



## Fataler Rechenfehler

Ob sich eine Behandlung lohnt, zeigt manchmal erst die Zeit.

Seite 2



## Eine Strategie gegen tödliche Infektionen

Die NOSO-Strategie des BAG ist noch nicht ausgereift.

Seite 3



## L'or gris

«Das Potential der Alten wird erst allmählich erkannt», sagt Altersforscher François Höpflinger.

Seite 4

# POLITIK+PATIENT

11. Jahrgang  
Herausgeber: Verband deutschschweizerischer  
Ärztegesellschaften (VEDAG)  
Politik+Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung  
Verantwortlich für die Redaktion:  
Marco Tackenberg, Felix Adank; forum | pr  
Layout: Claudia Bernet, Bern  
Druck: Stämpfli AG

Fachkräftemangel

## Hausarzt gesucht

**Landauf, landab ertönt der Ruf nach Hausärzten. Hilfe naht – braucht aber Zeit: Neuen Praxismodellen gehört die Zukunft.**

Hausärzte gehören zu einer aussterbenden Spezies. Wer die Praxis aufgibt, findet meist keinen Nachfolger. Die Gründe liegen auf der Hand: Die langen Präsenzzeiten, die Notfalldienste und die ständige Erreichbarkeit schrecken junge Ärztinnen und Ärzte ab. Sie arbeiten lieber angestellt im Spital oder bilden sich zum Spezialarzt weiter: Die Arbeitspensen sind kleiner, der Verdienst meist grösser als in der Grundversorgung.

### Zehn magere Jahre

Zwar gibt es inzwischen an allen fünf medizinischen Fakultäten Institute für Hausarztmedizin, die Forschung betreiben und jungen Ärztinnen und Ärzten Einblick in den Hausarztberuf vermitteln. Die getroffenen Massnahmen wirken aber erst mittel- bis langfristig, wie Reto Wiesli, Geschäftsführer von «Hausärzte

Schweiz» zu bedenken gibt: «Wir haben 10 magere Jahre vor uns, bedingt durch die Feminisierung, mehr Teilzeitarbeit und ein demografisches Loch, das erst nach und nach durch jüngere Ärztinnen und Ärzte gefüllt werden kann.» Er ist trotzdem optimistisch, dass der von Bundesrat Alain Berset lancierte Masterplan «Hausarztmedizin» Wirkung zeigen wird. Auch die absehbare Ablösung der Einzelpraxis durch Gruppenpraxen werde die Berufsausübung wieder attraktiver machen, ist Wiesli überzeugt, weil der Notfalldienst auf mehrere Schultern verteilt und der fachliche Austausch gefördert werde.

### Masterplan Hausarztmedizin

Bundesrat Berset hat im Juni 2012 einen breit abgestützten Masterplan «Hausarztmedizin und medizini-



Bild: Keystone

Replik

## Fataler Rechenfehler

M. Romanens, Dr. med., Verein Ethik und Medizin Schweiz

Das Swiss Medical Board (SMB) berechnet das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Behandlungen, unlängst auch das der Cholesterinsenker (Statine). Kollege Christian Hess glaubt, Statine wären wenig wirksam. Das SMB meint lediglich, ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis sei ungünstig. Beide Annahmen basieren auf einem Rechenfehler. Ein Beispiel: Wie ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Sicherheitsgurten? Über den Zeitraum von 40 Jahren betrachtet lohnt sich die Investition, weil dadurch schwere Verletzungen bei Verkehrsunfällen verhindert werden. Untersuchen wir hingegen nur den Zeitraum von 10 Jahren, so sinkt die Wahrscheinlichkeit eines schweren Unfalls um Faktor vier. Streicht man sehr junge und sehr alte Autofahrer aus der Statistik, lohnt sich die Investition im Vergleich zu den Schäden, die verhindert werden können, noch weniger. Diese Rechnung ist so falsch und gefährlich wie die Empfehlung des SMB, Statine nicht einzusetzen, wenn das Risiko für ein tödliches kardiovaskuläres Ereignis innerhalb der nächsten 10 Jahre unter 7.5% liegt – das heisst, wenn innert zehn Jahren nicht mehr als 15 von 200 Personen sterben.

