Gastkommentar

Nina Kunz, Autorin bei «Das Magazin», über Susan Sontag und Corona als Metapher.
Seite 2

Fehlender Mut

Wie gut hat sich das BAG aus Sicht der Pharmaindustrie in der Corona-Krise geschlagen? Interview mit René Buholzer, CEO Interpharma.
Seite 3

Dank Daten zu besserer Versorgung?

Alle Akteure im Gesundheitswesen sammeln Daten. Ist das zielführend?
Seite 4

POLITIK+PATIENT

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

Sparpläne im Gesundheitswesen

Pest oder Cholera

Was tun, wenn das Budget aufgebraucht ist, aber noch viele Patienten zu behandeln sind? Diese Frage müssen Ärztinnen und Ärzte beantworten, sollte eine der verschiedenen Formen eines Globalbudgets von der Stimmbevölkerung beschlossen werden.

Blick von unten in die Kuppel des Bundeshauses mit dem Schweizerkreuz und den Fahnen der Kantone. Das bundesrätliche Globalbudget soll auf die einzelnen Kantone verteilt werden, die dann wiederum die Budgets für einzelne Kostenblöcke wie Medikamente oder spezielle Untersuchungen vergeben. So droht eine Einschränkung medizinischer Leistungen, um Kosten einzusparen, gleichzeitig nehmen die administrativen Arbeiten zu und generieren ihrerseits immense Kosten. Bild: Keystone

Die Bedrohung durch das Globalbudget im Schweizer Gesundheitswesen rückt näher. Der Bundesrat will verbindliche Zielvorgaben für die Gesundheitskosten einführen – also ein Globalbudget. Nun könnte diese Idee vors Volk kommen. Und zwar als indirekter Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der CVP (s. Kasten rechts). Für die Stimmbevölkerung bedeutet dies die Wahl zwischen Pest und Cholera. *Fortsetzung auf Seite 2*

Info-Kasten

Die politischen Vorlagen zum Globalbudget

Massnahmenpaket I des Bundesrats: Verabschiedet im August 2019. Hier wurde festgehalten, dass zur Steuerung der Gesundheitskosten Massnahmen eingeführt werden sollen, die «ungerechtfertigte Erhöhungen der Mengen und der Kosten von Leistungen» korrigieren. Erwähnte Massnahmen sind u.a. Pauschalen für ambulante Behandlungen und Zielvorgaben für die Kostenentwicklung. Diese Sparmassnahmen gefährden die Behandlungsqualität.

Volksinitiative der CVP (neu Die Mitte): «Kostenbremse»: Eingereicht im März 2020. Liegt die Kostensteigerung der obligatorischen Grundversicherung zwei Jahre nach Annahme der Initiative mehr als ein Fünftel über der Steigerung der Nominallöhne, soll der Bund «Massnahmen zur Kostensenkung fürs kommende Jahr» ergreifen. Die Politik würde so den Umfang der medizinischen Leistungen beschränken.

Massnahmenpaket II des Bundesrats: Vernehmlassung ab August 2020. Neben weiteren Massnahmen, denen die Ärzteschaft kritisch gegenübersteht – so die Abschaffung der freien Arztwahl durch die Einführung von Erstberatungsstellen – sollen die Gesundheitskosten durch eine jährlich festgelegte, verbindliche «Zielvorgabe», also ein Globalbudget, begrenzt werden. Mit anderen Worten: Der Versicherungsanspruch des Patienten endet mit dem Budget.

Gegenvorschlag zur CVP-Initiative: Am 28. April 2021 hat der Bundesrat nach der Vernehmlassung zum Massnahmenpaket II entschieden, einzelne Massnahmen noch einmal zu überdenken. Ausgerechnet an der «Zielvorgabe» – also am Globalbudget – will er aber festhalten: Sie wurde aus dem Paket herausgelöst und dient nun als indirekter Gegenvorschlag zur CVP-Initiative.

Fortsetzung von Seite 1

Ein Mammutprojekt
Die Kostenbremse-Initiative will das Wachstum der Gesundheitskosten mit jenem der Gesamtwirtschaft verknüpfen. Steigen die Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung stärker als die Nominallöhne, muss der Bund gegensteuern. Die Frage nach dem Wie lassen die Initianten bewusst offen.

Die vage Formulierung ist nur ein Schwachpunkt der Initiative. Auch die Umsetzung dürfte knifflig sein. Eine Kostenbremse im Gesundheitswesen einzurichten wäre ein Mammutprojekt. Bund, Kantone, Krankenkassen und alle Leistungserbringer müssten gemeinsam dafür sorgen, dass die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung einen bestimmten Wert nicht überschreiten. Wie schwierig eine Übereinkunft dieser Akteure zu erreichen ist, zeigen die jahrelangen Verhandlungen um eine neue Tarifstruktur für die ambulante Versorgung.

