noch

→ Fortsetzung Seite 3

in der Arztpraxis auswirkt, sondern in der Gesellschaft. Dazu ein weiteres reales Beispiel aus meinem Fachgebiet, der Psychiatrie und Psychotherapie: Die psychoanalytische Psychotherapie ist eine vergleichsweise teure Therapie, weil sie mit hohem Zeitbedarf arbeiten muss. Sie kann nur erfolgreich sein, wenn sie das emotionale Erleben des Patienten ernst nimmt, ihn dort abholt, wo er ist (fühlt). Begegne ich als Therapeut dem Patienten mit dem primären Ziel, dass er sich an die gesellschaftlichen Erwartungen anpassen soll, werde ich z.B. einem Patienten, der in einer Verweigerung steckt, nicht weiterhelfen können. Akzeptiere ich die Verweigerung und versuche, mit dem Patienten zusammen die Gründe dafür zu verstehen, kann ein emotionaler Prozess der Weiterentwicklung in Gang kommen. Wir bewegen uns da im Schnittstellenbereich zur IV. Ermöglicht eine Psychotherapie, eine IV-Berentung zu verhindern oder aufzulösen, bedeutet dies für das Gesundheitswesen primär einige Kosten. Nehmen wir an, eine solche Therapie habe 60 000 Franken gekostet. Betriebswirtschaftlich gesehen muss die Ökonomie danach trachten, diese Kosten zu minimieren. Volkswirtschaftlich betrachtet steht diesen Kosten aber ein erheblicher Nutzen gegenüber: Der IV werden bei einem solchen z.B. 40-jährigen Patienten 25 Jahre Rentengelder erspart, also das Zehnfache der Therapiekosten. Das Staatswesen profitiert jedoch auch: Statt Ergänzungsleistungen leisten zu müssen, erhält es Steuern des ehemaligen IV-Rentners. Ist eine Pensionskasse involviert, profitiert auch diese.

Systembedingte Kosten

Wir Ärztinnen und Ärzte sind es gewohnt, Einzelfallarbeit in ihren gesellschaftlichen Auswirkungen zu sehen. Diese sind aber nirgends quantifiziert, weil in diesem Themenbereich kaum Forschung betrieben wird. Hingegen wird sehr genau hingeschaut, wie viele Patientinnen und Patienten psychisch bedingt IV-berentet sind, was als Ärgernis betrachtet wird, das es zu eliminieren gilt. Dabei haben wir es auch hier mit dem Phänomen zu tun, dass gesellschaftlich-wirtschaftliche Gegebenheiten das Gesamtsystem belasten und verteuern. Der betriebswirtschaftlich motivierte Umgang mit den Arbeitnehmern führt zu erhöhtem Arbeitsdruck unter Ausblendung von deren Bedürfnissen und Befindlichkeiten. Leistungsschwächere Menschen fliegen aus diesem System hinaus und landen bei der Sozialhilfe oder der IV. Aber auch ausgesprochen leistungsstarke Menschen können dadurch krank werden. «Burnout» heisst die Geissel dieser systembedingten Folgeerscheinung für viele Arbeitnehmer. Sie ist ebenfalls mit hohen Kosten für die Krankenkasse und die Taggeldversicherungen verbunden. Das kümmert die an einer hohen Performance orientierten Unternehmen offenbar nicht wirklich. Dies sind Gegebenheiten, die zu Zeiten der sozialen Marktwirtschaft Randerscheinungen waren.

Hilfe bieten – auch ohne ökonomischen Nutzen

Die ökonomische Sichtweise geht von der Machbarkeit der gesetzten Ziele aus. Wir Ärztinnen und Ärzte erleben jedoch täglich, dass dieser Machbarkeit von der Natur her Grenzen gesetzt sind. Es gehört essentiell zur Arbeit des Arztes, Menschen in der Ohnmacht einer unheilbaren oder chronischen Krankheit beizustehen und sie und ihre Nächsten darin zu begleiten, auch wenn er keine Heilung zu bieten hat. Ein ökonomischer Nutzen ist hier schwer zu sehen, und doch macht diese emotional-menschlich-ärztliche Begleitung einen Schwerpunkt ärztlicher Arbeit und menschlichen Bedarfs aus, der kostet.

Die Kostendiskussion wird verständlicherweise auch deshalb so leidenschaftlich geführt, weil die Schweizerinnen und Schweizer rund 40 Prozent der Gesundheitskosten selber tragen müssen, was die ökonomische Schmerzgrenze vieler überschreitet. Dieser Anteil ist nur in Staaten wie der USA, Mexiko, Chile und Südkorea ähnlich hoch. In den europäischen Staaten liegt der Anteil bei 20 bis 28 Prozent, weil der Staat, also der Steuerzahler, sich an den Gesamtkosten stärker beteiligt. Dieser Akt der Solidarität ist in der Schweiz leider bisher tabu. Er löst regelmässig Wellen der Empörung aus und wird mit der persönlichen Verantwortung begründet.

*Dr. med. Peter Kern
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie*

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Mail: synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und
Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psycho-
therapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünke, Fachärztin für Ophthalmo-
logie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemein-
medizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer
Ärzteverlag AG, Basel

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, Mail: julian.mettler@hin.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Nadja Huber, Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 88, Fax 061 467 85 56
nhuber@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktgasse 5, CH-4051 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 19.11.2012

durch den überproportionalen Anstieg der Prämien, die zunehmend vor allem den Mittelstand belasten. Dieser Anstieg ist nicht zuletzt durch die stetige Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich bedingt, dies hauptsächlich aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Einführung von SwissDRG. Der Druck auf die Hospitalisationszeiten führt dazu, dass unser Ärztenachwuchs gar keine Zeit und Musse mehr hat, sich mit dem Patienten zu befassen, sondern mittels Konsilien und technischer Untersuchungen Diagnose und Therapie in immer kürzerer Zeit erzwingen muss. Der bereits vorhandene und zunehmende Ärztemangel mit einer quantitativ und qualitativ völlig ungenügenden Selektion (Numerus clausus) verstärkt den Druck auf die Ärzteschaft.

Trotz der Kritik an der zunehmenden ökonomischen Dominanz im Gesundheitswesen dürfen wir nicht vergessen, dass der Arztberuf noch immer ein guter und privilegierter ist, und dass unsere tägliche Arbeit mit unseren Patientinnen und Patienten letztendlich die Basis unseres Gesundheitswesens bildet. Aber wir müssen vielleicht stärker als bisher auch Verantwortung (vor allem: den Lead) übernehmen und dafür sorgen, dass das Primat der Medizin in unseren Händen bleibt und nicht von «der Ökonomie» übernommen wird. Es ist höchste Zeit, uns von der ewigen Kostendiskussion zu verabschieden und uns hin zu einer Diskussion über den – auch volkswirtschaftlichen! – Nutzen der Medizin zu entwickeln.

Die vorliegende Ausgabe der Synapse versucht, einige der aktuellen Entwicklungen kritisch zu beleuchten. Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen beim Lesen. Mit herzlichen, kollegialen Grüssen

Dr. Tobias Eichenberger
Präsident Ärztesgesellschaft Baselland

«Solidarität muss nicht unbedingt absolute Gleichbehandlung bedeuten»

Prof. Dr. Nikola Biller-Andorno, geb. 1971, hat Medizin und Philosophie studiert. Seit 2005 ist sie Professorin für Biomedizinische Ethik an der Universität Zürich und Mitglied der Zentralen Ethik-Kommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Synapse-Redaktor Bernhard Stricker hat ihr ein paar Fragen zur Ökonomisierung der Medizin und zum Verhältnis zwischen Ethik und Ökonomie gestellt.