Kollege Hess rechnet, dass 200 Personen, die ein Jahr lang Statine einnehmen, ihr Herzinfarktrisiko um nur 0.5% verringern. Was er verschweigt: Würden sie die Statine 10 Jahre lang einnehmen, betrüge die Reduktion 5%. Damit ist eine wirksame präventive Therapie gegeben. Das SMB errechnete ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis, weil es über nur 5 Jahre eine sehr spezifische Patientengruppe untersuchte. Dass dies für medizinische Laien nicht ohne Weiteres ersichtlich ist, versteht sich. Ein Mediziner mit Erfahrung sollte auf solche Zahlenspiele aber nicht hereinfallen.

*Die vollständige Replik auf «Rationierung muss öffentlich diskutiert werden» (P+P 2/15) finden Sie auf [www.politikundpatient.ch](http://www.politikundpatient.ch).*

sche Grundversorgung» lanciert, der die Stellung der Hausärzte mit verschiedenen Massnahmen stärken will. Dazu gehören eine verbesserte Aus- und Weiterbildung, eine höhere Abgeltung von Analysen im Hausarztlabor und ein Zuschlag von knapp 10 Franken für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis. Seit Längerem engagieren sich bereits die Kantone für Praxisassistentenstellen: Sie ermöglichen jungen Ärztinnen und Ärzten, Berufserfahrung bei einem erfahrenen Grundversorger zu sammeln – in der Hoffnung, sie liessen sich so als Hausärzte gewinnen.

### Recruiterin für Hausarztpraxen

Um dem absehbaren Hausärztemangel zu begegnen, hat der Kanton Bern 2013 eine Koordinationsstelle «Weiterbildung Hausarztmedizin» geschaffen. Beatrice Molinari teilt sich die Stelle mit einer Kollegin, ihr Büro hat sie am Berner Institut für Hausarztmedizin. Sie vermittelt im Kanton Bern bereits 21 Praxisassistentenstellen. Das funktioniert gut, die Stellen seien immer schnell ausgebucht, meint Beatrice Molinari. Schwieriger sei es, temporär ausgestiegene Ärztinnen und Ärzte für einen Wiedereinstieg zu motivieren. Als gefährliche Klippe sieht Molinari die Babypause – viele Ärztinnen stiegen dann aus Weiterbildung und Beruf aus. Dabei seien gerade Praxisassistentenstellen attraktiv für Frauen, weil sie – anders als Assistentenstellen in Spitälern – häufig die Möglichkeit zu Teilzeitarbeit böten.

Mit Beratung und Mentoringprogrammen versucht sie, jungen Assistentenärztinnen und -ärzten den Schritt vom «Biotop Spital» in die Selbständigkeit schmackhaft zu machen: «Der Schritt in die eigene Praxis bildet eine grosse Herausforderung – viele Ärztinnen scheuen die unternehmerische Herausforderung, die administrative Belastung und die Notfalldienste.» Molinari ist vom Sinn ihrer Arbeit überzeugt, auch wenn messbare Erfolge erst in einigen Jahren sichtbar werden.

### Genereller Ärztemangel

Beat Sottas, frei schaffender Berater und ehemaliger Abteilungsleiter beim Bundesamt für Gesundheit, ortet die Ursache des Ärztemangels noch anderswo: «Massenweise» junge Schweizer Ärzte gingen gar nie in die Versorgung oder arbeiteten nur Teilzeit. Etwa jeder fünfte Absolvent einer medizinischen Fakultät gebe seinen Beruf vorübergehend oder definitiv auf. Der Anteil Frauen ohne Facharztabschluss ist deutlich höher als der bei Männern: 10 Jahre nach Studienabschluss haben 20% der Ärztinnen noch keinen Facharztabschluss, bei den Männern sind es 12%.

