



### Gastkommentar

Was ist «das richtige Mass» an Medizin? Die Versorgungsforschung gibt Antworten. Seite 2



### Infektionen in Spitälern

Zehntausende Patienten infizieren sich jedes Jahr in Schweizer Spitälern mit Krankheitserregern. Das soll sich ändern. Seite 3



### Kinder und Jugendliche unter Druck

Eine zunehmende Zahl an Jugendlichen ist von psychischen Problemen betroffen. Seite 4

# POLITIK+PATIENT

20. Jahrgang  
Herausgeber: Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG  
Politik + Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung  
Verantwortlich für die Redaktion: Marco Tackenberg, Markus Gubler, Andrea Renggli; forum | pr  
Layout: Claudia Bernet, Bern  
Druck: Stämpfli AG

**VEDAG** Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften

Prävention

## Das unterschätzte Element in der Gesundheitspolitik

**Nur etwa 2,5 Prozent der Gesundheitsausgaben investiert die Schweiz in die Prävention. Dies obwohl es – angesichts der Diskussion über das Kostenwachstum im Gesundheitswesen – wichtig wäre, Präventionsbemühungen zu verstärken. Denn am günstigsten sind jene Krankheiten, die gar nicht erst entstehen.**



Hausärztinnen und Hausärzte spielen eine wichtige Rolle in der Prävention. Voraussetzung dafür ist aber, dass sie für den Aufwand entschädigt werden.

Bild: Keystone

In der Schweiz wird die Eigenverantwortung grossgeschrieben. Und so gilt auch die Prävention grösstenteils als Privatsache. Das erklärt teilweise, warum die Prävention in der Gesundheitspolitik so wenig Raum einnimmt und im Vergleich zu den Gesundheitsausgaben insgesamt nur wenig finanzielle Mittel erhält.

Ein weiterer Grund für die zurückhaltende Präventionspolitik ist der Föderalismus. Das Parlament hat im Jahr 2012 ein nationales Präventionsgesetz abgelehnt. Dieses hätte es ermöglicht, Gesundheitsförderung und

Fortsetzung auf Seite 2

Politik

## Gute Vorsätze der Gesundheitsministerin

«Die Schweiz funktioniert nur, wenn wir uns trotz Meinungsverschiedenheiten immer wieder zusammenraufen». Diese Aussage von Elisabeth Baume-Schneider in einer Rede zu Branchenvertretern aus dem Gesundheitswesen lässt hoffen: Setzt die neue Bundesrätin – anders als ihr Vorgänger Alain Berset – vermehrt auf Kompromisse und Dialog?

Neben dem Aufruf zu «mehr Konsenskultur» nutzte sie die Gelegenheit Anfang Jahr, um ihre gesundheitspolitischen Schwerpunkte aufzuzeigen. Erfreulich ist, dass Elisabeth Baume-Schneider die Grundversorgung stärken will – über den Masterplan Hausarztmedizin von 2012 hinaus und unter Einbezug aller Gesundheitsberufe. Dieses Ziel hat für sie sogar oberste Priorität.

Auch ihren zweiten Schwerpunkt, die Tarifpartnerschaft, will die neue Bundesrätin anders angehen als ihr Vorgänger im Amt. Alain Berset hatte zuletzt den ambulanten Tarif TARDOC jahrelang blockiert. Auch hat er den Ärztinnen und Ärzten umstrittene Sparmassnahmen verordnet, die dann doch kaum umgesetzt werden konnten. Elisabeth Baume-Schneider hingegen will die Partner nun wieder an einen runden Tisch bringen. Alle sollen Vorschläge zur Kostendämpfung einbringen. Auch das Problem der administrativen Belastung will sie auf diesem Weg angehen – ein guter Vorsatz! Bleibt zu hoffen, dass die SP-Bundesrätin nach diesen Gesprächen versteht, was die Ärztinnen und Ärzte schon lange wissen: Das Gesundheitswesen braucht nicht mehr staatliche Regulierung und Bürokratie, sondern eine patientenorientierte, qualitativ hochstehende Versorgung.

