

«Wir beobachten, wie der
ökonomische Druck auf Ärztinnen
und Ärzte zunimmt»

Akute lumbale
Rückenschmerzen

Es läuft viel auf dem
politischen Parkett

Medizin in den Mühlen der Ökonomie



ARGO MED.

Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG
Bahnhofstrasse 24
CH-5600 Lenzburg
T +41 56 483 03 33
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch

Redaktionelle und
inhaltliche Verantwortung
Dr. med. Gregor Dufner
Dr. med. Corina Omlin
Bernhard Stricker, lic. phil.
Martina Gottburg
Marco Plüss
Michelle Stettler

Gestaltungskonzept
Stier Communications AG
www.stier.ch

in guter Partnerschaft



Editorial 03

DEFACTO | Fokus

«Ärzte Kodex»: Mehr Medizin, weniger Ökonomie 04
Bernhard Stricker, lic. phil.

«Wir beobachten bereits seit Jahren mit Sorge, wie der
ökonomische Druck auf Ärztinnen und Ärzte zunimmt» 08
Doppelinterview mit Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky und
Dr. med. Regula Capaul, Co-Präsidium Schweizerische Gesellschaft für
Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

Kohle, Tinte oder Byte – was darf es kosten? 11
Dr. med. Gregor Dufner

«Grundsätzlich stimmt in einem kommerzialisierten
System das medizinisch angemessene Kosten-Nutzen-
Verhältnis nicht mehr» 16
Fragen an Prof. Dr. Dieter Conen, Stiftung Patientensicherheit

Der kantonalen Zulassungssteuerung entspannt entgegenblicken 18
Michelle Stettler

Ein Herz für Kinder mit seltenen Krankheiten 19
Martina Gottburg

DEFACTO | Medizin

Akute lumbale Rückenschmerzen 21
Dr. med. Corina Omlin

DEFACTO | Argomed

Es läuft viel auf dem politischen Parkett 25
Martina Gottburg

Vom Hausarztmodell und dem Umgang mit beschränkten
Ressourcen in der Hausarztpraxis 26
Michelle Stettler

CardioFlex bringt kardiologische Rhythmusdiagnostik
in die Hausarztpraxis 27
Martina Gottburg und Willemien van den Toorn, evismo, Managing Partner & Founder

Erstens kommt es anders und zweitens als man denkt 28
Michelle Stettler

«Das persönliche Gespräch im Sprechzimmer bleibt ein
wichtiger Pfeiler in der Behandlung von Patientinnen und Patienten» 29
Fragen an Dr. Wolfgang Czerwenka

DEFACTO | Die letzte Seite

Ein Spagat zwischen Medizin und Politik, der keiner ist 31
Dr. med. Severin Lüscher, Hausarzt im HausÄrzteHaus Schöftland



Dr. med. Corina Omlin

Welchen Wert hat die Medizin für uns persönlich, für unsere Gesellschaft oder gar für die gesamte Menschheit? Kann man der Gesundheit einen Zahlenwert zuordnen?

In Anbetracht der nun in den Hintergrund geratenen Pandemie und des alles überschattenden Krieges in der Ukraine sah ich mich als zweifache Mutter gezwungen, über den Wert «Gesundheit» nachzudenken. Bereits während der Pandemie waren wir als Einzelpersonen, Familien und Gesellschaft bereit (und mussten!) einen hohen Preis für die Gesundheit bezahlen und nun sehen wir Menschen, bei denen die Gesundheit und das Leben gänzlich bedroht ist. Müssten wir hier nicht ebenfalls umdenken und den Preis für Gesundheit weniger in Zahlen, dafür mehr in Patientenwohl ausdrücken? Mehr und mehr gerät die Medizin in die Mühlen der Ökonomie und die Frage nach dem Wohlbefinden weicht der Frage nach dem Preis. Die SGAIM setzt sich mittels «Ärzte Kodex» als erste Fachgesellschaft wieder für mehr Ethik als für Ökonomie ein. Bernhard Stricker hat Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky und Dr. med. Regula Capaul aus dem Co-Präsidium der SGAIM Fragen zum neuen Kodex gestellt.

Dr. Gregor Dufner hat seine eigene Tätigkeit beim Ankreuzen und Klicken hinterfragt und die Preise dafür recherchiert – wie viel kostet denn die Abklärung von Müdigkeit? Prof. Dieter Conen von der Stiftung Patientensicherheit sieht die Ökonomisierung der Medizin als Gefahr für die Qualität in der Gesundheitsversorgung.

Wenn Ihnen diese Entwicklungen in der Medizin auf dem Buckel der Ärzte Schmerzen verursachen – wir haben für Sie die akuten Rückenschmerzen auf vier Seiten und neu auch mit einem Fragenkatalog für Ihre MPA und MPK zusammengestellt.

Was 2022 gesundheitspolitisch los ist, hat Martina Gottburg für Sie zusammengefasst. Die Argomed Ärzte AG ist in Fahrt und nimmt Sie auf eine Reise rund um das Hausarztmodell sowie den Umgang mit beschränkten Ressourcen in der Hausarztpraxis mit.

Eigentlich hätten Sie auf der Seite 28 einen Bericht über das geplante Argomed | FORUM vom 5. Mai 2022 lesen sollen. Doch manchmal kommt es anders als erwartet.

Der Herr Doktor als Auslaufmodell, aber nur, weil Frau Doktor übernimmt! – Dr. Wolfgang Czerwenka reagiert auf den Kommentar von Rolf Cavalli vom 14. Januar 2022 in der *Aargauer Zeitung*.

Dr. Severin Lüscher berichtet über den Spagat zwischen Politik und Medizin auf der letzten Seite.

Nach alledem sollten wir meiner Meinung nach die Gesundheit und die Arbeit der medizinischen Fachpersonen wieder viel mehr wertschätzen und weniger nach dem Preis fragen.

Danke für Ihren täglichen Einsatz!

Dr. med. Corina Omlin
Mitglied DEFACTO-Redaktion

«Ärzte Kodex»: Mehr Medizin, weniger Ökonomie

Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz geraten immer mehr unter Druck, ihre Patienten primär nach wirtschaftlichen Kriterien zu behandeln, weshalb sich innerhalb der Ärzteschaft Widerstand zu regen beginnt. Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) stellt sich als schweizweit erste Fachgesellschaft diesem Trend entgegen, indem sie den «Ärzte Kodex – Medizin vor Ökonomie» der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin übernommen hat und ihn auch in der Schweiz umsetzen will. Wie aber konnte es überhaupt zur Dominanz der Ökonomie über die Medizin kommen? Eine medizinethische Auslegeordnung.

Seit Jahren ist im Schweizer Gesundheitswesen eine Entwicklung zu beobachten, dass die Ökonomie an Bedeutung gewinnt und die Medizin an Einfluss verliert. Immer weniger Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz sind bereit, jede ökonomische Vorgabe (z. B. DRG) und jedes Diktat von (Kranken-) Versicherern zu schlucken. Besonders in den Spitälern ist die «Ökonomisierung der Medizin» schon weit fortgeschritten, und nun droht auch der ambulanten Medizin mit den geplanten Kostendämpfungsmassnahmen des Bundes die gleiche Entwicklung.

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) beobachtet diese Entwicklung bereits seit Jahren mit Sorge, denn dieser Druck steht zunehmend im Widerspruch zum Auftrag von Ärztinnen und Ärzten, ihren Patientinnen und Patienten eine optimale und angemessene Medizin zukommen zu lassen. Sie hat deshalb an ihrer letzten Delegiertenversammlung (2021) als schweizweit erste Fachgesellschaft beschlossen, den «Ärzte Kodex – Medizin vor Ökonomie» der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) zu übernehmen und in der Schweiz zu realisieren (siehe Kasten «Ärzte Kodex»).

Mit dem Kodex verpflichten sich Medizinerinnen und Mediziner, ihr ärztliches

Handeln stets am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten und den Behandlungsentscheid nicht primär auf Basis einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung vorzunehmen. Dabei ist der Kodex gemäss Aussagen der beiden Co-Präsidenten der SGAIM, Dr. med. Regula Capaul und Prof. Dr. Drahomir Aujesky, weit mehr als eine Absichtserklärung, sondern ein Instrument, mit dem medizinische Entscheide kritisch reflektiert werden können (siehe Interview auf Seite 8).

Unterschiedliche Analysen – SAMW contra VEMS

Die SGAIM möchte mit der Übernahme des «Ärzte Kodex» zudem eine öffentliche Debatte über die Folgen einer Ökonomisierung der Medizin in der Schweiz anstossen. Eine Debatte, die innerhalb der Ärzteschaft schon lange stattfindet und die sich unter anderem an einer Kontroverse zwischen einem «Positionspapier» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und an der Replik des Vereins «Ethik und Medizin Schweiz» (VEMS) nachweisen lässt.

In der Schweiz hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) mit ihrer Zentralen Ethikkommission (ZEK) eine starke Position in Fragen der Medizinethik. Sie

erarbeitet unter anderem Weisungen, welche in der Regel von der FMH als Standesregeln übernommen werden, aber auch die universitären Ethik Institute der Schweiz orientieren sich an den Thesen der SAMW, ebenso die Versicherungsgerichte.

Die SAMW hat im Herbst 2014 ein Positionspapier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» publiziert, worin sie den Versuch unternommen hat, die Konflikte zwischen Medizin und Ökonomie zu eruieren, zu benennen und den behandelnden Medizinerinnen und Mediziner Anregungen zu geben, wie sie diesen begegnen könnten.

Die SAMW geht dabei von der Überzeugung aus, dass Medizin und Ökonomie nicht als Systeme mit konkurrierenden Zielen zu denken sind. Hilfreicher sei ein Konzept, das von einem gemeinsamen Ziel mit verschiedenen Dimensionen (Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und sinnvoller Ressourceneinsatz) ausgeht. Statt einer Polarisierung zwischen Medizin und Ökonomie brauche es die gemeinsame Vision einer Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung, die sowohl qualitativ hochstehend als auch längerfristig finanzierbar ist.

Der «Verein Ethik und Medizin Schweiz» (VEMS) hat das SAMW-Papier im Januar



2015 analysiert und festgestellt, dass es «nicht zur Lösung des Problems» beiträgt. Die SAMW habe es insbesondere versäumt, die Paradigmen der Gesundheitsökonomie grundsätzlich zu hinterfragen.

Der VEMS kommt zum Schluss: «Wer nicht sieht, dass jede Form von Globalbudgets und Kostenobergrenzen der Medizin zuwiderläuft, der kann auch nicht sehen, dass sie den medizinischen Leistungserbringern Anreize setzen, sich ihren Patienten gegenüber ethisch pro-

blematisch zu verhalten. (...) Wer nicht sieht, dass die Hoheit über den Indikations- und Behandlungsentscheid bei der Medizin bleiben muss und Kostenfragen getrennt von Indikations- und Behandlungsentscheiden zu stellen sind, der kann auch nicht sehen, dass sämtliche Probleme, die unser Gesundheitswesen heute hat, darauf zurückzuführen sind, dass man die Medizin im Kern zerstört.»

Wie konnte es so weit kommen?

Das Grundproblem der modernen Medizin besteht nach Ansicht des führenden

Medizinethikers im deutschen Sprachraum Prof. Dr. med. Giovanni Maio* darin, dass das Gesundheitssystem im stationären wie im ambulanten Bereich seit einigen Jahren so umgebaut wird, dass die Medizin auf die Einhaltung von Protokollen, Ablaufplänen und Kontrollen reduziert wird: «Wenn die ärztliche Leistung ein Produktionsprozess wie in der Industrie sein soll, dann bedeutet dies ja nichts anderes, als dass man die ärztliche Betreuung reduziert auf die Addierung von Vollzügen. Im Vollzug ist aber all das, was ein Arzt tatsächlich



geleistet hat, gar nicht enthalten. Die Fokussierung auf den Vollzug bedeutet eine Entwertung der eigentlichen Leistung des Arztes.»

Die Kernqualifikation eines Arztes liegt gemäss Maio im gekonnten Umgang mit Komplexität, in der Bewältigung von Unsicherheit und im professionellen Umgang mit Unwägbarkeiten. Ärztinnen und Ärzte seien gefordert, in der Begegnung mit dem kranken Menschen patientengerechte – und das heisst singuläre – Entscheidungen zu fällen. In den allermeisten Fällen handelt es sich um Situationen der Unsicherheit und nicht um einen Umgang mit absoluten

Sicherheiten. Und weil die Situationen daher immer einen Rest an Unbestimmtheit übrig lassen, brauche der Arzt einen Ermessensspielraum, um situationsgerecht entscheiden zu können. Maio: «Dieser Ermessensspielraum wird den Ärzten weggenommen, weil das System nicht verstanden hat, was ärztliche Betreuung wirklich ist.»

Je mehr Medizin als Produktionsprozess betrachtet werde, desto mehr werde Aktionismus gefördert, was falsch und eine Folge des fehlgeleiteten Systems sei. «Denn zur ärztlichen Logik gehört nicht primär Effizienz, Output und Beschleunigung, sondern Sorgfalt, Ruhe, Weitblick,

Geduld und Reflexivität. Zur ärztlichen Logik gehört ein ganzheitliches Denken, ein Wille, zunächst den ganzen Menschen sehen zu wollen, bevor man als Arzt eine Diagnostik ansetzt.»

