



Der Röstigraben

«Romands und Deutschschweizer ticken in der Gesundheitspolitik unterschiedlich», schreibt Antonio Fumagalli.

Seite 2



Engpässe verteuern das System

Spitalapotheker Enea Martelli über Lieferengpässe bei Medikamenten und die Globalisierung im Pharmamarkt. Seite 3



Experimentieren ja, aber nicht so

Der Bund will einen Experimentierartikel einführen; die Ärzte sind skeptisch.

Seite 4

POLITIK+PATIENT

15. Jahrgang
Herausgeber: Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG
Politik + Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung
Verantwortlich für die Redaktion:
Marco Tackenberg, Markus Gubler, Simone Keller, forum | pr
Layout: Claudia Bernet, Bern
Druck: Stämpfli AG

Initiativen im Gesundheitswesen

Bremsen und Beschränken

Gegen Kostenwachstum und Prämienlast: Im Vorfeld der eidgenössischen Wahlen im Herbst 2019 wollen sich politische Parteien mit Initiativen profilieren. Was taugen ihre Ideen?



Wählerstimmen im Visier: CVP-Präsident Gerhard Pfister will mit der Kostenbremse-Initiative punkten.

Bild: Keystone

Am 20. Oktober 2019 wählen Schweizerinnen und Schweizer ein neues Parlament. Wenige Monate vor der Wahl bringen sich politische Parteien öffentlichkeitswirksam in Stellung und lancieren Volksinitiativen gegen die wachsenden Gesundheitskosten und steigenden Krankenkassenprämien. Politik+Patient nimmt die Initiativen der CVP und der SP unter die Lupe.

Kostenbremse

Wachsen die Gesundheitskosten stärker als die Löhne, sind Bund und Kantone verpflichtet, Gegenmassnahmen zu ergreifen. Das verlangt die CVP mit ihrer Initiative. Sie setzt dabei auf eine Kostenbremse. Die Grundidee: Die Kosten pro Versichertem in der Grundversicherung werden mit einem Indikator abgeglichen.

Fortsetzung auf Seite 2

Andere Länder, andere Qualitätsstandards

Heute schreibt die Gesetzgebung in der Schweiz verbindlich vor, dass medizinische Behandlungen, welche über die Grundversicherung abgerechnet werden, in der Schweiz durchgeführt werden. Ausnahmen sind vorgesehen, wenn beispielsweise eine Behandlung nur im Ausland gemacht werden kann oder auch bei einem Unfall. Diese Regelung macht für die Grundversicherung Sinn. In einer umfangreichen Gesetzgebung wird für das hiesige Gesundheitswesen definiert, wie Ausbildungsgänge im Bereich Medizin zu gestalten sind, welche Anforderungen – auch in qualitativer Hinsicht – an die Erteilung einer Berufsbewilligung gestellt werden oder wie zum Beispiel die in der Schweiz sehr strengen Hygienerichtlinien für Spitäler und Praxen umzusetzen sind.

Es ist darum nicht akzeptabel, wenn dieses sogenannte Territorialitätsprinzip immer mehr von Krankenkassen und sogar den Behörden unterlaufen wird. Im jüngsten Expertenbericht des Bundesrates zur Dämpfung der Gesundheitskosten wird die Aufweichung des Territorialitätsprinzips als Massnahme vorgeschlagen. Damit werden die Patienten aber genau den Risiken ausgesetzt, die mit dem Medizintourismus in andere Länder nachweislich verbunden sind. Denn: Die Behörden in der Schweiz haben keine Möglichkeit, Qualitätsstandards und Richtlinien, welche die Patienten schützen, im Ausland zu überprüfen.