Diese Problemanalyse teilt FMH-Präsident Jürg Schlup nicht. Die Anzahl erteilter eidgenössischer Facharzt-titel habe seit 1990 deutlich zugenommen – auch die Zahl der Grundversorger. Aber: «Das generelle Problem liegt beim Auseinanderdriften zwischen dem Bedarf und der Verfügbarkeit an ärztlichen Leistungen.» Es fehle nicht nur an Hausärzten, sondern auch an Anästhesisten, an Gynäkologinnen und Psychiatern: «Wir stellen einen generellen Ärztemangel fest, der durch zugewanderte Kolleginnen und Kollegen aus dem EU-Raum gedeckt wird.» Von den praktizierenden Ärzten habe hierzulande jeder Dritte ein ausländisches Diplom.

Der Mangel sei auch durch neue Arbeitszeitmodelle und die zunehmende Teilzeitarbeit bedingt. Arbeitete ein Hausarzt früher selbständig und bis 80 Stunden pro Woche, so seien heute eine Anstellung und die 50-Stundenwoche im Trend. Schlup anerkennt das Streben der Generation Y nach familienverträglichen Arbeitszeitmodellen. Und er sieht die Zukunft in einer multidisziplinären Gruppenpraxis, in der Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen zusammen mit Praxisassistentinnen, Physiotherapeuten, Pflegefachleuten und Apothekern ein breites Spektrum an Leistungen anbieten.



Besonders für Ärztinnen mit Familie sollen bessere Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit der Beruf für sie attraktiv bleibt.

Bild: Fotolia

Kolumne

## Fette Fakten

Salz ist das neue Rauchen. Sitzen ist das neue Rauchen. Fett ist das neue Rauchen. Und wir alle haben gelernt: Rauchen soll man nicht. Doch der Mensch ist ein irrationales Mängelwesen, das sich wider besseres Wissen seinen Lüsten hingibt, dabei faul, verfressen und krank wird und damit nicht nur sich selber – das ginge ja noch – sondern auch unsere moderne Solidargesellschaft schädigt. Grund genug für den Staat, das persönliche Wohlbefinden des Einzelnen zum öffentlichen Gut zu erklären und die Bürger im Sinne des Gemeinwohls zum guten Lebenswandel zu erziehen.

Die neue Disziplin der Verhaltensökonomie leistet dem Staat dabei gute Dienste; wenn sie zum Beispiel die Leute mit raffinierten Anreizsystemen wie schönen grünen Pfeilen zur Treppe statt zum Lift führt, oder wenn sie den Gästen in der Kantine mit geschickter Präsentation sozusagen Obst und Gemüse statt Speck und Schokolade durch den Mund zieht. Der Konsument soll möglichst nichts merken von dem, was die hohe Politik da mit ihm treibt. Das nennt man dann «Anschubsen» oder «libertären Paternalismus», ein neues Geschäftsfeld, das sich von subventionierten Organisationen des Gesundheitswesens prima bewirtschaften lässt.

Führt dieser «sanfte Schubser» nicht zum Ziel, dann gibt es immer noch die harte Tour: Verbote wie beim Rauchen zum Beispiel, oder der «Znüni-Terror» für die Kleinsten. Alles ist ja schliesslich für einen vermeintlich guten Zweck. Doch abgesehen davon, dass damit eine ganz neue Palette subtiler staatlicher Steuerungsmöglichkeiten eröffnet wird, sind solche Programme vor allem eines: Eine unwürdige Anmassung von Wissen durch den Staat, eines Staates überdies, der durch Steuern und Abgaben permanent fetter wird und ganz, ganz dringend abnehmen müsste.



### Claudia Wirz

ist Journalistin in Zürich und befasst sich seit vielen Jahren schwerpunktmässig mit ordnungspolitischen Fragen, unter anderem im Gesundheitswesen.





Die NOSO-Strategie des Bundes suggeriert, dass bei der Spitalhygiene staatliches Handeln gefragt sei.  
Bild: Fotolia

NOSO-Strategie

# Ein hehres Ziel

**Das BAG will mit der Strategie NOSO gegen Spitalinfektionen vorgehen. Der Entwurf lässt aber noch Fragen offen.**

Zu den häufigsten Komplikationen einer medizinischen Behandlung gehören nosokomiale Infektionen; also Infektionen, die sich Betroffene in einem Spital oder in einer Pflegeeinrichtung zuziehen. Sie treten meistens in Form einer Harn- oder Atemwegsinfektion, Wundinfektion oder Blutvergiftung auf.

