

Schwerpunktthema: Auf dem Holzweg

- 2 «Das schweizerische Gesundheitssystem tendiert inzwischen in Richtung Mikroregulierung»
- 5 Teilrevision des Epidemiengesetzes: Es droht ein neues Bürokratiemonster
- 8 «Der Wachstumszwang»
- 9 Gesundheitspolitische Holzwege
- 10 Startschuss für die gesundheitliche Vorausplanung in Basel-Stadt und Baselland
- 11 uniham-bb

Die Synapse finden Sie auch unter:
www.synapse-online.ch

Editorial

Wir wollen ja nicht klagen, aber wundern dürfen wir uns schon

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Da rekrutieren wir durch den kontraproduktiven und weiterhin untauglichen Numerus clausus viel zu wenig Medizinstudierende und gleichzeitig gibt ein substanzieller Teil von diesen das ärztliche Berufsziel bereits während des Studiums wieder auf. Einmal im Spital angekommen, werden unsere Assistenzärztinnen und -ärzte grösstenteils für administrative Aufgaben zweckentfremdet, was bei ihnen zu Überbelastung und Frustration und letztlich zur Berufsaufgabe führt. Sind die Übriggebliebenen an der Praxis-Front (z. B. in der Grundversorgung) angekommen, werden sie durch eine zunehmende Bürokratie, durch die Abwertung des (für eine adäquate Up-front-Diagnostik so wertvollen) Praxislabors, durch inadäquate Notfall- und Dringlichkeitspauschalen und durch eine Flut von Regulierungen und Inspektionen fortlaufend desillusioniert. Dazu kommt eine jahrelang verzögerte Einführung des TARDOC. Durch die Zulassungsregulierung werden die Ausbildungskliniken aufhören, Nachwuchs auszubilden, was mittel- und längerfristig auch in den heute noch gut dotierten Fächern zu Mangel führen wird. Statt unser Gesundheitssystem schlanker zu machen, führt ein Heer von Codierern, Klinikmanagern, Zertifizierern, Qualitätssicherern und Inspektoren dazu, Abläufe zu verkomplizieren und zu verteuern, ohne einen Mehrwert für unsere Patientinnen und Patienten zu generieren.

Dazu kommt eine verfehlt und manipulierte Diskussion über die sogenannte «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen. Die von der FMH wiederholt zitierten Zahlen und Statistiken des Bundesamtes für Statistik sind klar. Die Kosten steigen seit über zwanzig Jahren linear, sind bei höherer Qualität vergleichbar mit dem grenznahen Ausland und wie Studien zeigen problemlos verkraftbar für eine gesunde Volkswirtschaft (Wertschöpfung).

Wir haben definitiv keine «Kostenexplosion»!

Wir haben einen Exzess von Verordnungen und Regulationsmassnahmen, deren Effekt niemand überblickt, die aber das System destabilisieren. Wir haben einen überproportionalen Anstieg der Prämien mit der dadurch zunehmenden Belastung des Mittelstandes und einem daraus folgenden desaströsen politischen Aktivismus. Dabei gäbe es durchaus gangbare Lösungsansätze: Sinnvolle Implementierung von EFAS, dann sollte DRG mit dessen Auswirkungen infrage gestellt werden (Australien und Deutschland tun dies bereits), die nicht zuletzt dadurch entstandenen Fehlanreize korrigiert und neue Modelle wie Hospital @ Home und Home Monitoring gefördert und adäquat vergütet werden. Die Einführung des TARDOC (ohne die ungenügend ausgearbeiteten ambulanten Pauschalen)

Tobias Eichenberger



ist überfällig, ebenso sollte die Finanzierung überdacht werden (alleine die jährlichen Kassenwechsel kosten 400 Millionen).

Fazit: Es gibt keine «Kostenexplosion». Wir sollten keine einseitige Diskussion der Kosten führen ohne gleichzeitige Betrachtung des Nutzens.

Genau das tun wir in dieser Ausgabe der *Synapse*. Das Beratungsunternehmen INFRAS war 2012 eines der ersten, die nicht nur die Kosten, sondern auch den Nutzen des Gesundheitswesens (in einer Studie für die SAMW) thematisierten. Leider wurde diese Studie seither nicht mehr aktualisiert. Statt diese nun aber

nochmals «aufzuwärmen» und die Ergebnisse von damals zusammenzufassen, haben wir uns in der Redaktion entschieden, INFRAS um ein Interview zu bitten, in dem die aktuellen Erkenntnisse und Forschungsergebnisse zu Kosten und Nutzen des Schweizer Gesundheitswesens zur Sprache kommen sollten. Lesen Sie das Interview gleich hier anschliessend.

Mit herzlichen Grüßen und viel positiver Energie

*Dr. med. Tobias Eichenberger,
Präsident Ärztesellschaft Baselland,
Mitglied der Redaktion Synapse*

Interview mit Judith Trageser von INFRAS

«Das schweizerische Gesundheitssystem tendiert inzwischen in Richtung Mikroregulierung»

Judith Trageser



Judith Trageser, Dipl. Volkswirtin, Master of Public Health (MPH), arbeitet als Bereichsleiterin und Partnerin bei INFRAS und ist spezialisiert auf ökonomische Analysen und Evaluationen in der Gesundheitspolitik.

Synapse: Wie beurteilen Sie das Schweizer Gesundheitssystem in seiner heutigen Struktur und Organisationsform? Wo liegen die Stärken und wo die Schwächen?

Judith Trageser: Unser Gesundheitssystem hat verschiedene Besonderheiten. Dazu gehören kurz zusammengefasst: ein generell dezentrales Gesundheitssystem, aber mit zunehmenden Kompetenzen des Bundes, das Nebeneinander von Planung und Wettbewerb, dem sogenannten regulierten Wettbewerb, und eine enge Verflechtung von staatlichen und privaten Aktivitäten (zum Beispiel im Spitalwesen oder in der Pflege). Dazu kommen komplexe Finanzierungsmechanismen mit einer gemischten Finanzierung durch den Staat, die obligatorische Krankenversicherung und ein – im internationalen Vergleich – hoher Anteil an privaten Eigenleistungen.

Diese Besonderheiten sind gleichzeitig Stärken, aber auch Schwächen. Nehmen wir beispielsweise die Finanzierung: Ein hoher Anteil an Eigenleistungen steigert das Kostenbewusstsein und reduziert unnötige Arztbesuche. Andererseits ist es möglich, dass gerade finanziell schlechtergestellte Menschen auf notwendige Arztbesuche verzichten und dies zu gravierenderen und kostspieligeren Gesundheitsproblemen führt.

Die Regulierung ist ein ständiger Balanceakt zwischen qualitativ hochstehender Versorgung, Kostendämpfung und Solidarität, den drei Zielen des KVG. Im internationalen Vergleich gelingt der Balanceakt nicht so schlecht, steht die Schweiz doch bei vielen Qualitätsindikatoren weit oben in der Rangliste – z. B. bei der Lebenserwartung oder der vermeidbaren Mortalität.

Qualität hat natürlich ihren Preis, aber es ist festzustellen, dass die Schweiz in den letzten Jahren nicht mehr zu den Ländern mit den teuersten Gesundheitssystemen der OECD gehört, wie dies lange Zeit der Fall war. Dennoch ist das schweizerische Gesundheitssystem von einigen Ineffizienzen gekennzeichnet.