Entwickeln sich die Kosten stärker als der Indikator, ist der Bundesrat angehalten, kostendämpfende Massnahmen zu erlassen. Welche das sind, lässt die Initiative bewusst offen. Auch den Indikator will die CVP nicht genauer definieren. Mit ihrer Idee der Kostenbremse stossen die Christdemokraten auf Skepsis. Economiesuisse, der Dachverband der Schweizer Wirtschaft, sieht erhebliche konzeptionelle Probleme.

Unlösbare Planungsaufgabe

Aus Sicht von Economiesuisse gehen die Befürworter der Kostenbremse vom falschen Vorbild aus: der Schuldenbremse des Bundes. Diese bezieht sich nur auf das Budget eines einzigen Akteurs. Das Gesundheitswesen ist aber viel komplexer. 2016 zählte es beinahe 400'000 Beschäftigte in der Schweiz. Im Gesundheitswesen kommen unzählige Leistungserbringer und Zulieferer sowie mehrere Finanzierer zusammen. Alleine der ambulante Ärztetarif umfasst rund 4500 Positionen und pro Jahr verarbeiten die Krankenversicherer etwa 100 Millionen Rechnungsbelege. Eine Kostenbremse verlangt nach einem Budget. Bund und Kantone müssten dieses verabschieden und gleichzeitig bestimmen, wer welchen Anteil am Budget beanspruchen darf. Für Economiesuisse ist das eine unlösbare Planungsaufgabe. Hinzu kommt die Dynamik: Mit dem demografischen Wandel und der technologischen Entwicklung müssten diese Entscheidungen über die Zeit angepasst werden. Economiesuisse warnt: «Eine Kostenbremse führt nicht nur zur Staatsmedizin, sondern auch zu zentralisierten Entscheidungen über Krankheit, Leiden und Tod.»

Politische Agenda des BAG?

Neben der CVP sammelt auch die SP in den nächsten Monaten Unterschriften. Mit ihrer Initiative wollen die Sozialdemokraten die Prämienbelastung auf zehn Prozent des verfügbaren Einkommens beschränken. Sie fordern eine schweizweite Harmonisierung der Prämienverbilligungen. Ihr Vorschlag: Künftig sollen Bund und Kantone die Verbilligungen nach einem vorgegebenen Verteilschlüssel finanzieren und sie von den Ergänzungsleistungen und der Sozialhilfe entflechten. Anders als die CVP wird die SP bei den Grundlagen bereits konkret. Sie schlägt vor, das verfügbare Einkommen anhand der steuerbaren Einkünfte zu berechnen. Von ihren Ideen verspricht sich die SP eine gerechtere Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung. Allerdings hat das Ansinnen in den letzten Wochen einen schalen Beigeschmack erhalten.

Anfang Dezember 2018 veröffentlichte das unter SP-Führung stehende Bundesamt für Gesundheit (BAG) neue Zahlen zur Prämienlast von Schweizer Haushalten. Gemäss Bericht wendeten Haushalte in allen Kantonen durchschnittlich 14 Prozent ihres verfügbaren

Einkommens für Krankenkassenprämien auf. Doch diese Zahl ist zu hoch, wie die Neue Zürcher Zeitung kürzlich aufdeckte. Die Zeitung rechnete selber nach. Sie blieb mit ihren Auswertungen immer unter der von der Initiative geforderten Zehn-Prozent-Grenze. So steht nun der Verdacht im Raum, dass das BAG die Prämienbelastung künstlich hochrechnete. Weil eine hohe Belastung Wasser auf die Mühlen der SP-Initiative ist, warf die NZZ gar die Frage auf, ob das BAG eine politische Agenda fährt.

Es bleibt abzuwarten, ob die Initiative aufgrund ihrer umstrittenen Grundlage und der hohen zusätzlichen Kosten, die SP rechnet mit zusätzlichen Kosten von 3,6 Milliarden Franken für Bund und Kantone, beim Stimmvolk mehrheitsfähig ist.