Können die Akteure sich nicht einigen, müssten Bund und Kantone Massnahmen zur Kostensenkung ergreifen. Letztlich bedeutet das: Der Staat entscheidet, ob, wann oder wie viele Leistungen Patientinnen und Patienten beziehen dürfen. Und nicht der tatsächliche medizinische Bedarf.

Mechanismen sind nicht nachvollziehbar
Die CVP-Initiative hat noch weitere Mängel: Die steigende Lebenserwartung und der medizinische Fortschritt führen fast zwingend dazu, dass die Gesundheitskosten schneller wachsen als die Wirtschaft. Denn ältere Menschen brauchen vermehrt Gesundheitsleistungen, sie sind aber meistens nicht mehr erwerbstätig und tragen nicht mehr zur Entwicklung der Löhne bei. Es ergibt deshalb wenig Sinn, die Gesundheitskosten und die Wirtschaft zu koppeln. Auch ist nicht nachvollziehbar, warum bei einem Konjunktureinbruch die Gesundheitsleistungen rationiert werden sollen.

Kosten einsparen, Kosten generieren
Der Bundesrat hält die Kostenbremse für zu starr. Sein indirekter Gegenvorschlag: Eine Zielvorgabe zum Kostenwachstum, die von Bund und Kantonen erarbeitet wird. Im Gegensatz zur CVP-Initiative werden neben dem Wirtschaftswachstum auch weitere Faktoren, so die demografische Entwicklung, berücksichtigt. Die Zielvorgabe wird auf die einzelnen Kantone verteilt. Diese wiederum vergeben die Budgets für einzelne Kostenblöcke wie ambulante Leistungen, Spitäler, Medikamente usw. Welche Sanktionen bei der Überschreitung des Budgets drohen, ist noch nicht klar.

Sicher ist: Um genau zu wissen, wer wo was ausgibt, müssen riesige Datenmengen erfasst und verwaltet werden. Es droht also eine Rationierung von medizinischen Leistungen, um Kosten einzusparen, gleichzeitig würden die administrativen Arbeiten zunehmen und ihrerseits Kosten generieren.

Patienten wollen keine Staatsmedizin
Beide Vorschläge führen zu einer Staatsmedizin, die Patientinnen und Patienten nur Nachteile bringt. Die Frage nach der besten Behandlung müssen Ärzteschaft und Patienten gemeinsam beantworten. Mischt sich der Staat in diese Diskussion ein, geht das Vertrauensverhältnis verloren. Und der Patient wird sich immer fragen, ob der Arzt eine Behandlung aus fachlicher Überzeugung empfiehlt oder es einfach diejenige ist, die gerade noch ins Budget passt. Wer es sich leisten kann, wird sich daher privat versichern. Die Folge ist eine Zweiklassenmedizin.

Nicht verfassungskonform
Auch staatsrechtlich sind Globalbudgets in der Gesundheitsversorgung fragwürdig. Ein juristisches Gutachten der FMH kommt zum Schluss, dass eine verbindliche Zielvorgabe, wie sie dem Bundesrat vorschwebt, nicht verfassungskonform ist. Artikel 117 der Bundesverfassung verpflichtet den Bund, eine Krankenversicherung einzurichten. Diese zeichnet sich eben dadurch aus, dass sie eine bestimmte Leistung erbringt, wenn man krank wird. Die Leistung darf nicht zuungunsten des Patienten rationiert werden.

Sowohl die Initiative als auch der Gegenvorschlag des Bundes schaden dem Vertrauensverhältnis zwischen Ärzteschaft und Patienten, sie fördern eine Zweiklassenmedizin und werfen staatsrechtliche Fragen auf. Das verbessert das Gesundheitssystem nicht, sondern verschlechtert die Patientenversorgung.

Gastkommentar: Sprechen über COVID-19

Krankheit als Metapher

Vor einigen Wochen las ich «Illness as Metaphor» von Susan Sontag und seither kann ich nicht aufhören, darüber nachzudenken.

In diesem Buch geht es nämlich darum, weshalb einige Krankheiten als Metaphern gelesen werden, und da habe ich etwa erfahren, dass man im 19. Jahrhundert noch annahm, feinfühlige Leute wie Dichter seien besonders «Schwindsucht»- (also: Tuberkulose) gefährdet.