Viele Regulierungen, die Fehlanreize beheben sollen, bringen wieder andere Fehlanreize und administrative Aufwände für die Leistungserbringer mit sich.

Beim dritten Ziel schliesslich, der Solidarität, gibt es ebenfalls Verbesserungspotenzial. Das Versicherungsobligatorium und die Prämienverbilligungen sorgen zwar dafür, dass auch teure Behandlungen prinzipiell für alle bezahlbar sind. Stossend ist jedoch, dass Prämienverbilligungen kantonal unterschiedlich ausgestaltet sind und sich die finanzielle Belastung einerseits je nach Haushaltstyp und andererseits je nach Kanton zum Teil stark unterscheidet.

Die ständigen Diskussionen über die (zu) hohen Kosten diskreditieren den Nutzen des Gesundheitswesens. Welche Erkenntnisse haben Sie über den volkswirtschaftlichen Nutzen des Gesundheitswesens?

Generell führen steigende Gesundheitsausgaben zu mehr Wertschöpfung und Beschäftigung. Wir haben dies mit einem Input-Output-Modell in einer Studie untersucht, die allerdings bereits gut zehn Jahre zurückliegt. [1] Auch langfristig dürften sich steigende Gesundheitsausgaben

über einen besseren Gesundheitszustand tendenziell positiv auf die schweizerische Wirtschaft auswirken, denkt man an die Wirkungen der Gesundheit auf die Arbeitsproduktivität: Gesunde Mitarbeitende verursachen weniger Zeitkosten in Form von Behandlungszeit, Krankheitstagen und Arbeitsausfall, dadurch bleibt die Produktivität der Unternehmen erhalten. Dies gilt jedoch nur, wenn die Mehrausgaben tatsächlich zu besserer Gesundheit führen. Volkswirtschaftlich gesehen gilt es, mit Investitionen in das Gesundheitswesen die Gesundheitsverbesserungen zu maximieren. Produziert das Gesundheitswesen viele Ineffizienzen und nur noch wenige Gesundheitsverbesserungen, so ist der volkswirtschaftliche Nutzen auch nur noch sehr eingeschränkt. Es kommt sogar zu Wohlfahrtsverlusten oder anders ausgedrückt: In diesem Fall sind die zusätzlichen Gesundheitsausgaben fehlinvestiert und man würde besser in andere Bereiche mit höherem volkswirtschaftlichen Nutzen investieren, z. B. in die Bildung. Bei hohen Ineffizienzen im Gesundheitswesen sind also Diskussionen über die (zu) hohen Kosten notwendig.

Ist unser Gesundheitswesen steuerbar?

Welches sind die entscheidenden «Hebel» zur Steuerung? Oder steuert es sich autonom?

Das Gesundheitssystem kann sich nicht autonom steuern, da keine perfekten Marktbedingungen herrschen. Es gibt berechtigte Gründe, warum der Staat eingreifen muss. Ein wichtiger Grund sind Informationsasymmetrien zwischen den Leistungserbringern und ihren Patientinnen und Patienten, die – im Unterschied etwa zum Kauf eines Mobiltelefons – nur schwer beurteilen können, welchen Nutzen ihnen eine Behandlung konkret bringt und wie nötig diese ist. So kann sich auch kein marktwirtschaftlicher Preis bilden, der Angebot und Nachfrage in Ausgleich bringt. Ein weiterer Grund ist der Krankenversicherungsmarkt, der wie eine Art Selbstbedienungsladen wirkt. Alle beteiligen sich an den Behandlungskosten der anderen. Dadurch möchten alle selbst auf ihre Kosten kommen und die bestmögliche Behandlung erhalten. Gleichzeitig ist die Krankenversicherung gesellschaftlich erwünscht, weil wir mit unterschiedlichen Risiken geboren werden und nicht wissen können, inwieweit wir auf Behandlungen angewiesen sein werden.

Das Gesundheitswesen ist wie angetönt allerdings schwierig zu steuern, weil es häufig Zielkonflikte gibt zwischen Solidarität, Kostendämpfung und Qualität. Fast jede Regulierung führt auch wieder zu neuen Fehlanreizen und neuen Regulierungen. Das schweizerische Gesundheitssystem tendiert inzwischen in Richtung Mikroregulierung. Das ist insbesondere dann suboptimal, wenn es zu mehr Administration für die Leistungserbringer führt und diesen dadurch Zeit für ihre Patientinnen und Patienten fehlt. Eine gute Leitlinie für die Steuerung ist der soge-

nannte «value based health care»-Ansatz, der den Nutzen in den Vordergrund rückt, d. h. den Wert einer Behandlung für die Patientinnen und Patienten. Gesundheitsleistungen werden danach vergütet, wie hoch der Mehrwert bzw. der **Nutzen** für die Patientinnen und Patienten ist. Das würde auch den volkswirtschaftlichen Nutzen maximieren (siehe vorherige Frage). Diesen Ansatz im schweizerischen Gesundheitswesen zu verfolgen, würde einen Paradigmenwechsel bedeuten. Derzeit orientiert sich die Vergütung nicht am Nutzen, sondern an der Leistung. Zudem muss definiert werden, was Nutzen konkret für die Patientinnen und Patienten bedeutet und wie er messbar gemacht werden kann. Dies sind keine einfach zu klärenden Fragen. Derzeit haben wir noch zu wenig Instrumente und Daten, um die Qualität gut zu messen.

In der Schweiz teilen sich der Bund und die Kantone die Steuerungskompetenz im Gesundheitswesen. Wie effizient funktioniert diese geteilte Kompetenz Ihrer Kenntnis nach? Wäre die Effizienz höher, wenn der Bund alleine die Kompetenz hätte?

Die geteilte Steuerung hat Vor- und Nachteile. Auf der einen Seite bringt der Föderalismus einige Ineffizienzen mit sich. Ein Problem ist die Kleinräumigkeit der Schweiz und ihre starke föderale Organisation der Gesundheitsversorgung, die dazu führen, dass es viele kleine Spitäler gibt, die nicht die optimale Betriebsgrösse haben, um Synergien und Skalenerträge zu nutzen. Oftmals wird auch in den Kantonen das Rad mehrmals neu erfunden, z. B. mit Pilotprojekten von Versorgungsmodellen, welche z. B. jenseits des Röstigrabens bereits erprobt wurden. Auf der anderen Seite hat der Föderalismus auch viele Vorteile. Er ermöglicht eine bürgernahe und bedarfsgerechte Versorgung. In einer Bergregion lässt sich beispielsweise die Gesundheitsversorgung nicht gleich umsetzen wie in städtischen Gebieten. Das erfordert spezifische Lösungen, die am besten vor Ort gefunden werden können. Auch ermöglicht der Föderalismus Innovation, z. B. die erste integrierte Versorgungsorganisation der Schweiz für den Jurabogen. Viele Errungenschaften unseres Versorgungssystems sind lokal und auf Initiative von einzelnen Kantonen entstanden. Aus unserer Sicht heisst es daher nicht, dass die Effizienz automatisch höher wäre, wenn der Bund über mehr Kompetenzen verfügen würde. Eine bessere Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Kantonen würde bereits Abhilfe schaffen.