Sind Ethik und Ökonomie im Gesundheitswesen grundsätzlich vereinbar – oder ein unauflösbarer Zielkonflikt?

Beiden, Ethik und Ökonomie, geht es grundsätzlich um die Frage, wie man das Gesundheitswesen so gestalten kann, dass eine Versorgung von hoher Qualität resultiert, die all denjenigen zur Verfügung steht, die ihrer bedürfen und die zudem finanziell auch auf längere Sicht leistbar ist. Die Ökonomie ist meiner Wahrnehmung nach primär mit der Kosteneffizienz befasst, wobei jedoch die Relevanz von Gerechtigkeitsfragen und Patientenpräferenzen durchaus gewürdigt wird. Die Ethik befasst sich vor allem mit der Beschreibung und Analyse normativer Konflikte – zum Beispiel, wenn günstigere Kosten zulasten des Zugangs bestimmter Bevölkerungsgruppen gehen. Auch prozedurale Fragen spielen eine wichtige Rolle; etwa wer in bestimmten Entscheidungen, zum Beispiel bezüglich der Allokation von Mitteln im Gesundheitswesen, einzubeziehen ist und in welcher Weise.

In dem von Ihnen herausgegebenen Buch¹ «DRG und Ethik» heisst es u.a., dass die Ökonomie zur neuen Leitdisziplin in der Gesundheitsversorgung geworden ist. Wie konnte es soweit kommen? Ste-

hen heute die Ärzte und Ärztinnen unter dem Diktat der Ökonomen?

Aus meiner Perspektive – und ich stehe mit dieser Beobachtung nicht allein – hat es in den letzten Jahrzehnten in der Tat einen Wandel gegeben. Während früher die Ärztliche Direktion eines Spitals klar die Leitung innehatte, spielen heute in der Direktion professionelle Verwaltung, Management und Ökonomie eine grosse Rolle. Das mag damit zusammenhängen, dass in früheren Zeiten der Ressourceneinsatz in der Medizin noch unbekümmerter war. Heutzutage ist uns deutlicher bewusst, dass für die Gesundheitsversorgung verausgabte öffentliche Gelder an anderen Stellen fehlen und das System so angelegt sein muss, dass wir es auch noch in einigen Jahrzehnten aufrechterhalten können.

Weiter heisst es in Ihrem Buch «... dass in der Schweiz heute eine Praxis der impliziten oder unregelmässigen Rationierung am Krankenbett besteht, gilt als empirisch belegt.» Wie lässt sich das vereinbaren mit dem Solidaritätsprinzip? Können wir das Ideal der Gleichbehandlung aller Menschen in der Gesundheitsversorgung überhaupt noch aufrechterhalten?

Solidarität muss nicht unbedingt absolute Gleichbehandlung bedeuten, sondern es geht um die Hinwendung zu Menschen in (relativer) Not. Welchen Anspruch jeder einzelne von uns auf Gesundheitsleistungen hat und welche Unterschiede im Zugang zum Gesundheitswesen vertretbar sind, ist auch innerhalb der Ethik umstritten. Wir akzeptieren, dass manche ein Auto fahren, in dem sie bei einem Unfall besser geschützt sind als andere; wir akzeptieren, dass manche weniger gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz

¹ *Gesundheitsökonomie 4: Verina Wild/Eliane Pfister/Nicola Biller-Andorno (Hrsg.), DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. 2011. 235 Seiten, CHF 38.–, EMH Schweiz. Ärzteverlag, Basel.*

ausgesetzt sind als andere, wir überlassen viele zahnärztliche Leistungen und Sehhilfen dem individuellen Geldbeutel – von Gleichheit in Gesundheitsbelangen zu sprechen ist von daher illusorisch. Da Gesundheit jedoch eine so wichtige Grundlage für unsere Teilhabe an der Gesellschaft ist, ist es richtig, dass wir ein besonderes Augenmerk auf Formen der Benachteiligung und Diskriminierung haben.

Wer sind die «Gewinner» und wer die «Verlierer» bei einer medizinischen Rationierung am Krankenbett?

Bei einer Rationierung am Krankenbett, bei der der Arzt im Einzelfall über das Vorenthalten medizinisch angebrachter Massnahmen aus Kostengründen entscheidet, werden in der Regel diejenigen verlieren, die keine Lobby haben, die auf die Barrikaden geht – Angehörige, Mitglieder einer Selbsthilfegruppe etc. Darüber hinaus werden je nach Anreizstruktur unterschiedliche Patientengruppen betroffen sein. «Verlierer» können aber auch die Ärztinnen und Ärzte sein, wenn ihnen aufgebürdet wird, auf Kosten ihres Vertrauensverhältnisses zum Patienten Ressourcen zu sparen. Rationierung lässt sich nur rechtfertigen, wenn die Effizienzreserven ausgeschöpft sind. Häufig lässt sich aber durchaus sparen, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen. Wenn die gesparten Mittel in andere öffentliche Zwecke fließen, gewinnen wir alle.

Gemäss Krankenversicherungsgesetz (Art. 56 KVG) und der dazugehörigen Verordnung (Art. 76 KVV) sind die Krankenkassen beauftragt, Wirtschaftlichkeitsverfahren bei Ärztinnen und Ärzten durchzuführen, um zu kontrollieren, ob die WZW-Kriterien eingehalten werden. Können die Ärzte heute unter diesem wirtschaftlichen Druck der Krankenkassen überhaupt noch garantieren, dass das Wohl der Patienten nicht eingeschränkt wird? (Dass die Patienten die nötigen Leistungen erhalten?)

Dass solidarisch finanzierte medizinische Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen, ist nachvollziehbar. Dass angesichts der Versu-

chung einer Mengenausweitung, etwa in einem System der Einzelleistungsvergütung, eine gewisse Kontrolle mit Blick auf etwaigen Missbrauch stattfindet, ebenso. Problematisch wird es, wenn Ärzte durch administrative Vorgaben so eingeschränkt bzw. zeitlich belastet werden, dass ihr Engagement in der Patientenversorgung darunter leidet.

Gibt es seitens der Patientinnen und Patienten ein Recht auf Gesundheitsversorgung? Oder ein Recht auf eine maximal mögliche Medizin?

Sicher gibt es ein Recht auf Gesundheitsversorgung. Dieses Recht stösst an eine Grenze, wo die finanzielle Machbarkeit nicht mehr gegeben ist; der Bezugspunkt ist dabei nicht der Einzelfall, sondern das Gesamt vergleichbarer Fälle, denen der gleiche Anspruch zugestanden werden müsste – diese Argumentation hat sich das Bundesgericht im Myozym-Urteil 2010 zu eigen gemacht. Eine weitere Grenze besteht dort, wo Gesundheitsleistungen für das Individuum nicht mehr sinnvoll, sondern vergeblich – «futile» in der englischen Fachterminologie – wären.

