

# Gute Noten für das Schweizerische Gesundheitssystem

Die Hälfte der Grundversorger plant den Anschluss an das elektronische Patientendossier (EPD).

**BERN** – Die Stiftung Commonwealth Fund lässt regelmässig eine Befragung der Grundversorger in elf Ländern durchführen, darunter auch in der Schweiz. Bei den Grundversorgern erhält das Schweizerische Gesundheitssystem auch 2019 wieder gute Noten. 93 Prozent der Befragten beurteilen die Leistungen des Systems als gut oder sehr gut. Damit steht die Schweiz an der Spitze, vor Norwegen und Australien. Ein Drittel der Grundversorger ist indes der Meinung, dass zu viele medizinische Leistungen erbracht werden (2015: 51 Prozent). Grund dafür sind auch die Patienten, die nach unnötigen Tests und Behandlungen verlangen.

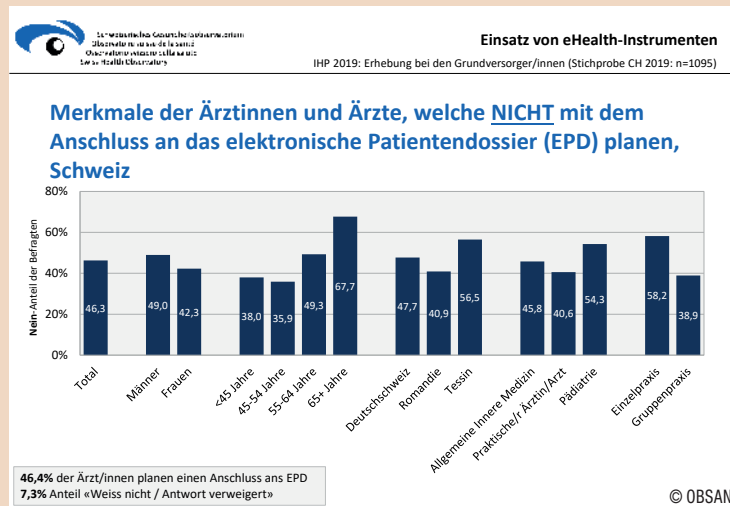
Eine Mehrheit der befragten Grundversorger (69 Prozent) zeigt sich sehr zufrieden mit der eigenen Praxistätigkeit, womit die Schweiz weiterhin den ersten Platz belegt. Allerdings beurteilen 37 Prozent ihre Arbeit als äusserst oder sehr stressig (2015: 31 Prozent). In den meisten anderen Ländern liegt dieser Anteil deutlich höher. 61 Prozent der Grundversorger in der Schweiz erachten zudem den administrativen Aufwand als grosses Problem.

## Zugang zu medizinischen Leistungen

Als sehr gut wird auch der Zugang der Patienten zu medizinischen Leistungen eingeschätzt: Die Wartezeiten in der Schweiz sind kurz; 84 Prozent der Ärzte sagen, dass ihre Patienten nach einer Diagnose nicht lange auf eine Behandlung warten müssen (2015: 81 Prozent).

Positiv bewerten die Grundversorger die Koordination mit den Spezialärzten: 96 Prozent der Grundversorger (2015: 94 Prozent) sind mit der Zusammenarbeit und dem Austausch von Informationen zufrieden bzw. sehr zufrieden. Verbesserungsbedarf sehen die Grundversorger in der Koordination mit den Sozial- und Pflegediensten. 93 Prozent unterstützen ihre Patienten zwar bei der Koordination, ein Drittel von ihnen moniert aber den hohen administrativen Aufwand, der die Koordination mit Sozialdiensten mit sich bringt.

Die internationale Umfrage bestätigt zudem einen Trend hin zur Überalterung in der ärztlichen Grundversorgung: 34 Prozent (2015: 33 Prozent) der Grundversorger sind 60 Jahre alt oder älter. 63 Prozent der 60 bis 64-Jährigen geben an, nach Er-



reichen des 65. Lebensjahres weiterarbeiten zu wollen. Betrachtet man das untere Ende der Alterspyramide, so zeichnet sich in der Schweiz mit einem relativ geringen Anteil an Ärzten unter 45 Jahren (21 Prozent) ein Engpass in der Grundversorgung ab. Der Bund hat mit dem Masterplan Hausarztmedizin bereits konkrete Massnahmen zur Stärkung der medizinischen Grundversorgung umgesetzt, etwa mit der Aufnahme von Aus- und Weiterbildungszielen in die Ärzteausbildung, aber auch mit einer An-

passung im Ärztetarif (TARMED). Zudem ermöglicht die wachsende Zahl an Gruppenpraxen die Teilzeitarbeit und damit die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben.

## Elektronisches Patientendossier

Der Anteil der Grundversorger, die ihre Krankengeschichten elektronisch dokumentieren, hat deutlich zugenommen, von 54 Prozent (2015) auf 70 Prozent. Die jüngeren Ärzte (<45 Jahre) dokumentieren fast alle die Krankengeschichte elek-

tronisch. Bei den 55- bis 64-Jährigen sind es knapp 60 Prozent und bei den über 64-Jährigen nur 35 Prozent. Die Schweiz bleibt damit insgesamt weiter auf dem letzten Platz der befragten Länder.

Auch beim elektronischen Austausch mit Spitalern, Labors und anderen Ärzten, etwa beim Übermitteln von Röntgenbildern oder Laborresultaten, besteht noch grosses Potenzial: Nur 47 Prozent können Röntgenbilder ihrer Patienten mit praxisexternen Ärzten austauschen. Beim Austausch von Labordaten oder anderen diagnostischen Tests sind es 52 Prozent und bei der Übermittlung patientenspezifischer Medikamentenlisten 44 Prozent. Rund ein Drittel des Datenaustausches mit den Spitalern findet in der Schweiz noch per Fax oder Post statt. 2015 waren es noch 67 Prozent.

Die Befragung zeigt auch, dass 46 Prozent der Grundversorger in den nächsten Jahren mit dem Anschluss an das EPD planen, darunter vor allem jüngere Grundversorger und solche, die in Gruppenpraxen arbeiten. **DT**

Quelle: Bundesamt für Gesundheit

ANZEIGE

**fortbildung ROSENBERG**  
MediAccess AG

... hier findest Du Dein Wunsch-Seminar!

www.fbrb.ch

## Oraltabak Snus boomt

Schweizer Zahnärzte schlagen Alarm.

**BERN** – Mit dem Urteil des Bundesgerichts im Juni 2019 wurde das Snus-Verbot in der Schweiz gekippt. Die Schweiz geht damit deutlich weiter als alle anderen EU-Staaten – mit Ausnahme von Schweden, wo der rauchfreie Tabak seinen Ursprung hat.

Was als «Trenddroge» im Profisport, insbesondere im Eishockey,

Dreh-, Schnupf- und Kautabak importiert worden sein, so die Aargauer Zeitung.

Während die Tabakindustrie Snus als ungefährliche Alternative zu Zigaretten anpreist, sind Zahnärzte aufgrund der Risiken für die Mundgesundheit zunehmend beunruhigt. So sei der Oraltabak insbesondere für das Zahnfleisch kritisch, da Snus immer an derselben Stelle im Mund positioniert werde, wie nau.ch berichtete. Studien konnten bereits belegen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der oralen Leukoplakie und Snus besteht. Diese wiederum können sich zu einem Plattenepithelkarzinom entwickeln.

Das Einbeziehen des Snuskonsums im Anamnesebogen scheint daher sinnvoll. Bei positivem Ergebnis sind Aufklärung vonseiten der Zahnärzte sowie kürzere Recallabstände empfehlenswert. **DT**

Quelle: ZWP online

## Medizin am Ende des Lebens

Bei medizinischen Leistungen sind Priorisierungsentscheidungen zu treffen. Der Wert des Lebens sollte Priorität haben.

**BASEL** – Bei der allgemeinen Bewertung von Nutzen und Kosten von medizinischen Behandlungen sollen Massnahmen am Lebensende und von Schwerkranken Vorrang erhalten. Zu diesen Empfehlungen kommt eine Studie des Gesundheitsökonom Prof. Dr. Stefan Felder von der Universität Basel in der Fachzeitschrift *Journal of Health Economics*.

Gesundheit wird allgemein als ein wertvolles Gut angesehen. In allen Staaten nimmt der Wert von Gesundheit und Leben stärker zu als das jeweilige Bruttoinlandsprodukt (BIP). Gestiegene Einkommen haben sowohl die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auf individueller Ebene als auch die Bereitstellung durch nationale Gesundheitsdienste und gesetzliche Krankenversicherungen erhöht und damit massgeblich zu den steigenden Kosten beigetragen.

## Nutzen-Kosten-Verhältnis

Eine Reihe von Ländern hat deshalb begonnen, den Zugang der Bevölkerung zu neuen medizinischen Behandlungen stärker zu regulieren; dafür wird ein hinreichendes Nutzen-Kosten-Verhältnis eingefordert. Nun wird diskutiert, welchem Umstand stärker Rechnung getragen werden sollte: der Schwere der Erkrankung von Patienten, die von einer neuen Behandlung profitieren, oder aber ihrer Sterblichkeit.

So werden in Grossbritannien Krebsmedikamente am Lebensende bezahlt, obwohl sie vergleichsweise teuer sind. Umgekehrt ist der dortige Gesundheitsdienst strenger bei der Kostenübernahme von medizinischen Behandlungen, bei denen die

Sterblichkeit der Patienten geringer ist.

## Zwei klassische Modelle

In einem allgemeinen theoretischen Modell zum gesamtgesellschaftlichen Nutzen von medizinischen Behandlungen prüft Prof. Felder, ob sich die britische Gesundheitsstrategie rechtfertigen lässt, Personengruppen mit hoher Sterblichkeit zu bevorzugen. Er untersucht die Regulierungsentscheidung im Rahmen zweier klassischer Modelle der medizinischen Entscheidungstheorie unter Unsicherheit: nämlich dem diagnostischen Risiko (wenn ungewiss ist, ob die Krankheit tatsächlich vorliegt) und dem therapeutischen Risiko (wenn nicht sicher ist, dass die Behandlung immer erfolgreich ist).

Dabei zeigt sich, dass die Bereitschaft, eine Krankheit zu behandeln – oder die Behandlungskosten über eine gesetzliche Krankenversicherung abzusichern –, mit steigender Ausgangsterblichkeit zunehmen sollte. Dies gilt auch, wenn der Gesundheitszustand der betroffenen Patientengruppe schlecht ist, allerdings nur unter dem therapeutischen Risiko. Unter dem diagnostischen Risiko lässt

sich dagegen für diesen Fall keine eindeutige Empfehlung ableiten. Allgemein gilt weiterhin, dass die Neigung, Krankheiten zu behandeln, mit steigendem Einkommen der Bevölkerung zunehmen sollte.



schaftlichen Nutzen von medizinischen Behandlungen prüft Prof. Felder, ob sich die britische Gesundheitsstrategie rechtfertigen lässt, Personengruppen mit hoher Sterblichkeit zu bevorzugen. Er untersucht die Regulierungsentscheidung im Rahmen zweier klassischer Modelle der medizinischen Entscheidungstheorie unter Unsicherheit: nämlich dem diagnostischen Risiko (wenn ungewiss ist, ob die Krankheit tatsächlich vorliegt) und dem therapeutischen Risiko (wenn nicht sicher ist, dass die Behandlung immer erfolgreich ist).

Dabei zeigt sich, dass die Bereitschaft, eine Krankheit zu behandeln – oder die Behandlungskosten über eine gesetzliche Krankenversicherung abzusichern –, mit steigender Ausgangsterblichkeit zunehmen sollte. Dies gilt auch, wenn der Gesundheitszustand der betroffenen Patientengruppe schlecht ist, allerdings nur unter dem therapeutischen Risiko. Unter dem diagnostischen Risiko lässt

## Höherer Wert des Lebens

Prof. Felder kommt zum Schluss, dass Entscheide zugunsten von medizinischen Behandlungen bei der Wahrscheinlichkeit eines nahen Todes ansteigen sollen, da dann der Wert des Lebens erhöht ist. Etwas eingeschränkt gilt dies auch bei sehr schweren Erkrankungen. Analog zu Grossbritannien wird in Norwegen und den Niederlanden über neue Zugangsregelungen für medizinische Behandlungen debattiert. «Die Studie bietet nun eine konzeptionelle Analyse, um eine solche Debatte zu strukturieren und zu informieren, wie die Regelungen je nach Umständen variiert werden sollten», kommentiert Prof. Felder. **DT**

Quelle: Universität Basel

## Originalarbeit

Stefan Felder: The Treatment Decision under Uncertainty: The Effects of Health, Wealth and the Probability of Death, *Journal of Health Economics* (2019), doi: 10.1016/j.jhealeco.2019.102253