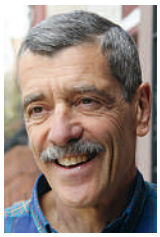
Besser reich und gesund …

Antoine de Torrenté



… als arm und krank. Ein beunruhigender Artikel von Karen Barnett et al. Ist letzthin im *Lancet* erschienen und in dieser Nummer des SMF auf der letzten Seite zusammengefasst. Es geht um eine Feldstudie bei den Patienten von 314 schottischen Arztpraxen, die Polymorbidität und sozioökonomische Situation untersuchte. Etwa 25% der Patienten sind «polymorbid», unter den Patienten mit einer chronischen Erkrankung 50%. Je tiefer das sozioökonomische Milieu, desto höher ist das Risiko von Polymorbidität. In der am meisten benachteiligten Bevölkerungsgruppe tritt diese 10 bis 15 Jahre früher auf als in der reichsten Gruppe.

Die Aussagen der Studie sind in verschiedener Hinsicht wichtig: Polymorbidität wird zur Norm, oft schon vor dem 65. Altersjahr. Der Zusammenhang zwischen schlechtem somatischem Gesundheitszustand und tiefem Sozialstatus war bereits bekannt, neu zeigt die Studie von Barnett einen Zusammenhang zwischen Polymorbidität und psychischen Störungen, und zwar bei «Armen» doppelt so häufig wie bei «Reichen». Bei Armen häufen sich die Risiken: schwere Arbeit, schlechte Wohnverhältnisse (die berüchtigten französischen «Cités»), Versäumen rechtzeitiger medizinischer Hilfe aus finanziellen Gründen (übrigens auch in einer Studie aus Genf beobachtete Tendenz [1]) sowie schlechte Ernährung. Die derzeitigen finanziellen Erschütterungen in Europa machen überdeutlich, wie Armut zu ungenügender medizinischer Versorgung führt. In Griechenland und Spanien verzichten deswegen unzählige Patienten auf ihre Medikamente und Arztkonsultationen. Was tun?

Der Wunsch, Armut auszurotten, ist illusorisch. Trotzdem gibt es in der Schweiz Stimmen, die einen Minimallohn von 4000 Fr. pro Monat fordern. Mit einer Verminderung der riesigen Einkommensunterschiede zwischen den Ärmsten und Reichsten liesse sich viel Frustration abbauen: Das Gefühl, einfach zum geringstmöglichen Preis «ausgebeutet» zu werden, schadet dem Selbstwertgefühl und kann zu zunehmenden sozialen Spannungen führen. Würden die tiefsten Löhne auf Kosten der höchsten etwas angehoben, würde das die Lebensführung der Reichsten kaum beeinträchtigen. Würde man von einem Salär von 25 Millionen 10 Millionen abzweigen, könnte man damit den Bedürftigsten 1000 Fr. pro Jahr für Ausgaben wie Zahnarztrechnungen zuschiessen, ohne dass der gerupfte CEO deswegen am Samstagnachmittag um 16 Uhr in der Migros nach «Wochenaktionen» jagen müsste …

Auch medizinisch bleibt viel zu tun. Den Studenten (die uns ja eines Tages betreuen werden) müssen wir zeigen, wie man mit Polymorbidität umgeht. Es ist überhaupt nicht dasselbe, eine Einzelkrankheit oder dieselbe Krankheit bei einem Polymorbiden zu behandeln. Die «Guidelines», nach denen die Praktiker sich oft richten, werden häufig von Spezialisten ausgearbeitet, die sich nur um ihr eigenes Spezialgebiet kümmern und die Gesamtsituation ausser Acht lassen. Für die Studien, auf die man sich bei der Ausarbeitung der Richtlinien stützt – zum Beispiel zur Beurteilung einer bestimmten Behandlungsmethode –, untersucht man gut und gern 10000 Patienten, von denen schliesslich nur 2000–3000 randomisiert werden, während die übrigen «ausgeschlossen» werden. Aber gerade diese wird dann der Praktiker in seiner Sprechstunde vor sich haben! Eine Krankheit isoliert und ungeachtet allfälliger Begleiterkrankungen zu behandeln genügt oft nicht!

Auch eine bessere Entlohnung der Allgemein- und Hausärzte ist dringend. Dank ihrer Ausbildung können sie koordinieren, bestimmen, welches die wesentlichsten Probleme sind, und dort, wo es nützlich erscheint, für bestimmte technische Leistungen an den Spezialisten überweisen. Diese Funktion der Hausärzte ist zentral und unersetzbar. Warum verdienen Hausärzte weniger, obschon sie eine derart schwierige und manchmal auch aufreibende Arbeit leisten? Offenbar kümmert sich das BAG derzeit um diese Problematik. Hoffentlich geht es nicht 15 Jahre, bis Entscheide gefällt werden … Wichtig ist auch, die Wertschätzung der Allgemeinärzte in der Bevölkerung zu fördern. Allgemein schreibt das Publikum den «Spezialisten» mehr Wissen zu: nein! Es ist einfach unterschiedliches Wissen vorhanden.

Schliesslich braucht es auch Präventionskampagnen, die vielen Patienten dazu verhelfen, gar nicht erst polymorbid zu werden: arterielle Hypertension, Diabetes, Adipositas, Ernährung. Wie Karen Barnett festhält: Nichts zu tun wäre ein Eingeständnis mangelnder Kompetenz Und da in unseren «entwickelten» Gesellschaften alles in Geld gemessen wird, sei daran erinnert, dass polymorbide Patienten am meisten Kosten verursachen.

Literatur

1 Wolff H, Gaspoz JM, Guessous I. Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2011;141:w13165.