Mit der Ökonomisierung der Medizin hält ein Denken Einzug, das Steigerung von Effizienz und Minimierung von Kosten im Gesundheitswesen priorisiert. Was kann die Medizin tun, damit ihre positiven Leistungen wieder stärker gewichtet bzw. gewürdigt werden? Was müsste die Medizin tun, um das Primat über die Ökonomie zurückzuerobern?

Es ist wichtig, dass die Medizin im Zuge eines verstärkten Fokus auf ökonomische Fragen nicht gerade diejenigen verliert, die genuin am Wohle ihrer Patienten interessiert sind und nicht ertragen können, wenn sie zu viele Kompromisse in der Qualität ihrer Arbeit schliessen müssen. Von daher ist es wichtig, dass moralische Konflikte, die von Ärztinnen und Ärzten im Spannungsfeld von Qualität, Kosteneffizienz und fairem Zugang erlebt werden, klar artikuliert und in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht werden. Unsere IDoC-Studie zu den Implikationen von DRGs für Patientenversorgung

und professionelle Praxis versucht hierzu einen Beitrag zu leisten.

In welchem Verhältnis stehen Qualität und Ökonomie in der Medizin?

Bis zu einem gewissen Grad kann man sicher die Effizienz erhöhen und Kosten sparen, ohne die Qualität zu verringern. Manchmal mag ein stringenteres Management auch durchaus mit Verbesserungen in beiden Bereichen einhergehen. Wichtig ist jedoch, eventuelle Qualitätseinbussen im Rahmen von Sparmassnahmen mittels eines kontinuierlichen Monitorings zu erfassen und mit Blick auf ihre Vertretbarkeit zu thematisieren.

Kann der «Gesundheitsmarkt» mit andern Märkten verglichen werden?

Gesundheit ist ein sehr spezielles Gut. Sie stellt eine wichtige Grundlage dafür dar, dass wir Chancen wahrnehmen können. Die Zuwendung zu einem kranken Menschen ist ein grundlegendes und unbedingt bewahrenswertes Merkmal einer humanen Gesellschaft.

Wie beurteilen Sie die Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz: Stärkt DRG eher die Ökonomie oder die Ethik? Welche erste Zwischenbilanz ziehen Sie ein halbes Jahr nach der Einführung?

Ziel muss sein, dass Ökonomie und Ethik nicht auseinanderlaufen. Ohne finanzielle Leistbarkeit und Nachhaltigkeit laufen alle moralischen Ansprüche an Qualität und fairen Zugang ins Leere. Dabei ist es aber wichtig, dass ökonomische Anreize nicht von einer bedürfnis- und patientenorientierten Gesundheitsversorgung wegführen. Die DRGs bergen sicher Risiken, wie die Selektion «attraktiver» Patienten oder das Fallsplitting. Deshalb ist von entscheidender Bedeutung, wie in den einzelnen Spitälern mit den DRGs umgegangen wird und ob klar ist, dass die Ausrichtung am Patientenwohl weiterhin gültig ist.

Siehe auch: www.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html

Wie die Gesellschaft unsere Gesundheit beeinflusst – Flexibilität als neuer ökonomischer Imperativ

Können bestimmte soziale Bedingungen zu psychischen Erkrankungen führen? Der Soziologe Prof. Dr. Ueli Mäder ist in seinem Vortrag «Das Soziale in der Psychiatrie» im Rahmen der Basler Gesundheitstagung vom 28. Juni 2012 in Liestal auf diese Frage näher eingegangen. Er kommt zum Schluss, dass sich zwar keine direkte kausale Verknüpfung nachweisen lässt, dass sich gesellschaftliche Veränderungen gleichwohl deutlich auf die psychische und seelische Gesundheit der Menschen auswirken. Dabei nennt er insbesondere die Individualisierung, die Flexibilisierung und die Prekarisierung als Gründe dafür.

Auszüge aus dem Vortrag von Prof. Dr. Ueli Mäder:

«Der französische Soziologe Alain Ehrenberg hat mit seinem Buch *La Fatigue d'être soi* (1998) viel Aufsehen erregt und versucht, den wachsenden Erfolg des Phänomens der Depression in zeitgenössischen Gesellschaften zu erklären. Die Depression gilt in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts als ein weit verbreitetes Symptom für die Schwierigkeit, sich selbst zu sein. Mit dem Niedergang und dem schwindenden Einfluss bedeutender Institutionen, die – wie Familie und Schule – zentrale Normen und Werte vermitteln, ist das Individuum zum Meister seines Schicksals geworden: Es ist fast allein für die Erfolge in seinem Leben und für die Leistungen verantwortlich, die zu erbringen sind. Die Folge davon ist, dass es verletzlich, verunsichert und anfälliger ist für gesundheitliche Probleme. Denn ihm fehlt der äussere Halt, der ihm vermittelt, wie es sich in sozialen Interaktionen zu verhalten habe. Der Mangel an Richtlinien und Vorgaben trägt dazu bei, die Gefahr psychischer Ermüdung und depressiver Verstimmungen zu erhöhen. Dem entsprechend werden auch gesellschaftliche und unternehmerische Misserfolge einzelnen Individuen angelastet. (...)

Individualität

Der Soziologe Richard Sennett beschreibt neue Formen der Tyrannei der Intimität,

die sich deutlich von den traditionellen Formen der Tyrannei des Wir unterscheiden. Er stellt fest, dass sich die Intimität zunehmend tyrannisch gebärdet und als dominante Bezugsgrösse in unseren Gesellschaften durchsetzt. Dabei kommt es unweigerlich zu einem Verfall und Ende der Öffentlichkeit, die unter den fortwährenden Anforderungen der Intimität zunehmend an gesellschaftlicher Bedeutung verliert. Der Narziss-Mythos stellt dar, dass man in seinem eigenen Spiegelbild ertrinken kann. Der Historiker und Philosoph Christopher Lasch (1932–1994) verfeinert die Erforschung des Zeitalters des Narzissmus. In dieser Konstellation ist das Ich in besonderer Weise auf andere angewiesen: Die narzisstische Persönlichkeit fühlt sich zwar immer wieder illusionär allmächtig. Sie ist aber umso mehr darauf angewiesen, viel Bestätigung zu erhalten, um sich selber zu achten. Die narzisstische Persönlichkeit ist in hohem Masse auf ein Publikum angewiesen, das sie bewundert. Ohne dieses Echo kann sie nicht leben. Ihre scheinbare Freiheit von familiären Bindungen und institutionellen Zwängen befähigt sie keineswegs, auf eigenen Füßen zu stehen oder sich über ihre Individualität zu freuen. Im Gegenteil: Die Individualität verunsichert. Und Halt erfährt die narzisstische Persönlichkeit vornehmlich dann, wenn sie ihr grandioses Ich in der Aufmerksamkeit anderer reflektiert sieht. So kommt es, dass sie ständig von einer ängstlichen Selbstbeobachtung beherrscht wird. Die narzisstischen Erwartungen werden aber zwangsläufig enttäuscht. Und die Frustrationen treiben zur weiteren Flucht vorwärts.