Ein Problem ist dabei aber die Doppelrolle der Kantone als Eigentümer, Betreiber und Financier von Spitälern.

Aufgrund dieser Doppelrolle wird mit Gesundheitspolitik oftmals Regionalpolitik betrieben

INFRAS ist ein 1976 gegründetes Forschungs- und Beratungsunternehmen mit rund siebzig Mitarbeitenden in Zürich und Bern. Einen Arbeitsschwerpunkt bildet die Gesundheitspolitik. Unter anderem hat in den letzten Jahren INFRAS zahlreiche Analysen und Evaluationen verfasst zur Qualität, zu den Kosten und zur Finanzierung des Schweizer Gesundheitssystems.

Weitere Infos: www.infras.ch



und das Interesse an einer Koordination oder Zusammenlegung von Spitalbereichen ist gering.

In einer Studie, die Sie im Auftrag des BAG 2019 erstellten, nannten Sie konkrete Zahlen zur Ineffizienz des Schweizer Gesundheitssystems. Welches waren die Hauptkenntnisse dieser Studie?

Es war auch schon vorher bekannt, dass es beträchtliche Ineffizienzen im Gesundheitswesen gibt. In einer Studie aus dem Jahr 2012 [2] hatten wir zusammen mit dem Gesundheitsökonom Luca Crivelli Ineffizienzen in der Grössenordnung von 20% geschätzt. In der von Ihnen zitierten Studie [3] konnten wir zusammen mit dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) Winterthur die Ineffizienzen genauer quantifizieren und kommen auf Effizienzpotenziale von 17–19% bei KVG-pflichtigen Leistungen. Wichtige Erkenntnisse sind, dass die Ineffizienzen durch zu hohe Mengen und zu hohe Preise der Gesundheitsleistungen verursacht werden. In fast allen Leistungsbereichen gibt es Potenziale. Die höchsten quantifizierbaren absoluten Potenziale haben wir in der stationären Akutomatik, bei den ambulanten ärztlichen Leistungen und den Medikamenten gefunden.

Seit der Einführung der obligatorischen Grundversicherung 1996 ist ein jährlicher Anstieg der Kosten die Regel. Wie ist es Ihrer Analyse nach zu diesem (Teuerungs-)Mechanismus gekommen?

Es gibt verschiedene Kostentreiber: Zu den wichtigsten Treibern zählen die Demografie, der technische Fortschritt und der steigende Wohlstand. Es ist schwierig zu schätzen, was die Kosten am meisten antreibt. Aufgrund der nationalen und internationalen Literatur kann man davon ausgehen, dass der Effekt der Demografie durchaus relevant ist, aber weniger gewichtig sein dürfte als die nichtdemografischen Gründe, d. h. der medizinisch-technische Fortschritt und der steigende Wohlstand. Gesundheit gilt als superiores Gut, d. h. mit steigendem Einkommen sind wir bereit, einen überproportional hohen Anteil unseres Einkommens für Gesundheit auszugeben. Mit steigendem Wohlstand steigt auch die Nachfrage nach neuen effizienteren und personalisierten Gesundheitslösungen, was wiederum den Anreiz für Forschung und Entwicklung für die Gesundheitsindustrie erhöht. Prinzipiell kann der technische Fortschritt kostensparend wirken, z. B. indem neue Medikamente und Therapien besser wirken. Die Literatur deutet jedoch darauf hin, dass er insgesamt kostensteigernd wirkt. So sind neue Verfahren und Therapien oft komplementär und ersetzen alte nicht. Zudem verlängern sie oft das Leben, was mehr und längere Behandlungen und Therapien mit sich bringt. Beim Kostenwachstum spielt das BIP eine wichtige Rolle. Denn steigt

das BIP, dann können wir uns auch höhere Gesundheitsausgaben leisten. In der Vergangenheit sind jedoch auch die Kosten im Verhältnis zum BIP gestiegen, zwischen 2010 und 2020 von rund 10 auf 12%. In den letzten zwei Jahren scheint sich dieser Anstieg aber gemäss einer Untersuchung der KOF [4] etwas stabilisiert und um 11,5% des BIP eingependelt zu haben.

Die Verwaltung einer Krankenkasse kostet die Prämienzahlerinnen und -zahler im Schnitt rund 5% oder 200 Franken pro versicherte Person. Was sagen Sie dazu? Würde eine Einheitskasse diese Kosten senken?

Eine Einheitskasse könnte u. a. die Verwaltungskosten reduzieren (dank Grössenvorteilen im Overhead), was sich positiv auf die Prämien und die Arbeitsproduktivität auswirken würde. Die Haushalte könnten profitieren und hätten dann vergleichsweise mehr Einkommen zur Verfügung. Der Mehrkonsum dürfte in der Folge jedoch in Gütern fließen, die weniger wertschöpfungsintensiv und importintensiver sind als die wegfallenden Verwaltungsleistungen im Inland. Eine Einheitskasse hätte aber auch eine Monopolstellung inne. Sie wäre keinem Wettbewerbsdruck ausgesetzt und hätte damit auch keinen Druck, ihre Kosten zu senken. Inwieweit die möglichen Vorteile einer Einheitskasse die Nachteile aus einer Monopolstellung überwiegen oder umgekehrt lässt sich schwer abschätzen.

Wie steht es Ihrer Meinung nach um die «Checks and Balances» in unserem Gesundheitssystem? Gibt es einen fairen Ausgleich der verschiedenen Interessensgruppen?

Es gibt sehr viele Interessensgruppen im Gesundheitswesen. Das macht die Gesundheitspolitik besonders anspruchsvoll. Ein Problem ist, dass die Patientinnen und Patienten und Prämienzahlenden als Interessenorganisation nur schwach vertreten sind. Eine stärkere Mitsprache und ein stärkerer Einbezug der Bedürfnisse und der Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung würde nutzbringende Ansätze wie integrierte Versorgung und Einführung von Qualitätsindikatoren sicherlich schneller vorantreiben.

Sie haben in verschiedenen Studien die Auswirkungen von Kostenbremsen im Gesundheitswesen untersucht. Welches sind Ihre Hauptkenntnisse?

Kostenbremsen lassen sich durch zwei Hauptmerkmale charakterisieren: einen globalen Zielwert und einen Anpassungsmechanismus, der greift, wenn der Zielwert überschritten wird. Die Frage ist, wer einen solchen Zielwert nach welchem Massstab für welchen Bereich des Gesundheitswesens festlegt und wie genau der Anpassungsmechanismus funktionieren könnte, wenn der Zielwert überschritten wird. Denkbar wäre eine Steuerung über ein Kostenbudget

Anmerkungen

- [1] INFRAS (2010): Volkswirtschaftliche Wirkungen steigender Gesundheitsausgaben. Studie im Auftrag von vips – Vereinigung importierender Pharmafirmen in der Schweiz.
- [2] INFRAS und Crivelli (2012): Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Studie im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz.
- [3] WIG und INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Eine Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
- [4] Anderes und Graff (2023): KOF-Prognose der Gesundheitsausgaben Herbst 2023. KOF Studien Nr. 175, 11/2023.

für die Leistungserbringer oder über eine Anpassung der Tarife. Die Budgetsteuerung wäre in Bezug auf das Ziel der Kostendämpfung wirksamer, aber in der Abwicklung komplexer und aufwendiger umzusetzen. Auch negative Nebeneffekte wie Unterversorgung, Wartezeiten

sind nicht ausgeschlossen. Die Tarifsteuerung wäre einfacher umzusetzen.

