Kolumne

Globalbudgets sind für Kostensenkungen der falsche Ansatz, schreibt Gesundheitsökonom Willy Oggier.
Seite 2

Ausländische Ärzte zum Sprachtest

Noch fehlen für die neue Ärztezulassung griffige Regelungen.
Seite 3

Am Ende die Menschlichkeit

Big Data und Internet of Things – was hält die Zukunft für unser Gesundheitswesen bereit?
Seite 4

POLITIK+PATIENT

13. Jahrgang
Herausgeberin: Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften KKA
Politik+Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung
Verantwortlich für die Redaktion:
Marco Tackenberg, Gabriela Troxler; forum|pr
Layout: Claudia Bernet, Bern
Druck: Stämpfli AG

Patientengeheimnis in Gefahr

Hände weg von meinen Daten

Das Patientengeheimnis bröckelt. Immer häufiger müssen Ärzte die Gesundheitsdaten ihrer Patienten an Behörden weitergeben. Dies schadet dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Ärzte sind Vertrauenspersonen. Der Patient offenbart dem behandelnden Arzt höchst sensible Informationen über seine Person und seine Gesundheit. Dabei dient das Patientengeheimnis als zentrales Instrument, um die Interessen des Patienten zu schützen. Aufgabe des Arztes ist es, das Patientengeheimnis zu achten und zu verteidigen. Diese Verpflichtung ist unabdingbar für ein vertrauensvolles Verhältnis von Arzt und Patient. Doch das Patientengeheimnis scheint zu bröckeln – und zwar an mehreren Fronten. *Fortsetzung auf Seite 2*

Was ist verkehrsrelevant, was nicht? Ärzte werden mitunter gedrängt, das Patientengeheimnis stückweise aufzuheben. Bild: Keystone

Apotheker als Grundversorger

Mehr Kompetenzen um jeden Preis

Bundesrat und Parlament haben die Rolle der Apotheker in der medizinischen Grundversorgung gestärkt. Die überarbeiteten Bundesgesetze über Heilmittel und Medizinalberufe weisen den Apothekern neue Aufgaben zu. Sie dürfen gewisse verschreibungspflichtige Medikamente ohne ärztliche Verordnung abgeben, Impfungen verabreichen, selber gängige Krankheiten behandeln und chronisch Kranke und andere Risikogruppen therapeutisch begleiten.

Die Schweizer Ärzteschaft verfolgt diese Kompetenzerweiterung mit Skepsis. Sie verschliesst sich aber der gesellschaftlichen Entwicklung nicht. Dies hat die Delegiertenversammlung der FMH unlängst deutlich gemacht. Ihr pragmatisches Fazit: Das ärztliche Monopol auf Diagnose und Therapie gilt nicht mehr absolut. An seine Stelle treten interprofessionelle Behandlungsformen. Dass es eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern braucht, ist für die Delegierten unbestritten. Gerade bei Spitalaustritten, im Notfalldienst oder beim elektronischen Patientendossier herrscht Abstimmungsbedarf.

Doch die Planspiele des Bundesrats gehen weiter. In seinem Bericht zur künftigen Rolle der Apotheker fordert er die Kantone auf, dass «Apotheken in allen Regionen in genügender Zahl vorhanden sind, insbesondere auch in ländlichen Regionen.» Mehr noch: Den Apothekern wird in Aussicht gestellt, künftig Leistungen über die obligatorische Krankenversicherung abzurechnen. Diese Ideen stossen bei der Ärzteschaft auf grosses Unverständnis. In Zeiten, wo auf dem Lande jährlich unzählige Grundversorgerpraxen verschwinden, wo ein Grossteil der Versicherten unter steigender Prämienlast leidet, will der Staat Apotheken unter die Arme greifen und den medizinischen Leistungskatalog weiter ausdehnen.