Das gegenwärtige System begünstige die einfachen Lösungen und ein Denken im Sinne einer Komplexitätsreduktion. Dadurch würden Ärzte davon abgehalten, sich um die komplexen Patienten zu kümmern. Maio: «Dies ist jedoch genau das Gegenteil dessen, was wir in Zukunft brauchen, weil die Zukunft der Medizin eine Medizin der Komplexität sein wird. Die zukünftigen Patienten werden zu einem grossen Teil chronisch kranke und

alte Patienten sein, die mehr als je zuvor echte ärztliche Qualität benötigen, und das heisst nicht weniger als die Fähigkeit, Komplexität zu bewältigen und sie gerade nicht zu simplifizieren.»

Im Interesse ihrer Patienten müssen die Ärzte zum Ausdruck bringen, dass die Medizin der Zukunft nur dann eine qualitativ hochwertige Medizin sein kann, wenn sie ganz andere Werte hochhält, als sich die gegenwärtige politische Agenda auf ihre Fahnen schreibt. «Eine gute Medizin kann es nur geben, wenn sie auf Werte setzt wie Sorgfalt als

Ergänzung zur Schnelligkeit, Geduld als Ergänzung zur Effizienz, Beziehungsqualität als Ergänzung zur Prozessqualität.»

Prof. Maio kommt zum Schluss: «Das Grundproblem der modernen industrialisierten Medizin besteht darin, dass die Ärzte ihre eigentliche Leistung jeden Tag unter Wert verkaufen und deswegen glauben, sich dem System anpassen zu müssen und aktivistisch zu werden.»

Bernhard Stricker
Redaktor DEFACTO

*Prof. Dr. med. Giovanni Maio ist Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin und Inhaber des Lehrstuhls für Medizinethik an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg i.Br. Die Zitate stammen aus seinen Büchern «Geschäftsmodell Gesundheit» (Suhrkamp-Verlag, 2014) und «Den kranken Menschen verstehen» (Herder-Verlag, 2020).

Ärzte Kodex: Medizin vor Ökonomie (Auszug)

Ärztliche Pflicht ist es, die gesundheitliche Versorgung erkrankter Menschen ohne Ansehen ihres Alters, Konfession, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung oder sozialer Stellung durchzuführen. Es ist uns bewusst, dass unsere ärztlichen Entscheidungen durch nicht-medizinische Faktoren, insbesondere ökonomische Überlegungen und kommerzielle Anreize, beeinflusst werden können. Als verantwortlich handelnde Ärztinnen und Ärzte streben wir an, solche Situationen zu erkennen und unsere ärztlichen Entscheidungen stets zuerst am Wohl der uns anvertrauten Patienten auszurichten: (...)

- Wissend, dass unsere medizinischen Entscheidungen, die auf Basis einer qualitätsgesicherten Medizin getroffen werden, grosse Auswirkungen auf die Heilung und Gesundheit der Patienten, aber auch betriebswirtschaftliche Auswirkungen haben, erklären wir hiermit, dass wir eine angemessene und wirksame Versorgung der Patienten stets unter dem uneingeschränkten Vorrang der medizinischen Argumente gegenüber ökonomischen Überlegungen planen und durchführen werden.
- Wir treffen keine ärztlichen Entscheidungen und werden keine medizinischen Massnahmen durchführen und solche Leistungen weglassen, welche aufgrund wirtschaftlicher Zielvorgaben und Überlegungen das Patientenwohl verletzen und dem Patienten Schaden zufügen könnten.
- Wir werden den Menschen, die zu uns kommen, mit zugewandter Fürsorge begegnen und beistehen, mit ihren gesundheitlichen Ängsten umzugehen, wollen ihr Vertrauen gewinnen, und werden ihnen versprechen, bei ihrer Behandlung keine medizinischen Leistungen durchzuführen, welche fachlich unsinnig sind oder aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus stattfinden sollen.
- Wir lehnen alle Leistungs-, Finanz-, Ressourcen- und Verhaltensvorgaben ab, welche für uns offensichtlich erkennbar zu einer Einschränkung unseres ärztlichen Handelns und unseres ärztlich-ethischen Selbstverständnisses führen und das Patientenwohl gefährden können.
- Wir werden unsere ärztliche Heilkunst ausüben, ohne uns von wirtschaftlichem Druck, finanziellen Anreizsystemen oder ökonomischen Drohungen dazu bewegen zu lassen, uns von unserer Berufsethik und den Geboten der Menschlichkeit abzuwenden.

Vollständige Version und Wortlaut unter:
www.sgaim.ch oder www.dgim.de/veroeffentlichungen/aerzte-codex

DOPPELINTERVIEW MIT DR. MED. REGULA CAPAUL UND PROF. DR. MED. DRAHOMIR AUJESKY, CO-PRÄSIDIUM
SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN (SGAIM)

«Wir beobachten bereits seit Jahren mit Sorge, wie der ökonomische Druck auf Ärztinnen und Ärzte zunimmt»

Bilder: SGAIM © Patrick Kunz



Dr. med. Regula Capaul



Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky

DEFACTO: *Sind Medizin und Ökonomie im Gesundheitswesen Ihrer Meinung nach grundsätzlich vereinbar – oder letztlich ein unauflösbarer Zielkonflikt?*

Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky (DA): Diese Frage kann nicht allgemein beantwortet werden, da hier externe Faktoren wie beispielsweise politische, rechtliche oder soziale Rahmenbedingungen mitwirken. Grundsätzlich müssen in einem Gesundheitssystem die Faktoren Wirksamkeit, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit gleichmässig abgewogen werden, man spricht bei dieser Balance vom «Magischen Viereck der Gesundheitsökonomie». Wenn ein Faktor schwerer gewichtet wird, kommt es zu einem Ungleichgewicht. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Wirtschaftlichkeit, also die Kosteneffizienz, gegenüber der Behandlungsqualität Oberhand gewinnt. Diese zunehmende Tendenz beobachtet die SGAIM in der Schweiz mit Sorge, weshalb sie sich mit verschiedenen Massnahmen gegen die zunehmende Ökonomisierung wehrt. Dabei verfolgt die SGAIM (Schweizerische Gesellschaft

für Allgemeine Innere Medizin) das Ziel, eine «Value based medicine» zu fördern, das heisst eine Gesundheitsversorgung, welche für die Patientinnen und Patienten einen Mehrwert bietet.

Wie erklären Sie sich die Entwicklung in den letzten Jahren und Jahrzehnten, dass im Schweizer Gesundheitswesen die Ökonomie zunehmend an Bedeutung gewann und die Medizin an Einfluss verlor?

Dr. med. Regula Capaul (RC): Ärztinnen und Ärzte geraten in der Schweiz zunehmend unter Druck, die Patientenversorgung unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betrachten. Dies kann zu Unter- bis Über- und Fehlversorgung in der Medizin führen und beeinflusst die Patientenbehandlung negativ. Diese Fehlentwicklung ist multifaktoriell begründet und geht mit der zunehmenden Bürokratisierung des ärztlichen Berufs einher. Die höhere Gewichtung von ärztlichen und insbesondere allgemeininternistischen Anliegen in der Gesundheitspolitik und auch

in Spitalleitungen wäre begrüssenswert. Noch mehr Administration zulasten der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit mit den Patientinnen und Patienten ist auch aus professionell qualitativen Gründen unbedingt zu vermeiden.

DA: Ein Treiber der Ökonomisierung im stationären Bereich ist auch das DRG-System, das v.a. Behandlungsquantität und weniger die Behandlungsqualität belohnt. Um wirtschaftlich zu überleben, werden in Schweizer Spitälern systembedingt Anreize gesetzt, möglichst viele stationäre Behandlungen und Interventionen durchzuführen, wobei die Wahl der Angebotsstrategie potenziell durch Interventionen mit hohen Fallgewichten (und somit höherer Abgeltung) getrieben wird. Es besteht die Gefahr, dass z. B. ökonomisch weniger interessante Fächer in der Ressourcenverteilung inklusive Infrastruktur benachteiligt werden. Die Abdeckung in Fächern, die konservativ v.a. komplexe, multimorbide Patientinnen und Patienten behandeln, ist zurzeit immer noch ungenügend.

Welche Massnahmen wären Ihrer Meinung nach notwendig, um die Position der Medizin im Gesundheitswesen wieder zu stärken?

DA: Einerseits sind Initiativen wie der «Ärzte Kodex» unterstützenswerte Instrumente von und für Ärztinnen und Ärzte, um sich gemeinsam proaktiv für die Verbesserung der Behandlungsqualität einzubringen und ein deutliches Zeichen gegenüber der Öffentlichkeit, den Regulatoren und den Kostenträgern zu setzen. Andererseits sind ebendiese Gruppen – Öffentlichkeit, Regulatoren, Kostenträger – in der Verantwortung, ein gerechtes, qualitativ hochwertiges, kosteneffizientes und effektives Gesundheitswesen zu schaffen und zu erhalten. Dies ist ein grosses Anliegen in der Allgemeinen Inneren Medizin.

Welches politische System passt Ihrer Meinung nach besser zu einem Gesundheitswesen, das die Medizin priorisiert: Mehr Staat oder mehr Wettbewerb?

DA: Wie in anderen Bereichen von öffentlichem Interesse hat der Staat im Gesundheitswesen die Aufgabe, gewisse Rahmenbedingungen zu setzen. «Zu viel Staat» birgt aber das Risiko der Bürokratisierung und exzessiven Regulatorien. Autonomie und unternehmerische Freiheit der «Gesundheits-erbringer» müssen wichtige Pfeiler des Gesundheitssystems bleiben.

RC: Zu viel Wettbewerb hingegen führt zu einer Selektion der «guten Risiken» und damit zu einer Unterversorgung von z. B. älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten. Es braucht deshalb ein gesundes Gleichgewicht zwischen staatlichen Vorgaben und einem gesunden Wettbewerb.

Grundsätzlich gefragt: Wer sind die Gewinner und wer die Verlierer einer Ökonomisierung der Medizin?

RC: Wir beobachten bereits seit Jahren mit Sorge, wie der ökonomische Druck auf Ärztinnen und Ärzte zunimmt – zum Leid unserer Patientinnen und Patienten. Dieser Druck steht im Widerspruch zum Auftrag von Ärztinnen und Ärzten, dem Wohl aller Patientinnen und Patienten nach bestem Fachwissen und mit einer angemessenen Medizin Sorge zu tragen. Die medizinischen Fachpersonen leiden unter dem Kostendruck, einer zunehmenden Bürokratisierung und unrealistischen Zielvorgaben. Besonders in den Spitälern sind Personalreduktionen, die Ausrichtung der Angebotsstrategie auf Fächer mit günstigen Fallgewichten sowie Verzicht auf oder Abbau der Weiterbildung zu beobachten. Auch in der ambulanten Medizin drohen mit den geplanten Kostendämpfungsmaßnahmen des Bundes eine auf längere Sicht sehr teure Wiederholung der Fehler des deutschen Systems.

Welche Schlüsse ziehen Sie aus den «Fehlern des deutschen Systems»? Die neue deutsche Regierung will offenbar DRG wieder abschaffen.

DA: In Deutschland lassen sich die Auswirkungen eines zunehmenden wirtschaftlichen Drucks mit Fehlentwicklungen in der Medizin seit vielen Jahren noch deutlicher beobachten als in der Schweiz. Der durch das DRG-System bedingte wirtschaftliche Druck entsteht massgeblich auch durch die verhandelten Preise für die sogenannten «Base rates». Diese Preise fallen auch in der Schweiz zunehmend tief aus, was den wirtschaftlichen Druck ansteigen lässt. Steigt der wirtschaftliche Druck zu sehr, werden wir auch die gleichen Fehlentwicklungen wie in Deutschland sehen. Es gilt aus den Fehlern unseres nördlichen Nachbarn zu lernen.

Was bedeutet der Trend zur Ökonomisierung auf die Tätigkeit des einzelnen

Arztes und der einzelnen Ärztin bezogen konkret? Wie kann ein Patient einem Arzt vertrauen, wenn dieser weiss, dass der Arzt Kosten sparen, effizient arbeiten und den Gewinn maximieren muss?

RC: Tatsächlich besteht das Risiko, dass eine falsche Priorisierung der ärztlichen Tätigkeiten bei Patientinnen und Patienten zu einem tiefgreifenden Vertrauensverlust führt. Die SGAIM unterstützt deshalb als schweizweit erste Fachgesellschaft den «Ärzte Kodex». Zudem engagiert sich die SGAIM als Gründungsmitglied von «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» für eine optimale Patientenbetreuung, indem unnötige oder gar gefährliche medizinische Massnahmen vermieden werden. Alle medizinischen Fachbereiche können sich im Rahmen von «smarter medicine» engagieren.

Wie hat die Corona-Pandemie das Verhältnis zwischen Ökonomie und Medizin beeinflusst oder verändert?

DA: Die Corona-Pandemie hat das Bewusstsein der Öffentlichkeit über die Kosten und den Wert einer hochwertigen medizinischen Betreuung geschärft. Die Krise ist allerdings noch nicht überstanden und aktuell ist es noch zu früh, um endgültige Lehren daraus zu ziehen.

Wie hoch ist Ihrer Meinung nach die Gefahr, dass die Medizin in der Schweiz in absehbarer Zukunft rationiert wird?