Angeregt durch eine andere Perspektive, die sich an jener des frühen Foucault orientiert, versucht Alain Ehrenberg, eine umfassende soziologische Deutung der epidemischen Ausbreitung depressiver Erkrankungen in der Gegenwart zu entwerfen. Diese ist für ihn eine Reaktion auf die Tendenz zu einem bindungslosen Individualismus. Sie reagiert auf die allgegenwärtige Erwartung an das Individuum, das Leben autonom und selbstbestimmt zu gestalten. Seiner Meinung nach verweist der Individualismus zu-

nächst auf zwingende soziale Normen. Wenn es nicht gelingt, den herrschenden Normen zu genügen, können pathologische Störungen auftreten. Alain Ehrenberg, der insbesondere die gesellschaftliche Entwicklung in Frankreich vor Augen hat, betont zwei Zeitalter des zeitgenössischen Individualismus: In den 1960er- und 1970er-Jahren herrscht die Norm der personalen Identität. Man soll sich selbst sein. Das bewirkte bei einigen Menschen das Auftreten verschiedener Formen tiefer Verunsicherung der Identität. In den 1980er-Jahren kommt die Norm des individuellen Handelns hinzu, ohne die frühere zu verdrängen. Man muss jetzt weiterhin erfolgreich sein, wobei alle für ihr Handeln oder Nicht-Handeln alleine verantwortlich sind. Damit erhöhen sich die Angst vor dem Scheitern und die Angst, nicht mithalten zu können. Sie erscheinen als quasi pathologische Kehrseite.

Prekarität

Der Begriff der Prekarität bezieht sich auf die Instabilität und die Fragilität von Situationen (... und) ist mit einem Gefühl sozialer Unsicherheit verbunden, das sich unter vielen gesellschaftlichen Schichten und Klassen verbreitet. (...)

Letztlich verweist die Prekarität auf zwei verschiedene Bedeutungen. Die erste ist der Mangel. Das Gefühl des Mangels bezieht sich auf das Nachlassen des Schutzes vor sozialen Risiken wie Armut und Arbeitslosigkeit. Die zweite Bedeutung verweist auf die gesellschaftlichen Verhältnisse und dominante Formen der Herrschaft. Prekarität resultiert in der ersten Bedeutung aus dem Verlust sozialer Unterstützung. In der zweiten Bedeutung konstituiert sie sich aus einer gesellschaftlich zugeschriebenen Deklassierung. In dieser haben mannigfaltiges Leid und seelische Not ihren Ursprung. Dazu gehören der Verlust von Selbstvertrauen und das Gefühl von Nutzlosigkeit. In der einen wie der anderen Bedeutung handelt es sich um eine Bedrohung, die das Individuum und seine Angehörigen belasten. Beide Bedeutungen finden sich auch im Konzept beruflicher Prekarität. Wichtig ist dabei, ob das Verhältnis zur Beschäftigung oder das Verhält-

nis zur Arbeit als Grundlage der Analyse dient. Das Verhältnis zur Beschäftigung verweist auf die Absicherungslogik des Wohlfahrtsstaats; das Verhältnis zur Arbeit auf die produktive Logik der Industriegesellschaft.

Die Arbeitnehmenden sind in einer prekären Lage, wenn ihre Beschäftigung unsicher wird und sie ihre berufliche Zukunft nicht mehr überblicken können. Das ist der Fall bei Beschäftigten, die nur einen befristeten Arbeitsvertrag haben, aber auch bei denjenigen, die permanent von Kündigung bedroht sind. Diese Situation kennzeichnet sich durch eine starke ökonomische Verwundbarkeit und eine partielle Einschränkung der sozialen Rechte, zumal diese Rechte zum grossen Teil auf einer festen Beschäftigung beruhen. Den Arbeitnehmenden kommt aus diesem Grund nur eine untergeordnete Position in den sozialen Statuspositionen zu, wie sie der Wohlfahrtsstaat hierarchisch definiert. In diesem Fall lässt sich von einer Prekarität der Beschäftigung sprechen. Die Lage der Arbeitnehmenden ist aber ebenfalls prekär, wenn sie das Gefühl haben, dass ihre Arbeit nicht von Belang, schlecht bezahlt und innerhalb des Unternehmens wenig anerkannt ist. Erfährt ihr Beitrag zur gesellschaftlichen Produktion keine Wertschätzung, entwickeln sie das Gefühl, mehr oder weniger unnützlich zu sein. In diesem Fall lässt sich von einer Prekarität der Arbeit sprechen. Diese beiden Dimensionen der Prekarität sind eng miteinander verknüpft und auch gemeinsam zu untersuchen. Sie verweisen auf tiefgreifende Wandlungen des Arbeitsmarktes und auf strukturelle Entwicklungen der Arbeitsorganisation, die Menschen auch mehr Flexibilität abverlangen.

Flexibilität

In westlichen Ländern ist das Prinzip der Flexibilität mit einer allgemeinen Auf-

forderung gekoppelt: Menschen müssen heute möglichst bereit sein, sich jederzeit einem ständigen Wandel anzupassen. Flexibilität setzt sich als neuer ökonomischer Imperativ durch. Mutationen des Kapitalismus im späten 20. Jahrhundert drängen dazu. Teilzeitarbeit, befristete Beschäftigung und Minijobs weiten die unternehmerischen Freiheiten aus. Das Aufweichen vertraglicher Vereinbarungen soll die Effizienz der Produktion erhöhen. Privilegierte würdigen die Flexibilität als unternehmerische Innovation und Emanzipation von bürokratischen Zwängen. Eine Flexibilisierung von Arbeit und Beschäftigung, die keiner kollektiven Steuerung unterliegt, schränkt jedoch soziale Regulationen, Sicherungen und gewerkschaftlichen Einfluss ein. Sie wirkt sich auch auf die psychische Belastung und seelische Gesundheit von Arbeitnehmenden aus. Einseitig Abhängige verlieren so viel Boden unter den Füssen. (...)

Die soziale Unsicherheit kehrt offenbar in reiche Gesellschaften zurück. Quasi normale Arbeitsverhältnisse erodieren. Mit Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung bezeichnen Robert Castel und Klaus Dörre die soziale Frage zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Castel beschreibt die Wiederkehr der sozialen Unsicherheit, an der unzählige Menschen in westeuropäischen Ländern leiden. Sie tun dies seit dreissig Jahren wieder vermehrt. Bis Mitte der 1970er-Jahre profitierten die Lohnabhängigen vom sozialen Kompromiss des industriellen Kapitalismus. Seither sind die Individuen immer mehr auf sich selbst gestellt. Sie leben von der Hand in den Mund und bangen um ihre Zukunft. Die Erwerbstätigen erfahren, wie sich die Arbeitsorganisation individualisiert. Die verordnete Flexibilität führt zu quasi planwirtschaftlichen Transformationen. Castel bezeichnet das sukzessive Abhängen als kollektive Ent-

koppelung. Betroffene reagieren darauf mit Ressentiments. Dieses gemeinsame Merkmal reicht aber nicht aus, um eine widerständige Kultur zu begründen. Auch, weil sich die Flexibilität – je nach beruflicher Tätigkeit – recht unterschiedlich auswirkt.