Prävention auf nationaler Ebene zu koordinieren. Nun untersteht die Prävention weiterhin den Kantonen. Die Unterschiede bei den Investitionen sind entsprechend gross: Zwischen 2,4 und 12,4 Prozent ihrer Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen verwenden die einzelnen Kantone für Prävention.

Immerhin verpflichtet das KVG die Versicherer und die Kantone, gemeinsam die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention anzuregen und zu koordinieren. Dazu haben sie die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz gegründet. Diese setzt eigene Aktionsprogramme um, unterstützt externe Projekte finanziell und fördert das Engagement und die Vernetzung im Bereich der Prävention. Daneben engagieren sich auch der Bund und eine Vielzahl weiterer Akteure in diesem Bereich.

Bei der Unfallverhütung ist Prävention auf nationaler Ebene besser etabliert. Schon seit 1938 hat die Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) den öffentlichen Auftrag des Bundes, Gefahrenquellen zu erforschen und Unfallrisiken durch aktive Prävention zu senken. Im Bereich der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ist die Suva zuständig – ebenfalls eine nationale Institution. Da sie als Versicherung Unfallkosten vergütet und Taggelder auszahlt, investiert sie auch selbst in die Prävention.

### Herausfordernde Evaluation

Leider lässt sich der Erfolg von Präventionsmassnahmen nicht immer eindeutig messen, vor allem, wenn es um die Verhütung von chronischen Krankheiten wie Herz-Kreislaufbeschwerden, Diabetes oder Krebs geht. Wer an einer gesundheitsfördernden Massnahme teilnimmt, wird niemals erfahren, ob und wie sich sein Gesundheitszustand bei einem anderen Lebensstil verändert hätte. Dazu kommt: Hinter der Entstehung einer Krankheit stehen verschiedene Einflüsse und komplexe Zusammenhänge. Wer nicht an einer chronischen Krankheit leidet, kann dies selten auf eine einzige Präventionsmassnahme zurückführen.

### Die Rolle der Ärztinnen und Ärzte

Hausärztinnen und Hausärzte übernehmen eine wichtige Rolle in der Prävention. Kurze Beratungen zum Rauchstopp, zu körperlicher Aktivität oder zu problematischem Alkoholkonsum können in die primäre Grundversorgung integriert werden und haben ein sehr gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis. So zeigte eine gesundheitsökonomische Studie an der Universität Neuenburg im Jahr 2009, dass jeder im Bereich Rauchprävention investierte Franken einen Nutzen von 28 bis 48 Franken ergibt. Eine Bedingung ist allerdings, dass die Hausärztinnen und Hausärzte für den vermehrten Aufwand finanziell entschädigt werden. Die Verantwortung dazu liegt bei den Gesundheitsbehörden und bei der Politik.

### Projekt PEPrä

Damit Ärztinnen und Ärzte die präventive Arbeit evidenzbasiert und praxistauglich umsetzen können, wurde im Jahr 2020 das Projekt «PEPrä – Prävention mit Evidenz in der Praxis» lanciert. Die Website [pepra.ch](http://pepra.ch) bietet allgemeine Informationen zu Themen wie Suchtmittel, Depression, Bewegung oder übertragbare Krankheiten. Zu jedem Thema gibt es weiterführendes Material, Leitfäden für Gespräche, Tests oder Unterlagen, die den Patienten abgegeben werden können. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Beratung der Patienten.

Weiter enthält die Website evidenzbasierte Entscheidungshilfen, um vernünftige Behandlungs- oder Früherkennungsoptionen zu vergleichen. Diese Unterlagen unterstützen nicht nur die medizinischen Fachpersonen, sondern helfen auch Patienten oder Angehörigen sich auf das Gespräch mit dem Arzt vorzubereiten.

Hinter dem Projekt PEPrä stehen die FMH, die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, die Gesundheitsämter und die Kantonalen Ärztesellschaften. Derzeit sind vier Kantone (BS, FR, LU, SG) am Projekt beteiligt. Die Pilotphase endet noch dieses Jahr, danach wird über eine Ausweitung des Projekts entschieden.