RC: Müssen Leistungen aus dem eigenen Sack oder mit einer Zusatzversicherung bezahlt werden, ist eine Zweiklassenmedizin Wirklichkeit geworden. Diese Gefahr besteht nach meiner Einschätzung bereits. Mit dem seit 2019 vorliegenden neuen Tarifsysteem TARDOC hat die Ärzteschaft zusammen mit curafutura zum Wohl der Patientinnen und Patienten eine sachgerechte Abrechnung im ambulanten Bereich vorgeschlagen. Wir können uns die Verzögerung der Umset-

zung dieses Tarifs nur so erklären, dass der Bundesrat Kostendämpfungsmaßnahmen mit Globalbudgets favorisiert, die beim Blick über die Grenze bis anhin in keinem Land zu den angestrebten Einsparungen geführt haben, sondern vielmehr zur Verschlechterung der Versorgungsqualität.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker
Redaktor DEFACTO

Die SGAIM

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) ist Ende 2015 aus der Fusion der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) und der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM) entstanden. Die SGAIM ist die grösste medizinische Fachgesellschaft der Schweiz und vertritt die Interessen von über 7'700 Mitgliedern, welche als Fachärztinnen und Fachärzte der Allgemeinen Inneren Medizin sowohl stationär als auch ambulant tätig sind.

Weitere Infos: www.sgaim.ch

Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky, MSc, ist Klinikdirektor und Chefarzt der Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin des Universitätsspitals Bern/Inselspital. Seit 2019 ist er Co-Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin.

Dr. med. Regula Capaul ist Allgemeininternistin in der Hausarztpraxis «Ärzte im Sternen Oerlikon» in Zürich und seit 2019 Co-Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin. Zudem war sie von 2009 bis 2019 Präsidentin der Vereinigung Allgemeiner und Spezialisierter Internistinnen und Internisten Zürich (VZI).

DIE INNOVATIVE ORALE THERAPIE FÜR TYP 2 DIABETES

DER ZEITPUNKT ZUM HANDELN IST DA

Für Erwachsene mit Typ 2 Diabetes



Signifikant bessere HbA_{1c}- und Gewichtsreduktion vs. Januvia® und Jardiance® 1,5



Reduktion von kardiometabolischen Risikofaktoren 1,5,5

RYBELSUS®
semaglutide tablets

Wenn Sie mehr über die Vorteile von RYBELSUS® erfahren wollen, besuchen Sie bitte www.rybelsus.ch

Referenz: 1. RYBELSUS® Fachinformation, www.swissmedinfo.ch. Die Referenz ist auf Anfrage erhältlich.

Limitatio: Zur Behandlung von Patienten mit einem unzureichend kontrollierten Typ 2 Diabetes mellitus ergänzend zu Diät und Bewegung: • In Monotherapie bei Patienten mit nachgewiesener Kontraindikation oder nachgewiesener Unverträglichkeit für Metformin. Zur Behandlung von Patienten mit einem Typ 2 Diabetes mellitus in Kombination mit folgenden Therapieoptionen, wenn durch diese Antidiabetika keine ausreichende Blutzuckerkontrolle erreicht wird: • Als Zweifachkombination mit Metformin oder einem Sulfonylharnstoff • Als Dreifachkombination mit einer Kombination aus Metformin und einem Sulfonylharnstoff • In Kombination mit Basalinsulin mit oder ohne Metformin. Mindestens BMI 28. Zusätzliche Medikamente zur Gewichtsreduktion werden nicht vom Krankenversicherer vergütet.

Kurzfachinformation – Rybelsus® Z: Semaglutide 3 mg, 7 mg, 14 mg pro Tablette. **I:** Rybelsus® wird zur Behandlung Erwachsener mit unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ 2 ergänzend zu Diät und Bewegung angewendet: - als Monotherapie bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit für Metformin; - in Kombination mit anderen blutzuckersenkenden Arzneimitteln. Siehe Abschnitt «Klinische Wirksamkeit» für Ergebnisse zu den in klinischen Studien untersuchten Kombinationen und zur kardiovaskulären Sicherheit. **D:** Anfangsdosis von Rybelsus® beträgt 3 mg einmal täglich. Nach 1 Monat Dosis auf 7 mg einmal täglich (Erhaltungsdosis) erhöhen. Falls blutzuckersenkende Wirkung nach einmonatiger Behandlung ungenügend Erhaltungsdosis auf 14 mg einmal täglich erhöhen. Dosisanpassung bei älteren Menschen und Patienten mit eingeschränkter Leber- oder Nierenfunktion nicht erforderlich. Rybelsus® ist eine Tablette zur einmal täglichen oralen Anwendung. Rybelsus® auf nüchternen Magen ganz mit bis zu einem halben Glas Wasser (120 ml) schlucken. Mindestens 30 Minuten warten vor Einnahme der ersten Mahlzeit, erstem Getränk oder anderer oraler Arzneimittel. **Kt:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Hilfsstoffe gemäss «Zusammensetzung». **VM:** Rybelsus® bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder zur Behandlung diabetischer Ketoazidose nicht anwenden. Anwendung von GLP-1-Rezeptor-Agonisten kann mit unerwünschten gastrointestinalen Wirkungen assoziiert sein. Bei vermutterter Pankreatitis Rybelsus® absetzen. Erhöhtes Hypoglykämierisiko bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin. Patienten mit diabetischer Retinopathie in der Vorgeschichte überwachen. Nach Markteinführung wurde bei Patienten, die mit GLP-1-Rezeptor-Agonisten behandelt wurden, über akute Nierenschäden und eine Verschlechterung der chronischen Niereninsuffizienz berichtet. Die Nierenfunktion soll überwacht werden, wenn die Behandlung mit Rybelsus® bei Patienten, die über schwere unerwünschte Magen-Darm-Reaktionen berichten, initiiert oder auftritt wird. **IA:** Semaglutide verzögert die Magenentleerung. Dies kann die Resorption anderer gleichzeitig angewendeter Arzneimittel beeinflussen. **UW:** Sehr häufig: Hypoglykämie bei Anwendung mit Insulin oder SU, Übelkeit, Diarrhö; Häufig: Hypoglykämie bei Anwendung mit anderen OAD, verminderter Appetit, Komplikationen der diabetischen Retinopathie, Erbrechen, Bauchschmerzen, abdominales Spannungsgefühl, Obstipation, Dyspepsie, Gastritis, gastroösophagealer Reflux, Flatulenz, erhöhte Lipase, erhöhte Amylase, Erschöpfung. Gelegentlich: erhöhte Herzfrequenz, Aufstossen, Cholelithiasis, Gewichtsabnahme. Selten: anaphylaktische Reaktionen, akute Pankreatitis. **Nach Markteinführung:** akute Nierenschädigung. **P:** 3 mg: Packungen zu 30 Tabletten, 7 mg: Packungen zu 30 und 90 Tabletten, 14 mg: Packungen zu 30 und 90 Tabletten (B). Okt 2021 V3.0. Ausführliche Angaben finden Sie unter www.swissmedinfo.ch.

⚠ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Für weitere Informationen siehe Fachinformation Rybelsus® auf www.swissmedinfo.ch.

RYBELSUS® ist indiziert für die Behandlung von unzureichend kontrolliertem Diabetes mellitus Typ 2 ergänzend zu Diät und Bewegung, ist aber nicht indiziert für die Gewichtsreduktion oder Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen. RYBELSUS® zeigt eine numerische Reduktion des kardiovaskulären Risikos. Dieser Effekt beruht primär auf einer Abnahme der kardiovaskulären Mortalität.^{1,5}



#SaveWalti
#SaveVreni

Kohle, Tinte oder Byte – was darf es kosten?

Das kleine Kreuzchen, ob mit dem Bleistift, dem Kugelschreiber oder mit der Maus gesetzt: Es ist wohl das teuerste Instrument in unseren Händen. Ein Kreuzchen hier, eines dort: Jede Verordnung – sei es in der Arztpraxis, im Fremdlabor oder beim Spezialisten – bringt einen Informationsgewinn, aber auch Kosten mit sich. Es ist nicht primär unsere Aufgabe, Kostenrechnungen zu erstellen. Die Indikation einer Untersuchung steht im Vordergrund.



Check-up: Oder mehr?

Dies soll kein Überblick über Sinn und Unsinn von Check-up-Untersuchungen sein. Der Check-up bei angeblich Asymptomatischen steht – wenn man genauer nachfragt – häufig mit einer Symptomatik im Zusammenhang. Unbestritten ist die Suche nach kardiovaskulären Risiken sinnvoll. Nebst eingehender Anamnese und klinischem Untersuchen ist häufig ein Screening auf Diabetes mellitus und Hypercholesterinämie indiziert.

Wir bestellen den Nüchtern-Blutzucker (CHF 7.90) und Langzeit-Zucker/HbA1C (CHF 19.20). Damit Letzteres richtig interpretiert werden kann, ist das Hämoglobin nötig. Dies erfolgt im Blutbild (CHF 17.10).

Der Lipidstatus (CHF 27.70) gibt uns differenzierte Angaben über das Gesamt-Cholesterin (CHF 7.90), die Blutfette/Triglyceride (CHF 7.90) und das

prognostisch unterschiedlich bedeutsame HDL- (CHF 7.90) und LDL-Cholesterin (CHF 4.00). Bereits mit diesen Daten ist eine Einschätzung des kardiovaskulären Risikos möglich. Oder macht das Lipoprotein a Sinn (CHF 19.90)?

Liegt nun – wie so häufig – ein entsprechender Bauchumfang vor, so interessiert uns auch, ob die Leber schon Hinweise auf eine Leberverfettung zeigt. Oder liegt ein bedeutsamerer Alkoholkonsum vor, als uns in der Sprechstunde weisgemacht wurde? Es folgen also die Leberwerte (Transaminasen): GOT (CHF 7.90), GPT (CHF 7.90), GGT (CHF 7.90). Je nach Konstellation geben sie uns Hinweise für eine Leberentzündung und/oder Alkoholmissbrauch. Ins ähnliche Kapitel gehört die Harnsäure (CHF 7.90), die weiteren Hinweise auf Gelenk-, Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen gibt. Oder brauchen wir gar das CDT

(CHF 76.00), um den Angaben des C2-Konsums zu glauben? Das CRP/C-reaktive Protein (CHF 14.20) hilft, einen chronisch schwelenden subklinischen Entzündungsstatus zu entdecken und dessen Verlauf zu untersuchen. Über die alkalische Phosphatase (CHF 7.90) kann man sich wohl in dieser Situation streiten – oder soll ich einfach mein Arbeitsinstrument sprechen lassen?

Im Rahmen eines Check-ups interessiert uns nebst der Leber auch die Niere / Kreatinin (CHF 7.90) und Blutsalze wie Natrium (CHF 2.50) oder Kalium (CHF 7.90), da Veränderungen zu lebensbedrohlichen Zuständen führen können. Eine Urinanalyse (CHF 5.20) lässt dann aufhorchen, wenn Blut, Eiweiss oder Leukozyten gefunden werden. Eine Urincultur (Uricult – CHF 9.30) zum Nachweis und zur Differenzierung eines Harnwegsinfektes gehört ohnehin zum Alltag der Hausarztpraxis.

Was kostet was?

Die Preise der Analyseliste sind in Schweizer Franken geführt. Alle anderen Leistungen werden nach Tarmed abgebolten und sind deshalb kantonal unterschiedlich teuer (Taxpunkt 0.82* – 0.97** Franken).

Laboranalyse	Analyseliste	Preis (in Franken)
Blutbild / Hämatogramm III	1372.01	17.10
Blutzucker	1356.01	7.90
HbA1C	1363.01	19.20
GOT	1093.01	7.90
GPT	1020.01	7.90
GGT	1341.01	7.90
CDT	1226.00	76.00
Harnsäure	1738.01	7.90
Lipidstatus	1539.00	27.70
Gesamt-Cholesterin		7.90
HDL-Cholesterin		7.90
LDL-Cholesterin		7.90
Triglyceride		4.00
Lipoprotein a		19.90
Kreatinin	1509.01	7.90
Natrium	1574.00	2.50
Kalium	1479.01	7.90
Alkalische Phosphatase	1027.01	7.90
Pankreas-Amylase	1592.01	7.90
Urin-Status	1740.01	5.20
Uricult	3330.00	9.30
Albumin im Urin	1023.01	16.20
CRP (C-reaktives Protein)	1245.01	14.20
BSR (Blutsenkungsreaktion)	1666.01	5.20
Blutentnahme kapillär	00.0716	4.90
Blutentnahme venös	00.0710	8.20

* ZG, LU, SZ, VS
 ** JU

Von Müdigkeit bis Begehrlichkeit

Nicht allzu selten kommen aber Fragen wie: «Habe ich genügend Eisen? Vitamin B12? Vitamin D?» Bei gleichzeitiger Abgeschlagenheit ist die Bestimmung des Eisenspeichers/Ferritin (CHF 7.90) und des Vit. B12 (CHF 25.00) sicher angezeigt. Aus lauter Interesse allerdings wird es rasch teuer, wenn unser Kreuzchen-Tool zum Einsatz kommen soll.

Zugegeben: Es braucht schon Überzeugung, wenn einem täglich 800 Einheiten Vitamin D empfohlen werden sollen, ohne dass man je einen Vor- oder Verlaufswert (CHF 53.00) zu sehen bekommt, da dies zu bestimmen – aus Kostengründen – ja eher nicht empfohlen wird.

Hingegen sind Laborauftragswünsche von paramedizinischen Einrichtungen häufig erstaunlich weit gefasst, sodass man sich schon fragen kann, wie denn

die Interpretation aussieht, wenn bei Gesunden Magnesium (CHF 8.70), Zink (CHF 44.00) und Selen (CHF 105.00) gesucht werden sollen. So einleuchtend es scheinen mag, bei Krämpfen den Magnesiumspiegel zu bestimmen, so wenig sagt uns eben dieser Spiegel über die Magnesiumversorgung des Muskels.