Die Folgen: Burnout und Depression

Die Definition psychischer Erkrankungen wie Burnout und Depression ist ein ständiger Ort von Interessenkonflikten. Im September 2008 führte das französische Meinungsforschungsinstitut IFOP bei 1001 Mitarbeitenden und 604 Personalverantwortlichen eine interessante Umfrage durch. Die Mitarbeitenden nannten folgende Gründe für die Beeinträchtigung ihrer psychischen Gesundheit: erstens mangelnde Anerkennung, zweitens die Erhöhung der Arbeitsbelastung, drittens zunehmende bürokratische Kontrolle von Arbeit, viertens Sorgen um die berufliche Zukunft und fünftens abnehmende Solidarität unter den Arbeitskollegen. Die befragten Personalverantwortlichen erwähnten hingegen Probleme im Privatleben als wichtigsten Grund. So erweist es sich in der Praxis als schwierig, die Wahl oder den Erfolg einer bestimmten Krankheitsbezeichnung zu benennen, ohne gleichsam das gesellschaftliche Umfeld und die konkreten Arbeitsbedingungen zu präzisieren. Denn zahlreiche Faktoren sind von grosser Bedeutung: so zum Beispiel die Berufskultur, in der eine Offenheit für die praktische Anwendung psychologischen Wissens vorhanden ist. Wichtig sind auch die Art und der Grad der betrieblichen oder gewerkschaftlichen Organisation. Diese kann ebenfalls dazu beitragen, die Arbeitsbedingungen zu humanisieren, statt soziales Leiden vornehmlich zu individualisieren.»

→ VHBB Herbstbummel

Wie stets am letzten Donnerstag im Oktober, findet am **25.10.12** der (mittlerweile 4.) VHBB-Herbstbummel statt. **Treffpunkt: 14:00 h vor der Confiserie Graf in Rheinfelden** (Fröschweid 14; 600 m nördlich des SBB-Bahnhofs bzw. westlich vor der Rheinbrücke). Nach einem Spaziergang werden wir bei einem Zvieriplättli gemütlich zusammensitzen, aber auch rechtzeitig wieder beim Ausgangspunkt sein. ID mitnehmen!
Anmeldung bitte bis 22. 10. an: sekretariat@vhbb.ch

Die Ökonomisierung der Medizin – Ausgewählte Zahlen, Daten und Fakten

Finanzierung des Gesundheitswesens 2010 nach Finanzierungsregimes (in Millionen Franken)

| | | |
|--|-----------------|---------------|
| Total | 62 519,5 | 100,0% |
| Staat | 11 846,4 | 18,9% |
| Bund | 194,0 | 0,3% |
| Kantone | 10 018,8 | 16,0% |
| Gemeinden | 1 633,6 | 2,6% |
| Sozialversicherungen | 26 100,2 | 41,8% |
| Krankenversicherung KVG (Grundvers.) | 22 025,0 | 35,2% |
| Unfallversicherung UVG (1) | 1 909,9 | 3,1% |
| Invalidenversicherung IV | 1 565,4 | 2,5% |
| Alters- und Hinterlassenenvers. AHV | 599,9 | 1,0% |
| Andere Regimes, bedarfsabhängige | 2 825,9 | 4,5% |
| Sozialleistungen | | |
| Ergänzungsleistungen AHV | 1 542,2 | 2,5% |
| Ergänzungsleistungen IV | 916,8 | 1,5% |
| Alters- und Pflegehilfe, kantonal geregelt | 366,9 | 0,5% |
| Privatversicherungen | 5 404,7 | 8,6% |
| KVG-Versicherer (VVG) (2) | 1 559,8 | 2,5% |
| Private Versicherungseinrichtungen | 3 844,9 | 6,1% |
| Private Haushalte | 15 722,4 | 25,2% |
| Kostenbeteiligung, Sozialversicherung | 3 408,7 | 5,5% |
| Kostenbeteiligung, Privatversicherung | 41,8 | 0,1% |
| Out of Pocket | 12 271,9 | 19,6% |
| Andere private Finanzierung | 619,9 | 1,0% |

1 Einschiesslich Militärversicherung

2 Zusatzversicherung der Krankenkassen gemäss VVG Stand: 19.03.2012 Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens
(Quelle: BFS)

Finanzierung des Gesundheitswesens nach Quellen 2010, (in Millionen Franken)

| | | |
|--------------------------------------|-----------------|---------------|
| Total | 62 519,5 | 100,0% |
| Staat | 19 432,3 | 31,1% |
| Bund (1) | 3 536,6 | 5,7% |
| Kantone | 13 309,5 | 21,3% |
| Gemeinden | 2 586,2 | 4,1% |
| Unternehmen (2) | 4 291,7 | 6,9% |
| Kranken- und Unfallversicherung | 2 978,1 | 4,8% |
| AHV | 95,9 | 0,1% |
| IV | 907,7 | 1,5% |
| Andere (3) | 310,0 | 0,5% |
| Private Haushalte | 38 795,5 | 62,0% |
| Out of pocket | 12 271,9 | 19,6% |
| Aufwand der Sozialversicherungen (4) | 21 891,3 | 35,0% |
| Aufwand der Privatversicherungen | 4 322,3 | 6,9% |
| Andere (3) | 310,0 | 0,5% |

1 Hauptsächlich die Beiträge zur Prämienverbilligung der Krankenversicherung (KVG)

2 Beiträge und Prämien der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und der Selbständigerwerbenden

3 Spenden und Vermächtnisse an Institutionen ohne Erwerbscharakter (Pflegeheim, Institution für Behinderte, Spitexorganisation usw.)

4 Inkl. die Kostenbeteiligung Stand: 19.03.2012 Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens
(Quelle: BFS)

Kosten pro Kopf

Die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen der Schweiz beliefen sich 2010 auf 62,5 Milliarden Franken. Knapp ein Drittel dieser Ausgaben, 22 Milliarden Franken, wurden durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gedeckt. Zwischen den Jahren 1998 und 2010 haben die Ausgaben im Rahmen der OKP um jährlich 4,6 Prozent zugenommen, stärker als die Gesamtausgaben (+3,8%). Dies zeigt sich deutlich bei den Pro-Kopf-Kosten, welche miteinander verglichen wurden. Während diese Kosten im Jahr 1998 für eine versicherte Person durchschnittlich 1640 Franken betragen, waren es 2010 rund 2680 Franken – unter Berücksichtigung der Teuerung eine Zunahme um 3,2 Prozent pro Jahr. (Quelle: OBSAN)

Moderate Zunahme der stationären Behandlungen

Drei Leistungsbereiche der Krankenversicherungen decken 92 Prozent der Gesamtausgaben ab: die ambulante Behandlung, die stationäre Behandlung sowie die Vergütung von Medikamenten und Material. Am stärksten nahmen die Kosten von 1998 bis 2010 bei Medikamenten und Material zu (+4,9% pro Jahr). Auch die Kosten im Bereich der ambulanten Behandlung stiegen deutlich an (+4,2% pro Jahr). Die stationäre Behandlung in Spitälern zeigte eine vergleichsweise moderate Kostenzunahme (+3,3% pro Jahr). Insbesondere haben neue therapeutische Methoden dazu geführt, dass die Betroffenen kürzer stationär oder oft auch ambulant behandelt werden können. Spitalaufenthalte wurden in den letzten Jahren trotzdem teurer, da während des Aufenthalts mehr oder teurere Leistungen angeboten werden. (Quelle: OBSAN)

Wieder längere Aufenthalte in Allgemeinspitälern im Jahre 2010

Gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) zählten die 286 Schweizer Spitalbetriebe im Jahre 2010 rund 1,3 Mio. stationäre Behandlungsfälle. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Allgemeinspitälern ist dabei erstmals seit mehr als zehn Jahren wieder angestiegen, nämlich gegenüber dem Vorjahr von durchschnittlich 7,3 auf 7,7 Tage. In den psychiatrischen Spezialkliniken haben sich die

Aufenthalte im Schnitt um 2,8 auf 40,1 Tage verlängert.