*Die Fragen stellte Bernhard Stricker,
Mitglied der Redaktion Synapse*

Teilrevision des Epidemiengesetzes: Es droht ein neues Bürokratiemonster

Der Bundesrat hat eine Teilrevision des Epidemiengesetzes in die Vernehmlassung gegeben, die seitens der Ärzteschaft eine dezidierte Stellungnahme erfordert, um die Bürokratie nicht weiter aufzublähen und um die Versorgungsmangellage mit Medikamenten nicht unnötig zu verschärfen.

Wie im aktuellen Editorial festgehalten, ist die ausufernde Bürokratie einer der wesentlichsten Faktoren, die das Gesundheitswesen teuer und ineffizient machen, keinen Zusatznutzen für Patientinnen und Patienten generieren und klinisch Tätige, egal ob Ärztinnen und Ärzte oder Pflegende, scharenweise aus dem Beruf treiben. Diese Bürokratie generiert medizinisch sinnfreie Papier- oder Bildschirmarbeit, in Abhängigkeit der mehr oder weniger praxistauglichen Software, die in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen oder Arztpraxen zur Verfügung steht.

Leider gibt es auch bei der aktuellen Teilrevision des Epidemiengesetzes, obwohl entsprechende fachlich kritische Kommentare eingebracht wurden, Handlungsbedarf, damit es nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Patientenversorgung kommt.

Der Pandemieplan, der vor der COVID-Pandemie vorlag, sich allerdings auf Grippeviren bezog, war gar nicht so schlecht. Problematisch war primär, dass das Dokument sehr umfangreich und die wesentlichen Informationen mitten im Dokument auf zwei Seiten festgehalten waren. Dies hat auch dazu beigetragen, dass der Plan «schubladiert» wurde, ohne dass die Empfehlungen umgesetzt wurden. Hauptgrund für das Nichtumsetzen dürfte aber die Tatsache gewesen sein, dass es sich um Vorhalteleistungen handelte. Zusätzliches Material zur Lagerung vor Ort einzukaufen und diese Lager zu bewirtschaften, ist nicht gratis. Bei den aktuellen finanziellen Problemen im stationären und ambulanten Bereich ist es kein Fortschritt, wenn in der Teilrevision die Vorbereitungsmaßnahmen und die Verpflichtung zu einer aktuellen Planung noch detaillierter vorgeschrieben werden (in Artikel 8), aber über die Finanzierung kein Wort verloren wird respektive diese auch nachfolgend ohne genügenden Einbezug der Leistungserbringer geregelt ist.

Auch ein Ausbau von Meldesystemen ist nicht gratis. Die Meldungen müssen generiert, übermittelt, analysiert, die Resultate kommuniziert

und passende Massnahmen getroffen werden. Immerhin, es wird versucht, dies mit digitalen Anwendungen zu vereinfachen und dem «once only»-Prinzip nachzuleben, um nicht unnötig Ressourcen in redundante Mehrfachmeldeprozesse ohne Zusatznutzen zu verlieren. Hier haben Bund, Kantone und Softwarehersteller von Praxis- und Klinikinformationssystemen noch viel Arbeit vor sich.

Die aktuellen Lösungen genügen hinsichtlich Standards und Interoperabilität keinesfalls.

Zahlreiche Pflegende, Unterassistentinnen (Medizinstudierende während des «Wahlstudienjahres») und Assistenzärzte verbringen Stunden ihrer Arbeitszeit mit manuellen Datenübertragungen von Files von einem System in ein anderes oder in der Regel leider sogar in mehrere andere. Diese Verbesserung der Software kostet und sollte finanziert werden. Da weder die stationäre noch die ambulante Medizin aktuell kostendeckend vergütet werden, sind leider im Gesundheitswesen selbst keine Ressourcen in erforderlichem Ausmass vorhanden. Die Entwicklung dieser Software muss zwingend partizipativ erfolgen, denn sie sollte einen Zusatznutzen generieren für die Benutzer. Das Negativbeispiel par excellence für eine gute Idee und eine katastrophale Umsetzung stellt das EPD (Elektronisches Patientendossier) dar. Deshalb sollte dieses nicht wörtlich (als Begriff) im Epidemiengesetz genannt werden, um dann das Epidemiengesetz im Umkehrschluss als Rechtfertigung für das EPD zu missbrauchen.

Sinnvolle Ansätze

Grundsätzlich finden sich viele sinnvolle Ansätze im erläuternden Bericht, zum Beispiel, dass wegen der aktuell schon bestehenden Überlastungssituation gewisse Daten nicht primär in den Hausarztpraxen gesammelt werden sollten. Im Gesetz findet sich dann aber im

Carlos Quinto



selben Artikel (ebenso in mehreren Artikeln zu weiteren Themen) eine Blankovollmacht für den Bundesrat respektive die in seinem Auftrag tätige Administration, alle im Gesundheitswesen mit Patienten arbeitende Personen, also auch die Hausärztinnen, mit allen möglichen Aufgaben, meist administrativer Natur, zu belegen. Typischerweise werden die Aufgaben national festgelegt, die Kantone mit der Durchführung beauftragt, was wiederum von diesen an die betreffenden Gesundheitseinrichtungen delegiert wird. Über die Art der Finanzierung, einen partizipativen und rechtzeitigen Einbezug von Fachpersonen, um praktikable Lösungen zu realisieren, finden sich keine Angaben respektive keine hinreichenden Ausführungen. Bei staatlichen Betrieben mag das angehen, da wohl letztlich Defizite durch den Steuerzahler gedeckt werden, aber bei privat geführten Einrichtungen ist dies schwierig. Dies war denn auch eine der grössten Schwächen im Management der COVID-Pandemie. Das bisherige Epidemien-gesetz war an sich gar nicht so schlecht, nur hielt man sich nicht so strikt daran. In vielen Punkten war an sich klar, dass die Finanzierung durch Bund und Kantone zu erfolgen hatte. Es wurde dann aber vieles in den Bereich der Krankenversicherung verschoben, notabene ohne die Leistungserbringer adäquat anzuhören.

Aus Public-Health-Sicht wurde so ein relevanter Schaden angerichtet.

Es besteht aber erfahrungsgemäss die Hoffnung, dass vieles wieder vergessen geht: Zeit heilt Wunden. Eine weitere Herausforderung ist die Frage, wie diese Teilrevision bei dem sich verschärfenden Fachkräftemangel und knappen personellen Ressourcen bewältigt werden soll. Bei einer Epidemie handelt es sich um ein zeitlich und örtlich gehäuftes Auftreten einer Erkrankung. Betrifft dies zahlreiche Länder, wird von einer Pandemie gesprochen. Was ergibt sich daraus? Das Epidemien-gesetz sollte sich auf Erkrankungen und Probleme beschränken, welche diese Definition erfüllen. Denn die vorgesehene Massnahmen sind in der Regel geeignet für die Eindämmung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten. Andere Probleme erfordern andere Massnahmen.