Auch Vitamine sind zum Nachweis teurer als zur Einnahme: Vit. B1 (CHF 76.00), Vit B2 (CHF 76.00), Vit. B6 (CHF 68.00).

Die Borrelien-Serologie kann zwar eine nicht akute zeckenübertragene Borreliose weitgehend ausschliessen. Oft werden aber teure Differenzierungen und weitere Verlaufsuntersuchungen nötig, die jedes Mal rasch die 200-Franken-Grenze überschreiten können. Und die Interpretation der Laborresultate in Übereinstimmung mit dem klinischen Bild ist immerhin derart komplex, dass es nicht

allzu dünne Bücher nur zu diesem isolierten Problem gibt. Finanziell geht's jetzt langsam ans Eingemachte. Das Problem der Kostenlawine bei weiterer Differenzierung betrifft generell die Serologien: EBV/Ebstein-Barr-Virus, CMV/Cytomegalie-Virus, Hepatitis B + C sowie HIV.

Weitere häufig angeforderte Blutwerte sind das TSH (CHF 9.00), PSA (CHF 11.80), Calprotectin (CHF 61.00), Immunfixation (CHF 53.00). Zudem kommen bei allen Fremdbestimmungen die Auftragstaxen (CHF 24.00) hinzu.

Ist das Symptom «Müdigkeit» vorhanden, so ändert sich die Fragestellung, und die meisten genannten Laborparameter mögen ihren Stellenwert haben. Unreflektiertes Ankreuzen ist nicht nur teuer. Falsch positive Resultate lösen zudem Ängste, Beratungszeit und Folgebestimmungen aus.

Laboranalyse	Analyseliste	Preis (in Franken)
Auftragstaxe	4700.00	24.00
Ferritin (Eisenspeicher)	1314.00	7.90
Vitamin B12	1749.00	25.00
Holotranscobolamin (aktives Vit. B12)	1727.10	61.00
Homozystein	1422.00	30.00
Vitamin D	1006.00	53.00
Vit. B1 (Thiamin)	1748.00	76.00
Vit. B2 (Riboflavin)	1750.00	76.00
Vit. B6 (Pyridoxalphosphat)	1751.00	68.00
Magnesium	1556.00	8.70
Zink	1767.00	44.00
Selen	1665.00	105.00
Borrelien 1. Keim	3378.00	133.00
+ IgG	3374.00	17.40
+ IgG-Spezifizierung	3376.00	74.00
+ IgM	3375.00	47.00
+ IgM-Spezifizierung	3377.00	47.00
HBs-Antigen	3060.00	20.00
HCV-AK	3068.00	17.40
HIV 1 + HIV-2 AK + HIV-AG	3094.00	20.00
TSH	1718.10	9.00
ft4	1721.00	9.00
PSA	1626.00	11.80
Calprotectin	1224.00	61.00
Immunfixation	1438.00	53.00

Das akut geschwollene Bein

Wie immer stehen auch bei diesem doch recht häufigen Problem in der Allgemeinpraxis die Anamnese und der klinische Untersuch an erster Stelle. Hingegen lässt in vielen Fällen bereits das ergänzende D-Dimer (CHF 45.80) eine potenziell gefährliche Beinvenenthrombose ausschliessen, nicht aber nachweisen. Dies ist eine vergleichsweise kostengünstige Alternative zur Duplexsonographie. Von der möglicherweise unnötig eingeleite-

ten präventiven Blutverdünnung könnte man natürlich auch noch sprechen. Nur: Wie rechnet man das in Franken um?

Brustschmerzen

Auch dies ist ein gar nicht seltenes Problem in der Hausarztpraxis. Meist handelt es sich um banale muskulo-skeletale Beschwerden. Nur selten erscheinen diese als Herzinfarkt oder Lungenembolie. Doch gerade diese eher seltenen Ursachen dürfen wir auf keinen Fall verpassen.

Mit einem EKG (TP 33.38), dem D-Dimer (CHF 45.80) und herzspezifischen Troponin (CHF 43.70) kann – je nach zeitlichem Verlauf – eine Lungenembolie oder ein Herzinfarkt ausgeschlossen werden, erneut im Zusammenspiel mit immer dem Gleichen: Anamnese und Untersuchung. Die Kosteneinsparungen für eine Nicht-Hospitalisation sind enorm und auch den Krankenversicherern durchaus bewusst.

Laboranalyse	Analyseliste	Preis (in Franken)
D-Dimer	1260.01	45.80
EKG	1700.10	6.18/27.20 (33.38)
Duplexsonographie tiefe Beinvenen (einseitig) + Grundkons. Radiologie/US + Techn. Grundleistung US	39.3680 (Tarmed)	AL 49.44/TL 34.18 (83.62) TL 34.49 TL 10.68
Troponin	1734.01	43.70

Röntgen, Radiologie und mehr

Röntgenuntersuchungen in der Praxis setzen sich aus der Technischen Grundleistung (TP 13.67), der Grundtaxe Röntgen (TP 34.49) und dem je nach Region unterschiedlichen Röntgentarif zusammen. Bemerkenswert sind die Unter-

schiede in den Grundtaxen im Spital (TP 58.54) oder am Röntgeninstitut (TP 84.68).

Weitere radiologische Leistungen oder Leistungen aus anderen Fachbereichen, die wir häufig verordnen, enthalten

nebst der direkten Leistung oft beträchtliche Zusatzpositionen (ärztliche Leistungen, Kontrastmittelgabe, weitere Serien, Biopsien etc.), die das Bild auf die tatsächlichen Kosten erschweren. Im Folgenden meine eigene (gefühlte) Hitliste:

Fachspezifische Untersuchung	Tarmed	AL/TL (total TP)
Ultraschall Abdomen	39.3240	63.72/42.73 (106.45)
CT Thorax/Abdomen	39.4060/80	47.2/155.74 (202.94)
MRI Knie	39.5180	59/208.85 (267.85)
MRI LWS/HWS/BWS/Sakrum/ISG	39.5060	59/227.84 (286.84)
MRI Schädel Übersicht	39.5050	59/234.17 (293.17)
Ergometrie	17.0090	94.96/104.61 (199.56)
Echokardiographie transthorakal	17.0210	163.20/225.07 (388.27)
Langzeit-EKG (24h) + Anlegen	17.0510 17.0130	89.02/94.12 (183.14) 0/62.77 (62.77)
24h-BD	17.0510	13.44/94.12 (107.56)
Grundtaxe Röntgen Arztpraxis	39.0020	0/34.49
Grundtaxe Röntgen Spital	39.0015	6.25/52.29 (58.54)
Grundtaxe Röntgeninstitut	39.0010	6.25/78.43 (84.68)
Techn. Grundleistung Rö Praxis	39.2000	0/13.67 (13.67)
Techn. Grundleistung MRI	39.5300	0/69.62 (69.62)

Fazit

Alle medizinischen Fragestellungen kosten, wenn sie beantwortet werden sollen. Die Aussagekraft einzelner Untersuchungen ist unterschiedlich und korreliert nicht immer mit dem Preis, der für diese Information bezahlt werden muss.

Beachtet man nur isoliert die Preise der Leistungen, so entsteht aber ein völlig verzerrtes Bild der Gesamtkosten.

So wird in der Hausarztpraxis mit Anamnese, klinischem Untersuchen und D-Dimer nicht nur eine potenziell tödliche Krankheit für unter 100 Franken ausgeschlossen.

Nein: Unnötige Fremduntersuchungen, Berichte, Folgebesprechungen, Anfahrtswege und Abwesenheiten vom Arbeitsplatz können dadurch verhindert werden. Man braucht hier kein Gesundheitsökonom oder Wirtschaftswissenschaftler sein, um zu erkennen, dass hier die Gesamtkosten ein Vielfaches betragen.

Nebst dem Bewusstsein unserer veranlassten Kosten ist es essenziell, dass wir an dieser Kompetenz festhalten, Labor, Sonographie und Röntgen in unserer Praxis zu vergleichbar schlanken Preisen anzubieten. Die Wogen, die seit Jahrzehnten immer gegen diese Kompetenzen branden, entspringen zumeist einem ökonomischen Gärtchen-Denken, wo eine Gesamtsicht fehlt oder gar nicht erwünscht ist.

Dr. med. Gregor Dufner
Redaktionsleiter DEFACTO

FRAGEN AN PROF. DR. DIETER CONEN, STIFTUNG PATIENTENSICHERHEIT

«Grundsätzlich stimmt in einem kommerzialisierten System das medizinisch angemessene Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht mehr»



Prof. Dr. Dieter Conen

DEFACTO: Welche Folgen hat Ihrer Meinung nach die zunehmende Ökonomisierung der Medizin auf die Patientensicherheit?

Prof. Dr. Dieter Conen: Das eigentliche Ziel des Gesundheitswesens ist es, eine qualitativ optimale und gleichzeitig finanzierbare Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten. In einer idealen Welt können Qualität und Zugangsgerechtigkeit verbessert und Kosten gesenkt werden, ohne eine Dimension zulasten der anderen zu bevorzugen. In der Realität gibt es sehr wohl Konfliktpotenzial: Qualitätseinbussen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerungen, Interessenkonflikte der Leistungserbringer, Verzerrung medizinischer Prioritäten und Aushöhlung des Fürsorgemodells. Eine solche Form der Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung führt dazu, dass nicht mehr nur die Krankheit und damit das Leid der Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen, sondern wirtschaftliche Überlegungen zunehmend Behandlungs- oder Diagnoseentscheide beeinflussen. Wenn also die Finanzen und damit Ökonomen bestimmen, wer mehr oder weniger Leistungen bekommt, führt das zu einer Über- und Fehldiagnostik und -therapie. Kurz: zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung. Als Mediziner muss ich mir hier zum einen die Frage stellen, ob der Patient so noch die für ihn richtige und wirkungsvolle Therapie erhält. Als Experte für Patientensicherheit weiss ich, dass ein Mehr an Leistungen die Risikoexposi-

tion erhöht – beispielsweise für unerwünschte Wirkungen von Medikamenten, nosokomiale Infektionen und auch für Never Events. Grundsätzlich stimmt in einem kommerzialisierten System das medizinisch angemessene Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht mehr, wenn das Geld respektive das Bemühen um Effizienz zulasten einer qualitativ hochstehenden und sicheren Versorgung entscheidend sind. Es ist damit wohl evident, dass eine so verstandene Ökonomisierung die Patientensicherheit – und damit die Qualität der Gesundheitsversorgung – gefährdet.

Welches sind aus Ihrer Sicht die entscheidenden Faktoren im Schweizer Gesundheitswesen, um die Patientensicherheit – trotz Trend zur Ökonomisierung – bestmöglich zu garantieren?

Ein wesentliches Schlagwort in diesem Zusammenhang ist Transparenz. Das heisst: Den Patientinnen und Patienten – ja der Öffentlichkeit – müssen die Risiken medizinischer Massnahmen und der resultierende Nutzen so kommuniziert werden, dass eigenverantwortliche Entscheidungen möglich sind. Verbunden damit ist die Offenlegung von Interessenbindungen, um die Fehlansätze und damit eine mögliche Mengenausweitung zu verhindern und um die Patientensicherheit zu erhöhen. Für ein solches System ist IT-Integration in die Patientenbetreuung und die daraus resultierende Transparenz- und Sicherheitserhöhung entscheidend, wozu die jüngsten Pandemieerfahrungen wohl

die besten Beweise lieferten. Zudem müssen wir die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen in die Prozesse einbinden (Stichwort «patientenzentriert») und vor allem auch Qualitäts- und Patientensicherheitsthemen in die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsfachpersonen integrieren.

Wie verträgt sich Ihrer Meinung nach Effizienz und Spardruck im Gesundheitswesen mit der Patientensicherheit? Ist eine effiziente und «sparsame» Medizin ohne Einbussen bei der Patientensicherheit möglich?

Wenn man davon ausgeht, dass – zurückhaltend geschätzt – alleine 10% der erbrachten Leistungen im Gesundheitswesen nicht nötig sind, zeigt sich ein grosses Sparpotenzial. Bei einem Gesundheitsmarkt von mehr als 80 Mia. Franken pro Jahr wären dies alleine 8 Mia. Franken. Ganz abgesehen davon, erhöhen wir damit die Patientensicherheit, verhindern zusätzlichen Schaden und damit verbundenes Leid für die Betroffenen und die Leistungserbringer. Und wir vermeiden zusätzliche, aus dem Schaden heraus entstehende Kosten.

Haben die Kostendämpfungspakete (1+2) des Bundesrates Ihrer Meinung nach Einfluss auf die Patientensicherheit?

Ja, und zwar durchaus auch positive. Vor allem im ersten Kostendämpfungspaket wurden dafür geeignete Massnahmen formuliert, die sich beispielsweise gegen die Mengenausweitung richten, wie die Einsetzung einer nationalen Tariforganisation oder die Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich. Eine weitere Kernmassnahme ist die Transparenz, beispielsweise mit der Rechnungskopie für Versicherte. Diese können somit ihre Rechnungen überprüfen und ihr Kostenbewusstsein wird gestärkt. Auch sollen Netzwerke zur koordinierten Behandlung eingeführt werden mit dem Ziel, national

gültige Leitlinien zu erarbeiten, was für Qualitäts- und Patientensicherheitsprogramme einen grossen Nutzen bringt. Auch die Schaffung eines Experimentierartikels brächte der Patientenversorgung positive Dynamik ins schwerfällige System, indem gezielt die Auswirkungen einzelner Massnahmen bezüglich Qualität und Patientensicherheit vor einer flächendeckenden Einführung getestet werden.