Die Anzahl der stationären Behandlungsfälle nahm im Vergleich zum Vorjahr um 1,3 Prozent zu, leicht stärker als die Wohnbevölkerung. 86 Prozent davon wurden in Allgemeinspitälern behandelt, 14 Prozent in Spezialkliniken. In der gleichen Zeitspanne stieg die Zahl der Pflēgetage um ein halbes Prozent auf rund 12,7 Millionen. (Quelle: BFS)

Spitalpersonal

Im Jahr 2010 arbeiteten 174.000 Personen in Schweizer Spitälern, die 138.500 Vollzeitstellen besetzten. Dies entspricht einer Zunahme von einem Prozent gegenüber dem Vorjahr. Drei Viertel der Beschäftigten sind Frauen, wobei dieser Unterschied unter der Ärzteschaft deutlich geringer ist (50,2% Männer und 49,8% Frauen). Der Anteil des ausländischen Personals (31%) hat sich seit 2009 (32,7%) kaum verändert.

Die Gesamtkosten der Spitäler beliefen sich auf 23,2 Milliarden Franken, was eine Zunahme von vier Prozent gegenüber 2009 bedeutet. Nahezu zwei Drittel dieser Kosten entfielen auf die Personalkosten. (Quelle: BFS)

Betreute alte und behinderte Menschen

In den Alters- und Pflegeheimen der Schweiz wurden im Jahr 2010 rund 138.800 ältere Menschen betreut. Sowohl die Anzahl der Langzeitplätze als auch jene der Kurzzeitplätze ist gesunken (-0,2% bzw. -2,8%). Etwas mehr als 50.000 Menschen mit Behinderungen wurden in einer spezialisierten Institution betreut. Die Betreuung der älteren Personen in Alters- und Pflegeheimen hat Kosten in der Höhe von 8,2 Milliarden Franken verursacht, was im Vergleich zum Vorjahr einem Anstieg von 2,9 Prozent entspricht. Diese Zunahme ist hauptsächlich auf eine Vergrösserung des Personalbestandes zurückzuführen. Im Jahr 2010 verzeichneten die Alters- und Pflegeheime drei Prozent mehr Beschäftigte (Vollzeitäquivalente) als 2009. (Quelle: BFS)

Spitex-Leistungen

2010 betreuten 1162 Spitex-Leistungserbringer nahezu 263.000 Personen oder 3,3 Prozent der Bevölkerung. Gut 36.000 Mitarbeitende waren dafür im Einsatz.

Die gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Organisationen erwirtschafteten im Jahr 2010 mit ihren Leistungen eine Einnahme von 702,5 Mio. Franken. 73 Prozent davon stammen von Pflegeleistungen, 19 Prozent von hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen, 6 Prozent vom Mahlzeitendienst und 3 Prozent von weiteren Leistungen. Die erwerbswirtschaftlichen Organisationen hingegen erbrachten mehr Leistungen im hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Bereich (34 Prozent). Trotzdem war auch für sie die Pflege das Kerngeschäft (63 Prozent). Die Einnahmen der selbstständigen Pflegefachpersonen (21,5 Mio. Franken) kamen fast ausschliesslich durch Pflegeleistungen zustande. (Quelle: BFS)

Ausblick

Gemäss Berechnungen der Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich (KOF) kostet das Schweizer Gesundheitssystem jedes Jahr 1,7 bis 2 Milliarden Franken mehr als im Vorjahr. 2013 soll die Zunahme sogar 2,3 Milliarden betragen. Für 2012 schätzt die KOF die Ausgaben auf 66,6 Milliarden Franken, für 2013 auf 68,9 Milliarden. (Quelle: ETH/KOF)

Volkswirtschaftliche Wirkung steigender Gesundheitsausgaben

Die Schweizerischen Haushalte müssen etwa ein Siebtel des für den Konsum verfügbaren Einkommens für ihre Gesundheit aufwenden. Die Belastung durch Gesundheitsausgaben ist am höchsten bei Haushalten mit tiefem Einkommen und bei Haushalten mit Kindern. Prämienverbilligungen reduzieren die Belastungsunterschiede zum Teil.

Der Schweizerische Gesundheitssektor produziert mit einer hohen Intensität inländische Wertschöpfung und Beschäftigung. Deshalb führen steigende Gesundheitsausgaben kurz- und mittelfristig eindeutig zu mehr Wertschöpfung und Beschäftigung. Eine Simulation mit einem ökonomischen Input-Output-Modell zeigt folgende Effekte einer Erhöhung der Gesundheitsausgaben um CHF 5 Mia bei konstanter Endnachfrage:

Auch langfristig wirken sich steigende Gesundheitsausgaben tendenziell positiv auf die Schweizerische Wirtschaft aus. Eine Literaturanalyse zeigt, dass steigende Gesundheitsausgaben auch

in hoch entwickelten Industrieländern in der Regel den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern. Dies fördert nicht nur die Arbeitsproduktivität und damit das Einkommenswachstum in der Volkswirtschaft. Ein guter Gesundheitszustand trägt auch zur höheren Wohlfahrt der Bevölkerung bei.

Damit diese grundsätzlich positiven Wirkungen noch differenzierter nachgewiesen werden können, sind weitere Aspekte wie Effizienz und Qualität der zusätzlichen Gesundheitsausgaben zu berücksichtigen. Diesbezüglich besteht noch weiterer Forschungsbedarf. (Quelle: Infrass)

OECD: Gutes, aber teures Gesundheitswesen in der Schweiz

«Noch gehört das Gesundheitssystem des Landes zu den besten weltweit. Die ausgezeichneten Leistungen des Schweizer Gesundheitssystems spiegeln sich in der hohen Lebenserwartung und in grosser

| Wirkung einer Nachfrageverschiebung zum Gesundheitswesen | | |
|--|----------------------|--|
| | Relative Veränderung | Absolute Veränderung bezogen auf das Jahr 2005 |
| Bruttoproduktion | + 0,16% | + 1,4 Mia CHF |
| Wertschöpfung (BIP) | + 0,30% | + 1,35 Mia |
| Importe | - 0,69 % | - 1,35 Mia CHF |
| Beschäftigung | + 0,53 % | 17 410 Vollzeitbeschäftigte |

(Quelle Infrass)

Patientenzufriedenheit. Der Preis dafür ist allerdings erheblich: 11,4 % des Schweizer Bruttoinlandsproduktes (BIP) flossen im Jahr 2009 in die Gesundheitsversorgung – der OECD-Durchschnitt lag bei 9,6 %», heisst es u. a. in einem Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der im Oktober 2011 veröffentlicht worden ist und zum Ziel hatte, eine gemeinsame Bestandsaufnahme des Schweizer Gesundheitswesens zu erarbeiten.