Fortsetzung von Seite 1

Der Arzt im Dilemma

Beispiel Strassenverkehr: Das Strassenverkehrsgesetz entbindet Ärzte vom Berufsgeheimnis, falls sie Hinweise erhalten, dass ein Patient nicht fahrfähig ist; dass er also körperlich oder geistig nicht in der Lage ist, ein Fahrzeug sicher zu lenken.

Angenommen, ein Patient muss dem Strassenverkehrsamt routinemässig seine Fahreignung mit einem Arztzeugnis beweisen, weil er über 70 Jahre alt ist. Als Epileptiker darf er Auto fahren, wenn er während drei Jahren keinen Anfall hatte. Das führt den Arzt in ein Dilemma. Muss er die Epilepsie dem Strassenverkehrsamt gegenüber trotzdem erwähnen? Und muss er dazu das Einverständnis des Patienten einholen?

Auch die Krankenkassen zeigen ein zunehmendes Interesse an Patientendaten. Nachdem ein Arzt wie gesetzlich vorgeschrieben dem Versicherer die Grunddiagnose gemeldet hat, schickt letzterer oftmals weitere Formulare mit Detailfragen über den Gesundheitszustand des Patienten. Der Arzt ist gesetzlich nicht verpflichtet, diese Informationen zu liefern. Das ist aber nicht allen Medizinern bewusst. Die Formulare verleiten dazu, mehr Informationen als nötig preiszugeben.

Bedenken wegen Hackerangriffen

Beispiel elektronisches Patientendossier (EPD): Das EPD soll die Kommunikation zwischen Gesundheitsfachleuten verbessern und teure Mehrfachuntersuchungen vermeiden. Spitäler müssen das EPD bis 2020 einführen. Für frei praktizierende Ärzte und Patienten ist die Nutzung freiwillig. Doch es gibt begründete Bedenken über mögliche Datenschutzprobleme und Hackerangriffe: Ein EPD enthält höchst private Daten, die wohl kein Patient unkontrolliert preisgeben möchte.

Die frei praktizierenden Ärzte arbeiten zusammen mit der Ärztekasse und der HIN AG an der Sicherung des elektronischen Datenaustausches. Zu diesem Zweck haben sie die Plattform AD Swiss geschaffen, die allen Gesundheitsfachpersonen, Organisationen und Anbietern offen steht.

Der Kanton Genf hat bereits ein elektronisches Gesundheitsdossier eingeführt. «Mon Dossier médical» wurde 2013 in Zusammenarbeit mit der Post lanciert. Für den Patienten ist die Teilnahme freiwillig und gratis. Er kann sein Dossier am Computer einsehen und entscheidet selber, welcher Arzt auf welche Dokumente zugreifen kann. Statt wie bisher der Arzt soll neu der Patient die Kontrolle über seine Daten haben. Das klingt zwar gut in der Theorie. Aber ein Dossier, das nicht allen beteiligten Gesundheitsfachpersonen vollständig zugänglich ist, erfüllt seinen Zweck nicht mehr – die Kommunikation zu vereinfachen.

Auch Gefängnisärzte sind betroffen

Beispiel Strafvollzug: Gemäss dem neuen Gesetz über den Straf- und Massnahmenvollzug des Kantons Freiburg wird das Patientengeheimnis unter gewissen Umständen aufgehoben. So ist der Arzt einer Person unter Bewährung vom Berufsgeheimnis entbunden, falls er Informationen hat, welche die Einschätzung der Gefährlichkeit des Patienten beeinflussen. Das Gesetz geht sogar noch weiter: Falls eine Behandlung gerichtlich angeordnet wurde, muss der Arzt auf Anfrage der Strafvollzugsbehörde über Verlauf und Fortschritt der Behandlung Auskunft geben.

Der gläserne Patient

Nicht zuletzt gehen auch viele Patienten fahrlässig mit ihren Gesundheitsdaten um. Verschiedene Unternehmen, Krankenkassen oder Apps bieten elektronische Gesundheitsdossiers an. Dort können sich Nutzer registrieren und Werte wie Blutgruppe, Allergien oder Impfungen speichern. Andere Applikationen messen das Schlafverhalten, bewerten die Ernährung, oder sie zählen die zurückgelegten Schritte. Laut Anbieter werden die Informationen nicht weiterverwendet und sicher gespeichert. Das ist aber kaum zu überprüfen.

