



Falsche Prognose?

Kommentar: Die Politik muss über eine Senkung der Prämien diskutieren. Seite 2



Vor der Wahl

Die Finanzierung des Gesundheitswesens bereitet Sorge. Wir hinterfragen die Reformrezepte der politischen Parteien. Seite 3



«Jeder ist für seine Daten persönlich verantwortlich.»

IT-Spezialist Lukas Schult über den Datenschutz im Gesundheitswesen. 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, Nicole Weber; forum|pr
Layout: Claudia Bernet, Bern
Druck: Stämpfli AG

Reformen im Gesundheitswesen

Albtraum Globalbudget

Von der Politik ertönt der Ruf nach einem Globalbudget. Über einen Aspekt eines solchen Modells spricht aber niemand: Was passiert, wenn das Budget aufgebraucht ist? Politik+Patient zeigt auf, was auf den einzelnen Patienten zukommt.



Im Extremfall muss das Globalbudget Franken für Franken auf jede einzelne Arztpraxis heruntergebrochen werden.

Bild: Keystone

Globalziele, Kostenbremse, Zielvorgaben, Mengenbudgets, Kostensteuerung – egal, wie man es benennt, gemeint ist immer dasselbe: Ein Globalbudget für das Gesundheitswesen der Schweiz.

Was aus Sicht des kranken Menschen Sorge bereitet: Die Politik würde den Umfang der Patientenversorgung festlegen, der Versicherungsanspruch des Patienten endet daher mit dem Budget. Doch wie lässt

sich das umsetzen? Und was bedeutet es für den einzelnen Patienten?

Administrationskosten statt Gesundheitskosten

Der Bundesrat hat angekündigt, im November 2019 ein Kostendämpfungspaket II vorzulegen. Mit einer «verbindlichen Zielvorgabe» will er die Kostenstei-

Fortsetzung auf Seite 2

Im Zuckerrausch

Die Schweizerinnen und Schweizer werden immer dicker: Innerhalb von 25 Jahren hat sich der Anteil adipöser Menschen verdoppelt, der Anteil Diabetiker hat ebenfalls stark zugenommen. Unser übermässiger Zuckerkonsum ist einer der Hauptgründe dafür. In der Schweiz wird viel mehr Zucker gegessen als im europäischen Durchschnitt – im Jahr 2016 fast 50 Gramm, doppelt so viel, wie pro Tag empfohlen wäre. Die Bürger der EU kommen dagegen auf weniger als 40 Gramm täglich.

Das ist kein Zufall: Viele europäische Länder – darunter Frankreich, Spanien sowie zuletzt Grossbritannien – erheben anders als die Schweiz eine Steuer auf Produkten mit viel zugefügtem Zucker. Eine solche Zuckersteuer wirkt auf verschiedenen Ebenen. Allen voran reguliert sie den Konsum; besonders effizient bei den Armen, die mehr Zucker konsumieren. So schützt sie vor vermeidbaren Problemen wie Übergewicht, Diabetes und Herzkrankheiten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt eine Zuckersteuer auf Getränken; weltweit wurde sie bereits in rund 40 Ländern eingeführt.

Dagegen sind die Massnahmen in der Schweiz zahnlos. Der Bundesrat setzt unverständlicherweise auf eine Selbstregulierung der Industrie, eine Standesinitiative des Kantons Neuchâtel zur Besteuerung von Zucker wurde von Stände- und Nationalrat deutlich abgelehnt. Dabei ist längst belegt: Zucker ist eines von wenigen Lebensmitteln, die wie Zigaretten und Alkohol süchtig machen. Alkohol und Tabak werden in der Schweiz längst besteuert. Nur wenn wir beim Zucker nachziehen, können wir den Schweizer Zuckerrausch eindämmen – und so viele Gesundheitskosten gar nicht erst entstehen lassen. Das ist allemal billiger, als sie zu therapieren.

gerung des Gesundheitswesens von 4 % auf 2,5 % verringern.

Die einzelnen Leistungserbringer des Gesundheitswesens müssen Wachstumsziele befolgen, um keine «ungerechtfertigten Kosten» zu generieren. Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Pflegeheime, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, die Krankenpflege und Labors erhalten allesamt ein Wachstumsziel, beziehungsweise ein Budget.