Aus ärztlicher Sicht ist es deshalb falsch, das Thema der Antibiotikaresistenz in dieser Art in ein Epidemien-gesetz einzufügen. Das Einzige, was in einem Epidemien-gesetz Sinn ergibt, ist die Erwähnung und nachhaltige Finanzierung eines Meldesystems, wie es aktuell mit ANRESIS in der Schweiz schon besteht. Ebenfalls sollten das Sentinella-System wie auch das Abwassermonitoring finanziell und personell mit den erforderlichen personellen Ressourcen ausgestattet werden.

Mangelversorgung mit Medikamenten und Impfstoffen gefährdet Patientensicherheit

Welches sind die Ursachen und wo liegen die Hauptprobleme bei der Antibiotikaresistenz? Es ist ein Fakt, dass gewisse Bakterien die Fähigkeit haben, früher oder später gegen jedes aktuelle Antibiotikum resistent zu werden. Man kann noch so sparsam mit den Antibiotika umgehen. Daraus folgt, dass zwingend neue Antibiotika entwickelt werden müssen. Das grösste Problem für die Entwicklung neuer Antibiotika besteht in fehlenden oder nicht vorhandenen Anreizen für die pharmazeutische Industrie: Push-und-Pull-Anreize würden funktionieren, wie nachweislich eine veröffentlichte staatliche schwedische Studie gezeigt hat. Das Problem ist, dass ein neues Antibiotikum immer nur als Reserveantibiotikum einzusetzen ist: Es lässt sich folglich mit der Herstellungsmenge kein Einkommen generieren. In der Schweiz hat der «Roundtable Antibiotika» für die Gesundheitspolitik die Probleme benannt.

Von ärztlicher Seite ist die Finanzierung der Entwicklung neuer Antibiotika zu unterstützen.

Es stellt sich nur die Frage, ob das Epidemien-gesetz der geeignete Ort für dieses Anliegen ist: Was geschieht, wenn eine andere Medikamentengruppe als Antibiotika betroffen ist, zum Beispiel Antidiabetika? Generell ist die Mangelversorgung mit Medikamenten und Impfstoffen eines der grössten Probleme in der Schweiz und mehreren europäischen Ländern und dürfte neben endlosem zusätzlichem Arbeitsaufwand für Ärzte, Apotheker, Pflege, Spitäler und Heime auch aktuell einer der relevantesten vermeidbaren Faktoren in Hinblick auf die Gefährdung der Patientensicherheit sein.

Die Produktion von Wirkstoffen und/oder Medikamenten wurde aus Kostengründen in zwei grössere ferne asiatische Länder verlegt. Neben Qualitätsproblemen bei der Produktion, der verständlicherweise zuerst erfolgenden Deckung des Eigenbedarfs bei wachsender Bevölkerung dort und der sehr langen, anfälligen Logistikwege gibt es mehrere Umweltprobleme. In diesen Ländern gelangen Antibiotika im Zusammenhang mit der Produktion gehäuft ins Abwasser. Auch dies führt zu resistenten Bakterien. Jeder dritte Reiserückkehrer aus diesen Ländern trägt multiresistente Bakterien auf sich. Bei der Antibiotikaresistenz besteht folglich ein relevantes Importproblem in Zusammenhang mit der internationalen Mobilität. Die OECD lässt leider diesen Faktor in ihren Rechnungsmodellen aus. Dies führt dazu, dass Spitälern ungerechtfertigterweise ein Problem der Patientenmobilität als Problem mangelnder Hygiene angelastet wird. Das Problem lässt sich aber an keiner Grenze lösen, sondern nur an der Quelle. Eine Person mit multiresistenten Bakterien hat selbst keine gesundheitlichen Probleme,

solange die Bakterien nicht in den Organismus eindringen, beispielsweise über eine Operationswunde. Medizintourismus in fernen Ländern kann folglich zu einigen, manchmal schwerwiegenden Problemen führen.

Wie aus diesen Ausführungen deutlich wird, ist es absolut sinnlos, die Hausarztpraxen in der Schweiz mit administrativem Zusatzaufwand in Zusammenhang mit Antibiotika zu belasten, da dort weder das Problem noch dessen Ursache zu verorten ist. In der Schweiz beschränkt sich die Relevanz des Problems auf den stationären Sektor und die Patientenmobilität, d. h. wenn Spitäler Patientinnen und Patienten mit resistenten Bakterien nach Auslandsaufenthalt betreuen müssen – eine Isolation ist personal- und kostenintensiv – oder wenn von Spitälern solche Patientinnen und Patienten in Alters- und Pflegeheime verlegt werden.

Natürlich ist eine Fortbildung der Ärzteschaft notwendig. Diese erfolgt aber schon seit Jahren regelmässig jedes Jahr im Rahmen der Kongresse und Facharztfortbildungen. Die Deutschschweiz weist denn auch die tiefste Antibiotikaverschreibungsrate in ganz Europa auf. Es braucht folglich auch keine gesonderte Fortbildung mit einem separaten System mit vermehrtem administrativem Zusatzaufwand. Hilfreich ist ein Online-Informationssystem, welches während der Sprechstunde verwendet werden kann. Anresis hat hierzu ein kostenloses Angebot, welches Daten zur Resistenzlage und Behandlungsrichtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie in idealer Weise kombiniert. Kein Wunder, dass diese nationale Lösung für einmal praktikabel ist – das Projekt wird auch von einem Arzt geleitet, der unter anderem auch hausärztlich tätig ist und somit die Anforderungen und Bedürfnisse für die Praxistauglichkeit einer Softwareapplikation kennt.

Die Unterscheidung zwischen bakteriellen und viralen Infektionen kann manchmal anspruchsvoll sein.

Es ist für einen Arzt nicht interessant, unnötigerweise Antibiotika zu verschreiben. Denn so bleiben nur die Nebenwirkungen, ohne einen Nutzen für den Patienten. Finanziell bestehen auch keine Anreize: Antibiotika sind billig. Das grössere Problem ist, dass aktuell die Versorgung mit Medikamenten nicht mehr sichergestellt ist. Am wichtigsten und günstigsten sind das Gespräch mit dem Patienten (dessen Dauer leider durch den Bundesrat begrenzt wurde), die körperliche Untersuchung und dann, oft notwendig, Laboruntersuchungen oder seltener bildgebende Verfahren. Und hier liegen wiederum Hauptprobleme: Der Tarif wird seit über zwanzig Jahren von einem Krankenversichererverband blockiert und wurde in den letzten drei Jahren durch den verantwortlichen Bundesrat auf die

lange Bank geschoben. Anpassungen, darunter auch eine laufende Revidierbarkeit, sind dringend erforderlich. Ein wesentlicher Punkt, dies konnte durch eine Nationalfondsstudie aus Lausanne gezeigt werden, liegt beim Praxislabor. Die Resultate müssen schnell verfügbar sein, da der Behandlungsbeginn bei einem bakteriellen Infekt zeitkritisch sein kann. Bis heute beschränkt sich für diese Fragestellung die Blutuntersuchung in der Hausarztpraxis auf Blutbild und CRP. Dies hilft mit der entsprechenden klinischen Erfahrung zwar schon viel weiter. Es gibt aber noch mehr und bessere Laboruntersuchungen – es hat in den letzten zwanzig Jahren auch im Bereich medizinische Diagnostik Fortschritte gegeben. Dies müsste vonseiten der Administration im Bereich der Laboranalysen berücksichtigt werden. So könnten Ärztinnen und Ärzte noch besser zwischen bakteriellen Infekten, die eine Antibiotikatherapie erfordern, und anderen Infekten, bei denen eine solche nicht notwendig ist, unterscheiden. Aber wenn man den (Haus-)Ärzten die diagnostischen Möglichkeiten nicht geben will respektive vorenthält, darf man sich nicht über ausbleibende Fortschritte wundern.