Wie beurteilen Sie die Fallpauschalen (DRG) im Hinblick auf die Patientensicherheit? Förderlich oder hinderlich?

Wir haben mit zehn Jahren Erfahrung mit akutstationären Fallpauschalen gesehen, dass diese auch zur Leistungsvermehrung beitragen, daher sind diese per se nicht förderlich. Sie verfälschen zudem die Transparenz: So stellt sich die Frage, ob wir damit heute tatsächlich die realen Kosten der eigentlich erforderlichen Versorgung kennen oder nur ein ökonomisch «manipuliertes» Abbild an rentablen Leistungen vor uns haben, hinter dem sich «Rosinenpickerei» verbirgt.

Welche Kosten verursacht die Sicherheitskultur im Schweizer Gesundheitswesen? Wie «teuer» sind Massnahmen zur Patientensicherheit?

Nationale und fokussierte Patientensicherheitsprogramme reduzieren die Kosten. Wenn wir davon ausgehen, dass beispielsweise jede im stationären Bereich auftretende nosokomiale Infektion (NOSO), die eigentlich vermeidbar wäre, vorsichtig gerechnet zusätzliche Kosten zwischen 10'000 und 15'000 Franken verursacht, ahnen wir die finanzielle Dimension, ganz abgesehen vom zusätzlichen Leid für die Betroffenen. Denn wir können davon ausgehen, dass 5 bis 10% aller Hospitalisierten eine NOSO erleiden. Gezielte Programme wie die Einführung von Standards zur Vermeidung von Blasenkatheter-asso-

zierten Infekten oder auch die chirurgische Checkliste, die den gezielten perioperativen Antibiotikaeinsatz prüft, können mit der u.a. durch die Stiftung Patientensicherheit nachgewiesenen Erhöhung der Patientensicherheit auch die Versorgungskosten senken.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker
Redaktor DEFACTO

Prof. Dr. Dieter Conen war Mitbegründer und von 2003 bis 2022 Präsident der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Der profilierte Qualitäts- und Patientensicherheits-Experte studierte Philosophie und Medizin und spezialisierte sich als Facharzt für Innere Medizin. Ab 1987 war er Direktor des Departementes Innere Medizin am Kantonsspital Aarau, von 1989 bis 2001 Ärztlicher Direktor. Im Jahr 2008 erfolgte seine Pensionierung. Von 2007 bis 2018 war er Mitglied des Spitalrats des Universitätsspitals Zürich.

Die Stiftung für Patientensicherheit

Die Stiftung für Patientensicherheit hat sich seit ihrer Gründung 2003 als das Kompetenzzentrum für Patientensicherheit in der Schweiz etabliert. Sie ist schweizweit die einzige Organisation, die sich systematisch und kontinuierlich für die Förderung der Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen einsetzt. Sie identifiziert und analysiert Sicherheitsrisiken für Patientinnen und Patienten, indem sie kontinuierliche Datenerhebungen, Fallanalysen und prospektive Risikobewertungen durchführt. Sie monitorisiert dafür auch die internationale wissenschaftliche Evidenz und tauscht sich regelmässig mit nationalen und internationalen Experten aus.

Der kantonalen Zulassungssteuerung entspannt entgegenblicken

Per 1. Januar 2022 sind mehrere Verordnungsrevisionen in Kraft getreten, welche den bisherigen befristeten Zulassungsstopp durch eine definitive Lösung ersetzen. Jeder Kanton kann Neuzulassungen von Ärztinnen und Ärzten anhand regionaler Versorgungskennzahlen beschränken¹. Mit der neuen Regelung müssen die gesuchstellenden Ärztinnen und Ärzte neu auch Anforderungen im Bereich Qualität erfüllen. Mit dem Qualitätsmanagementsystem MehrFachArzt bieten wir eine Lösung, mit der alle Qualitätsanforderungen für die Zulassung erfüllt werden können.

Anforderungen an die Ausbildung und Organisation gab es zuvor bereits im Rahmen der Berufsausübungsbewilligung. Neu ist, dass über den Tarifweg zusätzliche Kriterien eingeführt werden: Wer neu in einem Kanton zulasten der OKP abrechnen will, muss weitere Anforderungen erfüllen. Neben einer Berufsausübungsbewilligung, einem anerkannten Weiterbildungstitel, drei Jahren Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte und der Sprachkompetenz Niveau C1 müssen diese Kriterien erfüllt werden:

- Nachweis über qualifiziertes Personal in der Praxis
- Nachweis eines geeigneten Qualitätsmanagementsystems
- Internes Berichts- und Lernsystem
- Meldesystem für unerwünschte Ereignisse
- Ausstattungen für nationale Qualitätsmessungen
- Anschluss an eine eHealth-Gemeinschaft für das EPD

Wen betreffen die neuen Zulassungsbestimmungen?

Wer seine Zulassung noch vor dem 1. Januar 2022 beantragt hat, geniesst Besitzstandswahrung und muss (vorher) keine weiteren Anforderungen erfüllen. Für alle Ärztinnen und Ärzte,

die in einem Kanton neu eine Abrechnungsnummer beantragen, gelten jedoch die neuen Bestimmungen. Dies zum Beispiel bei der Neugründung oder Übernahme einer Praxis oder beim Eintritt in eine bestehende Praxis. Die Crux gerade bei Letzterem: Die neuen Anforderungen müssen von der gesamten Praxis erfüllt werden. Ein Qualitätsmanagementsystem funktioniert nicht nur für einen einzelnen Arzt.

Konkreter Umgang mit den neuen Anforderungen

Die neuen Anforderungen verursachen für alle zusätzlichen Aufwand bei der Gesuchstellung. Zum Nachweis, dass Sie die Anforderungen erfüllen, empfehlen wir, diese Unterlagen einzureichen:

- Funktionendiagramm und Organigramm: Darlegen, welche Kompetenzen benötigt werden und welche Stellen zu besetzen sind
- Weiterbildungskonzept/-plan: Aufzeigen, welche Kompetenzen erworben und aufrechterhalten werden
- Weiterbildungsnachweise (Ärzte und MPA)
- Qualitätssicherungs- und Qualitätsverbesserungsmassnahmen der Praxis: z. B. Teamsitzungen, KVP, PDCA-Zyklus, Risikomanagement, Formulare für unerwünschte Ereignisse, Logbücher usw.

- Konzepte (Hygiene, Arbeitssicherheit, Datenschutz, IT-Sicherheit usw.)
- CIRS: www.forum-hausarztmedizin.ch

Die Lösung

Natürlich können Sie die oben genannten Punkte selber entwickeln. Doch wir sind der Meinung, dass das Rad nicht ständig neu erfunden werden muss. Deshalb haben wir unser von Hausärztinnen und Hausärzten entwickeltes Qualitätsmanagementsystem MehrFachArzt (MFA) so gestaltet, dass Sie auf etwas Bewährtes zurückgreifen können. Das Qualitätsmanagementsystem MFA erfüllt alle Anforderungen, die in dieser kantonalen Zulassungssteuerung gefordert werden.

Wir bieten Ihnen Instrumente, die Sie bei der Umsetzung im Alltag inspirieren. So zum Beispiel unser Praxishandbuch. In unserer Vorlage stehen Ihnen über 200 Arbeitsanweisungen, Checklisten und weitere Dokumente in den Bereichen Medizin, Praxisorganisation und Personalwesen zur Verfügung. Diese können Sie individuell auf Ihre Bedürfnisse anpassen. Bei Themen, die in der Praxis weniger geläufig sind, wie z. B. Arbeits- und Betriebssicherheit, Datenschutz oder Informatiksicherheit, finden Sie Anleitungen und Leitfäden, die Sie

¹ In den Kantonen Basel Stadt und Basel Land gelten bereits Beschränkungen bei der Neuzulassung von definierten Spezialistengruppen (z. B. Orthopädie).

einfach in das Thema einführen und Ihnen konkrete Hilfe bei der Umsetzung bieten. So ist alles Wichtige bereits vorhanden und Sie können sich auf Ihre Kernkompetenz – die Betreuung von Patienten – konzentrieren.

In dieser DEFACTO-Ausgabe haben wir Ihnen direkt unseren neuen Informationsflyer beigelegt. Darin finden Sie weitere Informationen. Wir würden uns freuen, Sie mit dem Qualitätsmanagementsystem MFA begleiten zu dürfen. Für eine persönliche Vorstellung kommen wir gerne zu Ihnen in die Praxis. Rufen Sie uns unverbindlich an.

Michelle Stettler
Argomed, Co-Leiterin Kommunikation & Marketing



www.mehrfacharzt.ch
info@mehrfacharzt.ch
T +41 56 483 03 33

**MEHR Q
FACHARZT**
Qualitätslabel der Argomed

Ein Herz für Kinder mit seltenen Krankheiten

«Selten» gibt es für Betroffene nicht. Das weiss auch Manuela Stier vom Förderverein für Kinder mit seltenen Krankheiten (KMSK). Seit der Gründung 2014 setzt sie sich mit viel Herzblut für die rund 350'000 betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien ein. Nun durfte sie als Anerkennung ihres grossen Engagements den «Viktor Award» in der Kategorie «Herausragendste Persönlichkeit im Gesundheitswesen» in Empfang nehmen.



Warum wir darüber berichten? Weil Manuela Stier mit ihrer Agentur Stier Communications seit 2018 auch die Argomed Ärzte AG begleitet. Das DEFACTO-Gestaltungskonzept stammt aus ihrer Feder und wir sind nicht nur auf unser Magazin stolz, sondern auch

auf diese Partnerschaft. Deshalb verfolgen wir die Aktivitäten von KMSK mit viel Freude und unterstützen diese bei Gelegenheit auch persönlich. Die Mitarbeitenden der Argomed Ärzte AG haben an der KMSK-Challenge 2021 teilgenommen und mit viel Fleiss und Schweiss zum Spendenziel beigetragen. Unser langjähriger DEFACTO-Journalist, Bernhard Stricker hat ehrenamtlich bereits an zwei Wissensbüchern zum Thema «Seltene Krankheiten» mitgearbeitet.

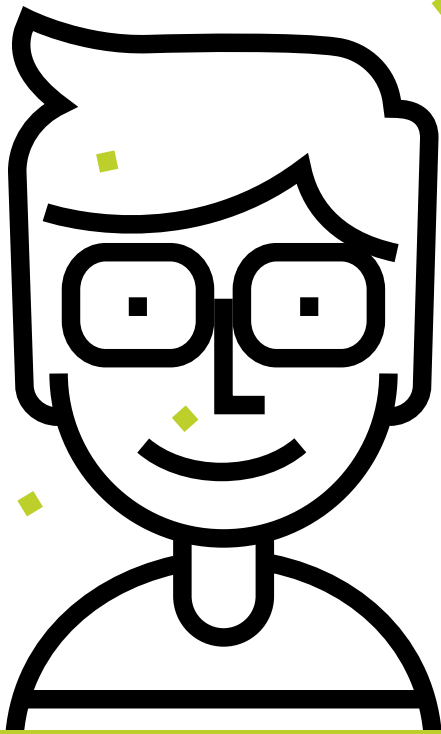
Das Thema bewegt. Zum einen, weil die Kleinsten unserer Gesellschaft betroffen sind. Aber auch, weil solche Diagnosen ganze Familien aus dem Alltag reissen und vor kaum zu bewältigende Herausforderungen stellt. KMSK springt da ein, wo die

Möglichkeiten von öffentlichen Organisationen begrenzt sind. Sie vernetzt betroffene Familien, unterstützt mit Direktspenden vor Ort und gibt den Betroffenen auf nationaler Ebene eine Stimme. Deshalb, liebe Manuela, hast du stellvertretend für den ganzen Verein die Auszeichnung mehr als verdient. Herzliche Gratulation!

Martina Gottburg
Argomed, Co-Leiterin Kommunikation & Marketing

Förderverein für Kinder mit
seltenen Krankheiten

www.kmsk.ch
info@kmsk.ch



Allergisch
auf Frühling?



Fragen Sie nach Mepha-Generika

Neu

Nach einer Herzinsuffizienz-bedingten Dekompensation:

**Bieten Sie Ihren Patienten die nötige Stabilität.
Wenn es für sie darauf ankommt.¹⁻⁴**



Verquvo® wird angewendet zur Behandlung von symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz bei erwachsenen Patienten mit reduzierter Auswurfraction, die nach einer kürzlich aufgetretenen Dekompensation, welche eine i.v.-Therapie erforderte, stabilisiert wurden.

Verquvo® wird in Kombination mit anderen Therapien für Herzinsuffizienz angewendet.

Referenzen: 1. Butler J, Yang M, Manzi MA, et al. Clinical course of patients with worsening heart failure with reduced ejection fraction. J Am Coll Cardiol. 2019;73(8):935-944. 2. Butler J, Anstrom KJ, Armstrong PW; VICTORIA Study Group. Comparing the benefit of novel therapies across clinical trials: insights from the VICTORIA trial. Circulation. 2020;142(8):717-719. 3. Armstrong PW, Pieske B, Anstrom KJ, et al; VICTORIA Study Group. Vericiguat in patients with heart failure and reduced ejection fraction. N Engl J Med. 2020;382(20):1883-1893. 4. Fachinformation Verquvo® (vericiguat) Schweiz, www.swissmedinfo.ch. Die referenzierten Daten, resp. Publikationen werden auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

 **Verquvo®**
vericiguat

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Für weitere Informationen siehe www.swissmedinfo.ch.