Das Bundesamt für Gesundheit BAG will die Patienten besser vor nosokomialen Infektionen schützen. Deshalb hat es die «Strategie NOSO» erarbeitet. Sie basiert auf vier Handlungsfeldern: Governance, Monitoring, Verhütung und Bekämpfung sowie Bildung und Forschung. Im Bereich Governance geht es darum, erprobte Massnahmen als Standards festzulegen. Ein Ziel des Monitorings ist ein nationales System zur Überwachung der Infektionen. Bezüglich Verhütung sollen beispielsweise Personal, Patienten und Besucher für Hygiene-Massnahmen sensibilisiert werden. Und beim Feld Bildung und Forschung soll unter anderem das Pflegepersonal in Infektionsprävention ausgebildet werden.

## Aktuelle Zahlen sind nicht vorhanden

Gemäss dem Entwurf zur Strategie NOSO infizieren sich jährlich zirka 70'000 Patienten in Schweizer Spitälern. Rund 2'000 sterben daran. 20 bis 50 Prozent der Infektionen seien vermeidbar. Diese Schätzungen beruhen auf einer Prävalenzstudie aus dem Jahr 2004. Laut BAG gibt es noch keine neueren verlässlichen Zahlen: «Es ist aber unbestritten, dass solche Infektionen weltweit und auch in der Schweiz ein aktuelles, schwerwiegendes und drängendes Problem darstellen», erklärt Katrin Holenstein, Kommunikationsverantwortliche beim BAG. Gerade dank des geplanten Monito-

rings könne man künftig Fallzahlen besser ermitteln und überwachen.

Bei genauerem Hinsehen relativiert sich auch die Aussage des BAG, 20 bis 50 Prozent der Infektionen seien vermeidbar. «In welchem Mass und bis wann sich die Zahl der nosokomialen Infektionen reduzieren lässt, wird bei der Umsetzungsplanung zur Strategie NOSO themenspezifisch zu klären sein», so Katrin Holenstein.

## Bund soll die Führung übernehmen

Noch weitgehend offen ist auch die Verteilung der Aufgaben. Die Kantone seien wie alle anderen Beteiligten in die Erarbeitung der Strategie einbezogen worden und spielten auch bei der Umsetzung eine zentrale Rolle, sagt Katrin Holenstein. «Welche Rolle genau, wird bei der Umsetzungsplanung zu klären sein.»

Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hingegen hat klarere Vorstellungen. Der Entwurf zeige noch zu wenig deutlich, «welcher Akteur bei welchen Aktivitäten welche Rolle spielen soll», schreibt die GDK in ihrer Antwort zur Vernehmlassung. Da es sich um eine Strategie des Bundes handle, solle er auch die Führungsrolle übernehmen.

Wie viel die Umsetzung der Strategie NOSO kosten wird und welche Ressourcen benötigt werden, ist im Entwurf ebenfalls nicht aufgeführt. Diesbezüglich ist man im BAG zuversichtlich. Katrin Holenstein: «Die jährlichen Kosten durch nosokomiale Infektionen werden auf 230 Millionen Franken geschätzt. Deshalb ist auch die Kostenreduktion ein Ziel der Strategie. Das Einsparpotenzial lässt sich zum heutigen Zeitpunkt noch nicht beziffern, ebenso wenig wie die Umsetzungskosten und die personellen Ressourcen.»

## Kommentar

Als standespolitisch engagierter Arzt wundere ich mich immer wieder über gesundheitspolitische Projekte des Bundes. Aktuelles Beispiel ist die «Strategie NOSO»: Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erweckt den Eindruck, es brauche für Patientenschutz und Qualitätsentwicklung einen staatlichen Eingriff.