Ärzteverbände sind gefordert

Gefährlich wird es, wenn während einer Versorgungsmangellage mit Antibiotika respektive mit Medikamenten generell dann noch durch den Bundesrat in die Therapiemöglichkeiten eingegriffen wird. Das Rechtssystem ist viel zu träge, um Schritt halten zu können mit den Medikamentenengpässen, der Entwicklung der Resistenzlage, von individuellen Medikamentenunverträglichkeiten und -allergien der Patientinnen und Patienten ganz abgesehen. Die Folgen werden sein, dass die Patientinnen und Patienten nicht mehr in der Praxis behandelt werden können und in die schon heute überlasteten Notfallstationen eingewiesen werden müssen und im schlimmsten Fall, da eine zeitgerechte Versorgung so in besonderen Fällen verunmöglicht wird, auch Todesfälle möglich sind, für welche die Verantwortung dann beim Regulator liegen würde.

Um getreu dem Editorial eine weitere Bürokratisierung im Gesundheitswesen, ohne Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten, zu verhindern und die Versorgungsmangellage mit Medikamenten, Impfstoffen und Fachkräften nicht weiter zu verschlechtern, ist **eine dezidierte Stellungnahme in der Vernehmlassung der Teilrevision des Epidemiengesetzes von ärztlicher Seite notwendig**. Neben der FMH sind alle kantonalen Ärztegesellschaften und Fachgesellschaften gefordert, deren Mitglieder im Rahmen der Patientenversorgung mit Epidemien, im Berufsalltag mit Infektionskrankheiten, und insbesondere mit Antibiotika, zu tun haben.

*Dr. med. Carlos Quinto,
Mitglied der Redaktion Synapse*

Buchbesprechung

«Der Wachstumszwang»



Als der amerikanische Ökonom und Managementspezialist Dennis Meadows 1972 (zusammen mit weiteren Autoren) im Auftrag des «Club of Rome» den Bericht «**Die Grenzen des Wachstums**» veröffentlichte, traf er den Nerv und die Stimmung der Zeit, indem er eine weltweite Diskussion über den Sinn und Unsinn von wirtschaftlichem Wachstum auslöste. Die Hauptbotschaft des Buches: *«Die Menschheit steht an einem Wendepunkt, weil die Grenzen des Wachstums erreicht sind. In einer endlichen Welt, die von endlichen Ressourcen lebt, kann exponentielles Wachstum, wie es der Nachkriegsboom bis dahin erlebte, nicht von Dauer sein.»*

Meadows' Wachstumskritik fand bei vielen Zeitgenossen grossen Anklang und führte zu grundsätzlicher und fundamentaler Systemkritik am Kapitalismus. Gleichwohl haben sich die Schreckensszenarien dieses Buches über die Zukunft der Menschheit inzwischen als Fehlprognosen erwiesen, weil – so die zentrale ökonomische Gegenposition – Meadows und sein Team die Rolle von steigenden Preisen als Knappheitssignal völlig unterschätzt hätten. Trotz dieser Fehlprognose ist die Kritik am Wirtschaftswachstum seither nie mehr abgeflacht. Zu den Kritikern gehört(e) auch Mathias Binswanger, Professor für Volkswirtschaftslehre an der Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten und Privatdozent an der Universität St. Gallen. In seinem Buch «**Der Wachstumszwang**» beschreibt Binswanger das Dilemma moderner (Volks-)Wirtschaften, die ohne Wachstum nicht mehr funktionieren. Im Gegenteil: Wir seien inzwischen – so Binswanger – Getriebene dieses Wachstums. Für eine steigende Zahl von Menschen in reichen Ländern sei mehr materieller Wohlstand kein glaubhaftes Ziel mehr. Binswanger geht in seinem Buch vor allem der Frage nach, weshalb das so gekommen ist. Kurz zusammengefasst: Es gibt im heutigen weltweiten Wirtschaftssystem nur zwei Alternativen: Wachstum oder Schrumpfung. Einen Mittelweg

gibt es nicht. Zu einer Schrumpfung kommt es aber im Normalfall nicht, weil Unternehmen aus eigenem Interesse stets möglichst hohe Gewinne erzielen wollen, was sich wiederum nur mit ständigen Investitionen in neues und besseres Kapital erreichen lässt.

Gleichwohl werden sich die Menschen in hochentwickelten Ländern zunehmend bewusst, dass sie mit noch mehr materiellem Wohlstand nicht glücklicher werden und dass Wirtschaftswachstum die Umwelt belastet. Aus dem Heilsversprechen des Wachstums auf eine bessere Zukunft ist eine Zwangshandlung geworden: *Wir müssen weiterwachsen, auch wenn wir dies gar nicht mehr wollen.*

Die Folge davon: Das Aufrechterhalten des Wachstums in hochentwickelten Ländern erfordert immer mehr Anstrengungen. Es genügt nicht mehr, vorhandene Bedürfnisse der Konsumenten zu decken, sondern es müssen stets neue Bedürfnisse geweckt und befriedigt werden, um den Verkauf weiter anzukurbeln.

Ein Ende des Wachstums ist deshalb trotz stetigen Unkenrufen bis heute nicht in Sicht. Die Weltwirtschaft wächst nach der kurzen Unterbrechung durch die Finanzkrise im Jahr 2009 wieder regelmässig mit Wachstumsraten zwischen 2 und 4 Prozent. Daran hat auch der momentan viel diskutierte CO₂-Anstieg nichts geändert.

Binswanger kommt zu folgendem Fazit: *«Es ist letztlich egal, was wie und wo genau produziert oder gekauft wird. Entscheidend ist nur, dass die Wertschöpfung stets erhöht werden kann ... Und es spielt auch keine Rolle, ob die Menschen durch diese permanente Mehrproduktion tatsächlich glücklicher oder zufriedener werden. Es reicht, wenn die Menschen daran glauben, selbst wenn das Glücksversprechen im Kollektiv nicht mehr eingelöst werden kann.»*

*Bernhard Stricker,
Mitglied der Redaktion Synapse*

Mathias Binswanger:

Der Wachstumszwang – Warum die Volkswirtschaft immer weiterwachsen muss, selbst wenn wir genug haben
Wiley-Verlag, Weinheim, 2019, ISBN 978-3-527-50975-1

Mathias Binswanger ist auch Autor des 2006 erschienenen Buches «**Die Tretmühlen des Glücks**», in dem er seine Erkenntnisse als Glücksforscher über den Zusammenhang zwischen Glück und materiellem Wohlstand darlegt. Dieses Thema war auch Gegenstand eines Interviews, das die *Synapse* 2019 mit Binswanger führte.