Im Durchschnitt der OECD-Länder entfielen auf 1000 Einwohner 2,8 Ärzte und 7,7 Pflegefachleute. Die Ärztedichte (praktizierende Ärzte) ist in der Schweiz 36 % höher (3,8), diejenige des Pflegepersonals ist sogar doppelt so hoch (15,2). Schon im Jahr 2000 hatte die Schweiz 84 % mehr Pflegenden pro 1000 Einwohner als der OECD-Durchschnitt. Das Zahlenverhältnis Pflegenden/Ärzte ist hierzulande nach Indonesien, USA, Dänemark und Japan (4,3) das höchste (4, wie Luxemburg und Neuseeland). (Quelle: OECD)

Sagen Sie uns Ihre Meinung zur Synapse auf www.synapse-online.ch oder per Mail an synapse@emh.ch

Delegiertenwahl Hausärzte Schweiz – Amtsperiode 2013–2015 Offizielle Kandidaturen

Für die beiden Delegiertensitze, welche den Basler Halbkantonen zur Verfügung stehen, haben sich vier Kandidaten/Kandidatinnen gemeldet. Alle Stimmberechtigten (=Mitglieder von Hausärzte Schweiz, welche hauptsächlich in BS oder BL praktizieren), erhalten die Wahlunterlagen per Post. Das Wahlergebnis wird in der «Synapse» bekanntgegeben.



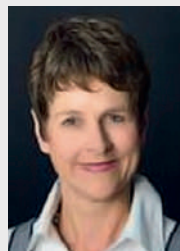
Philipp Zinsser, Dr. med.
Allgemeine Innere Medizin FMH,
Pilatusstrasse 45, 4054 Basel

Berufliches Engagement:

- Gründungs- und Vorstandsmitglied VHBB
- Mitglied in der Kommission Notfalldienst der MedGes und im Koordinationsorgan der Hausärztlichen Notfallpraxis am Universitätsspital Basel

Motivation:

Als VHBB-Vorstandsmitglied lege ich grossen Wert auf eine bessere Vertretung der Interessen aller regionalen Mitglieder bei unserem standespolitischen Dachverband. Eine gute Vertretung des VHBB-Vorstands bei den MFE-Delegierten halte ich hierbei für essenziell, da im VHBB-Vorstand die Fäden der regionalen standespolitischen Arbeit zusammenlaufen. Darüber hinaus ist mir eine schweizweite Vernetzung durch mein Engagement für den Notfalldienst und die Selbstdispensation wichtig, da diese Themen zunehmende überregionale Bedeutung gewinnen.



Eva Kaiser
Allgemeine Innere Medizin FMH,
Hauptstrasse 125, 4102 Binningen

Berufliches Engagement:

- Vorstandsmitglied GAMBA/VHBB 2005–2012, Co-Präsidentin 2010–2012
- Gründungsmitglied JHaS 2006 und deren Delegierte in der Projektgruppe zur Gründung von Hausärzte Schweiz 2009
- Delegierte MFE seit 2009

Motivation:

Die «Jungen» sollen den Hausarzt als kompetenten Spezialisten für das «komplexe Ganze» erleben, wissen, wie sie sich auf diese Rolle gut vorbereiten und dort gute Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten vorfinden. Nie hat sich für die Hausarztmedizin in diese Richtung so viel bewegt wie seit Gründung unseres Verbandes. Darum möchte ich mich gerne auch weiterhin dort als Delegierte einbringen.



Christoph Hollenstein, Dr. med.
Allgemeine Innere Medizin FMH,
Allmendweg 2, 4242 Laufen

Berufliches Engagement:

- Gründungs- und Vorstandsmitglied VHBB
- Delegierter Hausärzte Schweiz
- Mitglied Kommission Informatics/e-Health Hausärzte Schweiz

Motivation:

Mir waren die Rechte bzw. Einflussmöglichkeiten jedes einzelnen MFE-Mitglieds seit jeher sehr wichtig und ich habe mich konsequent für entsprechende Mitsprache eingesetzt. Ich beschäftige mich zudem mit dem Projekt Privattarif VHBB, an welchem auch andere Regionalverbände Interesse gezeigt haben. Eine enge Verbindung der Delegierten zum regionalen Hausärzteverband ist für mich sachdienlich und wichtig.



Hans Vogt, Dr. med.
Allgemeine Innere Medizin FMH, Gartenstrasse 8, 4410 Liestal

Berufliches Engagement:

- Engagement im Rahmen von Einzeltutorien für die Medizinische Fakultät der Universität Basel (früher Gruppenunterricht)
- Lehrpraxis für Praxisassistentinnen und -assistenten seit 2005.

Mittlerweile habe ich sechs jungen Assistentinnen und Assistenten bei mir während 4–8 Monaten eine Weiter-Ausbildung ermöglicht. Zum Teil erfolgte die Ausbildung im Rahmen des Nachwuchsförderungsprogrammes des Kantons BL

- Revisor im VHBB, früher GAMBA, seit mehr als 10 Jahren

Motivation:

- Nach abgelehnter MC-Vorlage sind neue Ideen nötig
- Starke Lobby- und Medienarbeit
- Nach 25 Jahren Praxis bringe ich die Voraussetzungen mit, um auch Tabuthemen anzugehen wie z. B. Loslösung der MFE aus der FMH, Aufwertung Labortarife, Anpassung Zeugniskosten
- Durch Zusatzmandate (Medizin, Zivil, Militär) habe ich Führungserfahrung und kann in Stäben mitarbeiten (u. a. Betriebsarzt EBL und Feldschlösschengruppe; Chef Gesundheit GFS Liestal; ex Kdt Mob Pl Basel (Oberst), Wpl Az Liestal und AZ Zoll).

Hausarzt-Initiative

Nach der wuchtigen Ablehnung der Managed-Care-Vorlage durch das Stimmvolk (und der enttäuschenden Be- bzw. Abwertung der deutlich kritisierenden Stimmung an der GV von Hausärzte Schweiz durch deren Vorstand) ist der standespolitische Blick wieder auf die Hausarzt-Initiative gerückt. Man kann von ihr halten, was man will: Sie ist ein hervorragendes Druckmittel der Hausarztmedizin auf die entscheidenden Gremien in Bundesbern, gesamtschweizerisch endlich den Hebel von «honigschmieren, aber dennoch auslaugen» umzulegen auf «wertschätzen und unterstützen». Der laufende Masterplan, welcher u. a. eine Verzögerung der Volksabstimmung um ein Jahr bewirkt, ist ein Beweis dafür. Das erste Zückerchen (Erhöhung zwar nicht des Labor-

tarifs, sondern lediglich der Übergangszuschlags (!) um 10 Prozent) schlucken wir gerne. Es ist allerdings klar, dass diese 10 Rappen bei weitem weder genügen, uns zum Schweigen zu bringen, noch die Attraktivität des Haus- und Kinderarzt-Berufes relevant zu steigern. Weitere Taten müssen folgen. Und so besteht auch für das Initiativkomitee nach wie vor kein Grund, die Initiative zurückzuziehen.

Junge Hausärztinnen und Hausärzte

Der VHBB-Vorstand hat zur Kenntnis genommen, dass ein regionaler «Stammtisch» der Jungen Hausärztinnen und Hausärzte Schweiz (JHaS) gegründet wurde. Eine Zusammenarbeit mit diesen jungen, motivier-

ten Kolleginnen und Kollegen erachtet er als wichtig und für beide Seiten gewinnbringend. Der Vorstand wird deshalb der nächsten Generalversammlung (31. Januar 2013) eine entsprechende Statutenänderung (Passivmitgliedschaft) vorschlagen.