### Prävention beeinflusst die Kosten

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention verhindern nicht nur Leid und Schmerzen. Sie könnten auch dazu beitragen, die Kosten im Gesundheitswesen weniger stark ansteigen zu lassen. Das Krankenversicherungsgesetz trägt diesem Potenzial zu wenig Rechnung. Es ist bezeichnend, dass die Prävention in dem Bericht der Expertengruppe für Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP (2017), nicht genannt wurde. Dass die Krankheitsprävention auch bei den nationalen Politikerinnen und Politikern nicht immer genug Beachtung findet, zeigte sich in den Beratungen zur Tabakwerbverbotsinitiative. Obwohl der Nutzen von Tabakprävention unumstritten ist, wollen der Ständerat und die zuständige Nationalratskommission den Initiativtext nicht wortgetreu umsetzen und Ausnahmen zulassen.

## Was braucht es für eine massvolle und patientenzentrierte Medizin?

Die Fortschritte in der Medizin tragen wesentlich dazu bei, dass wir besser und länger leben. Dies bringt jedoch mit sich, dass wir im Alter immer häufiger chronische Erkrankungen bekommen, oft sogar mehrere. Das bedeutet häufig eine «Mehrfachbehandlung» – mitsamt dem Risiko, dass Medikamente und Eingriffe miteinander interagieren und unerwünschte Wirkungen erzeugen. Das kann so weit gehen, dass diese den Nutzen einer Behandlung übersteigen. Aber bringen denn die hochtechnisierte künstliche Herzklappe oder die vielen täglichen Medikamente dem betroffenen hochbetagten Menschen auch wirklich einen Benefit?

Eine wichtige Frage, denn die Entscheidung für «weniger Medizin» kann dazu beitragen, Schaden zu vermeiden. Das richtige Mass an Medizin ist also gefragt – es steht im Spannungsfeld zwischen der Machbarkeit und der optimalen patientenzentrierten medizinischen Versorgung dieser Patientinnen und Patienten.

Hausärztinnen und -ärzte betreuen multimorbid Erkrankte langfristig, koordinieren die Betreuung durch andere Fachkräfte und setzen sich mit den Betroffenen intensiv mit der Balance zwischen Nutzen und Schaden auseinander. Die hausarztmedizinische Versorgungsforschung untersucht mit ihren Fragestellungen die Wirksamkeit von Behandlungen im Alltag und schafft die Brücke von der klinischen Forschung zur Patientenbetreuung.

Was braucht es also? Es braucht eine genügende Anzahl von Fachkräften, die Betroffene zu Nutzen und Schaden beraten. Es braucht einen öffentlichen Diskurs, unter Einbezug der Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und der Patientinnen und Patienten, was denn das «richtige Mass» bei medizinischen Interventionen sei. Und es braucht eine Förderung der Versorgungsforschung, auf dass belastbare Daten die Grundlage für politische Entscheidungen zu «massvoller Medizin» liefern.

**Oliver Senn**, Institut für Hausarztmedizin, Universitätsspital und Universität Zürich

**Stefan Neuner-Jehle**, Institut für Hausarztmedizin, Universitätsspital und Universität Zürich, Zentrum für Hausarztmedizin und Community Care, Universität Luzern

*Der Gastkommentar gibt die persönliche Meinung der Autoren wieder, die von der Haltung der Ärzteschaft und der Redaktion abweichen kann.*

# Infektionen in Spitälern reduzieren

**Rund 60'000 Patienten pro Jahr infizieren sich in Schweizer Spitälern mit Krankheitserregern. Bund, Kantone und Spitäler wollen die Zahl der Infektionen in den nächsten 10 Jahren markant reduzieren. Dazu haben sie unlängst einen nationalen Fahrplan verabschiedet.**



Zehntausende Patienten infizieren sich jedes Jahr in einem Spital mit Krankheitserregern. Nun wollen der Bund und seine Partner gegensteuern.