Das ganze Interview kann nachgelesen werden in der *Synapse* 6/2019:

<https://synapse-online.ch/portfolio-items/ausgabe-2019-06-2/>



Schlag- und Stichwörter

Gesundheitspolitische Holzwege

Was ist typisch für einen Holzweg? Er ist meistens breit, manchmal sumpfig und gelegentlich durch Äste versperrt. Vor allem aber: Auf ihm kommt man nicht ans Ziel. Er endet früher oder später irgendwo im Dickicht.

Ist die Medizin in der Schweiz auf dem Holzweg? Auf den ersten Blick scheint es nicht so. Wir haben noch immer eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Die meisten Patienten sind zufrieden und realisieren nicht, auf welchem schlüpfrigen Holz- und Abwegen sich die Gesundheitspolitik seit Jahren bewegt und dass Versorgungsengpässe uns bald stark zu schaffen machen könnten. Warum ist das so?

Abholzen statt Nachpflanzen

Personalengpässe sind bereits jetzt unser grösstes Problem. Unverständlich, dass unter diesen Umständen jemand über einen Zulassungsstopp überhaupt nur nachdenkt. Nebst dem unmittelbaren Schaden durch solche unnatürliche Beschränkungen vergällt man dem Nachwuchs die Motivation zum Einsteigen in den Arztberuf. Im Bild des Waldes gesprochen wäre das etwa so: Es gibt keinen Jungwald in den Schneisen, aber statt solchen zu pflanzen, holzt man auch noch die grossen Bäume ab und macht zusätzliche Schneisen. Das Paradox ist dermassen offensichtlich, dass man sich fragt, wer hier eigentlich ein Brett vor dem Kopf hat.

Ein Baum wie der andere?

Keiner Forstverwaltung käme es in den Sinn, jeden Baum, der für Brennholz geschlagen wird, zum gleichen Preis anzubieten. Die tatsächliche Menge Brennholz ist am Schluss entscheidend. Aber seit wir die DRG haben, ist ein Blinddarm ein Blinddarm und ein Hüftgelenk ein Hüftgelenk; als gäbe es keine Unterschiede bezüglich Alter, Komorbiditäten und individueller Besonderheiten, ja, so als gehe es gar nicht mehr um den Menschen, sondern nur noch um die Krankheit. Der Betreuungsaufwand soll für jeden genau gleich sein? «One size fits for all»? Da macht entweder die Institution finanziell rückwärts oder die Qualität leidet. Ob das gar der Grund ist für die zunehmenden und lästigen «Qualitätskontrollen»?

Der Förster auf dem Sozialamt

Man stelle sich vor: Der Förster soll die gleiche Arbeit machen wie immer und er soll sie auch gleich gut machen wie immer; nur soll er sie schneller machen und weniger Lohn dafür bekommen. Irgendwann landen da auch die tüchtigsten und motiviertesten Arbeiter bei der IV oder auf dem Sozialamt. Und wer wollte unter

solchen Bedingungen überhaupt noch Förster werden?

Nur im Gesundheitssystem soll dieses Modell auf wundersame Art und Weise funktionieren. Kosten sparen ohne Leistungs- und Qualitätseinbusse. In solchen Gedankenkonstrukten ist definitiv der (Holz-)Wurm drin.

Baumplantagen und Borkenkäfer

Wenn ich zwischen Venedig und Triest unterwegs bin, sehe ich riesige Baumplantagen, die mit der Messschnur gepflanzt sind. Es sind keine Wälder, sondern Monokulturen. Es fehlt das Unterholz, die Verschiedenheit, eigentlich alles Wesentliche. Planung und Kontrolle bestimmen zunehmend das Gesundheitswesen. Dies ist mit ein Grund, warum der Datenhunger des Staates und der Krankenkassen keine Grenzen kennt. Alles muss dokumentiert werden, was sinnlos Kräfte bindet. Aber vielleicht noch schlimmer: Dokumentiertes ist leichter kontrollierbar. Ob das der tiefste Abgrund ist, der sich hinter der systematisch verfehlten Gesundheitspolitik verbirgt?

Benutzerfreundliche digitale Lösungen können einer Arztpraxis viel Aufwand ersparen. Sobald die Daten aber die Praxisräume verlassen sollen, wird es gefährlich. Die zentrale medizinische Datensammlung Deutschlands, genannt «gematik», wirbt für sich so: «Für gematik dürfen Sie das Arztgeheimnis vergessen.» Sie garantiert: Wer mitmacht, haftet weder zivil- noch strafrechtlich. Anonymisierung soll den Datenschutz sicherstellen. Aber es gibt keine digitalen Geheimnisse und die KI birgt unheimliche Möglichkeiten in sich. Hier frisst sich – noch weitgehend unbemerkt – der Borkenkäfer durch das Arztgeheimnis. Sein lateinischer Name ist «*Ips typographus*», der «Buchdrucker». Der «*Ips digitalis*» scheint mir weit gefährlicher zu sein. Ist ein Geheimnis digital einmal ausgeplaudert, lässt es sich nie mehr zurückholen. Da war die handgeschriebene Akte im Schrank doch sicherer.

Wo kein Wille ist, ist auch kein Weg

Sehen die, die ständig ins Gesundheitssystem eingreifen, denn nicht ein, dass sie damit auf dem Holzweg sind und zu keinem Ziel kommen? Können so viel Kurzsichtigkeit und Dummheit wirklich sein? Oder ist es am Ende schlimmer? Will man überhaupt ans Ziel kommen? Und falls ja: an welches?

Karin Hirschi-Schiegg



*Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg,
Mitglied der Redaktion Synapse*

Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel | uniham-bb

Startschuss für die gesundheitliche Vorausplanung in Basel-Stadt und Baselland



Zunehmende medizinische Handlungsoptionen bei ernster Erkrankung, der Wunsch der meisten Menschen, möglichst lang selbst bestimmen und entscheiden zu können, und das Bedürfnis, Angehörige vom Entscheidungsdruck zu entlasten, haben dazu geführt, auch in der Nordwestschweiz das Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung zu konkretisieren.

Basierend auf einem im Jahr 2018 gemeinsam vom BAG und palliative.ch erarbeiteten Rahmenkonzept mit dem Titel **Gesundheitliche Vorausplanung mit dem Schwerpunkt «Advance Care Planning»** hat sich in den Kantonen Basel-Stadt und Baselland auf Initiative des Universitären Zentrums für Hausarztmedizin beider Basel, der Abteilung Palliative Care am Universitätsspital Basel und der im Bereich der Patientenverfügungs-Beratung tätigen Organisation GGG Voluntas eine multiprofessionell zusammengesetzte Kerngruppe an die Arbeit gemacht und für die beiden Halbkantone in einem ausgesprochen partizipativen Bottom-up-Prozess ein Konzept zur gesundheitlichen Vorausplanung erarbeitet. Ende November 2023 wurden die Grundideen, die Formulare und die Möglichkeiten zur Aus- und Weiterbildung interessierten Fachpersonen, aber auch Mitgliedern von Behörden, Verantwortungsträgern von Verbänden und Institutionen vorgestellt.