Um genau zu wissen, wer wo was ausgibt, müsste ein Überwachungsorgan geschaffen werden. Dieses müsste unglaubliche Datenmengen erfassen und auswerten. Das ginge nur über ein feines Verteilernetz. Was das konkret bedeutet, lässt sich an Deutschland ablesen; denn unser nördlicher Nachbar hat seit zwei Dekaden ein Globalbudget für das Gesundheitswesen. In Deutschland kommt statistisch gesehen auf zehn Ärzte einer, der ausschliesslich Administration erledigt. Das kostet. Ein Aspekt, der in der politischen Debatte ums Globalbudget in der Schweiz nicht erwähnt wird. Rechnet man die deutschen Zahlen auf unser Land um, bräuchte es einen Administrationsapparat, der drei zusätzlichen Bundesämtern entspräche – einzig um das Globalbudget umzusetzen. Es ist nicht zu erwarten, dass sich damit sparen lässt. Die Kosten werden lediglich umverteilt; statt für die Gesundheit des Patienten würde Geld für Administration ausgegeben. Deutschland jedenfalls schafft es trotz Globalbudget nicht, dass das Gesundheitswesen einen wesentlich kleineren Teil des Bruttoinlandsprodukts ausmacht (CH: 12,1 %, DE: 11,2 %). Das wäre in der Schweiz kaum anders: Die Kantone Genf, Waadt und Tessin kennen bereits ein Globalbudget im Spitalbereich. Und es sind genau die drei Kantone, wo Versicherte die höchsten Prämien bezahlen müssen.

Der sechste Patient

Wie die 1,5 % «ungerechtfertigte Kostensteigerung» eingespart werden sollen, kann der Bundesrat nicht erklären. Die Einsparung sei jedenfalls ohne Qualitätseinbussen zu bewerkstelligen. Wenn man es auf die einzelne Arztpraxis herunterbricht, könnte sich das Globalbudget zum Beispiel so ausnehmen: pro Monat 5 Platzwunden-Behandlungen, 25 Blutentnahmen, 10 Masernimpfungen, etc. Abstraktes wird so plötzlich greifbar. Der sechste Patient mit einer Platzwunde wird zur «ungerechtfertigten Kostensteigerung». Notfallstationen sind überlaufen, Sorgen- und psychosomatische Gespräche fallen aus, Aufklärungen bei chronischen Krankheiten werden nicht vergütet, kurz: die wichtige Patientenversorgung leidet massiv.

Doch was passiert mit dem sechsten Patienten? Was passiert, wenn die «Zielvorgaben», wie sie in real-

sozialistischer Manier von Befürwortern des Globalbudgets genannt werden, überschritten werden? Ein erneuter Blick in die Bundesrepublik zeigt: nichts Erfreuliches. Hat ein Arzt fünf Platzwunden pro Monat behandelt, nimmt er eine sechste Behandlung schlichtweg nicht an. Manche Praxen schliessen gar ganze Tage, um das Budget nicht zu überschreiten. Patienten müssen dadurch teils zu wildfremden Ärzten wechseln, Terminverschiebungen ins Folgequartal sind längst Usus.

Die Folgen sind absehbar. Wer es sich leisten kann, lässt sich privat versichern und wird vom System privilegiert. Während Kassenpatienten auf eine Untersuchung beim Augenarzt in Nordrhein-Westfalen im Durchschnitt 38 Tage warten, müssen sich Privatpatienten nur rund 5 Tage gedulden. Noch schlimmer ist beispielsweise die Wartezeit bei Kardiologen in Rheinland-Pfalz; dort wartet der Kassenpatient 71 Tage (mehr als zwei Monate), der Privatpatient 19 Tage. Das ist eine Zweiklassenmedizin.

Lieber Gesunde als Kranke

Viel verheerender ist eine weitere Zerteilung der Patientenschaft. Der Arzt ist gezwungen, das Budget beim einzelnen Patienten nicht zu überschreiten, um die Zielvorgaben zu erfüllen und noch anderen Patienten Leistungen verordnen zu können. Aufwendige Patienten sprengen schnell das Plansoll und werden damit zum Schreck für die Praxis. Die Folge wäre, dass Leistungserbringer sich gezwungen sehen, zwischen gesünderen und kränkeren Patienten zu unterscheiden. Oder, um es mit den Worten des deutschen Gesundheitsökonom Volker Ulrich auszudrücken: «In einem Globalbudget arbeitet derjenige (Arzt) wirtschaftlich, der es schafft, sich von der Versorgung kranker Menschen fernzuhalten.»