Griffige Rezepte gegen das Kostenwachstum

Beide Initiativen konzentrieren sich auf das Kostenwachstum und verzichten auf das Verändern von Anreizen im System. Aus Sicht der Ärzteschaft wäre dies aber der zielführende Weg. «In der einheitlichen Leistungsfinanzierung schlummert ein Effizienzpotenzial von rund 3,1 Milliarden Schweizer Franken», rechnete die FMH vor. Es ist eine Kostenersparnis ohne qualitative Einbussen für die Patienten. Denn: Die einheitliche Finanzierung fördert die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen, steigert die Attraktivität integrierter Versorgungsmodelle und reduziert den Koordinationsaufwand zwischen Versicherern und Kantonen. Die einheitliche Finanzierung stösst auf grosse Akzeptanz: Ein breites Bündnis von Ärztesellschaften, Patientenschutzorganisationen, Versicherern und Vertretern der Pharmaindustrie unterstützt den Wechsel des Finanzierungsmodells.

Weitere Einsparungen lassen sich über die Reduktion der administrativen Belastung realisieren: Alleine für die Bewirtschaftung von Patientendossiers wenden Spitalärzte heute knapp einen Fünftel ihrer Arbeitszeit auf. Dieser Kostenfaktor hat bislang kaum politische Aufmerksamkeit erregt.

Der schwierige Sprung über den Röstigraben

Bei vielen Themen ticken Deutsch- und Westschweizer ähnlicher, als sie es sich eingestehen wollen. Für die Gesundheitspolitik gilt dieser Befund freilich selten, wie die Abstimmung über die Einheitskrankenkasse 2014 besonders schön aufzeigte: Während sie in allen rein französischsprachigen Kantonen eine komfortable Mehrheit fand, wurde sie ennet der Saane deutlich verworfen – ein Röstigraben in Reinkultur!

Die Gründe dafür sind vielfältig: Die Prämienlast ist in der Romandie teils markant höher, was die Experimentierlust fördert. Die Empörung der Genfer, Waadtländer und Neuenburger, die jahrelang zu viel Prämien bezahlt hatten, war besonders gross. Dem Staat und seinen Dienstleistungen vertraut man in der Westschweiz traditionell mehr als in den alemannischen Kantonen. Und nicht zuletzt hört sich «Einheitskasse» bedrohlicher an als «Caisse publique».

Kein Wunder stampfte ein Westschweizer Komitee in der Folge eine Initiative aus dem Boden, welche die Einführung von kantonalen Einheitskassen ermöglichen würde. Nun zeigt sich: Das Vorhaben scheitert bereits am nötigen Unterschriften-Quorum. Die Initianten verweisen auf die Deutschschweizer Kantone, die so gar nicht zur Zielerreichung beigetragen hätten. Und die Parteien liessen die Initianten im Stich. Dennoch fragt man sich: Flacht die Westschweizer Euphorie für eine staatlichere Gesundheitsversorgung langsam ab? Die SP jedenfalls hat umgesattelt und setzt mittlerweile auch national auf ein Pferd, das ihr Vorreiter Pierre-Yves Maillard in der Waadt bereits eingeführt hat – die Beschränkung der Prämien auf zehn Prozent des Einkommens. Es wird von den dortigen Erfahrungen abhängen, ob die Änderung auch schweizweit Chancen hat. Oder ob in der Gesundheitspolitik der Sprung über den Röstigraben einmal mehr nicht gelingen mag.



Antonio Fumagalli
ist NZZ-Korrespondent
in der Westschweiz.
Bild: NZZ

Engpässe verteuern das System

Die Lieferengpässe bei Medikamenten nehmen zu. Spitalapotheker Enea Martinelli erklärt, was das für Auswirkungen hat und wie der globale Pharmamarkt funktioniert.



Enea Martinelli: «Medikamente kommen meist nicht aus der Schweiz. Es gibt weltweit nur noch ganz wenige Wirkstoffhersteller – fast keine mehr in Europa!»