Aus heutiger Sicht ist das natürlich Irrsinn, aber Sontag leitet daraus die These ab: Je weniger wir über eine Krankheit wissen, desto anfälliger ist sie für Mythen und Stigmata. Das stimmt auch für Pandemien: Die Beulen-Pest deutete man schliesslich einst als Strafe durch eine höhere Macht. Und die Cholera sah man als Zeichen dafür, dass die moralische Ordnung aus den Fugen geraten sei.

Sontag, so könnte man sagen, schärft mit *«Illness as Metaphor»* (1978) also unseren Blick dafür, dass Krankheiten nie im luftleeren Raum stattfinden, sondern stets in eine «Erzählung» eingebettet werden – was heikel sein kann. Als die Autorin 1975 zum Beispiel selbst an Krebs erkrankte, litt sie stark unter brutalen Sprachbildern wie «bösartiger Tumor».

Jedenfalls fragte ich mich dann, ob auch COVID-19 metaphorisch aufgeladen wird, und da fiel mir auf, dass unsere Sprache schon extrem ist: Coronaviren «attackieren» die Atemwege. Kinder sind potenzielle «Virenschleudern». Und Emmanuel Macron sagte im März 2020 sogar: «Wir sind im Krieg.»

Ob die Pandemie aber als Ganzes überhöht wird, weiss ich nicht. Auf der einen Seite wird die Debatte zum Glück sehr sachlich geführt (7-Tages-Inzidenzen, R-Werte) – aber ehrlich gesagt ertappe ich mich schon immer wieder bei Gedanken wie: «Das haben wir jetzt von unserem kapitalistischen Exzess.» Aber Sontag würde vermutlich sagen: Bleib cool. Höre auf die Wissenschaft, aber projiziere niemals deine Weltanschauung auf eine Krankheit. Niemals.

Eine längere Version dieses Texts ist bereits in «Das Magazin» erschienen.

Nina Kunz
Autorin und Kolumnistin
bei «Das Magazin»

Dr. René Buholzer ist Geschäftsführer von Interpharma, dem Verband der forschenden Pharmaindustrie der Schweiz. Bild: zVg

Die Schweiz und COVID-19

Fehlender Mut

Wie gut hat sich das BAG aus Sicht der Pharmaindustrie in der Corona-Krise geschlagen? Wurde bei der Impfstoffbeschaffung an der falschen Stelle gespart? René Buholzer, CEO von Interpharma, ist überzeugt: Wir hatten die richtige Strategie, aber es wurde zu zögerlich reagiert.

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 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.

Hätte es eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Ämtern im Bundesrat gebraucht?
Ich glaube nicht. Wichtig sind aber in einer solchen Krise Führungsstärke und Risikobereitschaft. Man darf keine Angst vor Kritik haben.

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.

Dieser Artikel ist in Zusammenarbeit mit den Gesundheitspolitischen Informationen GPI entstanden und erscheint in einer längeren, abgeänderten Fassung auch in den GPI 2/2021.

Mit Moderna und Biontech haben kleinere und eher unbekannte 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 existieren heute schon auf der Welt. Public-Private-Partnerships haben die Produktion der Impfstoffe beschleunigt. Beide Seiten profitieren. Staatliche Gelder gaben den Pharmafirmen Planungssicherheit insbesondere für einen schnellen Produktionsaufbau. Im Gegenzug sichern sich die Staaten Zugang zu den Impfstoffen und stellen sicher, dass Produktion, Wertschöpfung und Knowhow im eigenen Land bleiben. Es ist aber sicherlich nicht leicht, sich auf künftige Pandemien 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.

Dank Daten zu besserer Versorgung?

Ärzteschaft, Spitäler, Versicherer oder Behörden: Alle Akteure im Gesundheitswesen sammeln Daten. Lässt sich damit die Versorgung unseres Landes besser planen und steuern? Eine erste Antwort lieferte der vom Gesundheitsökonomen Pius Gyger moderierte Workshop des Verbands Deutschschweizer Ärztegesellschaften VEDAG.

Jacques Huguenin leitet die Sektion Gesundheitsversorgung im Bundesamt für Statisik (BFS). Er und sein Team tragen Betriebs-, Personal- und Patientendaten von Spitälern, Arztpraxen, Pflegeheimen und anderen Gesundheitsinstitutionen zusammen und bearbeiten sie. Auf die umfangreiche Datengrundlage des BFS stützen sich zahlreiche Akteure – darunter die Kantone: Sie ziehen die Daten heran, um die ärztliche Zulassung zu bestimmen oder Tarife zu beurteilen. Für den Statistiker des Bundes ist die datenbasierte Gesundheitspolitik bereits heute gelebte Realität. Huguenin ist überzeugt: «Weitgehend haben wir die richtigen Daten».