Gekürzte Fachinformation Verquvo® (Vericiguat): Stimulator der löslichen Guanylatcyclase (sGC) Z: Filmtabl. zu 2,5mg, 5mg und 10mg Vericiguat I: Verquvo wird angewendet zur Behandlung von symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz bei erwachsenen Patienten mit reduzierter Auswurfraction, die nach einer kürzlich aufgetretenen Dekompensation, welche eine i.v.-Therapie erforderte, stabilisiert wurden. Verquvo wird in Kombination mit anderen Therapien für Herzinsuffizienz angewendet. D: Verquvo Anfangsdosis 2,5mg 1x/Tag, Auftitration je nach Verträglichkeit etwa im 2-Wochen-Rhythmus auf 5mg 1x/Tag und dann auf die Erhaltungsdosis 10mg 1x/Tag. Alle Dosierungen mit Mahlzeit einnehmen. Vor Initiierung von Verquvo eine ausreichende Stabilisierung nach kürzlich aufgetretener Dekompensation sicherstellen, insbesondere bei Patienten mit stark erhöhten NT-proBNP-Spiegeln. Die klinische Stabilisierung schliesst die Behandlung der Volumenüberladung mittels intensiver (intravenöser) Diuretika-Therapie und die Optimierung der Behandlung mit anderen Standardtherapeutika für Herzinsuffizienz ein. KI: Überempfindlichkeit auf Hilfsstoffe, gleichzeitige Anwendung mit anderen Stimulatoren der sGC (Riociguat), bzw. PDE-5-Inhibitoren. W/VM: Vor Initiierung von Verquvo eine ausreichende Stabilisierung nach Dekompensation sicherstellen (siehe D). Potential für symptomatische Hypotonie: bei Auftreten Dosisanpassung von Diuretika, Behandlung anderer Ursachen der Hypotonie und vorübergehende Dosisreduktion. SS: Verquvo sollte während der Schwangerschaft nicht angewendet werden, Stillen unterbrechen oder auf Behandlung mit Verquvo verzichten/ Behandlung unterbrechen. Häufige UAW: Hypotonie, Anämie, Schwindelgefühl, Übelkeit, Kopfschmerzen, Dyspepsie, Erbrechen, gastroösophageale Refluxkrankheit. IA: begrenzte Erfahrungen zur gleichzeitigen Anwendung von langwirksamen Nitraten. Packg.: 2,5mg à 14, 100 Filmtabl.; 5mg à 14, 98, 100 Filmtabl.; 10mg à 14, 98, 100 Filmtabl. (B). Vertrieber: Bayer (Schweiz) AG, Uetlibergstr. 132, 8045 Zürich.

PP-M_VER-CH-0003-3_10.2021

Akute lumbale Rückenschmerzen

Einer der häufigsten Konsultationsgründe in der Hausarztpraxis und auf der Notfallstation sind Rückenschmerzen. Und auch im eigenen Erleben haben wir oder Nahestehende über Rückenschmerzen geklagt. Die allermeisten Patientinnen und Patienten erleben in ihrem Leben mindestens einmal akute lumbale Rückenschmerzen. Die meisten davon verschwinden spontan wieder innerhalb von drei bis vier Wochen, wenige werden chronisch (ab 12 Wochen Dauer).

In der Medizin werden diese je nach Lokalisation und Ausstrahlung in folgende Kategorien eingeteilt:

- Lumbospondylogen/-pseudoradikulär:
Ausstrahlung in eine nicht radikuläre Region
- Lumboradikulär (Lumboischialgie):
Ausstrahlung einem Dermatome entsprechend
- Lumbovertebral (Lumbago):
Lokale Schmerzen ohne Ausstrahlung

Auf den folgenden Seiten werden nochmals Anamnese, Klinik und Diagnostik vorgestellt – und neu auch mit einer Gedankenstütze für die Medizinische Praxisassistentin.



Anamnese

Einige dieser Fragen können bereits am Telefon durch die MPA erfragt werden. Sollten darunter Red Flags (also Hinweise für eine gefährliche Ursache) sein, muss der Patient notfallmässig gesehen werden.

- Wo haben Sie Rückenschmerzen?
- Wie stark sind die Schmerzen?
- Seit wann haben Sie Rückenschmerzen?
- Was löst die Schmerzen aus?
- Was hilft gegen die Schmerzen?
- Ausstrahlung (ein-/beidseitig)
- Schmerzcharakter (plötzlicher/schleichender Beginn; konstant oder anfallsartig)
- Kennen Sie diese Schmerzen? Wenn ja, Ursache/Diagnostik/Therapie?
- Morgensteifigkeit (<30 min/>30 min)
- Red Flags? (s. Kasten)
- Begleitsymptome (z. B. Fieber)
- Ursache (Sturz, Bücken ...)
- B-Symptome (Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, Nachtschweiss, Fieber)
- Evtl. berufliche Tätigkeit

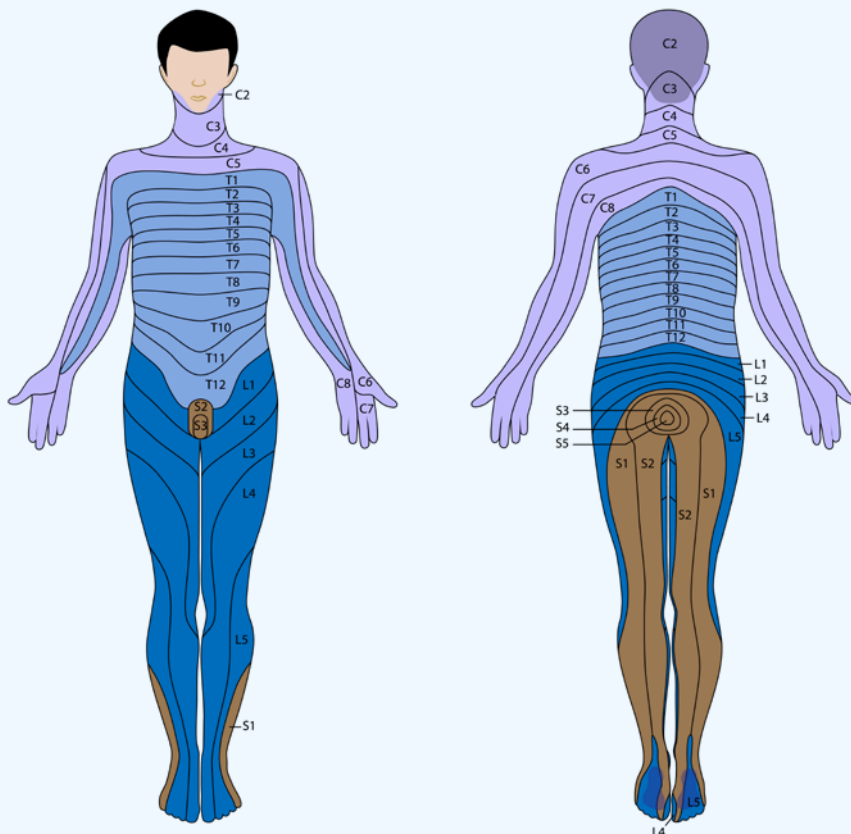
Red Flags aus Anamnese und Klinik

- Massive Schmerzen, nächtliche und bewegungsunabhängige Schmerzen
- Vorerkrankungen wie Neoplasien, rheumatische Erkrankungen, Unfälle, Voroperationen
- Begleitsymptome wie Fieber (ab 38,3°C), Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Schmerzen in Bauch und Brust
- Drogenkonsum, Glukokortikoid-Einnahme, vorgängige Operationen, Infiltrationen, Lumbalpunktionen
- Neurologische Ausfälle wie Lähmungserscheinungen, Gefühlsstörungen (v. a. im Bereich von Damm- und Oberschenkelinnenseite = Reithosenanästhesie), Miktionsbeschwerden (Inkontinenz, Harnverhalt, Pollakisurie...)
- Progrediente Symptomatik

Bei Red Flags: Patient muss notfallmässig am selben Tag ärztlich untersucht werden!

Klinik:

- Lähmungserscheinungen
- Pathologische Reflexe
- Reithosenanästhesie
- Fieber
- Entzündungsparameter



Untersuchung

Die körperliche Untersuchung kann bei Rückenschmerzen klassisch in Inspektion, Palpation und funktionelle Tests eingeteilt werden.

- Stehende Betrachtung (Lordosen, Kyphose, Muskulatur)
- Schmerzdemonstration durch den Patienten
- Palpation (knöcherne/muskuläre Strukturen), Klopfschmerz
- Gangbild (inkl. Zehen/Fersengang)
- Bewegungsausmass (Flexion, Extension, Seitneigung, Rotation)
- Kraftprüfung
- Sensibilitätsprüfung (Reithosensensibilität!)
- Reflexe (Babinski, Perianalreflex)
- (Gekreuzter) Lasègue: Positiv ab 30–70° auftretender Schmerz entlang des Nerves, nicht im Rückenbereich/dorsaler Oberschenkel
- Trendelenburg: Absinken des Beckens im Einbeinstand bei Insuffizienz des M. gluteus medius/minimus
- Vorlaufphänomen: Asymmetrische Bewegung der Spinae iliaca posterioriores beim Bücken als Zeichen einer Problematik im Iliosakralgelenk
- Waddelsigns: Atypische Symptome als Zeichen von psychischem Stress als Ursache der Rückenschmerzen (z.B. axialer Stauchungsschmerz mit Druck auf den Kopf führt zu lumbalen Schmerzen, weitläufige Hyperalgesie, negativer Lasègue bei Ablenkung, unerklärbare neurologische Zeichen)

Kennmuskeln und -reflexe

L3	PSR (Patellarsehnen-Reflex)	M. quadriceps femoris, M. iliopsoas, Adduktoren	Hüftflexion
L4	PSR (Patellarsehnen-Reflex)	M. quadriceps femoris, M. tibialis anterior	Unterschenkelexension
L5	TPR (Tibialis-posterior-Reflex)	M. extensor hallucis longus, M. tibialis anterior, M. gluteus medius	Hackengang
S1	ASR (Achillessehnen-Reflex)	M. triceps surae, M. biceps femoris, M. gluteus maximus	Zehengang

Weitere Diagnostik

Labor:

Blutsenkung, CRP, Blutbild, Kreatinin, evtl. Urin; Übriges nach Verdacht

Bildgebung:

je nach Klinik: Röntgen, CT, MRT, Elektroneurographie

Bei unspezifischen Lumbalgien sollte eine Bildgebung in den ersten sechs Wochen nicht erfolgen (Quelle: smartmedicine.ch) – das Outcome wird nicht verbessert, aber es entstehen unnötige Kosten und eine erhöhte Strahlenbelastung. Bei Red Flags (v.a.

hohes Alter, chronische Steroideinnahme, schweres Trauma, Kontusion) ist eine Bildgebung indiziert.

Persistieren die Beschwerden mehr als sechs Wochen, bei neuen Symptomen oder zur präoperativen Abklärung benötigt es neue Bilder. Bei unspezifischen Rückenschmerzen kann nach sechs Wochen eine Bildgebung erfolgen oder nochmals eine konservative Therapie über acht Wochen erfolgen mit anschliessender Reevaluation.

Was tun, wenn der Patient eine Bildgebung fordert? Sofern es sehr unwahrscheinlich ist, dass eine Pathologie vor-

liegt oder unveränderte Beschwerden nach bereits erfolgter Bildgebung, ist keine Röntgendiagnostik notwendig. Das Risiko für beschwerdefreie Zufallsbefunde, die mehr Abklärungen benötigen, ist hoch. Eine neue Bildgebung kann stattfinden, wenn sich die Beschwerden unerwartet nicht verbessern. Wichtig dabei ist, den Patienten zu beruhigen, indem man ihm die körperlichen Untersuchungsschritte genau erklärt und er eine adäquate Erklärung für seine Beschwerden erhält.

Krankheitsbilder

An folgende mögliche Ursachen der Rückenschmerzen sollte gedacht werden. Oftmals bleibt aber ein unspezifischer Rückenschmerz ungeklärt.

- Nervenwurzelreizung (Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Cauda-equina-Syndrom)
- Neoplasie
- Infektion (Abszess, Spondylodiscitis, Herpes zoster)
- Rheumatisch-entzündlich
- Fraktur (Trauma, Osteoporose, Malignome)
- Iatrogen (nach Punktionen, Operationen, Injektionen)
- Trauma
- Metabolisch (diabetische Radikulo-/Plexopathie)
- Osteochondrose
- Spondylolisthese/-lyse
- Facettengelenksarthrose
- ISG-Syndrom
- Fehlhaltung, muskuläre Dysbalance/Insuffizienz, Myogelosen
- Viszerale Ursachen (Prostatitis, Endometriose, Chronic pelvic inflammatory disease, Nephrolithiasis, Pyelonephritis, Aortenaneurysma, Pankreatitis, Cholezystitis, penetrierendes Ulkus, Inguinalhernie...)

Therapie

Aus Platzgründen zeigen wir nur einen kleinen Überblick über die Therapien.

Häufig lösen sich die Schmerzen von selbst und nicht-pharmakologische Therapien sind vorzuziehen (Wärme, Massage, Akupunktur, Manuelle Medizin) und auf Bettruhe resp. Schonung ist zu verzichten.

Ansonsten kann ein kurzzeitiger Einsatz von NSAR oder Paracetamol helfen. Bei längeren Beschwerden kann vorübergehend ein Muskelrelaxans helfen. Opiode sollten nach Möglichkeit nicht verwendet werden, ansonsten nur mit engmaschiger Überwachung.