Bild: Marco Zanoni

Kürzlich sagten Sie, die Lieferengpässe für Medikamente seien auf einem Rekordhoch. Wie sehen die Zahlen heute aus?

Derzeit (Januar 2019) haben wir ungefähr 520 Lieferengpässe. In den letzten Wochen ist diese Zahl massiv gestiegen. Bei Medikamenten mit zahlreichen Alternativen ist das nicht so tragisch. Problematisch wird es, wenn auch die Alternativen ausgehen.

Sie erfassen diese Zahlen auf Ihrer Webseite (drugshortage.ch). Gemäss Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL) sehen die Zahlen weniger dramatisch aus.

Die Liste des BWL ist im Gegensatz zu meiner selektiv. Das BWL hat bestimmte Wirkstoffe definiert, die es auf die Liste nimmt. Der Fokus liegt auf der Landesversorgung. Bei mir liegt der Fokus auf der Patientenversorgung. Ich will eine Übersicht über den Markt bieten.

Wie entstehen Lieferengpässe?

Da gibt es verschiedene Gründe. Zum Beispiel weil sich ein Hersteller zurückzieht oder weil eine Medikamentenfabrik zerstört wird. Die Ursachen sind vielfältig und häufig schwer zu ergründen.

Was sind die Auswirkungen für die Patienten?

Meistens müssen sie das Medikament wechseln. Als junge, gesunde Menschen denken wir: «Das ist doch kein Problem, dann nehme ich eben die rote anstatt die blaue Pille.» Aber die Realität sieht anders aus: Der Durchschnittspatient, der viele Medikamente nimmt,

ist über 70 Jahre alt. Diese Patienten sind relativ schnell verwirrt, wenn ihre Behandlung umgestellt wird. Es besteht die Gefahr, dass sie Medikamente verwechseln oder die falsche Dosis nehmen. Auch für das Pflegepersonal ist ein häufiger Wechsel verwirrend. Wenn man nicht nur das Präparat, sondern auch den Wirkstoff wechselt, sind zusätzliche Untersuchungen notwendig. Das verursacht natürlich Kosten. Aber nicht nur hier entstehen Mehrkosten.

Wo noch?

Engpässe verteuern zuweilen das ganze System. Ein Beispiel: Litalir wird unter anderem bei der Behandlung von chronischer Leukämie eingesetzt. Es ist derzeit in der Schweiz nicht lieferbar. Wir könnten es aus Deutschland beziehen, aber die Krankenkassen machen nicht mit. In der Schweiz kostet eine Monatspackung 102.50 Franken; in Deutschland 233.90 Franken. Die Kassen bezahlen maximal den Schweizer Preis. Wer zahlt die Differenz von über 100 Franken? Der Leistungserbringer, weil die Mehrkosten nicht den Patienten übertragen werden dürfen. Das will der Leistungserbringer natürlich nicht. Wissen Sie, was jetzt pas-

Dr. pharm. Enea Martinelli

Seit 1994 Chefapotheker der Spitäler fmi (Frutigen Meiringen Interlaken), 2012 – 2014 Vizepräsident der BDP-Fraktion im Berner Kantonsparlament, 2015 – 2018 Präsident der BDP des Kantons Bern.

siert? Man steigt auf ein teureres Medikament um. Dieses kostet im Monat rund 2'500 Franken – wird aber von den Kassen bezahlt. Wenn 1'000 Patienten umgestellt werden, sind das Mehrkosten von knapp 30 Millionen im Jahr! Das ist doch unglaublich!

Wieso reagiert niemand?

Anscheinend fehlt das Bewusstsein – in der Politik ebenso wie in der Öffentlichkeit. Die typische Reaktion lautet: «Wir haben in der Schweiz eine grosse Pharmaindustrie. Da gibt es doch keine Engpässe.» Aber die Medikamente kommen meistens nicht aus der Schweiz.

Der Pharmamarkt ist globalisiert.

Genau. Und es gibt nur noch wenige Wirkstoffhersteller; fast keine mehr in Europa.

Warum?

Aus rechtlichen und finanziellen Gründen. Wer ein Generikum auf den Markt bringen will, muss an dem Tag, an dem das Patent abläuft, parat sein. Aber: Während das Patent besteht, darf eigentlich nichts entwickelt werden. Deswegen gliedern die Firmen die Produktion in Länder aus, die es mit dem Patentschutz nicht so genau nehmen. Zum Beispiel Indien oder China. Wenn es nur noch wenige Hersteller gibt, entsteht ein Klumpenrisiko. Als 2017 der Wirbelsturm Maria über Puerto Rico fegte, wurde eine Wirkstofffabrik lahmgelegt. Das spürte die ganze Pharmabranche; insbesondere Staaten mit niedrigeren Medikamentenpreisen. Denn bei einer Verknappung werden zuerst die Länder beliefert, die am meisten zahlen.

Dann haben wir in der Schweiz Glück, weil wir höhere Preise haben?

Bis anhin ja. Mit dem Referenzpreissystem, das der Bund als Massnahme zur Kostendämpfung vorschlägt, riskieren wir, diesen Vorteil zu verlieren. Wenn wir bei den günstigen Produkten den Preis drücken, müssen wir damit rechnen, dass wir nicht mehr beliefert werden. Dann müssen wir trotzdem wieder auf teurere Produkte ausweichen. Das kann nicht die Lösung sein!

Was soll der Bund stattdessen tun?

Er soll bei der Preisgestaltung aufpassen. Damit kann er das Problem der Engpässe gar noch verschärfen. Und der Bund braucht einen Radar, damit er erkennt, wie gravierend das Problem der Lieferengpässe ist.

Wie würden Sie das Gesundheitswesen reformieren?

Man sollte die Anreize so setzen, dass sie auch dem System dienen. Je günstiger beispielsweise ein Präparat ist, desto höher sollte die Marge sein – und zwar in Franken, nicht in Prozent. Dann gibt es einen Anreiz, das günstigere Präparat zu verordnen. Weiter müsste man Boards bilden und therapeutisch einwirken mit Guidelines. So wie es die Initiative Smarter Medicine will.



Gefährliche Experimente im Gesundheitswesen: Ärzte wehren sich gegen den Zwang zur Teilnahme und die lange Dauer von Pilotprojekten. Bild: iStockphoto

Experimentierartikel

Experimentieren ja, aber nicht so

Um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu dämpfen, hat der Bundesrat neun Massnahmen in die Vernehmlassung gegeben. Eine davon will einen Experimentierartikel einführen. Die Ärzte sind jedoch skeptisch.

Der Bundesrat hat im September 2018 neun Massnahmen in die Vernehmlassung geschickt, die das Kostenwachstum im Gesundheitswesen mittelfristig drosseln sollen. Eine davon sieht vor, einen Experimentierartikel einzuführen. Dieser ermöglicht es Ärzten und Spitalärzten, eine Zeit lang innovative kostensparende Ideen oder Behandlungen auszuprobieren, die gemäss geltendem Krankenversicherungsgesetz (KVG) eigentlich verboten sind. Bewährt sich ein Pilotprojekt, kann es dauerhaft eingeführt werden. Wird der Experimentierartikel in der vorliegenden Form ins Gesetz aufgenommen, kann der Bund Kantone, Versicherer und Leistungserbringer aber auch die Versicherten zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichten. Die Teilnahme wäre nicht freiwillig.

Massnahmen ohne demokratische Legitimation

Mehrere Arzt- und Spitalverbände äusserten sich in der Vernehmlassung sehr kritisch zum Experimentierartikel. Der Tenor lautet: Ein Experimentierartikel wird grundsätzlich begrüsst, aber nicht in der vorliegenden Form.

Die Aertzegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) droht gar mit dem Referendum: Aufgrund der langen Dauer der Pilotprojekte und durch den Zwang zur Teilnahme könnte mit der jetzigen Formulierung allzu leicht ein Globalbudget eingeführt werden, dies für mehrere

Jahre und ohne demokratische Legitimität. Die BEKAG fordert deshalb, die Pilotprojekte jeweils auf zwei Jahre zu begrenzen.

Politisch fragwürdig

Der Bund kann nicht nur zur Teilnahme an Projekten zwingen; er initiiert und beantragt die Experimente auch, führt sie durch und wertet sie gleich selber aus. Weder Vertreter der Ärzte noch der Versicherer oder der Kantone wären beteiligt. Das ergibt eine bedenkliche Machtfülle, die dem föderalistischen System der Schweiz überhaupt nicht entspricht. Das Erfahrungs- und Fachwissen von Ärzten und Spitalärzten wird kaum berücksichtigt.

Ebenso fragwürdig ist der Punkt, wonach das Territorialitätsprinzip in der obligatorischen Krankenversicherung gelockert oder gar aufgehoben würde. Die Behörden könnten Patienten zur Behandlung ins Ausland schicken – ausserhalb der bisher möglichen grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Dadurch sinken zwar die Kosten. Aber gleichzeitig mutet man den Patienten zu, sich mit lascheren Hygienevorschriften zufriedenzugeben, die von den Schweizer Behörden weder kontrolliert noch durchgesetzt werden können.

Vereinfachen statt bürokratisieren

Wenn man schon mit Pilotprojekten experimentieren will, sollten sich diese nicht nur auf Sparmassnahmen

beschränken, sondern auch medizinisch sinnvolle Behandlungen und Effizienzsteigerungen fördern dürfen. Kommt dazu, dass im bestehenden KVG bereits Experimente möglich sind. Das beweisen Netzwerke, die sich in verschiedenen Kantonen im Rahmen der regionalen Möglichkeiten entwickelt haben. Mit dem Experimentierartikel würden solche sinnvollen Projekte nicht etwa vereinfacht oder beschleunigt. Stattdessen droht eine noch stärkere Bürokratisierung.

Fehlanreize beseitigen

Die Einführung eines Experimentierartikels offenbart eine gewisse Ohnmacht des Gesetzgebers. Statt erzwungene Experimente durchzuführen mit dem alleinigen Ziel, Kosten zu sparen, wäre es sinnvoller, allgemeine Fehlanreize im Gesundheitssystem zu beseitigen, und zwar über alle Sektoren hinweg. Beispiele sind die Ökonomisierung des Spitalsektors oder die Strategie «ambulant vor stationär». Dazu braucht es keinen neuen Gesetzesartikel, sondern eine grössere Bereitschaft für Verhandlungen und konstruktive Zusammenarbeit zwischen Politikern, Versicherern und Ärzten. Das aktuelle Klima jedenfalls, in dem Ärzte unter permanentem Kostendruck stehen oder sich gegen ungerechtfertigte Kritik von Seiten des BAG betreffend überrisikante Arztlöhne verteidigen müssen, ist für innovative Ideen wenig förderlich.

Mögliche Pilotprojekte

Pilotprojekte könnten in folgenden Bereichen durchgeführt werden:

- einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
- Kostenübernahme von Behandlungen im Ausland (ausserhalb der bereits bestehenden grenzüberschreitenden Zusammenarbeit)
- Einschränkung der freien Arztwahl und der Wahl weiterer Leistungserbringer
- Medizinische Leistungen durch Versicherungen: Der Versicherer wird vom reinen Kostenträger zum Anbieter von medizinischen Behandlungen für Patienten. So kann der Versicherer unter anderem den Umfang der Leistungen mitbestimmen
- Förderung der koordinierten und integrierten Versorgung
- weitere Instrumente zur Kostensteuerung