Bild: Keystone

In den vergangenen Jahren wurde im Rahmen der nationalen Strategie NOSO bereits eine Reihe von Massnahmen definiert und umgesetzt, um Spitalinfektionen zu senken. Unter anderem organisiert die Vereinigung Swisnoso Schulungen für das Spitalpersonal, sie stellt Informationsmaterial zur Verfügung und regt an, in sensiblen Bereichen neue Abläufe zu etablieren. Nun haben der Bund und seine Partner zusätzliche operative Ziele festgelegt, um die Zahl der Infektionen weiter zu reduzieren. Was bedeuten die Vorgaben für die Spitäler? Und sind die Ziele realistisch? Politik + Patient hat bei einem Experten für Spitalhygiene nachgefragt. PD Dr. med. Walter Zingg ist Leiter Spitalhygiene der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des Universitätsspitals Zürich. Er präsidiert die Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene.

**Walter Zingg, aktuell erleiden 5,9 Prozent aller Patientinnen und Patienten während eines Spitalaufenthalts eine Infektion. Wie hat sich die Situation in den letzten Jahren entwickelt?**

Seit 2017, als der Bund die Strategie NOSO eingeführt hat, überwachen wir die epidemiologische Situation systematisch. Seither haben sich die Infektionsraten kaum verändert; auch während der Corona-Pandemie nicht, obwohl wir aufgrund des hohen Ansteckungsrisikos und der intensiven Arbeitsbelastung des Personals einen Anstieg der Infektionen befürchtet hatten.

**Ein nationaler Fahrplan will nun die Infektionen bis ins Jahr 2035 schrittweise auf vier Prozent senken. Ein realistisches Ziel?**

Das Ziel ist ambitioniert. Doch die Schweiz hat Luft nach oben. Wir liegen mit unseren Zahlen nur im europäischen Mittelfeld. Rund 30 bis 50 Prozent der Infek-

tionen lassen sich vermeiden. Eine Senkung um ein Drittel scheint nicht unrealistisch. Zumal wir viele Übertragungswege kennen. Die meisten Infektionen sind Wundinfektionen, die sich nach einem chirurgischen Eingriff ereignen. Häufig sind auch Lungenentzündungen oder Blutvergiftungen nach Katheter-Einlagen.

**Was ändert sich nun für die Spitäler?**

Spitäler müssen nicht nur Mindestanforderungen erfüllen, sondern zusätzlich eigene Ziele festlegen, um Infektionen vorzubeugen. Die Voraussetzungen der Betriebe sind höchst unterschiedlich. In grossen Spitälern ist das Infektionsrisiko ungleich grösser.

**Weshalb?**

Zentrums- und Universitätsspitäler behandeln komplexere, schwerere Fälle. Die Patienten haben vielfach mehrere Erkrankungen. Die Patientenbetreuung ist anspruchsvoll. Deshalb ist die Sensibilisierung der Mitarbeitenden entscheidend. In der Hektik müssen Abläufe und Prozesse funktionieren. Dafür braucht es betriebsinterne Konzepte und eine entsprechende Teamkultur.

**In vielen Spitälern sind Personal und Finanzen knapp. Was geschieht, wenn sie die Vorgaben nicht erreichen?**

Das Umfeld ist schwierig, richtig. Umso mehr braucht es klare Vorgaben, an denen sich die Betriebe orientieren können. In den meisten Kantonen sind die Vorgaben verbindlich. Doch Spitäler sind auch selbst daran interessiert, die Patientensicherheit bestmöglich zu gewährleisten. Niedrige Infektionszahlen sind ein Qualitätsmerkmal. Deshalb vergleichen die Betriebe sich mit anderen und handeln, wenn ihre Werte sich merklich von jenen der Konkurrenz unterscheiden.

**Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen, Spitälern und den anderen beteiligten Akteuren?**

Die Zusammenarbeit ist etabliert, der Austausch funktioniert. Allerdings sind die Kantone bei der Umsetzung unterschiedlich weit. Ein stärkeres Engagement der Kantone wäre wünschenswert. Damit liessen sich regionale Doppelspurigkeiten vermeiden und Prozesse harmonisieren.