Um das Schweizer Gesundheitswesen zu verbessern, braucht es Reformen. Die Ärzteschaft unterstützt sinnvolle Sparmassnahmen wie smarter medicine und interprofessionelles chronic care management, die die Patientensicherheit nicht gefährden. Sie kann deshalb ein Globalbudget nicht akzeptieren und wird diesen Albtraum nötigenfalls mit einem Referendum bekämpfen.

Falsche Prognose?

In den letzten 20 Jahren sind die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung stärker gewachsen als die Gesundheitskosten. Zwischen 1996 und 2016 sind die gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz teuerungsbereinigt um rund 86 Prozent angestiegen, die mittleren Prämien der Grundversicherung dagegen haben sich um 104 Prozent erhöht. Woran liegt das?

Einer der Gründe liegt in der Kostenverteilung: Ambulante Leistungen werden vollständig von den Krankenkassen respektive den Prämienzahlern finanziert, stationäre Leistungen grösstenteils über Steuern. Eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor, eine beliebte Forderung von Gesundheitspolitikern, lässt die Prämien im heutigen System ansteigen und belastet das Budget von Schweizer Haushalten.

Zur Berechnung der Prämien werden weiter Unternehmensbilanzen und Unternehmensdefizite der Kassen herangezogen. Aktuelle Kostenentwicklungen und Betriebsergebnisse aus dem Vorjahr fliessen ebenfalls in die Kalkulation ein. Santésuisse, einer der Branchenverbände, prognostizierte kürzlich ein Wachstum von 3 Prozent für das laufende Jahr. Wie realistisch ist diese Prognose?

Der Dachverband der Westschweizer Ärztesgesellschaften SMSR ist skeptisch. Sein Argument: Die offiziellen Zahlen des Bundes belegen, dass die Gesundheitskosten zulasten der obligatorischen Krankenversicherung in den ersten Quartalen 2017 bis 2019 nur um 1,2 Prozent gestiegen sind. Er hält das von den Versicherern geschätzte Prämienwachstum für unangemessen. Die Kassen haben für das Jahr 2017 Reserven von rund 7,2 Milliarden Franken gebildet. Für den SMSR und für uns steht fest: Die Politik muss über eine Senkung der Prämien diskutieren.



Dr. med. Aldo Kramis
Leiter Redaktionskommission
P+P VEDAG



Um dem Patienten zu helfen, muss die Ärzteschaft ihn als individuellen Menschen wahrnehmen und nicht nach der Stoppuhr behandeln. Bild: Keystone

Vor der Wahl

Reformieren um jeden Preis?

Das Schweizer Gesundheitssystem ist laut einer aktuellen Studie* das beste in Europa, aber auch eines der teuersten. Ideen, um den Kostenanstieg zu dämpfen, gibt es zuhauf. Nicht alle halten einem kritischen Blick stand.

Im Kampf um Wählerstimmen positionieren sich die politischen Parteien mit Initiativen und Vorschlägen zur Senkung der Gesundheitskosten. Denn die steigende Prämienlast bereitet der Bevölkerung Sorgen, das zeigt sich regelmässig in Umfragen.

Die Parteien fokussieren sich ganz auf die Prämien- und Kostendämpfung. Die CVP beispielsweise schlägt eine Initiative zur Einführung einer Kostenbremse vor. Vorbild ist die Schuldenbremse beim Bund. Doch der Vergleich taugt nicht. Im Gegensatz zum Bund umfasst das Gesundheitswesen unzählige Leistungserbringer und Zulieferer sowie mehrere Finanzierer. Ein gemeinsames Budget für alle Beteiligten zu erstellen und die Verteilung im Detail zu regeln, ist viel zu aufwändig, wenn nicht sogar unmöglich.

Die FDP und die SVP betonen gerne, durch den Abbau von Bürokratie und die Stärkung der Eigenverantwortung könnten Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden. Dabei vernachlässigen sie das Risiko, dass sich die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen verschlechtert. Leidtragende wären die Patienten.