Ob bei der NOSO-Strategie national führende Institutionen wie der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) oder Swissnoso einbezogen worden sind, weiss ich nicht. Ich weiss aber noch gut, mit welcher Ignoranz der BAG-Vizedirektor an den 15. Trendtagen Gesundheit in Luzern behauptete, bei den ambulant tätigen Ärzten sei ein Qualitätsmanagement noch nicht einmal in Entwicklung. Ignoranz deshalb, weil das BAG fünf Tage zuvor einer Tagung zu Qualitätssicherung für Hausarztpraxen als einzige geladene Institution ferngeblieben war. Unser QBM (Qualitäts-Basis-Modul) gibt es übrigens seit 2012.

Die Aussagen von Frau Holenstein, wichtige und konkrete Fragen würden erst bei der Umsetzungsplanung geklärt, fördern mein Vertrauen in das Projekt ebenso wenig wie die unbelegte Behauptung, damit könnten bis 50% der Infektionen verhindert werden. Die vagen Aussagen zu Kosten und Finanzierung wecken bei mir ein «Déjà-vu»: Sie erinnern mich an den immensen Schaden, welcher der Hausarztmedizin durch den Labortarif-Eingriff des BAG ab 2009 entstand – er war dreimal höher als vom Bundesamt vorausgesagt.

Vielleicht erwägt Bundesrat Berset, die Geschäftsleitung des Bundesamts für Gesundheit künftig durch eine Ärztin oder einen Arzt statt durch ideologisch stramme Parteisolddaten zu ergänzen? Dies zugunsten von mehr Realitätsnähe und Fachkompetenz: Die BAG-Geschäftsleitung besteht zurzeit aus drei Juristen, zwei Kauffrauen, einem Ökonomen, einer Theologin, einem Politologen, einem Chemiker und einem Historiker.

Dr. med. Florian Leupold  
Co-Präsident des Verbands deutschschweizerischer Ärztegesellschaften (VEDAG)



Interview

Die Alten geben der Gesellschaft bereits heute viel zurück:  
Zum Beispiel betreuen sie die Enkelkinder. Bilder: iStock

# L'or gris

**Die Alterung der Gesellschaft birgt ungeahnte Chancen, sagt Altersforscher François Höpflinger. Es gibt immer mehr aktive, gebildete und gesunde Alte. Dieses Potential gilt es zu nutzen.**

**Politik+Patient: Auf alten Fotos sehen 50-Jährige aus wie heute die 80-Jährigen. Altern wir anders als früher?**

François Höpflinger: Eindeutig. Das körperliche Alter hat sich nach oben verschoben. Die heute über 80-Jährigen sind viel weniger einsam, weniger müde, weniger traurig. Sie fühlen sich subjektiv gesünder, haben eine höhere funktionale Alltagsautonomie. Sie pflegen häufiger noch enge Freundschaften und haben bessere Beziehungen zu ihren erwachsenen Kindern.

**Es heisst, es wird immer mehr Alte geben, die viel kosten. Mit welchen Transferleistungen können sich Ältere revanchieren?**

Die Rentner sind eine der wichtigsten Konjunkturstützen. Sie generieren Einnahmen und Arbeitsplätze, etwa in der Medizin. Sie sind eine Wachstumsbranche. In familialen Beziehungen fließen bis zu 10% der AHV-Rente zurück an die Nachkommen: sei es durch Darlehen, Spielzeug für Enkelkinder oder deren Betreuung. Ein nicht zu unterschätzender Transfer von Alt zu Jung sind Erbschaften oder auch Freiwilligenarbeit. Das Potential der Alten wird erst allmählich erkannt – als graues Gold, l'or gris.

**«Durch die Übernahme ökonomistischen Denkens begreift sich der moderne Mensch als Unternehmer seiner selbst und den eigenen Körper als Biokapital, in das er investieren muss», meint der Arzt und Philosoph Giovanni Maio. Es herrsche ein Zwang zur Selbstoptimierung. Ist das so?**

Ja, und das ist tatsächlich eine ganz neue Entwicklung. Das Alter wird gestaltbar. Man weiss heute: Man kann mit 70 noch Hirnzellen bilden, durch Sprachenlernen oder Jonglieren. Muskeltraining und ausgewogene Ernährung erhöhen die Dauer des gesunden Alters. So wird Selbstoptimierung zur moralisch-gesundheitlichen Verpflichtung. Dieses neue Biokapitel wird kombiniert mit einem wieder aufgewerteten Sozialkapital. Das hat Giovanni Maio noch nicht gesehen. Meine Vermutung ist, dass die Individualisierungswelle nach 2005 ihren Höhepunkt überschritten hat. Gemeinschaftliche, genossenschaftliche Elemente werden wichtiger, share economy boomt, auch bei Senioren.

