

GPI

Gesundheitspolitische Informationen
Informations de politique de santé

**Pharma in
neuen Sphären
L'industrie
pharmaceutique
dans de nouvelles
sphères**



4 Informationen aus der Geschäftsstelle

6 Im Fokus

In neue Sphären vorgedrungen

Sechs Spitalregionen sind genug –
oder doch nicht?

«Grotesk kleinräumig»

12 Eidgenössische Räte

13 In Kürze

16 Internationales

19 Neuerscheinungen

Impressum

Ausgabe N°2 / Juni 2021
Édition n°2 / Juin 2021

GPI
Gesundheitspolitische Informationen
Informations de politique de santé
Informazioni sulla politica sanitaria
Health Policy Information

Erscheint 4-mal jährlich.
Paraît 4 fois par an.

Die GPI sind das offizielle Organ
der Schweizerischen Gesellschaft für
Gesundheitspolitik (SGGP).
GPI est l'organe officiel de la
Société suisse pour la politique de
la santé SSPS.
ISSN-Nr./No 1420-5947
Redaktion/Rédaction: Markus Gubler,
Andrea Renggli, Marco Tackenberg; forum I pr
Gestaltung/Design: Definitiv Design AG
Titelbild/Couverture: Adobe Stock
Druck/Impression: Faidruck AG

SGGP/SSPS
Schweizerische Gesellschaft für
Gesundheitspolitik
Société suisse pour la politique de la santé
Società svizzera per la politica della salute
Swiss Society for Health Policy

Altenbergstrasse 29, Postfach 686
3000 Bern 8
T 031 313 88 66
F 031 313 88 99
Sekretariat: info@sggp.ch
Redaktion: redaktion@sggp.ch
www.sggp.ch

**Dr. med. Markus Trutmann**

Vorstandsmitglied SGGP, Leiter
Geschäftsbereich Politik und Mitglied der
Geschäftsleitung von H+

—
Membre du comité SSPS, Responsable
des affaires politiques et membre de la
direction de H+

EFAS – eine wichtige und dringend benötigte Reform

Anfang 2021 hat der Ständerat die Beratung von EFAS, der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, wieder aufgenommen. H+, kürzlich der EFAS-Allianz* beigetreten, unterstützt dieses wichtige Reformprojekt, welches ein grosses Spar- und Qualitätspotential aufweist. Die historisch gewachsenen Unterschiede bei der Tarifierung und Finanzierung des ambulanten und stationären Sektors sind heute nicht mehr zu rechtfertigen. Für eine effiziente Versorgung werden sektorübergreifende Versorgungsmodelle immer wichtiger. Deshalb ist die Durchlässigkeit zwischen den Sektoren durch eine Angleichung der Tarife und eine einheitliche Finanzierung anzustreben. Die Kombination von EFAS mit den ambulanten Pauschalen, die in der Sommersession 2021 zu Ende beraten werden sollen, werden diese Durchlässigkeit ermöglichen und die Entwicklung von integrierten Versorgungsmodellen massgeblich vorantreiben. Davon sind bedeutende Effizienz- und Qualitätsverbesserungen zu erwarten. EFAS in Kombination mit ambulanten Pauschalen ist die deutlich bessere Alternative zum Globalbudget.

*www.pro-efas.ch/de/

EFAS: une réforme importante et nécessaire de toute urgence

Début 2021, le Conseil des États s'est à nouveau penché sur l'EFAS, le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. H+, qui a récemment adhéré à l'alliance EFAS*, soutient cet important projet de réforme, qui présente un grand potentiel d'économies et de qualité. Les différences historiques de tarifs et de financement des secteurs ambulatoire et stationnaire ne sont plus justifiables aujourd'hui. Les modèles de soins intersectoriels deviennent de plus en plus nécessaires à l'efficacité de la prise en charge. C'est pourquoi la perméabilité entre les secteurs doit être visée à travers l'harmonisation des tarifs et l'uniformisation du financement. La combinaison d'EFAS avec les forfaits ambulatoires, dont l'examen devra être mené à terme lors de la session d'été 2021, permettra cette perméabilité et fera significativement progresser le développement de modèles de soins intégrés. On peut en attendre d'importantes améliorations en termes d'efficacité et de qualité. La combinaison EFAS / forfaits ambulatoires est une bien meilleure solution pour le budget global.

*www.pro-efas.ch/fr/

Une impulsion pour la SSPS en Suisse romande

La SSPS a depuis déjà un certain temps l'envie et l'ambition de dynamiser l'échange des idées concernant la politique et le système de santé Suisse en Suisse romande en créant un groupe régional.

Curieux.se, intéressé.e à participer ou prêt.e à soutenir la réalisation de ce projet? Dans tous les cas, votre feedback serait un encouragement bienvenu!

➤ Contactez Philippe Widmer par téléphone 079 701 84 22 ou par courriel philippe.widmer@viforpharma.com

1 SGGP Mitglieder- versammlung 2021 SSPS Assemblée générale 2021

Die Mitgliederversammlung hat wie geplant am 27. Mai 2021 stattgefunden. Es war coronabedingt die erste Mitgliederversammlung, die digital durchgeführt wurde. Folgende Beschlüsse wurden gefasst:

- Der Jahresbericht (vgl. GPI 1/2021) und die Jahresrechnung 2020 wurden einstimmig genehmigt.
- Der Bericht der Revisoren wurde zur Kenntnis genommen und dem Vorstand Entlastung erteilt.
- Das Tätigkeitsprogramm 2021 wurde ohne Änderungen genehmigt.

L'assemblée générale a eu lieu comme prévu le 27 mai 2021. En raison de la pandémie, il s'agissait de la première assemblée générale tenue de manière digitale. Les décisions suivantes ont été prises:

- Le rapport annuel (voir GPI 1/2021) et les comptes 2020 ont été approuvés à l'unanimité.
- Le rapport des auditeurs a été pris en compte et le comité a été déchargé.
- Le programme d'activités 2021 a été approuvé sans modifications.

2 Verabschiedung Au revoir

Ein verdientes Vorstandsmitglied hat sich entschlossen, aus dem Vorstand der SGGP zurückzutreten:

Kathrin Huber, Stv. Generalsekretärin der Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), wurde von der Mitgliederversammlung 2017 in den Vorstand gewählt. Ihr breites Wissen, ihre reiche Erfahrung in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen sowie ihr grosses Netzwerk waren für die SGGP sehr wertvoll.

Kathrin Huber wurde an der Mitgliederversammlung verabschiedet. Die SGGP dankt ihr für ihre Mitwirkung und für ihr Engagement. Die SGGP ist für die Fortsetzung der guten Kontakte zur GDK sehr dankbar.

Liebe Kathrin, alles Gute für die Zukunft.

Un membre méritant du comité a décidé de se retirer du comité de la SSPS :

Kathrin Huber, Secrétaire générale suppléante de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a été élue par l'assemblée générale au comité en 2017. Ses grandes connaissances, sa riche expérience dans le secteur de la politique de la santé et des soins et son grand réseau ont été très précieux pour le SGGP.

Kathrin Huber a fait ses adieux lors de l'assemblée générale. Le SSPS la remercie pour ses contributions et pour son engagement. Le SSPS est très reconnaissant de la poursuite des bons contacts avec le GDK.

Chère Kathrin, tous nos vœux pour l'avenir.



Kathrin Huber

3 **Schriftenreihe SGGP** **Collection de publications** **SSPS**

Band 141

«Frauen und Jugendliche zuerst»

Martin Bienlein

Das Marketing der Tabakindustrie und des Tabakhandels – Werbung, Sponsoring und Verkaufsförderung in der Schweiz. Die Tabakindustrie und der Tabakhandel vermarkten ihre Produkte heute vorwiegend virtuell und immer weniger analog. Anhand von Bildern und Dokumenten aus ihren Archiven kann gezeigt werden, wie mannigfaltig sie dabei vorgehen.

Volume 141

«Les femmes et les adolescents d'abord»

Martin Bienlein

Marketing de l'industrie du tabac et du commerce du tabac – publicité, parrainage et promotion des ventes en Suisse. Aujourd'hui, l'industrie du tabac et le commerce du tabac commercialisent leurs produits essentiellement virtuellement et de moins en moins de manière classique. À l'aide d'images et des documents de leurs archives, on peut montrer à quel point ils procèdent de manière multiforme.

—
➤ **Weitere Informationen unter**
Pour plus d'informations, voir
www.sggp.ch

4 **Tagungsreihe «Föderalismus** **im Stresstest von Covid-19»** **Série de conférences** **«Le fédéralisme à l'épreuve** **du stress par Covid-19»**

Covid-19 hat nicht nur die individuelle Gesundheit und die gesamte Gesellschaft unter Stress gesetzt, sondern auch die Politik und das politische System. Der Föderalismus wurde in dieser Zeit – nicht nur in der Schweiz – einer ausserordentlichen Belastungsprobe ausgesetzt. In den letzten Monaten sind Stärken und Schwächen unseres föderalen Systems deutlich geworden. Mit dem Blick auf eine langsame Normalisierung und auf eine neue Normalität des Lebens gilt es, diese Stärken und Schwächen zu analysieren, Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und diese praktisch umzusetzen.

Die SGGP hat sich mit dieser Thematik intensiv auseinandergesetzt und eine Reihe von Themenfeldern identifiziert, die in diesem Zusammenhang diskutiert werden müssen. Sie hat fünf Themen priorisiert, die in einer Tagungsreihe kontrovers

diskutieren werden sollen. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, diese wichtige Diskussion auf breiter Basis zu führen und einen Beitrag zur Optimierung unseres staatspolitischen Gefüges zu leisten.

Folgende Themen werden im Rahmen von digitalen Kurztagungen mit Simultanübersetzung von jeweils zwei Referentinnen/Referenten aus unterschiedlichen Blickwinkeln behandelt:

- Zusammenarbeit von Bund und Kantonen
- Kantonale Souveränität – Föderalistische Umsetzung
- Verhältnis Politik – Verwaltung – Wissenschaft – Wirtschaft
- Pandemie-Vorsorge
- Digitalisierung des Gesundheitswesens: Realität statt Lippenbekenntnis

Sobald die Kurztagungen organisiert und die Termine bekannt sind, werden wir Sie mittels Website, Newsletter und über LinkedIn informieren.

Le Covid-19 a mis sous tension non seulement la santé des individus et la société dans son ensemble, mais aussi la politique et le système politique. Le fédéralisme a été soumis à un test de résistance extraordinaire au cours de cette période - et ceci pas seulement en Suisse. Ces derniers mois, les forces et les faiblesses de notre système fédéral sont apparues clairement. En vue d'une lente normalisation et d'une nouvelle normalité de vie, il est important d'analyser ces forces et faiblesses, d'identifier les possibilités d'amélioration et de les mettre en pratique.

La SSPS a traité cette question de manière intensive et a identifié un certain nombre de sujets qui doivent être discutés dans ce contexte. Elle a donné la priorité à 5 sujets qui feront l'objet de discussions controversées lors d'une série de séminaires. La SSPS traitera les résultats de cette série de séminaires dans le but de mener cette discussion sur une large base et de contribuer à l'optimisation de notre structure politique étatique.

Les sujets suivants seront traités dans le cadre de courtes conférences digitales avec traduction simultanée par 2 intervenantes/intervenants ayant chacun des perspectives différentes:

- Collaboration entre la Confédération et les cantons
- Souveraineté cantonale – Mise en œuvre fédérale
- Relation entre politique – administration – science – économie
- Préparation aux pandémies
- La digitalisation du système de santé : une réalité plutôt qu'un vœu pieux

Dès que les conférences seront organisées et que les dates seront connues, nous vous en informerons à travers notre site internet, notre newsletter et sur LinkedIn.

In neue Sphären vorgedrungen

Die Pharmaindustrie hat in Rekordzeit hochwirksame Impfstoffe gegen Covid-19 entwickelt. Wie Corona die Branche verändert, warum sie eine Lockerung des Patentschutzes ablehnt und weshalb gerade kleinere Firmen Vakzine zur Marktreife brachten, erklärt René Buholzer, CEO von Interpharma, im Gespräch mit der GPI.

René Buholzer, wie nehmen Sie die Pandemiebekämpfung der Schweiz wahr?

Als Gesellschaft haben wir die Pandemie relativ gut bewältigt. Mit Blick auf die Akteure lässt sich festhalten: In der ersten Welle arbeiteten Bund, Kantone und Wirtschaft gut zusammen, ab Sommer dann weniger. Die Gesamtkoordination fehlte.

Die Behörden wurden für ihr Vorgehen bei der Beschaffung der Impfstoffe teilweise stark kritisiert. Zu Recht?

Bei der Impfstoffbeschaffung haben wir – wie sich jetzt zeigt – die richtige Strategie gewählt: die Diversifikation. Sie wurde aber zu bürokratisch und zu formalistisch umgesetzt. Man wollte unbedingt verhindern, die falschen Impfstoffe zu besorgen. So verstrich wertvolle Zeit. Mit mehr Mut zum Risiko hätten wir deutlich schneller sein können. Dem stand aber der enge Kostenröhrenblick entgegen – eine gesamtheitliche und nutzenorientierte Optik fehlte. Die zusätzlichen Kosten für eine teurere Beschaffung des Impfstoffs wären verglichen mit den Gesamtkosten marginal ausgefallen. Ein Krisentag in der Schweiz kostet etwa 100 Millionen Franken.

Wie wirkt sich die Pandemie auf die Pharmaindustrie aus?

Die Pandemie zeigt, wie bedeutend Innovation ist. In kurzer Zeit wurden – dank der Zusammenarbeit aller Akteure – hochwirksame Impfstoffe entwickelt; ein Sieg für die Forschung und die Pharmaindustrie. Der rasche Zugang zu neuen Impfstoffen rettete viele Menschenleben. Das rollende Zulassungsverfahren für lebensrettende Therapien sollten wir dauerhaft einführen. Die Krise hat auch gezeigt, wie wichtig eigene Forschungs- und Produktionsplattformen sind. Denn während der Krise kann man diese Ressourcen nicht aufbauen. Dafür braucht es aber gute Rahmenbedingungen.

Wird die Herstellung von Vakzinen wieder lukrativer?

Ich bin mir nicht sicher. Das hängt stark von den Rahmenbedingungen ab. Viele aufstrebende Länder haben begriffen, dass es gesundheitspolitisch gesehen nichts Effizienteres gibt, als in Prävention zu investieren. Deshalb stieg die weltweite Nachfrage nach Impfstoffen. Bei uns wurden Vakzine

niedrig honoriert. So fehlen Anreize, um in die Entwicklung und Produktion von Impfstoffen zu investieren. Zudem sind die Zulassung und die Preisfestsetzung kompliziert. Wir werden sehen, ob sich dies nun ändert.

Rückt die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nun stärker in den Fokus?

Dank der mRNA-Technologie sind wir in neue Sphären vorgedrungen. Die Impfstoffe sind enorm effizient. Eine Wirksamkeit von über 90 Prozent haben herkömmliche Vakzine nie erreicht. Und die mRNA-Technologie hält weitere Innovationen bereit. Wir werden auch wieder Rückschläge erleiden. Dennoch: Es werden sich neue Möglichkeiten bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten ergeben. Die Coronakrise hat gezeigt: Ist ein kollektiver Wille vorhanden, kann man viel erreichen.

Die Pharmabranche setzte bisher stark auf internationale Wertschöpfungsketten. Bleibt dies so? Oder werden nun vermehrt regionale Produktionsstandorte mit kürzeren Logistikstrecken geprüft?

Man liest viel über die Abhängigkeit von Asien. Auf die Schweiz trifft dies nicht zu: Wir beziehen 67 Prozent aller Wirkstoffe aus Europa, 23 Prozent aus Asien und 10 Prozent aus den USA. Bei den Impfstoffen sind es sogar 85 Prozent aus Europa, 13 Prozent aus den USA und nur 2 Prozent aus Asien. Die allgemeine Wahrnehmung entspricht also nicht der Realität. Eine breite Diversifikation birgt wenig Gefahren – solange die Märkte offen sind. Pharmazeutika durchlaufen rund 20 Produktionsstufen. Alles von A bis Z selbst herzustellen, ist eine Illusion. Wir werden auch künftig internationale Wertschöpfungsketten sehen, zumal sie – aus meiner Sicht – erstaunlich widerstandsfähig waren. Ich orte die Probleme anderswo: bei der Verteilung und der Lagerung. Wir müssen eine Diskussion über (Pflicht)lager führen.

Mit Moderna und Biontech haben kleinere und eher unbekanntere Pharmaunternehmen Covid-19-Impfstoffe zur Marktreife gebracht. Sind die grossen Firmen zu wenig agil?

Innovation passiert in Clustern, wo sich Akteure gegenseitig bereichern. Erfindungen erfordern Mut, neue Herangehensweisen. Das lässt sich in kleineren Organisationen, vielfach

Start-Ups, einfacher realisieren. Diese Organisationsform hat aber Grenzen. Deshalb gehen Firmen Kooperationen ein, wie wir sie bei Biontech und Pfizer sehen. Kooperationen waren bei der Impfstoffproduktion ein entscheidender Faktor.

Die Lonza hat der Schweizer Regierung angeboten, in Visp eine eigene Produktionsstrasse für Covid-19-Impfstoffe zu betreiben. Der Bundesrat verzichtete auf diese Form von Public-Private-Partnership. Wo und wie arbeiten Pharmaindustrie und Staat heute zusammen? Wären Modelle wie das von Lonza vorgeschlagene künftig denkbar?

Solche Modelle werden heute schon gelebt. Public-Private-Partnerships haben die Produktion der Impfstoffe beschleunigt. Beide Seiten profitieren. Die staatlichen Gelder gaben den Pharmafirmen Planungssicherheit. Im Gegenzug sichern sich die Staaten Zugang zu den Impfstoffen und stellen sicher, dass Produktion, Wertschöpfung und Knowhow im eigenen Land bleiben. Dies geschieht auch in der Schweiz. Es ist aber sicherlich nicht leicht sich auf künftige Pandemie vorzubereiten. Um in der Krise reagieren zu können, braucht es Knowhow und Produktionsanlagen. Beides kann man nur vor der Krise aufbauen. Voraussetzung dafür sind gute Rahmenbedingungen.

Sie sprachen sich kürzlich gegen eine Lockerung des Patentschutzes bei Covid-19-Impfstoffen aus. Weshalb?

Wir wollen alle möglichst viele Menschen in möglichst kurzer Zeit impfen. Die Pandemie muss global besiegt werden. Doch das Patentrecht zu lockern, ist der falsche Ansatz. Das Patent für den Impfstoff ist wie ein Kochrezept für eine komplizierte Torte: Ohne Zutaten, ohne Backofen und ohne Erfahrung im Backen ist das Rezept nutzlos. Vielen Staaten fehlen die Grundlagen für eine erfolgreiche Impfstoffproduktion. Die Lockerung des Patentschutzes beseitigt die aktuellen Lieferengpässe nicht. Sie setzt aber schädliche Anreize. Um beim Vergleich zu bleiben: Wieso soll ich an einem Tortenrezept tüfteln, wenn ich weiss, dass ich im Erfolgsfall alles verliere und mein Rezept allen zur Verfügung gestellt wird.

Die WTO befürwortet aber die Aufhebung des Eigentumschutzes. Sie erhofft sich davon, dass mehr Firmen in mehr Staaten selber Impfstoffe herstellen könnten. Ein Irrglaube?

Ja. Der Patentschutz ist schon locker, so verzichtet etwa Moderna auf den Patentschutz in der Krise – gleichwohl haben wir Engpässe. Vor Corona produzierten wir global rund 5 Milliarden Impfdosen im Jahr, die saisonale Grippeimpfung einbezogen. Gegen Covid-19 sind nun rund 12 Milliarden Impfdosen nötig. Die Produktionskapazitäten müssen also mehr als verdoppelt werden. Auslizenzierungen und Kooperation helfen. Mehr geht aktuell nicht, weil es an Rohstoffen aber auch Verbrauchsmaterialien fehlt. Umso wichtiger ist daher eine effiziente und möglichste faire Verteilung der vorhandenen Impfstoffe über ein globales Programm wie COVAX.

Markus Gubler
Foto: zvg



Dr. René Buholzer

Dr. René Paul Buholzer ist seit 2017 Geschäftsführer und Delegierter des Vorstandes der Interpharma, dem Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz. Er studierte Volkswirtschaft, Politikwissenschaft und internationales Recht und promovierte an der Universität St. Gallen zum Dr. rer. publ. Buholzer vertritt die Schweizer Pharmaindustrie im europäischen (EFPIA) und internationalen (IFPMA) Branchendachverband sowie in zahlreichen Schweizer Gremien, u. a. etwa bei Switzerland Innovation, economiesuisse, Stop Piracy, 3R Competence Center. Dr. René Buholzer ist verheiratet und Vater eines Kindes.



Michele Bloechli, Regierungsrätin Nidwalden, links, und Petra Steimen-Rickenbacher, Regierungsrätin Schwyz, rechts, auf dem Weg zu einer Sitzung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Noch planen die meisten Kantone die stationäre Versorgung alleine, obwohl eine bessere Koordination Kosten einsparen könnte.

Sechs Spitalregionen sind genug – oder doch nicht?

Das Kostendämpfungspaket des Bundesrates strebt eine regionale Spitalplanung mit grösseren Spitalisten-Regionen an. Oft ist dabei von sechs Regionen die Rede. Ob und wenn ja wie diese Regionen die Zukunft der Schweizer Gesundheitsversorgung prägen, wird nun diskutiert.

Kantone sind dazu angehalten, ihre Spitalplanungen untereinander zu koordinieren. Dennoch planen die Kantone heute überwiegend alleine, obwohl Koordination Kosten einsparen könnte. Das bundesrätliche Kostendämpfungspaket sieht deshalb eine regionale Spitalplanung mit grösseren Spitalisten-Regionen vor. Das soll die Konzentration des Angebots an stationären Leistungen erhöhen und Doppel-spurigkeiten vermeiden.

Diese Massnahme M14 des Kostendämpfungspakets ist – genauso wie die gesamte KVG-Revision, umstritten. Unter dem Titel «6 Spitalregionen sind genug. Wo und wie schauen die Kantone über den Tellerand?» lud die SGGP deshalb zu einer Tagung.

Entflechtung der Kantonsrollen und überkantonale Gesundheitsplanungen

Trotz der gesetzlichen Grundlage (KVG, Art. 39, Abs. 2) hapert es bislang mit der Koordination zwischen den Kantonen. Laut Miriam Gurtner, Leiterin Public Affairs bei der Versicherung Groupe Mutuel, liegt dies daran, dass die Kantone mehrere Hüte tragen. Sie sind gleichzeitig Spitalplaner, Leistungseinkäufer, Tarifgenehmiger, Spitalbetreiber und Wirtschaftsförderer. Dadurch würden sie den Spitalwettbewerb behindern und die finanzielle Belastung der Versicherten erhöhen. Gurtner schlägt deshalb eine Rollenentflechtung und überkantonale Gesundheitsplanungen vor, die sich auf

verbindliche Kriterien abstützen. Ein Kriterium könnte etwa eine Mindestfallzahl sein. Laut einer Studie von Groupe Mutuel erlangen 46 Prozent der untersuchten Spitäler Mindestfallzahlen nicht und führen solche Operationen trotzdem durch. Die Konsequenz: höhere Gesamtkosten.

Versorgungsregionen nach amerikanischem Vorbild

Auch Tilman Slembeck, Professor für Volkswirtschaft an der ZHAW, sieht die Mehrfachrolle der Kantone als zentrales Problem. Er würde noch einen Schritt weiter gehen, als nur die interkantonale Koordination zu fördern. Wirklich effizient seien Versorgungsregionen wie sie in den USA existieren. Die Träger dieser Versorgungsregionen wären die Leistungserbringer und Versicherer, finanziert würden die Leistungen über Capitation-Zahlungen, also Kopfpauschalen. Versicherte könnten innerhalb der Region zwischen verschiedenen Versorgungsnetzen wählen, die im Wettbewerb zueinander stünden. Für die Kantone bliebe nur eine Rolle: Sie überwachen die Leistungsqualität – und erteilen nötigenfalls einen Leistungsauftrag, etwa für periphere Regionen. Dieses Modell bedürfte eines radikalen Umbaus des bestehenden Systems; laut Slembeck wäre daher ein Zwischenschritt vorzusehen: Die Schaffung von überregionalen Spitallisten.

Der Vorschlag Versorgungsregionen scheint utopisch – und könnte im Jura schon bald Realität werden. Raymond Loretan, Präsident von Swiss Medical Network und Swiss Leading Hospitals, erklärte, dass das jurassische Pilotprojekt nach US-Vorbild auf Capitation und einer gemeinsamen Trägerschaft beruht. Der Kanton Bern stützt das Projekt; nun wird versucht, Neuenburg und Jura zu gewinnen. Bereits 2022 solls los gehen.

Kantone mit Blick über den Tellerrand

Unmittelbar östlich führen die Basler Halbkantone gleichlautende Spitallisten ein. Jürg Sommer, Leiter des Amtes für Gesundheit des Kantons Basellandschaft, erläuterte die Ziele dieser Zusammenlegung: eine bessere Koordination der Leistungserbringung, eine sinnvolle Abgrenzung zwischen ambulanten und stationären Leistungsangeboten und die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Mittels Definition der bedarfsgerechten Leistungsmengen und unter Berücksichtigung der regionalen Rahmenbedingungen konnten die zukünftigen Leistungsaufträge der verschiedenen Spitäler berechnet werden. Dadurch wurde auch das Reduktionspotenzial sichtbar. Für die Akutsomatik lag es im Jahr 2018 bei rund 6640 Fällen, wovon die Hälfte angebotsinduziert und somit abzubauen seien. In Basel lohnt also der Blick über den Tellerrand.

Doch nicht für alle Schweizer Regionen lässt sich Zentralisierung so einfach umsetzen. Graubünden unterscheidet sich diametral von den beiden Basel: Die zahlreichen abgelegenen Talschaften verlangen laut Peter Peyer, Gesundheitsdirektor des Kantons, nach einer anderen Lösung. Graubünden plant deshalb elf Gesundheitsversorgungsregionen mit je einer einzigen Trägerschaft, die alle Gesundheitsdienstleistungen übernimmt und im Regelfall ein Akutspital betreibt. Das Bündnerland will dergestalt im Sinne des Verfassungsauftrags zur dezentralen Besiedelung handeln und die Versorgung dort anbieten, wo die Bevölkerung ist. Das schliesst den Blick über den Tellerrand indes nicht aus. Peyer sieht durchaus die Möglichkeit eines Spitallistenangleichs in der

Ostschweiz. Im Moment beschränkt sich diese noch auf eine Modellplanung in der Akutsomatik.

Auf gutem Wege

Auch Michael Jordi, Generalsekretär der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, glaubt an keinen radikalen Wechsel. Es werde eher kantonale und interkantonale Spitallisten geben. Spitalnetzwerke mit Aufgabenteilung, bilaterale oder multilaterale Kooperationen und integrierte, regionale Grundversorgungszentren.

Ähnlich sieht es Markus Trutmann, Leiter des Geschäftsbereichs Politik bei H+: Man sei grundsätzlich auf dem richtigen Weg. Es finden bereits überkantonale Planungen statt, die es nun zu fördern gelte. Wichtig seien – ungeachtet des Versorgungsmodells – die Ergebnistransparenz und Indikationsqualität als zentrale Stellschrauben des Gesundheitswesens.

Im Zentrum bleibt der Patient

Was würden die Spitalregionen für die Patientinnen und Patienten bedeuten? Laut Peter Berchtold, Vize-Präsident der SPO Patientenorganisation, profitierten Patienten zwar indirekt als Prämienzahler vom Kostendämpfungspotenzial und direkt von der Kompetenzkonzentration. Es bestünden aber auch Gefahren: die Zugangsbehinderung, eine zunehmende Fragmentierung der Behandlungswege und eine erschwerte Behandlungscoordination. Für Berchtold sind die Versorgungsregionen daher als primäre Massnahme nicht erstrebenswert. Stattdessen müsse man den Schwerpunkt auf den Bereich legen, der die hohen Kosten verursacht; also auf die Behandlung von chronisch Kranken und nicht wie heute auf die Akutversorgung.

Die Versorgungsregionen existieren längst

Auch Pius Gyger von der SGGP stellt den Nutzen der Spitalregionen infrage. Eine Clusternanalyse der Helsana ergab, dass Patientenströme bereits heute nur bedingt den Kantons-grenzen folgen, sondern eher topographischen und kulturellen Eigenheiten. Sein Fazit: Die Versorgungsregionen existieren schon. Kantonale Planungen müssten daher auf der Basis von Versorgungsregionen entwickelt werden. Die Frage, die sich dann stellt, ist: In wessen Kompetenz wird künftig was liegen?

Benjamin Fröhlich
Foto: Keystone

«Grotesk kleinräumig»

Ist es sinnvoll, 26 kantonale Gesundheitssysteme zu unterhalten? Der Gesundheitsökonom Tilman Slembeck, Mitglied der Expertengruppe, die Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen erarbeitet hat, spricht über seine Visionen für die Spitalplanung und für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

Tilman Slembeck, welches sind die Probleme der aktuellen Spitalplanung?

Die Schweizer Spitalplanung ist grotesk kleinräumig. Wir planen Spitäler für 16 000 Leute, zum Beispiel im Kanton Appenzell. Man muss bedenken: Die Schweiz ist etwa gleich gross wie das deutsche Bundesland Baden-Württemberg und hat weniger Einwohner.

Wie viele Spitäler gibt es denn in Baden-Württemberg?

Das weiss ich nicht auswendig. Aber die Anzahl Spitäler ist nicht wirklich relevant. Wenn schon müssen wir uns auf die Kapazitäten konzentrieren: Die Anzahl Betten pro Einwohner, oder – das mussten wir während der Covid-19-Pandemie erfahren – das Fachpersonal. Dies sind die Werte, die wirklich zählen.

Der Bericht der Expertengruppe zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen enthält die Massnahme M14: «Eine regionale Spitalplanung mit grösseren Spitallisten-Regionen». Gemäss der Expertengruppe hat diese Massnahme oberste Priorität. Warum?

Weil wir mit dem aktuellen System ein Wettrennen zwischen den Kantonen fördern. Etwa die Hälfte der Kantone nennt sich heute «Gesundheitskanton». Das ist für die Bevölkerung attraktiv, und Politiker machen sich beliebt, indem sie Spitäler bauen oder Standorte erhalten. Aber es zeigt uns, dass zu viel Geld im Gesundheitssystem ist. Darum müssen wir dieses Thema dringend anpacken. Wobei die Spitalplanung nur ein erstes, winziges Schrittchen ist. Die Spitäler, die stationäre Versorgung, sind ja nur ein Teil des Gesundheitssystems. Was wir brauchen, ist eine vernetzte, integrierte Versorgungsstruktur.

Was bedeutet das konkret?

Das heisst, die Versorgung wird in einem grösseren Gebiet geplant, das in der Regel mindestens eine Million Menschen umfassen wird. In diesen Räumen, die nichts mit den Kantons Grenzen zu tun haben, bieten medizinische Netzwerke Gesundheitsdienstleistungen an. Die Netzwerke entscheiden selbst, wo sie die stationären Leistungen für ihre Patienten einkaufen. Die Spitäler sind frei, mit den Netzwerken Verträge abzuschliessen. Heute gehen die Spitäler mit den verschiedenen Versicherern Verträge ein. Dabei bleiben sie aber in einem engen Korsett. Künftig sollen sie freier entscheiden können.

Welche Rolle spielen die Kantone in diesem System?

Es wird genügend Investoren und Betreiber geben, die solche Versorgungsnetze im Wettbewerb anbieten. Nur falls etwa in einer Randregion die Versorgung nicht gewährleistet wäre, würde ein Kanton einen entsprechenden Leistungsauftrag vergeben. Ganz ausnahmsweise müsste er selbst ein Spital betreiben. Unser heutiges System leidet nämlich unter einer miserablen Governance, weil die Kantone so viele verschiedene Hüte tragen: Sie sind Besitzer, Financier, Aufsichtsorgan, Betreiber und Planer der grossen Mehrheit unserer Spitäler, und das alles gleichzeitig. So entstehen zwangsläufig Interessenskonflikte. Die Kantone dürften nur noch eine Aufgabe haben, und zwar die Aufsicht.

Wäre es nicht sinnvoller, das «kleine Schrittchen» der Spitalplanung zu überspringen und direkt die integrierte Versorgung in grösseren Versorgungsregionen einzuführen?

Ich bin da sehr pragmatisch. Mir ist egal, wo wir anfangen, Hauptsache wir tun es; überall gleichzeitig, und wo es irgendwie geht. Natürlich ist die Umgestaltung der Schweizer Spitalplanung in der Realität kein kleiner Schritt. In der Ostschweiz versuchen sich aktuell fünf Kantone zu einer Versorgungsregion zusammenzufinden und über die Kantons Grenzen hinweg zu planen. Das dauert fünf bis zehn Jahre. Auch deshalb sollten wir jetzt loslegen.

Welche Folgen hätte diese Systemumstellung auf die bestehenden Finanzierungsmodelle der Gesundheitsversorgung?

Will man die Versorgungsregionen sauber umsetzen, dann müssten wir ein Full-Capitation-Modell einrichten. Dabei finanzieren sich die medizinischen Netzwerke durch die Mittel aus den Krankenkassenprämien sowie aus einem Beitrag des Kantons. Sie erhalten einen festgelegten Betrag für jede eingeschriebene Person, unabhängig von deren Gesundheitszustand. Mit diesem Betrag müssen auch die stationären Leistungen der Spitäler finanziert werden. Das ist die einzige effiziente Lösung.

«Die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist nicht mehr sinnvoll.»

Würde das nicht zu Fehlanreizen führen? Dass die Netzwerke möglichst viele junge, gesunde Menschen als Patienten aufnehmen und Ältere oder chronisch Kranke ablehnen?

Die Befürchtung ist berechtigt. Aber es gibt mehrere Möglichkeiten, um diese Entwicklung zu vermeiden. Erstens müssten die Gesundheitsnetzwerke ihre Leistungen jeweils in der gesamten Gesundheitsregion anbieten und zur Aufnahme aller Patienten in der Grundversicherung verpflichtet werden. Zweitens entstünde ein Wettbewerb unter den Netzwerken. Somit können die Patienten mit den Füissen abstimmen, wenn sie sich schlecht versorgt fühlen. Das reduziert das Selektionsproblem massgeblich.

Zurück zu den Spitalregionen ...

Wenn wir zuerst kantonsübergreifende Spitalregionen einrichten, kostet uns das mindestens 15 Jahre. Stattdessen würde ich direkt auf die Versorgungsregionen abzielen. Die ambulante und die stationäre Versorgung verschmelzen.



Die Schweiz leistet sich 26 kantonale Gesundheitssysteme. Der Gesundheitsökonom Tilman Slembeck hält das für einen Fehler.

Die Spitäler behandeln immer mehr Patienten ambulant, die ambulanten Einzelpraxen schliessen sich zu grösseren medizinischen Zentren zusammen. Die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist nicht mehr sinnvoll. Der Mitternachtszensus – liegt der Patient um Mitternacht noch in seinem Spitalbett oder nicht – ist rein künstlich. Deshalb sollten wir uns direkt auf ein integriertes System ausrichten, das sich an den Realitäten der künftigen Versorgung orientiert. Und dieses kann man sehr stark dem Markt überlassen.

Besteht nicht die Gefahr von Fehlentwicklungen, wenn man das Gesundheitssystem dem Markt überlässt?

Der Staat setzt in meinem Modell immer noch die Rahmenbedingungen, definiert etwa die Versorgungsregionen und behält die Qualität im Auge. Das entspricht dem Prinzip des regulierten Wettbewerbs, das es im Schweizer Gesundheitssystem bereits seit Einführung des KVG im Jahr 1996 gibt. Einzig das Problem der Unterversorgung in gewissen Regionen müsste man durch Leistungsaufträge lösen.

Welche Rolle übernehmen die Unispitäler in Zukunft?

Lehre und Forschung sind in der Regel defizitär. Deshalb muss der Staat diese Bereiche unterstützen, sei es als Besitzer der Universitätsspitäler oder als Mitfinanzierer. Das ist aber nicht zwingend. Es gibt sehr erfolgreiche private Spitzenuniversitäten, auch im Bereich der Medizin.

Die Schliessung von Spitalstandorten – oder nur schon von einzelnen Abteilungen – sorgt bei der lokalen Bevölkerung jeweils für Empörung. Geht die Massnahme M14 vor allem zu Lasten der Landbevölkerung?

Nein, ich glaube, hier gibt es eine Trendwende. Die Leute sind zunehmend skeptischer gegenüber den kleinen Spitalern. Die

Appenzeller Bevölkerung beispielsweise hat sich gegen den Bau eines neuen Spitals ausgesprochen. Das hat zwei Gründe. Erstens gehen die Effizienzvorteile grösserer Häuser verloren, zweitens weiss man, dass in einem kleinen Spital die Fallzahlen tiefer sind und es deshalb schwierig ist, die eine hohe Qualität der Versorgung bei Wahleingriffen zu gewährleisten. Für die Landbevölkerung braucht es primär eine gute Rettung und Notfallversorgung. Für ein neues Hüftgelenk geht man hingegen besser in Zentrumsspital mit entsprechender Erfahrung.

Im vergangenen Jahr wurde in der Öffentlichkeit viel über IPS-Betten diskutiert, über Fachkräftemangel oder über die Löhne des Pflegepersonals. Inwiefern beeinflusst die Pandemie die Gesundheitspolitik in der Schweiz?

Prognosen zu machen ist immer schwierig. Ich denke, den Menschen ist bewusst geworden, dass man durch Kooperation mehr erreichen kann. Während der Pandemie haben die Spitäler vermehrt zusammengearbeitet, es gab Covid-Spitäler, man hat Patienten verlegt, teilweise sogar über die Kantonsgrenzen hinaus. Ich hoffe, wir können diese Kooperationsbereitschaft mitnehmen. Dass wir merken, man muss in grösseren Einheiten denken und handeln. Das wäre sowohl für das Personal als auch für die Patienten vorteilhaft.

Andrea Renggli
Foto: Keystone

Organspende in der Schweiz: Zustimmung oder Widerspruch?

In der Schweiz dürfen einer verstorbenen Person Organe, Gewebe oder Zellen nur mit Einverständnis (Zustimmungslösung) entnommen werden. Transplantationen gehen zurück, immer mehr Patienten warten auf ein Spenderorgan. Eine im März 2019 eingereichte Volksinitiative will die Widerspruchslösung – wie sie viele anderen Länder bereits kennen – in der Schweiz einführen. Hier wird ein Schweigen als Zustimmung gewertet. Kürzlich hat der Nationalrat einer erweiterten Widerspruchslösung zugestimmt. Diese würde den nächsten Angehörigen ein Widerspruchsrecht einräumen.

Der nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK schwebt ein anderes Modell vor (A). Und SGGP-Vorstandsmitglied Philippe Lehmann kommentiert die Debatte aus einer Public-Health-Perspektive (B).

A

In ihrer Stellungnahme 31/2019 hat sich die NEK mit unterschiedlichen Regelungen der Einwilligung in eine Organspende befasst. Klar ist für die NEK, dass die gegenwärtige Regelung mit der erweiterten Zustimmungslösung unbefriedigend ist: Obgleich ein grosser Teil der Bevölkerung der Organspende positiv gegenübersteht, wie Umfragen zeigen, äussern nur sehr wenige Personen ihren Willen ausdrücklich. Das hat zur Folge, dass letztlich häufig die Angehörigen die Last der Entscheidung zu tragen haben und überdies zu wenig Spendeorgane zur Verfügung stehen. Dieselben Probleme blieben auch bei einer erweiterten Widerspruchslösung bestehen: die Angehörigen würden nicht entlastet und nach wie vor würden wenig Organe zur Verfügung stehen. Das bestätigen Erfahrungen aus Ländern, in denen die Widerspruchslösung besteht. Dazu käme, und das ist aus ethischer Sicht ein zentraler Aspekt, dass die Widerspruchsregelung einen geringeren Schutz der Persönlichkeitsrechte des Verstorbenen mit sich brächte. Es sollte keinen Automatismus geben. Besser wäre in der Beurteilung

der NEK darum eine Erklärungsregelung: Personen sollten regelmässig dazu aufgefordert werden, sich zu ihrer Spendebereitschaft offiziell zu äussern. Sie könnten entweder «ja», «nein» oder «kein Kommentar» ankreuzen, so dass niemand gezwungen würde, sich festzulegen. Auf diese Weise käme es weniger häufig zu unklaren Situationen, die Angehörigen würden entlastet und nicht zuletzt wäre zu erwarten, dass sich die positive Einstellung der Bevölkerung zur Organspende auch in einer höheren Zahl von Einträgen in das Spenderegister niederschlagen würde. Zugleich würde dieses Modell auch das Vertrauen der Bevölkerung in die Organspende bestärken.

Markus Zimmermann, Vize-Präsident der NEK

B

Le don d'organe sera facilité par la décision du Parlement sur le consentement présumé, à moins d'une opposition explicite de la personne décédée ou de sa famille. Cette disposition évitera de perdre un temps précieux en démarches – souvent délicates – auprès des membres des familles pour négocier un potentiel prélèvement, lequel devrait être fait de façon urgente. Elle met l'accent principal sur l'intérêt de soigner un/e malade en situation gravissime plutôt que sur l'opinion personnelle des proches d'une personne décédée. Ce changement de paradigme rappelle le discours d'investiture du Président Kennedy, en 1961: «Ne vous demandez pas ce que votre pays

peut faire pour vous, demandez-vous ce que vous pouvez faire pour votre pays.»

Mais l'essentiel pour améliorer la disponibilité d'organes pouvant être transplantés reste ailleurs: c'est la préparation intensive des équipes soignantes dans les grands hôpitaux, leur attention ouverte en permanence, leur disponibilité à intervenir sans délai. Une transplantation demande des équipes entières prêtes, des équipements adéquats, des processus rôdés, et évidemment un consensus sur les priorités. Cela est de la responsabilité des directions et des professionnels des grands hôpitaux, dans une préparation à long terme. C'est ce qu'ont montré depuis des années les exemples des pays qui ont des taux de don d'organe et de transplantation nettement plus élevés que la Suisse, en premier lieu l'Espagne.

La décision du Parlement suisse, après des années d'hésitation, est néanmoins un très bon signe, qui consolidera les autres dispositifs qui contribuent à faciliter le don d'organe et la transplantation.

Philippe Lehmann, vice-président de la SGGP/SSPS

➤ Raphael Hammer, Vincent Barras et Manuel Pascual: «Don et transplantation d'organes en Suisse. Enjeux historiques et sociologiques (1945–2020)», Editions Georg, Genève, 2021

Bundesrat will die Versorgung mit sicheren Medizinprodukten gewährleisten

Die Schweiz verfügt seit 2001 über eine Medizinproduktregulierung, die jener der EU gleichwertig ist. Damit wird die Versorgung der Schweiz mit sicheren und leistungsfähigen Medizinprodukten gewährleistet und den Schweizer Herstellern ein gleichwertiger Zugang zum EU-Markt garantiert. Aufgrund diverser Zwischenfälle bei der Anwendung dieser Produkte, zum Beispiel mit mangelhaften Brustimplantaten oder Hüftprothesen, verschärfen die Schweiz und die EU ihre jeweiligen Anforderungen in diesem Bereich per 26. Mai 2021. Damit sollen die Sicherheit der Medizinprodukte und die Überwachung des Marktes durch die Behörden verbessert werden. Die Anpassungen des Schweizer und des EU-Medizinprodukterechts sind aufeinander abgestimmt.

Parallel hierzu sollte im Abkommen mit der EU über die gegenseitige Anerkennung von Konformitätsbewertungen (MRA) auch das Kapitel über Medizinprodukte vollständig aktualisiert werden. Beim MRA handelt es sich um ein Instrument zur Überwindung technischer Handelshemmnisse für zahlreiche Industriegüter zwischen der Schweiz und der EU. Durch die vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen der Schweiz und der EU soll die Konformität der Produkte gegenseitig anerkannt und damit für die Industrie Doppelspurigkeiten vermieden werden. (...) Die notwendige Aktualisierung des Medizinproduktekapitels wird von der EU mit Fortschritten beim institutionellen Abkommen verknüpft und konnte bis jetzt nicht erfolgen. (...)

Vom offenen Ausgang dieser Gespräche sind die Schweizer und die europäische Medizinproduktebranchen betroffen; sie müssten durch den Wegfall der Handels erleichterungen des MRA signifikante Mehraufwendungen bewältigen. Auch die Marktüberwachung in der Schweiz ist negativ betroffen. (...) An seiner Sitzung vom 19. Mai 2021 hat der Bundesrat deshalb Massnahmen verabschiedet, um diese negativen Auswirkungen abzufedern. (...) Mit den vom Bundesrat verabschiedeten Änderungen bleibt die Äquivalenz der Schweizer Bestimmungen zu denjenigen der EU erhalten, wodurch eine spätere Aktualisierung des MRA weiterhin möglich bleibt.

Der Änderungserlass zur Medizinprodukteverordnung tritt als Ergänzung gleichzeitig mit der am 1. Juli 2020 verabschiedeten

totalrevidierten Medizinprodukteverordnung per 26. Mai 2021 in Kraft. Mit diesem Schritt werden Regelungslücken vermieden, damit in der Schweiz weiterhin sichere und leistungsfähige Medizinprodukte in Verkehr gebracht und überwacht werden können.

Quelle: www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-83581.html (20. Mai 2021)

La convivialité et un bon concept pour les droits d'accès sont primordiaux

Pour le législateur, le dossier électronique du patient (DEP) a pour but de renforcer la qualité des traitements médicaux et d'optimiser les processus. (...) Pour l'heure, le DEP n'est pas à même de reproduire les processus d'un traitement médical ou de les soutenir de manière déterminante. Il n'est pas non plus un outil de communication destiné aux professionnels de santé car il ne propose aucune possibilité de communication directe entre eux.

Pour que les médecins puissent travailler efficacement avec le DEP, il est primordial que les solutions logicielles et informatiques dont ils disposent actuellement puissent être raccordées directement au DEP. Pour eux, les métadonnées et des informations structurées et si possible réutilisables revêtent beaucoup d'importance pour la recherche de documents. (...)

En vertu des bases légales, l'attribution des droits d'accès aux médecins traitants relève de la décision des patients. Pour les médecins qui participent au DEP, cela signifie qu'ils n'ont aucun accès aux documents du DEP sans autorisation préalable de leur patient, sauf dans les situations d'urgence. Le concept d'attribution des droits d'accès qui ressort de l'ordonnance fédérale définit trois niveaux de confidentialité pour les documents ou types de documents individuels, attribués à des professionnels de santé ou à des groupes de professionnels de santé. Cette multitude d'options et de possibilités rend les choix complexes, et peut donc engendrer des erreurs. (...)

Les médecins devront saisir de nombreuses métadonnées pour s'assurer que les documents puissent être retrouvés dans le DEP, car les documents stockés ne sont pas archivés selon une structure de dossiers (...) La saisie de ces données engendrera un surcroît de travail administratif. Si toutefois ce travail s'avérait inévitable, il faudrait qu'il soit rémunéré de manière adéquate. Pour l'heure, aucune possibilité

dans ce sens n'existe dans le Tarmed. La FMH plaide pour l'utilisation, lorsque c'est possible, de standards et de classifications automatisées afin de réduire cette charge de travail. Il est par ailleurs indispensable que le DEP dispose de fonctions de recherche et de filtrage performantes. Pour que les médecins puissent utiliser le DEP de manière efficace, il faut qu'ils y retrouvent facilement et rapidement les informations pertinentes pour le traitement.

Source: www.fmh.ch/files/pdf25/communiquede-presse-la-convivialite-et-un-bon-concept-pour-les-droits-dacces-sont-primordiaux-v1.pdf (20 mai 2021)

Covid führt zu rückläufigen Kosten der ambulanten Medizin

Dank ihrer ärzteeigenen Datensammlung kann die FMH umfassende Analysen von Abrechnungsdaten im praxisambulanten Bereich vornehmen. Heute publiziert das ambulante Tarifmonitoring der FMH seine Ergebnisse des Covid-Jahres 2020.

Der Lockdown der ersten Welle bewirkte einen massiven Einbruch in den Arztpraxen. Je nach Fachbereich rechneten Ärztinnen und Ärzte bis zu 40 Prozent weniger Leistungen ab. Insgesamt lag der Rückgang pro Praxis im zweiten Quartal durchschnittlich bei circa 14 Prozent. (...) Kaum einen Rückgang verzeichneten während dem ersten Lockdown trotz teilweise geschlossenen Praxen die psychiatrischen Behandlungen. Die Nachfrage nach psychiatrischen Leistungen hat übers ganze Jahr gesehen 2020 insgesamt zugenommen. Diese Zunahme gilt für neue und für bestehende Patientinnen und Patienten, wobei die Erstkontakte sogar während des Lockdowns im März und April 2020 leicht zugenommen haben. Dies kann als Hinweis für die psychische Belastung gewertet werden, welche mit der Covid-Pandemie einher geht. (...)

Insgesamt schliesst das Jahr 2020 über alle Facharztdisziplinen mit einem durchschnittlichen Rückgang des TARMED-Volumens von -1,15 Prozent pro Praxis. (...) Diese Entwicklung erklärt sich zumindest teilweise dadurch, dass durch die Schutz- und Hygienemassnahmen und die Einschränkung der Mobilität die saisonale Grippe, die vorher zu vielen Arztkontakten geführt hat, 2020 und auch im ersten Quartal 2021 nicht stattgefunden hat. Weiter vermieden wohl viele Patientinnen und Patienten Arztbesuche aus Angst vor der Ansteckungsgefahr.

Die erwähnten Ergebnisse des ärztzeigenen Monitorings für 2020 decken sich mit den Zahlen der Versicherungen (Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung MOKKE). Dort ist ein Rückgang von -0,9 Prozent für ärztliche Behandlungen ohne Labor zu verzeichnen. Behandlungen, die während des Frühjahrs 2020 pandemiebedingt nicht durchgeführt werden konnten, wurden wo möglich in den Sommermonaten 2020 nachgeholt. Der für das Jahr 2021 seitens Kostenträger teilweise erwartete Aufholeffekt ist in den Daten des ersten Quartals des ärztzeigenen Monitorings nicht zu erkennen. Im Gegenteil sinkt das TARMED-Volumen pro Praxis in den ersten Wochen des Jahres teilweise bis zu -10 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

Quelle: www.fmh.ch/files/pdf25/medienmitteilung-covid-fuehrt-zu-ruecklaufigen-kosten-der-ambulanten-medicin.pdf (20. Mai 2021)

Digitaler Datenaustausch zwischen Spitälern und Krankenversicherern ist ab sofort Realität

Als erste Spitalgruppe in der Schweiz führt die Solothurner Spitäler AG alle administrativen Prozesse von stationären Behandlungen, inklusive der Kostengutsprache, durchgehend digital durch. Damit wird der Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern massiv vereinfacht und beschleunigt. Der digitale Datenaustausch erfolgt mit der Anwendung SHIP (Swiss Health Information Processing). (...) Mit SHIP werden dank elektronischer Standardprozesse Behandlungsfälle eröffnet, Behandlungsinformationen ausgetauscht und sämtliche Fragen der Kostenübernahme geklärt. Mit der vollautomatischen Lösung können zudem sämtliche Fehler vermieden werden, die mit der bisherigen manuellen Handhabung nicht auszuschliessen sind. Bei der vollständigen Integration von SHIP entfallen beispielsweise Rechnungsrückweisungen aufgrund fehlerhafter oder unvollständiger Angaben. Damit können sowohl Spitäler wie auch Krankenversicherer ihre administrativen Abläufe deutlich verbessern. (...)

Zusätzlich zu den Spitälern sollen in den nächsten Etappen weitere Leistungserbringer wie Spitex, Pflegeheime, spitalambulante Bereiche, Ärzte, Apotheken und Physiotherapeuten angeschlossen

werden. Bis Ende 2025 strebt santésuisse eine durchgängig digitale Durchführung der administrativen Prozesse an. Die Teilnahme an SHIP ist sowohl für Leistungserbringer als auch Kostenträger finanziell attraktiv. Sobald SHIP in der ganzen Schweiz im Einsatz steht, ist mit substantziellen Einsparungen zugunsten des schweizerischen Gesundheitswesens zu rechnen.

Quelle: www.santesuisse.ch/details/content/digitaler-datenaustausch-zwischen-spitaelern-und-krankenversicherern-ist-ab-sofort-realiaet?backLinkPid=71&cHash=3e6d88341df8e9d63b06704dd387b256 (20. Mai 2021)

Contre-projet indirect à l'initiative sur les soins infirmiers: le compromis ouvre la voie à l'offensive pour la formation

Le Parlement a jeté les bases d'un renforcement des soins infirmiers en approuvant le compromis, élaboré en conférence de conciliation, sur le contre-projet indirect à l'initiative «Pour des soins infirmiers forts». (...) Cela permettra ces prochaines années de remédier à la pénurie de personnel, d'améliorer les conditions cadres des soins et confèrera à la profession la reconnaissance qu'elle mérite.

Principaux éléments du compromis:

- Avec l'obligation faite à tous les cantons d'allouer des contributions à la formation continue (formulation impérative) et avec l'extension des compétences du personnel infirmier, la volonté de la Chambre basse a été prise en compte. Ces huit prochaines années, la Confédération investira 469 millions de francs pour l'offensive en faveur de la formation. Et les cantons devront s'acquitter du même montant au moins.
- Afin de prévenir l'augmentation injustifiée des volumes redoutée par la Chambre basse, les fédérations de fournisseurs de prestations et celles d'assureurs maladie devront conclure des conventions relatives à la surveillance de l'évolution quantitative des soins fournis sans prescription médicale, applicables dans toute la Suisse. Elles conviendront de mesures correctives en cas de croissance injustifiée du volume de ces soins. Si les fédérations ne parviennent pas à un accord, le Conseil fédéral règlera les modalités à titre subsidiaire.

(...) Avec le contre-projet indirect, les conditions cadres des soins seront meilleures et la profession bénéficiera de la reconnaissance qu'elle mérite. Autre avantage du contre-projet indirect: il pourra être mis en œuvre plus rapidement que l'initiative populaire.

Source: www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Medien/Medienmitteilungen/2021/Indirekter_Gegenvorschlag_zur_Pflegeinitiative/20210319_Indirekter_GV_Pflegeinitiative_MM_F.pdf (20 mai 2021)

La recherche médicale sans l'industrie: une utopie?

Les études cliniques sont onéreuses. Elles mobilisent non seulement des ressources financières, mais également du personnel, des locaux, du matériel. Il va sans dire que les hôpitaux universitaires ne sont pas en capacité de soutenir ces activités de recherche (...). Une quête inexorable est requise pour financer des projets de recherche innovants, initiés dans la majorité des cas par des investigateurs motivés, mais dont leur développement est implicitement lié au «soft money». Et c'est là que l'idée d'un sponsoring par l'industrie se fait plus évidente. (...) Cette course effrénée aux publications nécessite de trouver sans cesse des financements plus ou moins importants pour commencer et si possible terminer une étude. (...)

Cela incite de facto de nombreux investigateurs à se tourner vers l'industrie, qui évalue à l'interne des projets de recherche initiés par des chercheurs. De nombreuses plateformes web sont d'ailleurs à leur disposition pour les soumissions, sans assurance de financement néanmoins. Si le projet entre dans le plan stratégique de la firme, celle-ci s'engage financièrement pour soutenir le projet, en permettant par exemple de financer une «study nurse», un «core lab» ou un soutien statistique. (...)

Les recherches initiées à la demande des firmes pour inclure des patients sont différentes, dans le sens où chaque patient inclus fait l'objet d'un versement d'un montant pouvant atteindre quelques centaines, voire milliers de francs. Ces études, souvent multicentriques, permettent d'inclure de très nombreux patients et d'atteindre ainsi le taux de recrutement nécessaire pour des analyses statistiques fiables et pertinentes. La publication de ces études doit comporter des indications claires permettant au lecteur de connaître

ce contexte particulier. Il n'y a pas de honte à collaborer avec l'industrie, mais l'indépendance du chercheur doit rester totale afin d'éviter des conflits d'intérêts potentiellement dangereux.

Le secteur privé contribue sans aucun doute aux progrès médicaux, mais son implication doit faire l'objet d'un cadre contractuel et légal rigoureux, afin d'éviter tout dérapage qui pourrait engager non seulement la réputation des chercheurs, mais également la santé des patients.

Source: www.svmed.ch/svm/wp-content/uploads/2021/02/cm-v-01-2021-web.pdf (20 mai 2021)

Dans le désordre, les cantons demandent plus d'ouverture au Conseil fédéral

Consultés sur les mesures d'assouplissement prévues par le Conseil fédéral, la plupart des cantons prônent un calendrier plus rapide. A l'image du Tessin ou de Fribourg, ils demandent notamment une anticipation de la réouverture des restaurants. Dans sa prise de position publiée dimanche, le Conseil d'État genevois appuie l'allègement du dispositif sanitaire contre la pandémie de Covid-19 proposé par le Conseil fédéral. Mais il enjoint la Confédération à réexaminer la situation d'ici à la mi-mars. Pour les autorités du bout du lac, il s'agit de laisser la possibilité d'assouplir certaines mesures avant le premier avril.

D'autres cantons se montrent plus pressants. Fribourg, qui juge que la situation sanitaire ainsi que la campagne de vaccination en cours le permettent, souhaite des mesures plus rapides et étendues. Le Conseil d'État fribourgeois demande que les restaurants puissent à nouveau accueillir leurs clients dès le 22 mars, alors que le Conseil fédéral n'envisage une réouverture uniquement le premier avril, limitée aux terrasses et pour autant que la situation sanitaire le permette. Une option «inadéquate d'un point de vue économique et logistique» balayée par Fribourg, qui juge qu'une réouverture complète est possible avec un plan de protection et des tables à quatre personnes. Le Valais souhaite lui que «les terrasses de tous les restaurants puissent ouvrir dès le premier mars, dans le respect des plans de protection déjà établis (quatre personnes par table, distance de 1.50 mètre entre les tables,

traçage électronique de tous les clients) et ce jusqu'à 18 heures». Et les restaurants doivent pouvoir complètement rouvrir le premier avril. Dans sa réponse déjà communiquée jeudi, le canton de Vaud était allé plus loin encore, souhaitant que les restaurants puissent offrir à midi dès le 15 mars et que les théâtres et les cinémas puissent accueillir 50 personnes.

Le Tessin aussi juge trop prudentes les mesures d'assouplissement prévue par le Conseil fédéral. Même s'il faut tout faire pour éviter une nouvelle reprise des contaminations, il faut aussi faire preuve de proportionnalité, estime Bellinzone. Pour le Conseil d'État, la réouverture des restaurants dès le 22 mars est nécessaire pour permettre une relance de l'activité durant les vacances de Pâques, une période clé pour le tourisme au sud des Alpes.

(...) En Suisse alémanique, les cantons demandent aussi pour la plupart au Conseil fédéral de corriger le tir. St-Gall ou encore les Grisons veulent des assouplissements plus rapides pour la restauration. Les terrasses devraient être rouvertes dès le premier mars moyennant des mesures sanitaires, a écrit samedi la chancellerie de St-Gall. Les Grisons estiment que le gouvernement fédéral se focalise trop sur des mesures limitatives. Il note en outre que Berne ne prévoit pas dans sa stratégie les tests préventifs qui représentent une bonne alternative pour les restrictions. Ce canton est le premier à avoir privilégié les tests de masse d'abord à l'école et dans les hôtels puis dans les entreprises. Argovie se montre plus nuancé. Le canton est d'accord avec la stratégie progressive du Conseil fédéral qui prend en compte le risque. Tant que l'immunité de masse et le taux de vaccination ne sont pas assez élevés, une grande prudence s'impose. (...)

Source: *Revue Médicale Suisse* 727/2021, p. 411 (24 février 2021)

Wie China zum Epizentrum der Pharmaindustrie wird

Die chinesische Pharmabranche ist im Wandel. Das Reich der Mitte zählt zu den grössten Medikamentenmärkten der Welt – und ist auf dem besten Weg, zum globalen Innovations-Hub zu avancieren.

Immer mehr internationale Investoren richten ihren Fokus im Zuge der Coronakrise auf den Healthcare-Sektor. Die Pandemie legt die Schwachstellen des Gesundheitswesens offen und führt zu einem tiefgreifenden Umdenken der Anleger. Zu den Profiteuren dieses Prozesses dürfte sich insbesondere die Gesundheitsindustrie der Emerging Markets entwickeln – und als Absatzmarkt für Medizinprodukte zunehmend wichtiger werden.

Im Zentrum dieser Entwicklung steht Asien, wo die Gesundheitsversorgung mit denselben Herausforderungen konfrontiert ist wie in den Industriestaaten. Der wachsende Wohlstand führt bei Lebensstil und Ernährung zu negativen Auswirkungen auf die Gesundheit. Kostengünstige Behandlungen

So lässt beispielsweise die schnell wachsende Zahl Übergewichtiger Personen die Diabeteserkrankungen in die Höhe schnellen. Von den weltweit 400 Millionen Menschen, die von dieser Krankheit betroffen sind, kommt jeder Vierte aus China und beinahe jeder Fünfte aus Asean-Staaten wie Malaysia oder Thailand.

Zugleich steigt mit der zunehmenden Alterung auch die Zahl der Patienten mit Krebs-, Nerven- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Für die nationalen Gesundheitssysteme geht dies mit stetig steigenden Kosten einher, da immer mehr Menschen Zugang zu einer effizienten und kostengünstigen Behandlung erhalten müssen. [...]

Einer der weltweit grössten Medikamentenmärkte ist China. Verglichen mit vielen Industriestaaten liegen dort die Gesundheitskosten noch auf niedrigem Niveau. Zugleich zeigen der Auf- und Ausbau der Forschung und Entwicklung sowie die Herstellung von eigenen Präparaten immer mehr Fortschritte. Dies hilft Peking, einem wachsenden Bevölkerungsteil den Zugang zu bezahlbarer medizinischer Versorgung zu ermöglichen.

Beginn eines signifikanten Wachstumsmarktes

In den nächsten Jahren ist eine Vervielfachung der Umsätze bei innovativen Medikamenten im Reich der Mitte von 117 Milliarden Yuan in diesem Jahr auf 375 Milliarden Yuan im Jahr 2025 zu erwarten. Eine zentrale Rolle in diesem Zusammenhang spielen lokale Biotechfirmen, die von globalen Unternehmen als «Partner of Choice» für den Markteintritt in China gewählt werden, um dort die Entwicklung, Zulassung



China ist einer der weltweit grössten Medikamentenmärkte und erregt Aufsehen als Hersteller von innovativen Medikamenten.

und Vermarktung ihrer Präparate voranzubringen. Zudem sorgen selbstentwickelte, innovative chinesische Medikamente zunehmend international für Furore und werden von Big Pharma einlizenziiert.

Die derzeitige Situation ist vergleichbar mit der Situation in den USA Ende der 1980er-Jahre, als dort der Biotechboom, vorangetrieben durch wissenschaftliche Durchbrüche, ins Rollen kam. Mit anderen Worten: Chinas Medikamentenmarkt steht heute am Beginn eines signifikanten Wachstumsmarktes und ist auf dem Weg von «Me Too» zu «First in Class» respektive «Best in Class». [...]

Quelle: www.finews.ch/ (20. Mai 2021)
Foto: Keystone

Diese Länder investieren am meisten in die Gesundheitsversorgung

Im Jahr 2020 haben viele Regierungen ihre Ausgaben erhöht, um die bestmögliche Versorgung ihrer Bevölkerung in der Covid-19-Pandemie sicherzustellen.

Die USA geben gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) weltweit am meisten für die Gesundheitsversorgung aus. Legt man jedoch die Gesundheitsausgaben pro Kopf in einem Land zugrunde, dann ist Irland mit jährlichen Ausgaben von 18'588 Euro weltweiter Spitzenreiter bei den Gesundheitsausgaben für die eigene Bevölkerung (zum Vergleich: in den USA sind es 8092 Euro pro Kopf). Das hat eine Analyse von Lenstore ergeben. Das Unternehmen hat die Gewohnheiten der Ausgaben von 24 Länder analysiert, um zu sehen, wie viel die Regierungen für das Gesundheitssystem ausgeben, verglichen mit anderen Sektoren. Des Weiteren wurde analysiert, was Konsumenten für Luxusgüter im Vergleich zur notwendigen Gesundheitsversorgung ausgeben.

Chile investiert am wenigsten in Gesundheitsversorgung

In Chile wiederum werden nur 4,4 Prozent des BIP für die Gesundheitsversorgung ausgegeben. Ungarn und Polen geben ebenfalls nur 4,6 Prozent für Gesundheitservice aus, was die drei zu den Ländern macht, die am wenigsten in ihre Gesundheitsversorgung investieren.

Deutschland befindet sich mit Platz 13 und 7,2 des BIP für die Gesundheitsversorgung im Mittelfeld des internationalen Vergleichs. Gemessen an den Pro-Kopf-Ausgaben für die medizinische Versorgung belegt die Bundesrepublik immerhin Platz 10. Nach Irland hat Island die höchsten Ausgaben (11 184,67 Euro) pro Kopf für die Gesundheitsversorgung.

Luxusgüter wichtiger als Gesundheitsuntersuchungen

Wenn man die Ausgaben für Gesundheitservices gegen die Ausgaben für Luxusgüter stellt, zeigt die Studie, dass manche Länder Netflix- und Playstation-Live-Abos mehr schätzen als Augenarzttermine. In Deutschland geben Konsumenten im Laufe ihres Lebens mehr als doppelt so viel ihres Geldes für Fast Food (3852 Euro) aus als für Zahnarzttermine (1776 Euro).

Dieser Trend ist auch in Ländern wie Grossbritannien, Irland, Spanien und Australien zu finden, wo die Kosten für Netflix- und Playstation-Live-Abos sehr viel höher sind als die für Augenarzttermine.

Quelle: www.expat-news.com/life-style/diese-laender-investieren-am-meisten-in-die-gesundheitsversorgung-47081 (20. Mai 2021)

Alan wird Frankreichs zwölftes Einhorn

Der Anbieter einer rein digitalen Krankenzusatzversicherung hat eine neue Finanzierungsrunde abgeschlossen, durch die er mit 1,4 Mrd. Euro bewertet wird. Bis 2023 will er in Europa auf eine Million Mitglieder kommen.

Frankreich hat ein neues Einhorn namens Alan. Dabei wurde das Insurtech-Start-up bei seiner Gründung 2016 noch von so manch einem Vertreter der Versicherungsbranche skeptisch beäugt. Das hat sich inzwischen deutlich geändert.

Denn der Anbieter einer rein digitalen Krankenzusatzversicherung ist nicht nur das erste unabhängige Unternehmen, das in Frankreich seit 1986 die Zulassung als Krankenversicherer erhalten hat, sondern auch eines von nur zwölf französischen Start-ups, das mit mehr als einer Mrd. Dollar bewertet wird. (...)

Expansion ins Ausland

Das Einhorn, das von der französischen Regierung für die Start-up-Bestenliste Next 40 ausgewählt wurde, hat sich nun das Ziel gesetzt, bis 2023 in Europa auf mehr als eine Million Mitglieder zu kommen, in Frankreich rentabel zu werden und 400 neue Mitarbeiter einzustellen. Derzeit hat Alan rund 161 000 Mitglieder, 350 Beschäftigte und auf Jahresbasis berechnete Einnahmen von rund 100 Mill. Euro. Seit kurzem ist der Versicherer auch in Spanien und Belgien am Start. «Seit einem Jahr gewinnen die Grundtendenzen, auf die wir setzen, an Bedeutung», sagt Co-Gründer Charles Samuelian-Werve.

Das Gesundheitssystem gerechter, transparenter und persönlicher gestalten, hat sich Alan auf die Fahnen geschrieben. Frankreich, wo Bürger über die Sécurité Sociale krankenversichert sind, aber bestimmte Leistungen nur von Zusatzversicherungen abgedeckt werden, hat 2019 insgesamt 11,3 Prozent seines Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheit ausgegeben. «Unser Gesundheitssystem ist eines der grosszügigsten der Welt, doch leider entspricht es nicht den Erwartungen seiner Nutzer und seiner Akteure», postuliert das Start-up.

Er habe festgestellt, dass Gesundheitssysteme nirgends auf der Welt mit dem Rhythmus des modernen Lebens mithalten könnten, sagt Samuelian-Werve. Für die Versicherten seien die Wartezeiten, bis etwas erstattet werde, zu lang. (...)

Quelle: www.boersen-zeitung.de/banken-finanzen/alan-wird-frankreichs-zwoelftes-einhorn-ef69b720-a294-11eb-89aa-1e12f347ec6a (20. Mai 2021)

Young Americans are facing a mental health crisis and need action

With the Covid-19 vaccine rollout well underway across the country, it is tempting to deem the pandemic over. But after bearing so many of the losses of the past year – as essential workers, as college students, and as the family and friends of Covid-19 victims – young Americans are facing a mental health crisis. Our generation is in desperate need of support.

We are student leaders of the Harvard Public Opinion Project, a polling outlet within the Kennedy School that regularly surveys young Americans nationally in a political context. For our spring survey, we asked respondents about their mental health, since we were concerned that symptoms of depression and anxiety were on the rise among our peers. What we heard back was staggering – and we're sounding the alarm.

Over half – 51 percent – of respondents aged 18–29 had felt down, depressed, or hopeless at least several days out of the previous two weeks; 28 percent had thoughts of self-harm or suicide over the two-week period, with 1 out of 20 respondents experiencing those thoughts every day. In comparison, a study by the Centers for Disease Control and Prevention found that, in 2019, only 21 percent of people in the same demographic had symptoms of depression.

The CDC's figure in itself is alarming. A 150 percent increase is a crisis. There are over 45 million young people in the United States, and millions, if not tens of millions, are now experiencing unparalleled psychological distress.

These numbers hold across gender, racial, and class lines. However, we found significant racial disparities among respondents experiencing symptoms of severe depression. A quarter of percent of white respondents had thoughts of self-harm or suicide, compared to 35 percent of Black respondents and 31 percent of Hispanic respondents. White respondents without a college experience (31 percent), rural Americans (34 percent), and young Americans not registered to vote (38 percent) were also more likely to experience symptoms of severe depression or have thoughts of self-harm.

The coronavirus – and concerns exacerbated by the pandemic – have significantly impacted our respondents' mental health: 34 percent said they were negatively impacted by the pandemic, 29 percent by personal relationships and by self-image, 28 percent by social isolation, a quarter by economic concerns, and 22 percent by health concerns.



Over half of respondents aged 18–29 had felt down, depressed, or hopeless at least several days out of the previous two weeks.

A turbulent election cycle and the deadly Jan. 6 insurrection at the US Capitol likewise took a toll on our respondents: 21 percent indicated that politics had negatively affected their mental health in the past two weeks. Nevertheless, 56 percent responded they were hopeful about the future of America, and two-thirds believe that President Biden will make their life better. (...)

Source: www.bostonglobe.com/2021/05/06/opinion/young-americans-are-facing-mental-health-crisis-need-action/
(20. Mai 2021)
Foto: Keystone

Psychische Gesundheit**Depression**

Zoë Beck
ISBN 978-3-15-020575-4
Reclam 100 Seiten 2021, 15.90 Franken

Laut Weltgesundheitsorganisation ist Depression global gesehen inzwischen die zweithäufigste «Volkskrankheit». Was früher tabuisiert war und heute noch allzu oft verschwiegen wird, ist inzwischen eine anerkannte Krankheit. Woher kommt sie und wie gehen Betroffene mit ihr um? Wie hat sich die gesellschaftliche Wahrnehmung der Krankheit im Laufe der Zeit gewandelt? Und wie geht man mit depressiven Menschen am besten um? Die Schriftstellerin Zoë Beck geht den Ursachen, Auswirkungen und Folgen der Krankheit auf den Grund – sachlich und präzise, aber auch humorvoll und bisweilen persönlich.

Infektionskrankheiten**Seuchen, alte und neue Gefahren**

Patric U. B. Vogel, Günter Schaub
ISBN 978-3-658-32952-5
Springer Spektrum 2021, 21.90 Franken

In diesem Buch werden historische, biologische und epidemiologische Aspekte von Seuchen beschrieben. Infektionskrankheiten haben seit dem Altertum verheerende Auswirkungen auf die Menschheit. Nachdem viele dieser Gefahren aufgrund einer verbesserten Hygiene und der Verfügbarkeit von Antibiotika und Impfstoffen zum Ende des 20. Jahrhunderts in Vergessenheit gerieten, erleben Infektionskrankheiten aktuell eine Rückkehr. Es werden Seuchen von der Pest bis zu Covid-19 vorgestellt.

Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung**Public Health**

Disziplin – Praxis – Politik
Henning Schmidt-Semisch, Friedrich Schorb (Hrsg.)
ISBN 978-3-658-30376-1
Springer 2021, 64.90 Franken

Public Health ist kein selbstverständlicher Teil des akademischen Fächerkanons, und auch das Verhältnis zur Politik ist unklar: Einerseits treten Public Health-Akteure dafür ein, dass Gesundheit in allen Politikbereichen berücksichtigt werden soll, andererseits gilt zu viel Politiknähe als

Gefahr für die wissenschaftliche Profilbildung. Die Beiträge dieses Bandes fragen nach dem Stand der Disziplin Public Health sowie der entsprechenden Praxis und Politik: Welches Verhältnis hat Public Health zur Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention? Kann Public Health heute als eine Profession betrachtet werden? Welche disziplinären Zugänge finden sich in Public Health? Wie wirkt Public Health auf Politik ein, und umgekehrt?

Neurowissenschaften**Gehirn, Psyche und Gesellschaft**

Stephan Schlem
ISBN 978-3-662-62228-5
Springer 2021, 25.90 Franken

Dieses Buch enthält eine Zusammenstellung von Artikeln aus dem Blog Menschen-Bilder (Spektrum der Wissenschaft) zu aktuellen Fragen der Wissenschaften vom Menschen. Es spannt einen Bogen von der Philosophie und Psychologie bis hin zur Biologie, Hirnforschung und Medizin. Und es verbindet damit auch Geistes-, Sozial- und Naturwissenschaften, die einander befruchten. Anhand von philosophischen Problemen und Alltagserfahrung wird deutlich, wie diese Perspektiven zusammengehören.

Recht**Kranke Kinder haben Rechte**

Ursula Münch, Christoph Klein, Carolin Ruther, Jörg Siegmund (Hrsg.)
ISBN 978-3-3-8487-1191-4
Nomos Verlagsges. MBH + Co 2021, 68 Franken

Die Kindermedizin hat in den vergangenen 200 Jahren enorme Erfolge erzielt. Doch in einem Gesundheitssystem, das zunehmend auf Effizienz und Optimierung ausgerichtet ist, werden die Bedürfnisse und Rechte von Kindern oft übergangen. Dazu zählen Aspekte der Krankenhausarchitektur ebenso wie die nötigen Ressourcen, um Kindern die Zeit zu schenken, die sie brauchen. Auch die Begegnung auf Augenhöhe und die Achtung ihrer partizipativen Rechte wird oft vernachlässigt. Der vorliegende Band dokumentiert, die auf dem 1. Deutschen Kindergesundheitsgipfels diskutierten Beiträge.

Alterspflege**Selbstbestimmt teilhaben in Altenpflegeeinrichtungen**

Empirische Analyse zu fördernden und hemmenden Faktoren
Christian Bleck, Laura Schultz et al.
ISBN 978-3-8487-6709-0
Nomos Verlagsges. MBH + Co 2020, 59 Franken

Alte Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf, die in Altenpflegeeinrichtungen leben, haben nicht nur Anspruch auf eine qualitätsvolle medizinisch-pflegerische Versorgung, sondern explizit das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben, das ihnen gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht. Dazu verpflichten nicht zuletzt die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention. Das anwendungsorientierte Forschungsprojekt «Selbstbestimmt teilhaben in Altenpflegeeinrichtungen» hat Voraussetzungen zur Verwirklichung der selbstbestimmten Teilhabe von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Einrichtungen der Altenhilfe analysiert.

Ratgeber**Glücklich im Arztberuf werden, sein und bleiben**

Caroline Bialon
ISBN 978-3-662-62236-0
Springer 2021, 24.90 Franken

Dieses Buch richtet sich an alle Medizinstudierenden und Ärzte, die ihre Profession lange, erfolgreich und gleichzeitig glücklich ausüben wollen. Die Autorin behandelt das Thema Glück im Beruf aus unterschiedlichen Perspektiven: Was bedeutet Glück in Bezug auf mein Arztsein? Was sind meine Ziele, Ressourcen und wo liegt der Fokus? Wissenschaftlich fundiert und doch ganz persönlich werden die Inhalte an Alltagsbeispielen nachvollziehbar.

➤ [Weitere Informationen und ältere Buchtipps finden SGGP-Mitglieder im passwortgeschützten Intranet der SGGP-Website.](#)