Nicht auf dem Buckel der Patienten sparen

Gute Ideen sind also gefragt. Was sagen die Profis, die tagtäglich im Gesundheitssystem arbeiten? Zum Beispiel die Schweizer Ärztesvereinigung FMH: Im Gegensatz zu den Politikern lehnt sie Sparmassnahmen dann ab, wenn Leistungen rationiert und Ausgaben gedeckelt werden: Ärzte wollen ihre Patienten nicht mit der Stoppuhr behandeln. Sie wollen die beste und nicht die günstigste Therapie vorschlagen. Sie wollen Patienten als Individuen und nicht als Kostenfaktor ansehen.

Statt Globalbudget und Zweiklassenmedizin plädiert die FMH für mehr Effizienz im Gesundheitswesen. Zu erreichen ist dieses Ziel unter anderem durch eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Mit der Verlagerung von heute stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Bereich liesse sich laut FMH jedes Jahr eine Milliarde Franken sparen. Im aktuellen System haben die Krankenkassen aber keinen Anreiz dazu. Ein einheitliches Finanzierungssystem würde diesem Problem Abhilfe schaffen.

Ein weiterer Vorschlag der FMH für mehr Effizienz: die Gründung überregionaler Spitalregionen. Statt 26 Ge-

sundheitssysteme zu betreiben, wäre es einfacher, die Schweiz in fünf bis sechs überkantonale Spitalregionen einzuteilen. Überkapazitäten könnte man so abbauen, Doppelspurigkeiten grösstenteils vermeiden – und wahrscheinlich die Qualität anheben.

Eine neue Perspektive einnehmen

Viele Politiker sehen das Gesundheitssystem nur aus der Perspektive der Kosten. Gesundheit ist aber kein Konsumgut. Im Unterschied zum rein ökonomisch geprägten Verhältnis zwischen Käufer und Verkäufer herrscht zwischen Patient und Arzt ein Vertrauensverhältnis. Dieses Vertrauen ist eine Voraussetzung für den Genesungsprozess und darf nicht beschädigt werden. Genau das passiert aber, wenn die Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen durch ein Globalbudget oder eine Kostenbremse geregelt werden soll. In diesem Fall könnte sich der Patient nie sicher sein, ob der Arzt im Interesse seiner Gesundheit handelt, oder ob er finanzielle Anreize im Blick hat.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient entspricht auch dem Selbstverständnis der Behandler. Um einem Patienten bestmöglich helfen zu können, muss der Arzt ihn als ganzen Menschen wahrnehmen. Jeder Fall ist komplex und jeder Fall ist anders. Sogar ob jemand als geheilt bezeichnet wird, kann je nach individueller Lebensgeschichte und gesundheitlichen Voraussetzungen des Patienten – z. B. Alter und Lebenswandel – ein jeweils unterschiedliches Mass an Gesundheit bedeuten. Eine nur auf die Finanzen ausgerichtete Reform wird diesen Zusammenhängen nicht gerecht.

* Euro Health Consumer Index 2018



Um ungewollte Einblicke zu vermeiden, sind beim Elektronischen Patientendossier EPD Ärzte und Patienten gefordert. Mit den richtigen Sicherheitsvorkehrungen bleiben sensible Daten vertraulich.
Bild: Keystone

eHealth

«Jeder ist für seine Daten persönlich verantwortlich»

Patientendaten enthalten wertvolle Informationen. Pharmafirmen, Technologieunternehmen und Versicherungen wollen sie in ihrem Sinne verwerten. Wirksamer Datenschutz ist nicht nur Sache der IT-Dienstleister. Auch Patienten seien gefordert, erklärt Lucas Schult, Geschäftsführer der Health Info Net AG (HIN) im Interview.

Beim Digital-Health-Rating der Bertelsmann-Stiftung landet die Schweiz nur auf Platz 14 von 17 untersuchten Ländern. Was läuft bei der Digitalisierung unseres Gesundheitswesens schief?