Nicht nur bei Rückenschmerzen, aber besonders hier sollte der Patient gut instruiert werden über seine Diagnose, Prognose und mögliche Therapien.

Dr. med. Corina Omlin
Redaktion DEFACTO

Quellen:

1. <https://www.rheumaliga.ch/blog/2020/rueckenschmerzen-warnsignale> (26.02.2022)
2. <https://www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/ambulante-allgemeine-innere-medizin-2014.html> (26.02.2022)
3. https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults?search=acute%20low%20back%20pain&source=search_result&selectedTitle=3~42&usage_type=default&display_rank=2 (26.2.2022)
4. https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-low-back-pain?search=acute%20low%20back%20pain&source=search_result&selectedTitle=1~38&usage_type=default&display_rank=1#H25 (02.03.2022)
5. B.Manger et al., Checkliste Rheumatologie, 4. Auflage, 2012, Georg Thieme Verlag
6. F. H. Mader, T. Brückner (Hrsg.): Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin, 6. Auflage, 2019, Springer-Verlag
7. J-F. Chenot, M. Scherer, Allgemeinmedizin, 1. Auflage, 2021, Urban&Fischer in Elsevier

Es läuft viel auf dem politischen Parkett

Die Ausgaben in der obligatorischen Krankenversicherung sind in den letzten 20 Jahren im Schnitt rund 4.5% pro Jahr gewachsen, fast doppelt so stark wie das Bruttoinlandprodukt (BAG Admin, 2022). Politik und Behörden stehen unter Zugzwang, um das Kostenwachstum einzudämmen. Nachfolgend ein Überblick über die aktuellen Massnahmen und Themen sowie die möglichen Auswirkungen auf die Hausarztmedizin.

KVG-Änderungen:

- a. **Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1a:** Teilweise bereits in Kraft per 01.01.2022 wie bspw. die Pflicht, dass Leistungserbringer den Versicherten eine **Rechnungskopie** zustellen müssen. Die Versicherten können somit ihre Rechnungen überprüfen und das Kostenbewusstsein wird gestärkt. Weitere Massnahmen folgen voraussichtlich per 01.01.2023.
- b. **Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1b:** Enthält u.a. Massnahmen zur Einführung eines **Referenzpreissystems** für Arzneimittel. Dieses Teilpaket befindet sich zurzeit in parlamentarischer Beratung.
- c. **Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2:** Mit der Einführung einer **obligatorischen Erstberatungsstelle** für alle Versicherten soll der Eintritt ins Gesundheitssystem besser koordiniert werden. Zusätzlich will man durch die **Stärkung der koordinierten Versorgung** Versorgungsnetzwerke als eigene Leistungserbringer definieren. Die Massnahmen des zweiten Kostendämpfungspaketes werden nochmals vertieft überprüft. Die Verabschiedung der entsprechenden Botschaft ist für das erste Halbjahr 2022 geplant.
- d. **Vorgabe von Kostenzielen:** Die **«Kostenbremse-Initiative»** der Mitte-Partei wurde 2021 vom Bundesrat abgelehnt, weil die starre Ausgabenregel zu Leistungsrationierungen führen könnte. Als indirekten Gegenvorschlag hat man die Vorgabe von **Kostenzielen** in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) platziert. Diese Massnahme ist Teil des laufenden Kostendämpfungsprogramms, wird aber losgelöst von den Paketen 1 und 2 behandelt.

Wird die obligatorische Erstberatungsstelle eingeführt, so ist die hausärztlich koordinierte Versorgung, so wie sie die letzten 20 Jahre erfolgreich aufgebaut und betrieben wird, Geschichte. Das BAG schreibt von Kosteneinsparungen in der Höhe von mehreren Hundert Millionen Franken. Das klingt verlockend. Dabei wird fast vergessen, dass die hausärztlich

koordinierte Versorgung seit Jahrzehnten eine der erfolgreichsten Massnahmen im Schweizer Gesundheitswesen ist. Kosten von rund 200 Mio. Franken werden alleine dank den Ärztenetzen der Argomed Ärzte AG eingespart – Jahr für Jahr. Aber kann ein System, welches auf freiwilliger Zusammenarbeit zwischen Patienten, Ärzten und Krankenversicherern basiert, auch dann funktionieren, wenn es erzwungen ist? Woher kommen die Ärzte, die es braucht, um die 8.5 Mio. Versicherten in einer Erstberatungsstelle unterzubringen? Wäre es nicht sinnvoller, die Versicherten freiwillig von der koordinierten Versorgung wie beispielsweise dem Hausarztmodell zu überzeugen und sie über attraktive Prämiennachteile ohne Marktverzerrung durch andere alternative Versicherungsmodelle zu gewinnen?

Mit dem neuen Tarifwerk TARDOC steht ein neuer Einzelleistungstarif vor der Tür. Für die Hausarztmedizin dürfte sich dieser neue Tarif positiv auswirken. TARDOC ist für die Ärzteschaft die letzte Chance für Mitsprache, kommt er nicht zustande, wird der Bund das Heft übernehmen und diktieren.

EFAS steht für die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Diese Änderung sieht vor, dass sich Kanton und Krankenversicherer gemeinsam an den Leistungskosten beteiligen, unabhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgt. Das wäre ein positives Zeichen für ambulante Leistungserbringung, wird sie im heutigen System doch komplett privat finanziert.

Wir setzen uns weiterhin für die hausärztlich koordinierte Versorgung ein, weil es nachweislich das effizienteste und erfolgreichste Modell ist. Unterstützen Sie uns dabei? Dann machen auch Sie sich in Ihrer Praxis stark für das Hausarztmodell. Mit dem Aufnahmestopp «auf Anfrage» können Sie neue Patienten gezielt in ein Hausarztmodell steuern.

Martina Gottburg
Argomed Ärzte AG,
Co-Leiterin Kommunikation & Marketing

Vom Hausarztmodell und dem Umgang mit beschränkten Ressourcen in der Hausarztpraxis

Wer eine Hausarztpraxis aufsucht, entscheidet sich für das Versorgungsmodell «Hausarzt» und gegen Telemedizin oder 24/7 walk-in-Notfallpraxen. Die regionale und persönliche Betreuung ist vielen Patienten wichtig. Im Obsan Bericht 04/2021 geben über Dreiviertel der Befragten an, bevorzugt die Hausarztpraxis zu konsultieren.

Beste Voraussetzungen für Sie als Hausarztpraxis. Aber wie hoch ist Ihr Anteil Hausarztmodell Patienten effektiv? Nur gut 1/3 der Bevölkerung ist tatsächlich im Versicherungsmodell Hausarzt. Leider korreliert der Wunsch nach «einer vertrauten medizinischen Ansprechperson» nicht mit dem gewählten Versicherungsmodell. Versicherte schliessen das günstigste Telmed-Modell ab, beanspruchen aber regelmässig die Dienstleistungen der Hausarztpraxis – kostenlose koordinierte Versorgung versteht sich. Vergleichbar mit der Konsumation von mitgebrachten Speisen im Restaurant.

Sie können dem entgegenreten, indem bei drohendem Ressourcenengpass bevorzugt Hausarztmodell-Versicherte aufgenommen werden. Bereits mehrere Hausarztpraxen haben aufgrund der immer steigenden Belastungen mit bewussten Steuerungsmassnahmen reagiert. So zum Beispiel publiziert eine Praxis in einem Ärztenetz der Argomed den folgenden Auszug auf ihrer Website:

Leider ist unsere Praxis nicht mehr in der Lage neue Patienten aufzunehmen, da sonst die Qualität der hausärztlichen Betreuung nicht mehr gewährleistet ist. Familienangehörige von bereits in Behandlung stehenden Patienten werden als neue Patienten aufgenommen, da dies dem Familienarztmodell entspricht. Ebenfalls werden in einem verbindlichen Hausarztmodell versicherte Patienten neu in unsere Patientenkartei aufgenommen.

Solche Formulierungen finden immer mehr den Weg auf Praxiswebsites.

Es lohnt sich für das Hausarztmodell einzustehen, weil

- es das Herz der Hausarztmedizin ist.
- sonst zunehmend andere die Hausarztpraxis dirigieren.
- es das Ärztenetz, die Qualitätszirkel und damit auch Innovationen finanziert.
- es die fairste und optimalste Versorgung für die Patienten bringt.

Setzen Sie sich für das verbindliche Hausarztmodell ein und stärken Sie dadurch die Position der Hausarztpraxis auch gegenüber Krankenversicherer, Partner und Politik. Mehr dazu: www.argomed.ch/feuer

Michelle Stettler
Argomed Ärzte AG,
Co-Leiterin Kommunikation & Marketing

CardioFlex bringt kardiologische Rhythmusdiagnostik in die Hausarztpraxis

Argomed und evismo spannen seit bald zwei Jahren zusammen. Wir wollen gemeinsam die Hausarztmedizin stärken und mit praxistauglichen Lösungen zu mehr Qualität und Effizienz verhelfen. Mit CardioFlex klappt sogar beides gleichzeitig, denn gewisse kardiologische Abklärungen sind in der Hausarztpraxis bestens aufgehoben.

Dank evismo und ihrem Langzeit-EKG-Service CardioFlex haben Hausarztpraxen ein innovatives Werkzeug für die kardiologische Rhythmusdiagnostik in der Hand. Ein Schweizer Kardiologen-Team analysiert täglich online die EKG-Daten und stellt die Befundung bei Diagnose oder nach Ablauf der Messung digital zur Verfügung. Die Untersuchung wird bis zu einer Tragedauer von 10 Tagen aus der Grundversicherung vergütet. Für Patienten ist dabei ein Aspekt sehr angenehm: Start- und Endpunkt der Untersuchung ist die vertraute Hausarztpraxis.

CardioFlex erhöht nicht nur die diagnostische Ausbeute bei Herzrhythmusstörungen dank längerer Tragedauer im Vergleich zum klassischen Holter, sondern macht auch die Patientenabwicklung direkt in der Hausarztpraxis für alle effizient. «CardioFlex ist sehr praktisch in der Anwendung für MPA und Patienten. Wenn etwas nicht gut ist, informiert das Handy. Haben wir MPA eine Frage oder ein Anliegen, dann werden wir immer sehr kompetent und schnell beraten», so Marie-Christine Jeckelmann, MPA in der «Swiss Sportclinic» in Bern, die einem Argomed-Ärztetenetz angehört.

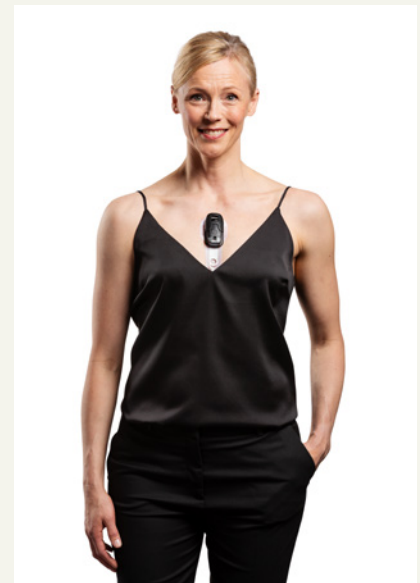
Bereits 28 Argomed-Arztpraxen und über 80 Ärztinnen und Ärzte setzen auf den kleinen, wasserdichten Sensor und erhöhen damit die diagnostische Ausbeute für Patientinnen und Patienten mit Herzrhythmusstörungen.

Die Diagnose von Herzrhythmusstörungen wird nicht mehr durch lange Wartezeiten beim Spezialisten verzögert. In der hausärztlichen Behandlung kann gemeinsam entschieden werden, wie weit die Diagnostik geht, und die spezialärztliche Überweisung ist in einigen Fällen nicht mehr nötig. Dies wirkt sich auch positiv auf die Leistungskosten aus.

Die Hausarztpraxis verrechnet das An- und Ablegen des EKG-Sensors sowie die Patientenbetreuung nach Tarmed. Das Schweizer Kardiologen-Team verrechnet die Befundung. So einfach und effizient wie der Prozess ist also auch die Abrechnung.

Martina Gottburg
Argomed Ärzte AG,
Co-Leiterin Kommunikation & Marketing

Willemien van den Toorn
evismo AG,
Managing Partner & Founder



Erstens kommt es anders und zweitens als man denkt

Eigentlich hätten Sie auf dieser Seite einen Bericht über das geplante Argomed | FORUM vom 5. Mai 2022 lesen sollen. Doch manchmal kommt es anders als erwartet. Nach über zwei Jahren Zwangspause haben wir uns sehr auf das Argomed | FORUM gefreut. Die persönlichen Begegnungen sind uns sehr wichtig, deshalb haben wir das Argomed | FORUM als Netzwerkanlass konzipiert und viele interessante Partner aus dem Gesundheitssektor eingeladen. Leider konnten die Erwartungen bezüglich Teilnehmerzahl nicht erfüllt werden und wir sahen uns gezwungen, den Anlass zu verschieben und die Durchführung in einem anderen Format zu planen.