*Fazit: Die Spitäler sind nun also gefordert, sich ein messbares Reduktionsziel für Spitalinfektionen zu setzen und entsprechend Präventionsmassnahmen zu definieren. Sie werden die Bemühungen in Sachen Schulung und Information verstärken müssen. Weitere Massnahmen basieren auf lokalen, nationalen oder internationalen evidenzbasierten Richtlinien. Der Prozess steht allerdings noch ganz am Anfang. Ob die Ziele des neuen Fahrplans tatsächlich erreicht werden können, wird sich zeigen.*



Der Bedarf an psychiatrischen Angeboten bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz steigt, insbesondere bei Mädchen und jungen Frauen. Bild: iStock

Psychische Gesundheit

# Kinder und Jugendliche unter Druck

**Eine zunehmende Zahl an Jugendlichen ist von psychischen Problemen betroffen. Einer der Gründe für den Anstieg dürfte die Enttabuisierung von psychischen Krankheiten sein.**

Der Bedarf an psychiatrischen Angeboten bei Kindern und Jugendlichen steigt, insbesondere bei Mädchen und jungen Frauen. Das zeigt eine national repräsentative Studie zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Jugendlichen, die alle vier Jahre unter der Schirmherrschaft der WHO durchgeführt wird. Gemäss der Studie schätzten im Jahr 2022 rund 85 Prozent der 11 bis 15-Jährigen in der Schweiz ihre Gesundheit als gut oder ausgezeichnet ein. Diese Zahl ist bei Jungen über die Jahre ziemlich stabil. Bei den Mädchen aber verschlechterte sie sich seit 2014 erheblich (13-Jährige: -10 Prozentpunkte; 15-Jährige: -17 Prozentpunkte).

Die Ursachen für die Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens bei Jugendlichen hat gemäss der Studie vielschichtige Ursachen. Die Autoren betonen, dass die Entwicklung nicht nur auf die Covid-Pandemie zurückzuführen ist. Eine Rolle spielen offenbar auch Ängste aufgrund von Krieg oder Klimawandel sowie der Anforderungsdruck und die sozialen Netzwerke. Leider kämpft die kinderpsychiatrische Versorgung in der Schweiz mit dem Fachkräftemangel – sowohl bei den niedergelassenen Ärzten als auch bei den stationären Angeboten. Letztere sind chronisch überlastet. Patientinnen und Patienten müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen, auch in akuten Krisen.

## Früherkennung in den Schulen

Der gestiegene Bedarf an psychiatrischen Angeboten dürfte zum Teil auf eine Enttabuisierung psychischer Leiden zurückzuführen sein. Betroffene outen sich öffentlich, sprechen über ihre mentale Gesundheit und leisten damit Aufklärung. Das ist im Grunde eine positive Entwicklung, auf die allerdings adäquat reagiert werden muss.

Schulen nehmen hier eine zentrale Position ein. Verhält sich eine Schülerin oder ein Schüler auffällig, werden Lehrpersonen in der Regel darauf aufmerksam. Es ist daher von zentraler Bedeutung, dass Massnahmen zur Früherkennung und durch Frühinterventionen unterstützt und gefördert werden.

## Der Handlungsbedarf ist gross

Das BAG hat im Jahr 2016 einen Aktionsplan zur Suizidprävention verabschiedet. Das Ziel: die Suizidrate soll bis 2030 um 25 Prozent reduziert werden. Ein Zwischenbericht zeigt, dass zwar einige Massnahmen auf gutem Weg sind, etwa die primäre Suizidprävention. Das sind Massnahmen, die darauf abzielen, Suizidgedanken oder -versuche zu verhindern, bevor sie überhaupt auftreten. Der Bericht zeigt aber auch, dass in anderen Bereichen «kaum Fortschritte sichtbar sind und der Handlungsbedarf nach wie vor hoch ist». Konkret genannt werden unter anderem die Verfügbarkeit suizidaler Mittel und Methoden sowie die Nachsorge von Hinterbliebenen.