Schult: Ganz so schwarz würde ich nicht malen. Insbesondere sollten wir unser Augenmerk nicht einseitig auf die Geschwindigkeit der Transformation legen. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen werden von der Politik gesetzt, und der politische Prozess läuft in der Schweiz bekanntlich langsamer ab. Das erachte ich aber nicht als Nachteil. Die Ergebnisse des politischen Ringens sind dafür breiter abgestützt. Wenn wir das Gesundheitswesen erfolgreich digitalisieren wollen, müssen alle Beteiligten vom Sinn und Nutzen überzeugt sein. Ein zu hohes Tempo und gesetzlicher Zwang können da sogar kontraproduktiv wirken.

Patientendaten enthalten wertvolle Informationen. Pharmafirmen, Technologieunternehmen, Versicherungen möchten sie für ihre Zwecke nutzen. Wie lassen sich die sensiblen Daten wirksam vor Zugriffen schützen? Wer ist gefordert?

Wir alle! Die IT-Dienstleister, zu denen die Health Info Net AG (HIN) zählt, müssen schon bei der Entwicklung der Systeme darauf achten, dass Unberechtigte keine Daten abgreifen können. Gesundheitsfachpersonen dürfen – das war bereits im analogen Zeitalter so – nur jene Daten weitergeben, die für eine Weiterbehandlung notwendig sind (und auch das nur mit Einwilligung des Patienten). Nicht zu vergessen die Patienten selbst: Mit der Digitalisierung erhalten sie vermehrt Zugriff auf ihre Gesundheitsdaten. Das ist an sich ein grosser Fortschritt. Gleichzeitig müssen sie damit auch die Verantwortung für diese Daten übernehmen. Wir alle müssen uns dafür interessieren, welche Gesundheitsdaten von uns wo anfallen – und lernen zu entscheiden, mit wem wir welche davon teilen.

Die HIN fördert den sicheren Datenaustausch zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen. Worin bestehen ihre Dienstleistungen?

Unsere bekannteste Dienstleistung ist HIN Mail, das nahezu alle Hausarztpraxen und die Mehrzahl der Spitäler zum Versand von verschlüsselten E-Mails nutzen. Auch Heime, Versicherungen, die öffentliche Hand

sowie freischaffende Therapeuten zählen zu unseren Kunden. Der HIN-Anschluss bietet aber weit mehr als blosser E-Mailverschlüsselung. Gesundheitsfachpersonen nutzen ihn als elektronische Identität für den Zugriff auf – inzwischen über siebzig – Anwendungen und künftig auf das elektronische Patientendossier (EPD). Da wir bei HIN das Thema IT-Sicherheit aus einer ganzheitlichen Optik betrachten, bieten wir unseren Kunden auch Dienstleistungen für den Schutz von Endgeräten und für die Ausbildung ihrer Mitarbeitenden an.

Und wie profitieren Patienten davon?

Sie profitieren davon, dass ihre Daten entlang der gesamten Behandlungskette geschützt bleiben. Durch die Authentisierung wird sichergestellt, dass nur berechnigte Fachpersonen Zugriff erhalten. Ihr Arzt oder Therapeut kann sogar mit Ihnen als Patient via HIN kommunizieren, ohne dass Sie selbst HIN-Kunde sein müssen. So erhalten Sie beispielsweise Röntgenbilder oder Berichte einfach und sicher auf elektronischem Weg.

Ärzte mit eigenen Praxen sind gegenüber dem elektronischen Patientendossier nach wie vor skeptisch eingestellt. Teilen Sie die Bedenken der Ärzteschaft?

Auch hier würde ich differenzieren. Viele Praxisärzte stehen dem EPD aufgeschlossen gegenüber. Aber sie erwarten zurecht, dass es sie nicht zusätzlich belastet, sondern ihnen die Arbeit erleichtert. Um eine Breitenwirkung entfalten zu können, brauchen wir deshalb Anwendungen, die den Praxisärzten substanzielle Vorteile bringen – also Qualitäts- oder Effizienzgewinne. Diese sind aktuell noch kaum vorhanden. Darum haben wir mit Partnern einen Verein gegründet, der Leistungserbringer und IT-Dienstleister zusammenbringt, um gemeinsam solche Anwendungen zu entwickeln. Das EPD wird sich bei den ambulanten Leistungserbringern nur durchsetzen, wenn es sich auch für sie als nützlich erweist.



Lucas Schult ist Geschäftsführer und Leiter IT der Health Info Net AG (HIN). Er verfügt über langjährige Erfahrung als Cybersecurity- und IT-Experte im Gesundheitswesen.