An der Realität vorbei

Für Yvonne Gilli, FMH-Präsidentin, greift diese Aussage zu kurz. Eine umfangreiche Datengrundlage alleine reiche nicht aus. Eine Bewertung der Daten müsse, so Gilli, immer vor dem Hintergrund gesteckter Ziele erfolgen. Und: Solche Ziele zu definieren sei anspruchsvoll, weil sie komplexe, langfristige Entwicklungen betreffen. Gilli macht dies an der Anzahl Ärztinnen und Ärzte deutlich. Wie hoch der künftige Bedarf sein wird, hänge von unzähligen Einflüssen ab. Dazu zählen demografische Entwicklung, Morbidität, Technologien, Zuwanderung, veränderte Lebensmodelle und viele mehr.

Angesichts dieser Komplexität lasse sich die Versorgung meist nur unvollständig steuern, ist Gilli überzeugt. Die Folge: Politische Entscheide und behördliche Massnahmen zielen an der Realität vorbei oder hinken Entwicklungen hinterher – mit spürbaren Konsequenzen für die Bevölkerung. Ländliche Regionen kämpfen seit Jahren mit sinkender Ärztedichte. Daran haben auch datenbasierte Entscheide nichts geändert.

Vertragsverhandlungen scheitern

Während Yvonne Gilli die Grenzen datenbasierter Steuerung betont, sieht Wolfram Strüwe, Leiter Abteilung Gesundheitspolitik beim Krankenversicherer Helsana, die aktuellen Probleme an einem anderen Ort: beim fehlenden Vertrauen zwischen Ärzteschaft und Versicherern. Immer mehr Vertragsverhandlungen scheitern, weil die beiden Tarifpartner keine gemeinsame Datenbasis finden. Beide Seiten beklagen fehlende Datenqualität und Transparenz.

Gescheiterte Vertragsverhandlungen bleiben nicht folgenlos. Wo Ärzteschaft und Versicherer sich nicht einigen, legen die Kantone die Tarife fest. Strüwe rechnet vor: «Nur noch in sieben von 26 Kantonen bestehen Verträge mit Ärztegesellschaften.» Soll die Tarifautonomie nicht zur reinen Makulatur verkommen, müssen Ärzteschaft und Versicherer aufeinander zugehen. Dabei seien Daten und ihre Transparenz fundamental, ist Strüwe überzeugt.

Eigene Daten schützen vor Ungemach

Wie angespannt das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Versicherern ist, machen auch die Aussagen von Peter Frutig deutlich. Frutig ist Geschäftsführer des ärzteeigenen Trustcenters PonteNova AG. Die PonteNova AG sammelt Abrechnungsdaten von Arztpraxen. Schweizweit sind mehr als 10'000 Arztpraxen einem Trustcenter angeschlossen. Ihr Datenpool umfasst mittlerweile 320 Millionen elektronische Rechnungskopien. Trustcenter beraten Ärztegesellschaften bei Verhandlungen und unterstützen Ärztinnen und Ärzte bei Rückzahlungsforderungen der Versicherer. Peter Frutig weiss aus Erfahrung, eigene Daten schützen vor Ungemach. «Ohne ärzteeigene Datensammlung hätten viele Ärztinnen und Ärzte in Wirtschaftlichkeitsverfahren zu Unrecht Rückzahlungen geleistet.»

BAG kauft Daten von Krankenversicherern ein

Das Bundesamt für Gesundheit BAG pflegt eine heikle Geschäftsbeziehung. Seit 2008 lässt es von der SASIS AG, einer Tochtergesellschaft des Krankenversicherungsverbandes Santésuisse, Daten sammeln und verarbeiten. Daran stört sich FDP-Nationalrat Olivier Feller gewaltig. Sein Vorwurf: Das BAG könne so seine Aufsichtspflicht gegenüber den Krankenversicherern nicht wahrnehmen. Feller sieht die Unparteilichkeit der nationalen Gesundheitsbehörde gefährdet. Er will mit einer Motion den Bundesrat zum Handeln auffordern. Der Datenlieferungsvertrag zwischen dem BAG und der SASIS AG sei zu kündigen. Feller hat seine Motion mittlerweile eingereicht. Eine Antwort des Bundesrates steht noch aus.

Unklare Ziele, fehlendes Vertrauen, mangelnde Kompetenz: Der Workshop des VEDAG hat aufgezeigt, woran die datenbasierte Steuerung der Versorgung in unserem Land krankt. Nur der gemeinsame Wille aller Akteure kann die verfahrene Situation beheben.

Die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen sammeln Unmengen an Daten. Dennoch steht die datenbasierte Steuerung der Versorgung in unserem Land vor grossen Problemen. Nur der gemeinsame Wille aller Akteure kann die verfahrene Situation beheben. Bild: Keystone