Herbstbummel 25.10.2012

Der Herbstbummel der VHBB, welcher auch weiteren Kreisen offensteht, bietet eine ideale Gelegenheit, sich zwanglos mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen. Dabei ist auch Kultur und Verpflegung vorgesehen, weshalb um Anmeldung gebeten wird (siehe S. 8).

Für den Vorstand VHBB: Christoph Hollenstein
www.vhbb.ch

→ Leserbrief

Die Redaktion der Synapse sucht den Dialog mit ihrer Leserschaft und freut sich über jede schriftliche Reaktion. Sie behält sich im Sinne einer besseren Verständlichkeit und Lesbarkeit vor, Leserbriefe zu redigieren bzw. zu kürzen und einen eigenen Titel zu setzen. Die Adresse für Leserbriefe: synapse@emh.ch

Mitglied werden – Im eigenen Interesse und in dem des Berufsstandes

Wir haben ein gemeinsames Ziel: Die Situation der Haus- und Kinderärzte aus Basel-Stadt und -Land zu stärken und ihnen eine Zukunft zu geben. Dieses Ziel haben auch die Kolleginnen und Kollegen in den anderen Kantonen für ihre Region. Wir erreichen es besser, wenn wir mit ihnen gemeinsam am selben Strick ziehen. Vor diesem Hintergrund ist Hausärzte Schweiz (MFE) entstanden. Politik und Behörden haben MFE als einen verlässlichen und kompetenten Ansprechpartner in gesundheitspolitischen Belangen kennengelernt.

Dass durch die gezielte Arbeit von MFE die Anliegen der Haus- und Kinderärzte in Bern besser verstanden werden, hat zur Folge, dass im National- und Ständerat immer häufiger Anträge zu unseren Gunsten gestellt werden, die immer öfter die Zustimmung der Räte finden. Auch scheinbar kleine Erfolge wie die Verlängerung des Laborübergangszuschlages bis ein neu ausgehandelter Tarif gilt und die Erhöhung um 10 Prozent müssen als Vorzeichen eines Prozesses gesehen werden, der uns viel Positives bringen wird.

Unsere persönliche Haltung zu einzelnen Themen sollte darum gemeinsamen Zielen untergeordnet werden. Denn je geeinter die Haus- und Kinderärzte gegenüber der Politik und

den Behörden dastehen, desto mehr steigen die Erfolgchancen bei übergeordneten Zielen. Ein gutes Beispiel dafür ist die Initiative Ja zur Hausarztmedizin.

Jeder Haus- und Kinderarzt profitiert von der Arbeit von MFE. Wer also nicht als «Trittbrettfahrer» bezeichnet werden will, sollte Mitglied sein und den Verband durch den Mitgliederbeitrag und die Wahl eines Delegierten, durch den er sich im Verband vertreten fühlt, unterstützen. Er oder sie sollte auch Mitglied des VHBB sein, der im Auftrag von MFE die Delegiertenwahlen organisiert und das Gefäss bildet, in dem regionale Anliegen gesammelt und formuliert werden können.

Aktuell ist dies leider nicht so: Ein Viertel der 320 VHBB-Mitglieder ist nicht Mitglied bei MFE und ein Drittel der 437 regionalen MFE-Mitglieder nicht Mitglied der VHBB. Wer nicht Mitglied ist, kann nicht erwarten, dass seine Meinung vertreten wird. Wer hingegen seine Meinung nicht äussert, kann dies ebenso wenig erwarten: Eine Meinungsbefragung unter den VHBB-Mitgliedern mit einem Rücklauf von nur 12 Prozent ist eine schlechte Basis für eine offizielle Haltung, wie dies zum Thema MC-Vorlage der Fall war. Und wenn auf die Bitte des MFE-Präsidenten, sich mit den eigenen Delegierten zum selben Thema auseinanderzusetzen, sich lediglich fünf per Mail bei mir melden, ist dies

ebenso eine schlechte Basis für einen gut abgestützten Entscheid, in den neben der Basismeinung ja immer noch die detaillierte inhaltliche Auseinandersetzung mit einem Thema einfließen muss.

Eine solche Auseinandersetzung findet einerseits in den Delegiertenversammlungen und der jährlichen Delegiertenretraite von MFE und andererseits innerhalb des VHBB-Vorstandes statt. Der Wunsch, dass die MFE-Delegierten Vorstandsmitglieder der VHBB sind, ist darum verständlich. Im Anbetracht der oben erwähnten Mitgliederhältnisse ist er aber nicht wirklich gerechtfertigt.

Trotz meines Rückzuges aus dem Vorstand der VHBB wünsche ich mir, dass in Zukunft alle VHBB-Mitglieder auch Mitglieder bei MFE sind und umgekehrt die regionalen Mitglieder von MFE auch Mitglieder der VHBB. Die Abbildung der Basismeinung unserer Region würde dadurch erheblich erleichtert.

Das gemeinsame Ziel einer Besserstellung und Zukunftssicherung der Haus- und Kinderärzte vor Augen, bitte ich darum jeden Haus- und Kinderarzt: unterstützen Sie MFE durch Ihre Mitgliedschaft und geben Sie Ihre Stimme zwei Delegierten, durch die Sie sich innerhalb dieses Verbandes vertreten fühlen!

Eva Kaiser, MFE-Delegierte BS/BL

Podiumsdiskussion der Schweizerischen Ärztezeitung in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Gesellschaft Basel MedGes und der Ärztesgesellschaft des Kantons Baselland



Suizidhilfe – (k)eine ärztliche Aufgabe?

Gemäss den medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften SAMW aus dem Jahr 2004 ist «die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht». In Ärztekreisen mehren sich die Stimmen, die diese Auffassung für nicht mehr zeitgemäss halten, während andere ihnen dezidiert widersprechen. Mit einer Podiumsdiskussion unter Einbezug des Publikums möchte die Schweizerische Ärztezeitung einen Beitrag zu einer offenen und differenzierten Diskussion dieser Frage leisten.

Diskussionsteilnehmer:

- Dr. med. Klaus Bally, Hausarzt und Lehrbeauftragter am Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel
- Dr. med. Jacques de Haller, Präsident der FMH
- Prof. Dr. theol. Johannes Fischer, Sozialethiker und beratender Experte der SAMW bei der Ausarbeitung der Richtlinien zur Betreuung von Patienten/-innen am Lebensende
- Dr. med. Marion Schafroth, Fachärztin für Anästhesiologie und Vorstandsmitglied Exit

- Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Leiterin der AG Mental Health und alternde Bevölkerung, Swiss Public Health

Moderation:

PD Dr. rer. soc. Eberhard Wolff, Redaktor Medizingeschichte SÄZ und Lehrbeauftragter an den Universitäten Zürich und Basel

Datum/Zeit/Ort:

Dienstag, 27. November, 18.30–20.30 Uhr, City-Forum am Aeschenplatz, Dufourstrasse 49, Basel. Anschliessend Apéro. Eintritt frei, Anmeldung erforderlich

Anmeldung

Anmeldungen können bis Freitag, 23. November via **E-Mail** an redaktion.saez@emh.ch oder via **Fax** an **061 467 85 56** erfolgen. Bitte Ihren Namen und die Namen allfälliger Begleitpersonen sowie das Stichwort «Anmeldung zum SÄZ-Podium vom 27. November» angeben. Auch telefonische Anmeldungen sind vormittags unter 061 467 85 72 möglich.