Ausgesprochen erfreulich ist es, dass nahezu sämtliche im Bereich der Gesundheitsversorgung tätigen Institutionen und Spitäler, aber auch die Medizinische Gesellschaft Basel-Stadt, die Ärztesgesellschaft Baselland, die grossen Verbände der Alters- und Pflegeheime Curaviva BS und BL wie auch die kantonalen Spitex-Organisationen dieses Konzept mittragen, ihre Mitarbeitenden und Mitglieder über die entsprechenden Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten informieren

und ihnen zugleich empfehlen, die für beiden Kantone geschaffenen einheitlichen Formulare zu verwenden.

Dabei geht es um die **Ärztliche Notfallanordnung**, ein Dokument für ältere resp. ernst erkrankte Menschen, in dem sie gemeinsam mit der behandelnden Arztperson festlegen, welchen konkreten lebenserhaltenden Massnahmen (z.B. Reanimation, Einweisung auf eine Intensivstation mit oder ohne invasive Beatmung, Spitalbehandlung) sie in einer Notfallsituation zustimmen und welchen nicht. Eine solche Notfallanordnung kann bei Urteilsunfähigkeit der betroffenen Person auch von einer gesetzlichen Vertretungsperson gemeinsam mit einer Arztperson errichtet werden.

Auch der **Behandlungsplan** für ebenfalls ältere und ernst erkrankte Menschen ist ein Dokument der gesundheitlichen Vorausplanung. Dieser dient der vorausschauenden Behandlungsplanung und ist zugleich ein Kommunikationsinstrument für alle an der Behandlung und Betreuung beteiligten Fachpersonen.

Nach wie vor wird gesunden und kranken Menschen dazu geraten, eine **Patientenverfügung** zu erstellen, wenn es ihnen ein Anliegen ist, dass ihre Behandlungswünsche im Falle einer Urteilsunfähigkeit berücksichtigt werden. Hierfür werden bereits in Umfang und Inhalt unterschiedliche Formulare angeboten.

- Detaillierte Informationen zum Konzept, zu den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten und auch die Formulare Ärztliche Notfallanordnung und Behandlungsplan können über die eigens geschaffene Website heruntergeladen werden: www.gesundheitliche-vorausplanung-bb.ch.
- Fachpersonen haben die Möglichkeit, sich in Form eines kostenlosen E-Learnings mit dem Thema vertraut zu machen: <https://tales.nmc.unibas.ch/r/gesundheitliche-vorausplanung-bb/>.
- GGG Voluntas als langjährig erfahrenes Kompetenzzentrum für die gesundheitliche Vorausplanung bietet für Interessierte entsprechende Einführungs- und Weiterbildungskurse an: www.ggg-voluntas.ch.



Patientenverfügung: Beratung GGG Voluntas.

- Schliesslich besteht die Möglichkeit, sich laufend über die Entwicklung der gesundheitlichen Vorausplanung auf nationaler Ebene zu informieren. Eine im Jahr 2021 vom BAG und von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) eingesetzte Arbeitsgruppe informiert auf folgender Website: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Gesundheitliche-Vorausplanung.html>

Die Mitglieder der Kerngruppe Gesundheitliche Vorausplanung und der Beirat, zusammengesetzt aus Vertretungen der involvierten Insti-

tutionen und Verbände sowie Verantwortungsträgern der Behörden, möchten Sie, verehrte Leserinnen und Leser, animieren, zum Wohle der von uns betreuten gesunden und kranken Menschen von den neuen sich ergebenden Möglichkeiten der gesundheitlichen Vorausplanung Gebrauch zu machen.

*Für die Kerngruppe
Gesundheitliche Vorausplanung BS & BL:
Michelle Salathé, GGG Voluntas
Jikkellen Bohren, GGG Voluntas
Klaus Bally, Universitäres Zentrum für Haus-
arztmedizin beider Basel (uniham-bb)*

Link zur Website: Gesundheitliche Vorausplanung BS & BL
<https://www.gesundheitliche-vorausplanung-bb.ch/>



Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel | uniham-bb

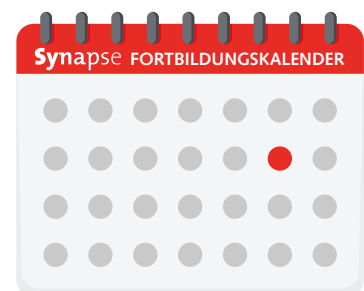
Wichtige Termine 2024



Dienstagmorgen-Fortbildungen im KSBL Liestal, Aula Feldsäge, 7.45–8.30 Uhr

30. April 2024, «Infektiologie – Neue insektenübertragene Erkrankungen»
Prof. Dr. med. Philip Tarr

Nutzen Sie den Fortbildungs- kalender unter [http:// fortbildungskalender-synapse.ch/](http://fortbildungskalender-synapse.ch/)



Diese Plattform für die Fortbildungen der Grundversorgerinnen und Grundversorger in der Nordwestschweiz wird betreut durch den Hausarzt Dr. med. Julian Mettler, der für die Auswahl der Einträge zuständig ist. Er macht diese Arbeit, um für sich und seine Kolleginnen und Kollegen etwas mehr Übersicht über das vielfältige Fortbildungsangebot zu schaffen, selbstverständlich ohne Honorar.



Melden Sie Ihre Veranstaltungen per Mail an julian.mettler@hin.ch

Impressum

Anschrift der Redaktion
Redaktion Synapse
Ärztegesellschaft Baselland
Hofackerstrasse 40A
4132 Muttenz
E-Mail: synapse@synapse-redaktion.ch

Mitglieder der Redaktion
Dr. med. Tobias Eichenberger,
Facharzt für Urologie FMH
Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg
Dr. med. Christiane Leupold-Gross,
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern
Ruedi Bienz, ehemaliger Geschäftsführer EMH

Inserate
SciMed AG
Matthias Scholer
Stallenrain 24
4103 Böttmingen
Tel. 061 271 20 50
E-Mail: scholer@scimed.ch

Layout, Satz und Litho
bido-graphic GmbH, Muttenz

Druck
Werner Druck & Medien AG, Basel
printed in
switzerland

© 2024. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion Synapse gestattet.

Erscheinungsweise
erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten
Jahresabonnement CHF 50.–
Für Mitglieder der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel ist das Abonnement der Synapse im Jahresbeitrag enthalten.

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

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:
18. März 2024



Sekretariat der Ärztesellschaft Baselland
Hofackerstrasse 40A, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 465 50 50, E-Mail: aeg-bl@hin.ch
www.aerzte-bl.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel
Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch



LABOR ROTHEN

Am Puls der Medizin.

**Verlässlich. Kompetent.
Ihr Labor-Partner im
Jahr 2024!**



**Am Puls
von Basel**



**Effizienter und
nachhaltiger
Service**



**Familien-
geführtes
Unternehmen**

Prisca Schadock

☎ 061 269 81 89

✉ p.schadock@labor-rothen.ch



Shaleen Faes

☎ 061 269 81 88

✉ s.faes@labor-rothen.ch



Das Labor in Ihrer Nähe



FAMH Labor Kodex

Für hohe ethische Standards im
Gesundheitswesen und der
medizinischen Laboranalytik.

🌐 famh-labor-kodex.ch