Einerseits können solche Angebote die Gesundheitskompetenz der Nutzer fördern. Andererseits besteht die Gefahr, dass die Konsumenten sich Krankenversicherern und kommerziellen Anbietern im Gesundheitsbereich ausliefern, welche diese Unbesonnenheit zu nutzen wissen. So wäre es beispielsweise möglich, dass solche Daten in Zukunft mitentscheidend sind, ob ein Patient eine Zusatzversicherung abschliessen kann, oder wie hoch seine individuelle Prämienrechnung ausfällt.

Bleiben meine Daten geschützt?

Der technisch-medizinische Fortschritt und die ausgeprägte Spezialisierung der Mediziner verlangen immer häufiger einen Austausch von Daten zwischen Ärzten, Spitälern, Apotheken usw. Die Dokumentations- und Informationspflicht der Ärzteschaft ist in den letzten Jahren erheblich erweitert worden. In diesem Zusammenhang unterstehen Gesundheitsfachleute dem eidgenössischen Datenschutzgesetz, das zurzeit überarbeitet wird. Nach bald 25 Jahren und angesichts der rasanten technischen Entwicklung ist eine Totalrevision zweifellos überfällig. Es bleibt zu hoffen, dass im neuen Gesetz die Besonderheiten des Gesundheitsbereichs berücksichtigt werden. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient muss geschützt bleiben.

Kolumne

Globalbudget oder Vertragsprinzip?

Die Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats will mit einer Kommissionsinitiative zum Krankenversicherungsgesetz Leistungserbringer und Versicherer zwingen, in den Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen vorzusehen, über die der Bundesrat zudem Grundsätze aufstellen kann.

Dies kommt einem verkappten Globalbudget gleich, indem ungerechtfertigte Erhöhungen der Mengen und Kosten im Abrechnungsjahr gegenüber dem Vorjahr zu finanzwirksamen Rückvergütungen durch die Leistungserbringer führen sollen. Es stellt sich die Frage, wie die Bestimmung konkret umgesetzt werden soll. In der Praxis wird oft eine Kopplung an die jährliche Lohn- und Preisentwicklung praktiziert. Eine solche Kopplung ist weder sachgerecht noch qualitätsfördernd. Aus der Public-Health-Forschung gut dokumentiert ist der Umstand, dass bei schlechter ökonomischer Situation eine erhöhte Nachfrage nach Leistungen aus dem Gesundheitswesen anfallen kann. Die Einführung eines Globalbudgets führt in einer solchen Situation also zu einer versorgungsmässig unerwünschten Verknappung der Ressourcen.

Hinzu kommt: Weil der behandelnde Arzt im Voraus nicht weiss, wie viele Leistungen im Total erbracht werden, verlagert sich sein Ziel von einer qualitäts- zu einer mengenbasierten Behandlung. Da der Arzt den effektiv resultierenden Taxpunktwert erst im Nachhinein kennen kann, muss er sich unternehmerisch darauf konzentrieren, mengenmässig mehr zu wachsen als der Durchschnitt seiner Kollegen. Denn er kann sich seinen Umsatz in einem solchen System nur über die Leistungsmenge sichern.

Wettbewerbliche Regulierung sieht anders aus.

Willy Oggier
(Dr. oec. HSG) hat an der Hochschule St.Gallen Volkswirtschaftslehre studiert und auf diesem Gebiet auch doktoriert. Er ist Inhaber der Firma Willy Oggier Gesundheitsökonomische Beratungen AG und gehört zu den führenden Gesundheitsökonomen der Schweiz.

Zulassung

Ausländische Ärzte zum Sprachtest

Die aktuelle Zulassungsregelung für Ärzte läuft Mitte 2019 aus. Kürzlich hat der Bundesrat seine Ideen vorgestellt. Griffige Massnahmen wie die Steuerung über Sprachkompetenzen finden sich nicht.

Der Bund verlangt momentan nicht einmal Sprachkenntnisse auf Maturitätsniveau, um hierzulande Patienten zu behandeln. Missverständnisse sind vorprogrammiert. Bild: iStockphoto

Vor wenigen Wochen hat der Bundesrat seine Ideen vorgestellt, wie er die Zulassung der Ärzte künftig steuern will. Erfreulicherweise rückt er von einer Einschränkung der freien Arztwahl ab. Auch unterschiedliche Preise für gleiche Leistungen hält er für ungeeignet. Stattdessen soll das neue Modell die gestiegene Mobilität der Patienten sowie die flexiblen Arbeitsmodelle der Ärzteschaft besser berücksichtigen. Der FMH sind diese Massnahmen zu wenig griffig. Für sie hat sich die aktuelle Praxis bewährt. Heute müssen Ärztinnen und Ärzte, die selbständig arbeiten wollen, mindestens drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Mitte 2019 läuft diese Zulassungsregelung aus.

Qualität als Hauptkriterium

Dem Bundesrat biete sich nun die Chance, konsequent auf Qualität zu setzen, hält die FMH in einer offiziellen Mitteilung fest. Die künftige Zulassung solle sich nach einfachen, überprüfbaren und wirksamen Qualitätskriterien wie Sprache, Ausbildung und Weiterbildung richten. Gerade die sprachlichen Kompetenzen werden immer wichtiger. Schon heute stammt jeder dritte berufstätige Arzt aus dem Ausland. Vier von zehn Facharzttiteln werden heute Medizinern mit ausländischem Diplom verliehen, inzwischen auch vielen aus Ländern, in denen keine Schweizer Landessprache gesprochen wird. Mangelnde Sprachkenntnisse gefährden aber die Patientensicherheit.

Aus blindem Alarm wird Blinddarm

Eine Patientin wird mit akuten Bauchschmerzen ins Spital eingeliefert. Der aufnehmende Arzt untersucht die Frau und gibt Entwarnung: «Nur blinder Alarm». Doch der ausländische Kollege versteht Blinddarm und operiert die Patientin. Ein schockierendes Beispiel, das glücklicherweise frei erfunden ist. Es stammt vom Präsidenten der deutschen Bundesärztekammer Frank Ulrich Montgomery. Über 40'000 ausländische Ärzte arbeiten mittlerweile in Deutschland – einige mit erheblichen Sprachdefiziten. Die Verständigungsprobleme blieben der deutschen Ärzteschaft nicht verborgen.

Einheitliche Sprachtests für zugewanderte Mediziner in Deutschland

Sie schlug Alarm und übte Druck auf die Politik aus. Im vergangenen Jahr lenkten die Bundesländer ein. Sie beschlossen einheitliche Sprachtests für ausländische Mediziner. Bevor zugewanderte Ärzte in Deutschland eine Berufserlaubnis erhalten, müssen sie nun strenge Sprachprüfungen ablegen. Blosse umgangssprachliche Kenntnisse reichen nicht aus. In simulierten Patientengesprächen und Fachgesprächen mit Kollegen werden die sprachlichen Fähigkeiten eingehend getestet. Die Ergebnisse sind alarmierend. 40 bis 50 Prozent der Mediziner fallen durch. In unserem Nachbarland hat sich die Einsicht durchgesetzt, dass sich Ärzte mühelos mit Patienten, aber auch mit Kollegen in einer Landessprache verständigen können müssen.

Klare Auflagen für Kantone gefordert

So weit sind wir in der Schweiz noch lange nicht. Zwar schreibt das revidierte Medizinalberufegesetz den Nachweis notwendiger Sprachkenntnisse vor. Doch der Bundesrat hat vor einiger Zeit lediglich die Registrierungsvorschriften verschärft. Die Betroffenen müssen nun innerhalb von zwei Jahren ihre Sprachkenntnisse nachweisen. Deutlichere Signale aus Bundesbern wären wünschenswert. Dem Bundesrat bietet sich beim Entwickeln des neuen Zulassungsmodells die Gelegenheit, Verpasstes nachzuholen und den Kantonen klare Auflagen zu machen. Entwürfe liegen bereits vor: Die FMH und das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF fordern als Minimum die Kenntnisse einer Schweizer Amtssprache auf dem Niveau B2. B2 entspricht in etwa Maturitätsniveau.
Peter Wiedersheim, Co-Präsident der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA findet für die aktuelle Situation deutliche Worte: «Ich verstehe nicht, wie Politik und Behörden dauernd die Qualität der Ärzteschaft bemängeln, dann aber die Einführung von Sprachkenntnissen nicht für nötig erachten. Alle Nachbarstaaten, allesamt EU-Mitglieder, kennen entsprechende Regelungen. Wir ziehen Ärzte an, die anderswo durchfallen!» Der Bundesrat steht in der Pflicht, hat er doch die Förderung der Patientensicherheit zu den wichtigsten Zielen seiner Agenda Gesundheit2020 erklärt.

Vier Qualitätskriterien

Die Ärztevereinigung FMH möchte eine Zulassungsregelung, die auf vier Qualitätskriterien fusst. Ärztinnen und Ärzte sollen

- im Studium 5'500 Ausbildungsstunden absolviert haben,
- drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte tätig gewesen sein,
- ihre regelmässigen Fortbildungen belegen,
- und in der Schweiz eine Sprachprüfung absolvieren.

Am Ende die Menschlichkeit

Das Internet der Dinge und Big Data holen das Gesundheitswesen in der Schweiz ein. Welche Neuerungen bringt die Zukunft – und was bedeuten sie für den Patienten?

Der Mensch spricht mit der Maschine und die Maschine versteht. Was eben noch als Durchbruch gefeiert wurde, gilt bereits als überholt. Eine neue Generation von Geräten vernetzt sich und tauscht sich untereinander aus – das Internet der Dinge ist geboren.

Gesundheit 4.0

Davon will auch das Gesundheitswesen profitieren. Künftig sollen Sensoren nicht nur Bewegungen auf meiner Veranda registrieren und das Licht anschalten, sondern auch Vitaldaten wie den Puls, die Temperatur, die Atmung messen. Sie registrieren, wenn eine Person gestürzt ist, und alarmieren gleich selbst die Rettungskräfte.

Eine App für Depressive überprüft, wie oft die Betroffenen mit anderen Menschen telefonieren, ihnen schreiben, wie viele Smartphones in der Nähe sind. Sie kontrolliert mittels GPS-Daten, wann die Patienten draussen sind und wie häufig sie Sport treiben. «Rufen Sie doch diese Woche drei Freunde an», empfiehlt die App. Am Arbeitsplatz geben die Mausbewegungen Auskunft darüber, wie hoch das Stresslevel des Benutzers ist. Sie sind Burnout-Frühwarnsystem, sagen aber in Tests auch schon Alzheimer voraus.

Der digitale Coach

Die Geräte drängen zunehmend in die Rolle des Arztes. Was wie Science-Fiction klingt, ist längst real. Alexa, die persönliche Shopping-Assistentin von Amazon, erklärt auf Anfrage, wie eine Herz-Lungen-Wiederbelebung funktioniert. Siri, mit der Millionen iPhone-Nutzer täglich agieren, reagiert empathisch und empfiehlt, mit Freunden über Sorgen zu sprechen. Anna und Lukas sind zwei Chat-Bots in einer App für übergewichtige Kinder und Jugendliche. Sie fragen nach dem Befinden, den Essgewohnheiten, regen zu Bewegung an. Vor die Wahl gestellt, ob sie lieber mit dem Arzt oder mit Anna und Lukas reden wollten, wählten 96% der Kinder in der ersten Woche ihre interaktiven Chatfreunde. Die «digitale Pille» von heute sind Verhaltensinterventionen; Smartphones, die wir ständig bei uns tragen, werden zur Apotheke.

Big Data oder Big Failure?

Ihre Informationen holen sich die Maschinen dank Big Data, Billiarden Terabytes von Daten. Dazu brauchen sie nicht mehr als einen Internetzugang. Über 80'000 Gene wurden 2016 identifiziert. Im selben Jahr veröffentlichten mehr als 5'000 medizinische Journals online täglich über 2'000 Artikel. Diese Datenmengen kann kein Mensch in seinem ganzen Leben erfassen. Maschinen schon. Sie nehmen sie auf und lernen daraus. Das Problem liegt nun darin, womit wir die unzähligen Datenbanken und das Internet füttern. Nach der schönsten Frau gefragt, wählt eine künstlich intelligente Maschine die weisse, junge, blonde, leicht bekleidete. Weil sie im Internet gelernt hat, dass das dem Konzept Frau am nächsten kommt. Daten allein zeigen den Maschinen nicht, was wichtig ist. Computer unterscheiden nicht zwischen Korrelation und Kausalität. Für eine Maschine geht der Gewinn von Nobelpreisen mit dem Schokoladenkonsum im entsprechenden Land einher. Und noch etwas ist ihr fremd: Anonymität. Computer haben auf Daten Zugriff, die einzelne Blutwerte so aussagekräftig machen wie einen Fingerabdruck. Von da ist es kein grosser Schritt zu individuell auf die Gesundheitsdaten abgestimmten Krankenkassenprämien.

Viele Möglichkeiten, viele Grenzen

Sind das die Opfer, die wir für die moderne Medizin bringen? Zumindest nicht heute. Die Hürden für Big Data sind gross. Ob die Blutwerte von Diabetikern drei Mal täglich oder dank eines Hautsensors minütlich abgelesen werden – die Behandlung bleibt dieselbe. Digitalisierte Messmethoden treffen auf langsam wirkende Medikamente wie Insulin. Deshalb ist Big Data in der Medizin nicht nur teils überflüssig, sondern auch gefährlich. Die Datenqualität stimmt schlicht nicht. Die Ergebnisse sind zu wenig übertragbar, zu oft falsch positiv, es gibt keine Informationssicherheit und zu wenig Evidenz. Die Lebensumstände des einzelnen Patienten machen es bis heute unmöglich, ihn zu standardisieren.

Was bringt die Zukunft?

Doch das ist vermutlich nur eine Frage der Zeit. Unsere Aufgabe als Gesellschaft ist es, den technischen Fortschritt zu gestalten. Wie gehen wir mit Abweichlern um? Sollen künftig gewisse medizinische Leistungen nur denen zustehen, die den Fortschritt akzeptieren? Die die Behandlung durch den Roboter zulassen und auf das analoge Element – den Arzt – verzichten? Wir werden abwägen müssen zwischen dem, was möglich ist, und dem, was wir wollen. Wir laufen Gefahr, etwas zu verlieren, um das es sich zu kämpfen lohnt – den menschlichen Kontakt, die Arzt-Patienten-Beziehung. Bei aller Euphorie darf das Internet der Dinge nie zum Selbstzweck werden. Es muss in kleinen Schritten implementiert werden, wo es die beste Lösung für ein ungelöstes Problem ist. Sonst gerät der Patient mehr und mehr in Vergessenheit, wo er eigentlich ins Zentrum gehört.

Dieser Artikel stützt sich in grossen Teilen auf Referate anlässlich der Trendtage Gesundheit Luzern vom 29./30. März 2017. Weitere Informationen auf www.trendtage-gesundheit.ch..

Wer mehr Schokolade isst, gewinnt eher einen Nobelpreis.
Das ist absurd – nur Computer sehen darin einen Zusammenhang.

Bild: iStockphoto