**Wir werden immer älter. Wo sehen Sie die dringlichsten Herausforderungen?**

Es wird sicher Engpässe beim Pflegepersonal geben. Die Rotation ist wegen der Arbeitsbedingungen zu hoch. Pflegendes und Ärzte müssen oft zu viele administrative Aufgaben erledigen. Wenn man diese reduziert, steigt die Motivation für den Beruf. Auch die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie kann helfen. Pflegeheime kombiniert mit Kindertagesstätten zum Beispiel haben weniger Rekrutierungsprobleme.

**Sehen Sie Möglichkeiten, auf der anderen Seite des Pflegemangels anzusetzen – bei den Pflegebedürftigen?**

Mit Gesundheitsförderung lässt sich theoretisch ein Drittel, sicher aber ein Viertel der Pflegebedürftigkeit im Alter verhindern. Mit Ernährung und Bewegung, der Reduktion von Sturzgefahr, Vitamin-D-Supple-

menten usw. ist viel zu erreichen. Auch Rehabilitation gehört dazu. Diverse Studien belegen: Durch 10-minütige Übungen im Krankenbett kann die Muskelkraft selbst bei über 90-Jährigen um bis zu 150% gesteigert werden. Muskel- und Hirnkraft sind eng miteinander verbunden.

**Früher oder später werden wir länger als 65 arbeiten müssen, um unseren Lebensabend zu finanzieren. Ist das aus Ihrer Sicht die Lösung?**

Das ist unumgänglich. Aber dazu braucht es viel: Wenn die Leute bis 70 arbeiten, muss garantiert werden können, dass sie auf dem neusten Stand sind, aber die Karriere der Jüngeren dadurch nicht blockiert wird. Das heisst, es braucht neue Karrierereformen. Die Schweiz ist mit ihren wirtschaftlichen und medizinischen Strukturen für die demographische Entwicklung vergleichsweise gut gerüstet. Im Vergleich zu anderen Ländern sind am Rentensystem nur wenige Anpassungen nötig: vielleicht 2 Jahre länger arbeiten, den Umwandlungssatz bei der beruflichen Vorsorge reduzieren und 1-2% der Mehrwertsteuer erhöhen. Die Politik ist aber momentan blockiert und sieht das als schier unüberwindliche Aufgabe.

**Wagen Sie eine Prognose: Wie wird sich das Altern in den nächsten Jahren verändern?**

Jetzt werden die Generationen alt, die noch mehr vom Wohlstandsaufschwung und der Bildungsexpansion profitiert haben. Die zukünftigen Alten wissen, wie man sich im Internet informiert. Die Wirtschaft realisiert diese Veränderungen momentan viel mehr als die Politik. Was sogar Geriater und Ärzte erstaunt: Diese Entwicklung macht auch vor dem höchsten Alter nicht halt. Die Heidelberger 100-Jährigen-Studie 2 hat gezeigt, dass die Jahrgänge 1912 mit 100 Jahren signifikant bessere kognitive Fähigkeiten hatten als die Jahrgänge 1901. Selbst im höchsten Alter, wo man das Gefühl hat, es müsse biologische Grenzen geben, zeichnen sich Veränderungen ab.

**Für die Politik ist es doch enorm schwer, unter diesen Voraussetzungen Entscheidungen zu treffen.**

Da sollte sie sich ein Beispiel an der Wirtschaft nehmen. Wenn man flexible Strukturen hat, muss man keine Planung machen. Dynamische Entwicklungen lassen sich politisch nicht steuern. Sie lassen sich nur begleiten, korrigieren. Negative Konsequenzen lassen sich ein Stück weit abfedern.

**Mehr auf politikundpatient.ch**

Das ausführliche Interview mit François Höpflinger finden Sie auf [www.politkundpatient.ch](http://www.politkundpatient.ch).