Der Aktivismus im Gesundheitswesen ist spürbar. Auf politischer und regulatorischer Ebene läuft einiges. Deshalb ist das Thema «Trends im Gesundheitswesen – Spiel mit dem Feuer» aktueller denn je. Neben den politischen Aktivitäten beschäftigen weiterhin Ressourcenprobleme, welche sich nicht von alleine lösen. Die Hausarztpraxis will trotz Ressourcenengpass und steigender Patientenzahl die hohe Qualität halten – eine Gratwanderung, der zum Beispiel mit bevorzugter Aufnahme von Hausarztmodell-Versicherten entgegengetreten werden kann. Dazu kommt, dass andere Marktteilnehmer «Hausarzt spielen» wollen und die Steuerung übernehmen. Im Hinblick auf Ressourcenprobleme eine mögliche Chance, in Bezug auf faire und optimale Medizin jedoch ein Risiko. Die Steuerung muss in der Hausarztpraxis bleiben.

Damit diesen Trends begegnet werden kann, bietet die Argomed Ärzte AG Lösungen in den drei Handlungsfeldern Hausarztmodell, Hausarztpraxis und Hausarztmedizin an. Selbstverständlich enthalten wir Ihnen diese Lösungen nicht vor, sondern stellen sie Ihnen im Detail am nächsten Termin vor. Sind Ihnen QCare oder das Qualitätsmanagementsystem MehrFachArzt ein Begriff? Das sind nur zwei Beispiele einer ganzen Palette an möglichen Lösungsansätzen.

Nebst den aktuellen Trends verfolgen wir auch die Entstehung von Gesundheitsplattformen. Mit zwei populären Vertretern, «Well» und «Compassana», wagen wir den Blick in die Zukunft.

Lassen Sie uns ein paar Tage Zeit für den Umbau des geplanten Argomed | FORUM und wir gelangen mit einem neuen Datum für das Argomed | FORUM Online-Session wieder an Sie. Wir waren bereits aktiv und haben unsere Ärztinnen und Ärzte sowie MPA und MPK aufgefordert, ihren «Senf» zur Durchführungsart, Wochentag, Zeit und Themen mitzuteilen. Rund zwei Drittel der Umfrageteilnehmer bevorzugten die Durchführungsart «online».

An dieser Stelle bedanken wir uns bei allen Referentinnen und Referenten, die unser Argomed | FORUM mit ihrem Fachwissen bereichern. Ein herzliches Dankeschön geht auch an unsere langjährigen Kooperationspartner, die uns auch an diesem Argomed | FORUM grosszügig unterstützen.

Michelle Stettler
Argomed Ärzte AG,
Co-Leiterin Kommunikation & Marketing



«Der Herr Doktor als Auslaufmodell» – Eine Entgegnung

In seinem Kommentar in der *Aargauer Zeitung* vom 14. Januar 2022 stellte Chefredaktor Rolf Cavalli unter dem Titel «Der Herr Doktor als Auslaufmodell» fest, dass uns die Hausärzte ausgehen, und folgert daraus: «Das Modell Hausarzt als medizinische Grundversorgung wird in wenigen Jahren nicht mehr funktionieren.»

Dr. med. Wolfgang Czerwenka – Verwaltungsratspräsident der Argomed – widersprach in einem Brief den Thesen von Rolf Cavalli. Im folgenden Interview erklärt Dr. Wolfgang Czerwenka seine Gründe für die Entgegnung (bst).

FRAGEN AN DR. WOLFGANG CZERWENKA

«Das persönliche Gespräch im Sprechzimmer bleibt ein wichtiger Pfeiler in der Behandlung von Patientinnen und Patienten»



Dr. med. Wolfgang Czerwenka

DEFACTO: *In seinem Kommentar vom 14. Januar 2022 in der AZ mit dem Titel «Der Herr Doktor als Auslaufmodell» stellt Chefredaktor Rolf Cavalli fest, dass 40 % der Hausärzte im Kanton Aargau vor der Pensionierung stehen, kaum Nachfolger fänden und dass die Politik das Problem verschlafen habe, und folgert: «Das Modell Hausarzt als medizinische Grundversorgung wird in wenigen Jahren nicht mehr funktionieren.» Was sagst Du dazu?*

Dr. Wolfgang Czerwenka: «Der Herr Doktor» wird ein Auslaufmodell sein, nur schon, weil es mehrheitlich eine «Frau Doktor» sein wird, nicht aber die Hausarztmedizin. Die hausärztlich koordinierte Medizin ist und bleibt die wichtigste und notabene auch kostengünstigste Medizin in der Schweiz. Es ist jedoch eine Tatsache, auf welche wir schon seit Jahren hinweisen, dass die medizinische Grundversorgung durch den Mangel an jungen Hausärztinnen und -ärzten akut gefährdet ist. Der Fachkräftemangel geht aber über die Hausärzte hinaus, generell zeichnen sich Engpässe in allen Spezialitäten ab,

Assistentenstellen in den Spitälern können kaum alle besetzt werden. Doch auch im Pflegebereich, in der Physiotherapie und in der Radiologie sind Fachkräfte zunehmend Mangelware. Die Politik befasst sich leider immer noch hauptsächlich mit Zulassungsbeschränkungen, Verschärfung der Anforderungen und endlosen Diskussionen über Kostenbremsen, welche diese Probleme nicht lösen, sondern verschärfen.

Gleichzeitig ist für Rolf Cavalli diese Situation aber auch eine Chance, wenn «die Möglichkeiten der Digitalisierung intelligent mit den Stärken einer Fachperson» verbunden und genutzt werden. Was meinst Du zu dieser These? Kann der Ärztemangel tatsächlich mit einer intelligenten Digitalisierung behoben werden?

Digitalisierung ist ein Schlagwort, jeder hat seine Vorstellung und jeder meint eigentlich was anderes. Selbstverständlich können digitale Mittel unsere Arbeit erleichtern, insbesondere in der Informationsbeschaffung und der Kommunikation. Sie können den Zugang

für gewisse Patientengruppen zum Gesundheitssystem erleichtern. Zertifizierte Apps wie beispielsweise der «medical guide» ermöglichen Patientinnen und Patienten eine Selbsteinschätzung. Doch es braucht zur definitiven Beurteilung eine medizinische Fachperson – und dies halt physisch und nicht virtuell. Telemedizinische Beratungen beschränken sich, wie der Name es sagt, auf die Beratung. Es sind keine Untersuchungen, die zwingend zu einer Diagnosestellung gehören. Das persönliche Gespräch im Sprechzimmer bleibt ein wichtiger Pfeiler in der Behandlung von Patientinnen und Patienten und kann nicht durch App's, Tablets und Zoom-Meetings ersetzt werden.

Was denkst Du über den Zeitpunkt der Publikation in der AZ? Warum thematisiert Herr Cavalli gerade jetzt – im Januar 2022 – den Hausärztemangel, nachdem das Problem ja schon seit Jahren erkannt und bekannt ist und nachdem das Schweizer Volk 2014 einen Gegenvorschlag des Parlaments zur Hausarztinitiative sehr deutlich angenommen hat?

Die Annahme der Hausarztinitiative im Jahre 2014 widerspiegelt den Wunsch der Bürgerinnen und Bürger, dass «der Hausarzt» die wichtigste Ansprechperson in gesundheitlichen Fragen ist, das hat auch die im letzten Jahr publizierte OBSAN-Studie eindrücklich gezeigt. Obwohl nun in der Verfassung steht, dass die Hausarztmedizin gefördert werden muss, hat sich für uns nicht viel geändert. Ich befürchte, dass dies den Pflegefachleuten, trotz der kürzlich angenommenen Pflegeinitiative, gleich gehen wird.

Ich persönlich denke, dass sich gerade jetzt in der Pandemiesituation gezeigt hat, dass eine gut funktionierende, fachlich hochstehende medizinische Grundversorgung für die Betreuung und Behandlung der Patientinnen und Patienten von grosser Bedeutung war und ist. Sie funktionierte auch in Krisensituationen dank dem grossen Einsatz der Hausärztinnen und Hausärzte,

sie wurde höchstens durch auferlegte administrative Hürden, fehlendes Material und Verzögerungen im Medikamentennachschub behindert. Wir waren, wie auch sämtliche medizinischen Fachpersonen in den Spitälern, präsent und haben allen Widrigkeiten zum Trotz unsere Arbeit gemacht.

Rolf Cavalli vergleicht den Hausärztemangel mit der aktuellen Diskussion in der Pandemie, in der nach mehr Pflegepersonal, attraktiverem Jobprofil und besserer Ausbildung gerufen werde. Doch das alles käme zu spät, schreibt er. Was denkst Du über diesen Vergleich? Stimmen die Parallelen?

Wie eingangs erwähnt, dreht sich die aktuelle und die vergangene politische Diskussion hauptsächlich um Kostensenkung und Sparen. In diesem Umfeld haben Investitionen in Ressourcen und auch Personal keinen Platz – ausser jetzt, wo diese fehlen, wird danach gerufen: Es brauche mehr Pflegepersonen, mehr Intensivbetten, mehr medizinisches Fachpersonal. Dass dies aber kostet, wird gänzlich verschwiegen. Jetzt, in den Nachwehen der Pandemie, wäre es der richtige Zeitpunkt, solche langfristigen Investitionen zu tätigen. Doch ich befürchte, dass in Kürze, wenn die Pandemie noch unter dem Motto «Weisch no» in Erscheinung tritt, die Forderungen nach Investitionen in Ausbildung, in gerechte Löhne und Tarife, in den Ausbau der Infrastruktur, der elektronischen Vernetzung, insbesondere in die Entwicklung von intelligenten eHealth-Anwendungen, in den Parlamenten ungehört verhallen und Lippenbekenntnisse bleiben werden.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker

Redaktor DEFACTO

Ein Spagat zwischen Medizin und Politik, der keiner ist

Die DEFACTO-Redaktion fragt mich nach dem Spagat zwischen Hausarztmedizin und Politik sowie ob ich heute nochmals als Regierungsrat kandidieren würde.



Dr. med. Severin Lüscher

2019, im Jahr 1 vor Corona, trat die 2016 neu gewählte Aargauer Gesundheitsdirektorin zurück. Die wählerstärkste Partei hatte den Aargauerinnen und Aargauern als Nachfolgerin für Regierungsrätin Susanne Hochuli (Grüne) eine für dieses Amt völlig ungeeignete Person untergejubelt. Als Hausarzt, Grossrat (Grüne) und Mitglied der Gesundheitskommission trat ich angesichts dieser einmaligen Ausgangslage zur Ersatzwahl an. Dank dem tollen Support auch der Argomed-Crew war das überhaupt möglich und für mich ein grossartiges Erlebnis – aber einmal reicht mir. Zum Glück für uns Aargauerinnen und Aargauer hat sich aus der Volkspartei mit Rechtsanwalt Jean-Pierre Gallati ein sehr fähiger Kandidat aus der Deckung gewagt. Sicher wäre es für mich spannend gewesen, das Gesundheitswesen des Kantons Aargau durch die Pandemie zu navigieren, aber ich bin keineswegs traurig, dass ich diesen Stresstest nicht bestehen musste. Als Kommissionspräsident seit 2021 habe ich jetzt den Logenplatz bei der Aufsicht über die Arbeit des Departements Gesundheit

und Soziales. Des Weiteren habe ich meinen Teil als Hausarzt beigetragen, zudem etliche PolitikerInnen – querbeet durchs Parteienspektrum – gegen Influenza und Corona geimpft.

Der angesprochene Spagat ist für mich eigentlich keiner. Diesen machen aber mitunter meine Praxiskollegen und meine MPA, wenn ich wieder mal an einer Sitzung bin oder kurzfristig einen Auswärtstermin reinquetschen muss. Ohne Sondereffort, sehr viel Nachsicht und Toleranz meines ganzen HausÄrzteHaus-Teams wäre das schlicht nicht möglich. Meine frühere VR-Tätigkeit bei Argomed war diesbezüglich ein gutes Warm-up. Für mich persönlich ist meine politische Tätigkeit, in die ich eher zufällig geraten bin, eine grosse Ehre, eine willkommene Abwechslung, Bereicherung und Horizonterweiterung. Ich komme da mit allergattig Menschen in Kontakt, suche gemeinsam Wege und Lösungen – wie in der Praxis, einfach anders.

Aktuell kommt – als mein wichtigstes Thema der Legislatur 2021-2024 – die gesundheitspolitische Gesamtplanung in die Anhörung, zu der sich hoffentlich auch Argomed vernehmen lässt. In dieser Strategie des Kantons Aargau für die künftige Entwicklung und Steuerung des Gesundheitswesens ist die Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte in koordinierter und interprofessioneller Zusammenarbeit mit ihren Partnern ganz zentral. Im Wettbewerb mit anderen Kantonen um den (haus-)ärztlichen Nachwuchs wird sich der Kanton Aargau noch einiges einfallen lassen müssen. Ein Institut

für ambulante medizinische Grundversorgung Aargau (IAMGA) wäre ein aussichtsreicher Ansatz zum Bündeln der Kräfte und Aktivitäten. Argomed könnte sich als umsetzungstarker Partner an einem solchen Projekt beteiligen. Dass es noch viel zu tun gibt – nicht nur im Aargau –, dürfte der Leserschaft von DEFACTO ohnehin klar sein.

Dr. med. Severin Lüscher
Hausarzt im HausÄrzteHaus Schöftland

Dr. med. Severin Lüscher ist langjähriger Hausarzt (Allgemeine Innere Medizin) im HausÄrzteHaus in Schöftland. Von 2008 bis 2019 vertrat er als Vizepräsident die Hausärztinnen und Hausärzte im Verwaltungsrat der Argomed Ärzte AG. In seiner Funktion als Grossrat des Kantons Aargau ist er ein wichtiger Berater für die Argomed Ärzte AG.

ARGO MED.

Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG
Bahnhofstrasse 24
CH-5600 Lenzburg
T +41 56 483 03 33
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch