



Gastkommentar

Wolfram Strüwe (Helsana) ist überzeugt: Mit den Kostenzielen des Bundesrats verringern wir keine Kosten, sondern nur Qualität.

Seite 2



Pandemie und Psyche

In der Corona-Krise hat die Anzahl psychischer Erkrankungen stark zugenommen. Welche Hintergründe gibt es zu beachten? Seite 3



Jedem Täli sis Spitali?

Die Schweizer Spitalpolitik war lange geprägt von Kritik an aufgeblasenen Strukturen. Ändert sich das nun? Seite 4

POLITIK+PATIENT

Beilage: QR-Kleber für Ihr Wartezimmer

17. Jahrgang
Herausgeber: Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften 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 des Bundesrats

Das Globalbudget widerspricht der Verfassung

Ein Globalbudget im Gesundheitswesen rückt näher. Dies hätte nicht nur fatale Auswirkungen auf die Patientenversorgung, sondern stünde, so Rechtswissenschaftler Prof. Ueli Kieser, auch in Widerspruch zur Bundesverfassung. Politik+Patient hat mit ihm über mögliche juristische Konsequenzen gesprochen.



Ueli Kieser ist Titularprofessor für Sozialversicherungsrecht und öffentliches Gesundheitsrecht an der Universität St.Gallen und stellvertretender Direktor am Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis (IRP-HSG).

Bild: zVg

Die Volksinitiative der CVP «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen», die Massnahmenpakete I und II des Bundesrats zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, die Kommissionsmotion des Ständerats «Berücksichtigung der Mengenausweitung bei Tarifverhandlungen»: Mehrere politische Vorlagen zielen auf die Deckelung der Gesundheits-

kosten ab. Das ist gefährlich. Ein Globalbudget schadet dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und birgt die Gefahr einer Zweiklassenmedizin, wenn nur noch privat Versicherte zeitnah behandelt werden können.

Fortsetzung auf Seite 2

Ärztliche Zulassungssteuerung

Qualität muss im Zentrum stehen

Fast 20 Jahre lang war in der Schweiz nur befristet geregelt, welche Beschränkungen gelten, um als ambulanter Arzt oder ambulante Ärztin zugelassen zu werden. Das ändert sich nun: Die dauerhafte gesetzliche Grundlage für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten soll im Sommer 2021 in Kraft treten. Das Vernehmlassungsverfahren zum neuen Gesetz läuft bis am 19. Februar 2021. Es ist wichtig, dass die neuen, dauerhaften Kriterien für eine Zulassung mit viel Umsicht festgelegt werden.

Ein Wermutstropfen ist, dass die Anzahl zugelassener Spezialärzte pro Kanton beschränkt werden soll, ohne dass die kantonalen Ärztesellschaften bei diesen Zahlen mitreden können – obwohl diese doch den besten Überblick über den jeweiligen Bedarf haben.

Dank des Einsatzes der Ärzteschaft sind aber sinnvolle Qualitätskriterien für die ambulante Zulassung vorgesehen. Besonders wichtig: Neu müssen mindestens drei Jahre Arbeitserfahrung im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte vorliegen. Und es gibt strenge Regeln über die nötige Sprachkompetenz: Entweder muss die Muttersprache Deutsch, Französisch oder Italienisch oder aber die Ausbildung in einer dieser drei Sprachen abgelegt worden sein – in welcher, hängt von der Amtssprache der Region ab, in der die Zulassung beantragt wird. Wenn die Sprachkenntnisse nicht auf diese Weise belegt sind, muss eine Sprachprüfung abgelegt werden.

Diese Beschränkungen gewährleisten eine medizinische Versorgung in angemessener, hoher Qualität und sind damit für die Patienten zentral. Die Qualitätskriterien dürfen im Zuge des Vernehmlassungsverfahrens auf keinen Fall aufgeweicht werden.

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt, der in der aktuellen Diskussion um die Gesundheitskosten eher selten angesprochen wird: Eine Versicherung – zu denen die obligatorische Krankenversicherung OKP zählt – zeichnet sich dadurch aus, dass bei Eintritt eines bestimmten Ereignisses die zugesicherte Leistung erbracht wird. Als Gegenleistung zahlt der Versicherte eine Prämie. Ein Globalbudget ist deshalb einer Versicherung «wesensfremd». Übertragen auf eine Hausarztversicherung würde das nämlich bedeuten: Ab Oktober wird ein gestohlenes Fahrrad nicht mehr ersetzt – oder erst im ersten Quartal des Folgejahrs.

Ueli Kieser, Sie haben bei verschiedenen Gelegenheiten an öffentlichen Vorträgen ausgeführt, zwischen einem Globalbudget im Gesundheitswesen und Artikel 117 der Bundesverfassung bestehe ein Widerspruch. Letztere verpflichtet den Bund, eine Krankenversicherung einzurichten, die sich eben dadurch auszeichnet, dass sie bei Eintritt eines bestimmten Ereignisses eine zuvor festgelegte Leistung erbringt. In diesem Sinn sei ein Globalbudget für eine Versicherung wesensfremd. Gibt es im politischen Prozess einen Mechanismus, der eine verfassungsrechtlich problematische Gesetzesänderung verhindern kann?

Nein – einen absolut wirksamen Mechanismus gibt es nicht. Das Bundesgericht ist an die Bundesgesetze gebunden, auch wenn sie gegen die Verfassung verstossen. Aber natürlich ist sich das Parlament seiner Verantwortung bewusst und achtet sehr darauf, bei der Gesetzgebung die verfassungsrechtlichen Vorgaben genau einzuhalten.

Warum kommt dieser wichtige Punkt in der politischen Diskussion um das Globalbudget im Gesundheitswesen so selten zur Sprache?

In der Krankenversicherung dominiert die Kostendiskussion sehr vieles. Und vielleicht ist die Bundesverfassung in der ganzen Diskussion zu weit weg. Es steht aber eben in der Bundesverfassung, dass wir in der Schweiz nicht ein «Versorgungssystem» haben – dort wären wohl Budgetgrenzen usw. zulässig. Art. 117 der Bundesverfassung schreibt ein «Versicherungssystem» vor. Im Versicherungssystem ist der Leistungsanspruch zentral – wenn die Leistungen sehr viele Kosten verursachen, muss dieses Risiko von der Versicherung getragen werden. Im Versicherungssystem können die Kosten nur begrenzt werden, wenn die Leistungen begrenzt werden. Gleiche Leistungen zu betriebswirtschaftlich nicht mehr genügenden Vergütungen gibt es im Versicherungssystem eben nicht.

Angenommen, die Massnahmen zur Zielvorgabe für die Kostenentwicklung würden so umgesetzt, wie in den beiden Kostendämpfungspaketen des Bundesrats vorgeschlagen: Wäre es möglich, dass ein Patient, dessen Behandlung wegen des Globalbudgets verschoben wird, seinen Arzt oder ein Spital vor Gericht bringen kann?

Das ist nicht ausgeschlossen. Patientin oder Patient könnten geltend machen, die nicht (mehr) erfolgte Behandlung verletze den Anspruch auf die Leistung. Anders ausgedrückt: Der Anspruch auf die Leistung bleibt erhalten, auch wenn sich wegen einer Kostendämpfungsmassnahme kein Arzt oder keine Ärztin mehr finden lässt, um die Leistung durchzuführen.

Was würde passieren, wenn das Budget ausgeschöpft ist, der Leistungsanspruch des Patienten jedoch nicht begrenzt werden darf?

Diese Situation ist vom Bundesgericht in vergleichbaren Fällen schon beurteilt worden. Das Bundesgericht hat festgelegt, dass die Leistung trotzdem beansprucht werden kann. Die Vertragspartner müssen dann den Tarifvertrag neu verhandeln und so gestalten, dass die Leistung effektiv erbracht wird. Ist eine tarifvertragliche Einigung nicht möglich, muss das Gericht die Leistungsvergütung festsetzen.

Gab oder gibt es eine vergleichbare Situation bei anderen (Sozial-)Versicherungen?

Es gibt eine Gerichtsentscheid zu den Hörgeräten bei der IV (BGE 130 V 163). Hier hat das Bundesgericht folgendes ausgeführt: «Insbesondere die Anwendung der Höchstbeträge im Rahmen des vertraglich vorgesehenen Indikationsmodells darf deshalb nicht dazu führen, dass der versicherten Person ein Hörgerät vorenthalten wird, das sich auf Grund ihres besonderen invaliditätsbedingten Eingliederungsbedürfnisses als notwendig erweist. Massgebend bleibt stets der gesetzliche Anspruch auf Hörgeräteabgabe und damit das spezifische Eingliederungsbedürfnis der einzelnen versicherten Person, das mit der Hörgeräteversorgung befriedigt werden soll.»

Welche Rückmeldungen erhalten Sie, wenn Sie öffentlich über dieses Thema sprechen? Zum Beispiel von anderen Juristen oder von Politikern?

Das Thema ist noch wenig präsent. Allerdings habe ich von verschiedenen Seiten gehört, dass die aktuelle Diskussion um die Kostendämpfung in die falsche Richtung geht.

Mit staatlichem Dirigismus ins Verderben

Der Bundesrat will den Kantonen für die Gesundheitsversorgung der Wohnbevölkerung Kostenziele top-down vorgeben. Diese würden dann auf die verschiedenen Leistungsbereiche heruntergebrochen. Übersteigt nun die effektive Kostenentwicklung in einem Jahr den zwölf Monate zuvor geschätzten Zielwert, müssen die Tarifverträge zwingend angepasst werden, wenn das Ganze etwas bewirken soll.

Die vorgeschlagene Regulierung läuft darauf hinaus, dass die Kantonsregierungen und der Bundesrat stellvertretend für die Tarifpartner flächendeckend die Preise senken. Denn: Wieso sollen die Tarifpartner überhaupt noch Verträge aushandeln, wenn der Bundesrat einen Zielwert für die Kosten festlegt? Bund und Kantone erhielten einen enormen Hebel, um Standortpolitik zu betreiben.

Dies kann nur so lange gut gehen, bis sich die Erbringung von Leistungen für einen Leistungserbringer nicht mehr lohnt. Es ergeben sich negative Qualitätsanreize, welche die Gefahr der Unter- und Fehlversorgung erheblich steigern. Leistungen werden zwar zu keinem Zeitpunkt künstlich oder vom Staat verordnet rationiert, jedoch im Stillen schlichtweg nicht mehr von den Akteuren angeboten.

Zudem wissen wir, dass de facto bereits heute überkantonale Versorgungsregionen existieren. Kantonale Kostenziele bei einer regionalen Versorgung der Bevölkerung machen keinen Sinn. Eine kantonale Planung des medizinischen Leistungsangebotes kann daher nur scheitern, da sich das Verhalten der Patienten und Leistungserbringer nicht zielgenau vorhersagen lässt und sich zu komplex gestaltet.

Der bundesrätliche Vorschlag gehört zurück in die Schublade, denn so sparen wir keine Kosten, sondern verschlechtern nur unser aller medizinische Versorgung.



Wolfram Strüwe
Leiter Gesundheitspolitik
Helsenet



Kinder und Jugendliche sind von den psychischen Folgen der Krise besonders stark betroffen. Die monatelange Unsicherheit, Sorgen und unerwartete Belastungen durch die Corona-Krise können bei Minderjährigen in essentielle Entwicklungsphasen fallen.
Bild: Alamy

COVID-19

Pandemie und Psyche

Immer deutlicher zeichnet sich ab, dass die Corona-Pandemie auch die psychische Gesundheit vieler Menschen bedroht. Was sind die Gründe dafür, und was muss bei der Entscheidung über zukünftige Massnahmen im Blick behalten werden?

In Medien und Politik erhielt eine Gruppe von Corona-Betroffenen bisher erstaunlich wenig Beachtung: Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dabei waren in der Schweiz bereits vor Ausbruch der Krise rund 18 Prozent der Bevölkerung von einer oder mehreren psychischen Erkrankungen betroffen. Und im Verlauf der Krise ist diese Zahl angestiegen.

Nachfrage nach Hilfsangeboten steigt

In der mehrteiligen Online-Befragung «Swiss Corona Stress Study» der Universität Basel berichteten vor der Corona-Krise nur rund drei Prozent der Befragten von schweren depressiven Symptomen, im ersten Lockdown Ende April waren es neun Prozent – und im November 2020 stieg der Anteil bei den Befragten der Studie auf ganze 18 Prozent. Die Studie ist nicht repräsentativ, deutet aber auf eine Tendenz in der Bevölkerung hin, mehr psychische Probleme bei sich wahrzunehmen. Wie verschiedene Zeitungen berichten, erfasste die Dargebotene Hand im Jahr 2020 einen Anstieg von Anrufenden mit Suizidgedanken; auch Angststörungen sind häufiger geworden.

Wir haben die Dachorganisation der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen ÄrztInnen der Schweiz (FMPP) im Dezember 2020 nach den Gründen für den Anstieg psychischer Erkrankungen gefragt. Sie sind zahlreich: Sehr selten kann das Virus biologische Veränderungen im Gehirn auslösen; bei neu auftretenden Symptomen müsse man auch an eine aktuelle oder

vergangene Infektion denken. Viel häufiger seien aber Störungen, die mit psychischen Reaktionen auf die Bedrohung zu tun haben. Die FMPP unterscheidet direkt vom Virus Betroffene in Isolation oder Quarantäne von indirekt Betroffenen, die beispielsweise einer Risikogruppe angehören oder erkrankte oder verstorbene Angehörige haben. Daneben können auch die sozialen Einschränkungen, wirtschaftliche Sorgen und der Verlust des Arbeitsplatzes die psychische Gesundheit belasten. Hier seien Menschen besonders gefährdet, die bereits vor der Krise psychisch erkrankt sind: Diese leben tendenziell in schlechteren sozio-ökonomischen Situationen als die Allgemeinbevölkerung.

Jugendliche sind besonders gefährdet

Sowohl Senioren als auch Jugendliche sind von den psychischen Folgen der Krise besonders stark betroffen. Die älteren Generationen leiden unter Einsamkeit. Und bei den Jungen sind die Zahlen erschreckend: Im November gaben ganze 38 Prozent der Jugendlichen an, sich «nie, selten oder manchmal» glücklich zu fühlen. Verschiedene psychiatrische Kliniken für Kinder und Jugendliche verbuchen stark steigende Zahlen von Einweisungen; die FMPP geht von einer schweizweiten Zunahme der Notfallkonsultationen von 30 bis 50 Prozent aus.

Die psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen ÄrztInnen der FMPP sehen dafür viele Gründe: Die monatelange Unsicherheit, die Kontakteinschränkungen,

Sorgen und Ängste sowie unerwartete Belastungen fallen bei Minderjährigen in essentielle Entwicklungsphasen. Kritische Übergänge, wie vom Kindergarten in die Schule oder von der Schule zum Berufseinstieg, seien dabei besonders sensibel. Dazu kommt, so die FMPP: «Das haltgebende Umfeld – Eltern, Grosseltern, Kindergärten und Schulen – ist selbst so stark von der Pandemie betroffen, dass es Belastungen deutlich weniger als gewohnt kompensieren kann.» Viele Lehrkräfte, Eltern und sonstige Bezugspersonen haben selbst mit psychischen Folgen der Krise zu kämpfen, statt der Jugend eine Stütze sein zu können.

Angespannte Versorgungssituation

Die FMPP betont, dass der starke Anstieg psychischer Erkrankungen in dieser Krise auch deshalb problematisch ist, weil die Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schon vor der Pandemie angespannt war: «Diese Notfälle müssen zu einem grossen Teil von den institutionellen Einrichtungen aufgefangen werden, weil die niedergelassenen Psychiater und Psychiaterinnen ausgebucht sind.»

Die Politik müsse nun reagieren und dafür sorgen, dass die Betreuung Betroffener garantiert bleibt: Behandlungen per Video- oder Telefongespräch müssen Behandlungen vor Ort weiterhin gleichgestellt sein, bis die Krise überwunden ist (die aktuelle Ausnahmeregelung läuft am 28. Februar 2021 aus). Es braucht genügend Personal für die ambulante und stationäre Behandlung von Risikopatienten. Die Prävention muss ausgebaut werden. Und auch personalintensive vorübergehende Massnahmen, wie eine 1:1-Betreuung bei suizidalen Kindern und Jugendlichen, sollten von der Politik unterstützt werden.

Schliesslich ist eine gute psychische Verfassung der Bevölkerung nicht zuletzt auch für die Bewältigung der Krise wichtig: Damit die geforderten Verhaltensregeln eingehalten werden, für die Behandlungs-Compliance und vermutlich, wie man von vielen anderen Erkrankungen weiss, sogar für eine rasche Genesung.

Die Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum (FMPP) ist die Dachorganisation der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen ÄrztInnen der Schweiz. Sie besteht aus der Fachgesellschaft der ErwachsenenpsychiaterInnen (SGPP) sowie derjenigen der Kinder- und JugendpsychiaterInnen (SGKJPP).

Rettet Corona die kleinen Landspitäler?

Die Schweiz hat überdurchschnittlich viele Spitäler. Und sie will im Gesundheitswesen sparen. In den letzten Jahren stellte sich daher die Frage: Wie viele Spitäler braucht unser Land? Die Lösungsansätze reichten vom moderaten Abbau bis zur Reduktion auf einige Grossspitäler. Führen die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Kapazitätsengpässe zu einer Neubewertung dieser Frage?



Das Kleinspital Val Müstair im Jahr 2012. Viele andere Kleinspitäler wurden bereits aufgelöst und mussten grösseren Strukturen weichen. Wird die Corona-Krise diese Flurbereinigung stoppen?

Bild: Keystone

Die Spitalpolitik in der Schweiz war in den letzten Jahren geprägt von Kritik an aufgeblasenen Strukturen – Stichwort «Jedem Täli sis Spitäli». Das Gesundheitswesen der Schweiz macht mit 80 Milliarden Franken rund 11% des Bruttoinlandproduktes aus; ein Drittel davon entfällt auf die Spitäler. Die durch die Spitäler ausgelösten Kosten sind damit beträchtlich.

Reformvorschläge zielten in den letzten Jahren immer in die gleiche Richtung: Weniger, dafür sehr grosse Spitäler. Die radikalsten Vorschläge legen einen Umbau nach skandinavischem Vorbild nahe. In Dänemark etwa ersetzen 16 «Superspitäler» die meisten bestehenden Strukturen. Zwar löst dies auch Unmut aus, aber laut Experten haben die Dänen eingesehen, dass 16 Spitzenspitäler eine bessere Medizin bieten können – und das ist ihnen wichtiger als die Distanz zum Wohnort. Schweden verfügt für seine 10 Millionen Einwohner über ungefähr gleich viele Spitäler wie der Kanton Bern, in dem nur eine Million Menschen leben. Grösser noch als der Unterschied der Bevölke-

rungszahl ist derjenige der Distanz: Anders als in Schweden dauert die Fahrt ins Spital hierzulande meist weniger als 20 Autominuten.

Flurbereinigung gestoppt?

Einige Reformvorschläge sind bereits in der Realisierungsphase: Der Kanton St. Gallen zum Beispiel plant den Umbau von fünf Regionalspitälern zu Notfallkliniken. Stationäre Spitalangebote werden dort nicht mehr angeboten. Auch im Berner Oberland werden Spitäler in ambulante Gesundheitszentren umgebaut; so müssen beispielsweise Saanenländer seit der Schliessung des Spitals Saanen im Jahr 2012 zwar noch nicht bis Bern, aber doch bis Zweisimmen fahren, um stationär behandelt zu werden. Eine radikalere, mit vielen Turbulenzen verbundene Lösung fanden die Kantone Waadt und Wallis, die 2020 ein Regionalspital Riviera-Chablais einweihten. Es ersetzt die Kleinspitäler von Vevey, Montreux, Monthey und Aigle. Kurz: Es zeichnete sich eine Flurbereinigung der Schweizer Spitallandschaft ab.

Die Corona-Pandemie könnte diese Situation verändern. Denn die grossen Spitäler, die sich von Anfang an um die Behandlung von Covid-19-Patienten kümmerten, gelangten diesen Winter an ihre Grenzen. Um die Überlastung dieser Institutionen zu mindern, wurden immer mehr auch kleine Spitäler dafür eingesetzt, Corona-Patienten zu betreuen – auch solche mit schweren Verläufen. Braucht es also doch jedem «Täli sein Spitäli»?

Für Anne-Geneviève Bütikofer, Direktorin des Spitalverbands H+, zeigt die Pandemie, «wie wichtig die Spitalstrukturen sowohl in den Zentren als auch in den Randregionen sind». Sie fürchtet insbesondere geplante neue Gesetze und Gesetzesrevisionen, die zu einer unkontrollierten Dezimierung der Spitallandschaft führen könnten. Dabei, so Bütikofer, sei der Wunsch der Bevölkerung nach nahen medizinischen Einrichtungen aus diversen Befragungen ersichtlich.

Fluide Spitalkonzepte

Dem hält Karl-Olof Lövlblad, Präsident des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) und Chef der Klinik für Neuroradiologie des Universitätsspitals Genf, entgegen, Corona habe vielmehr die Grenzen unserer kleinräumigen Versorgungsstrukturen aufgezeigt. Die Schweiz müsse ihre Spitalversorgung grösser denken und landesweit koordinieren. Lövlblad hofft, dass die Corona-Krise den politischen Willen für eine Koordination stärken wird. Der Direktor des Kantonsspitals von St. Gallen, Daniel Germann, sieht es in einem Interview mit dem St. Galler Tagblatt ähnlich. Er ist überzeugt, dass die Pandemie die Konzentration von Spitälern beschleunigt.

Für den Gesundheitsökonom Willy Oggier wiederum zeigt die Pandemie vor allem eins: Das Mantra «ambulant vor stationär» habe sich unter Corona als Trugschluss erwiesen. Wichtiger sei, wie flexibel und schnell Spitäler auf neue Herausforderungen hinsichtlich Infrastruktur und Personal reagieren können. Er sieht daher fluide Spitalkonzepte als Zukunftsmodell. Das spricht weder für eine Aufhebung kleiner Spitäler noch direkt dagegen. Wie bei so vielem, das in Zusammenhang mit der Pandemie steht, lassen sich im Moment kaum verbindliche Aussagen über die Zukunft machen. Klar ist nur: Corona wird die Spitalpolitik der Schweiz verändern.