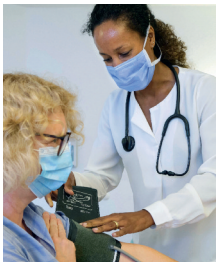
Gastkommentar

Die Medizinethikerin Prof. Nikola Biller-Andorno über Patientenerfahrungen als Goldmine für eine exzellente Gesundheitsversorgung. Seite 2

Interview

Bruno Henggi, Public Affairs FMH, darüber, warum unser gut funktionierendes Gesundheitswesen nicht selbstverständlich ist. Seite 3



Qualität wird Staatsaufgabe

Der Qualitätsartikel tritt am 1.1.2021 in Kraft. Was bedeutet er für die Ärzteschaft? Seite 4

POLITIK+PATIENT

16. 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 des Bundesrats

Freie Arztwahl unter Beschuss

Das zweite Massnahmenpaket zur Kostendämpfung enthält einen frontalen Angriff auf die freie Arztwahl: Obligatorische Erstberatungsstellen sollen eingeführt werden. Dagegen spricht nicht nur die Entmündigung der Patienten. Das System enthält auch gefährliche Fehlanreize.

Bundesrat Alain Berset verkündet an der Medienkonferenz die neuen, rigiden Sparpläne des Bundesrates. Die freie Arztwahl soll abgeschafft werden. Bild: Keystone

Ein Zwang zum Hausarztmodell für die ganze Bevölkerung: Mit dieser Massnahme will Bundesrat Alain Berset rund 100 Millionen Franken pro Jahr im Gesundheitswesen einsparen. Die obligatorische Erstberatungsstelle ist einer der Kernpunkte des zweiten Kostendämpfungspakets, das der Bundesrat im August lanciert hat. Grundsätzlich soll niemand mehr direkt zum Spezialisten gehen können, auch nicht gegen einen Aufpreis bei den Krankenkassenprämien. Der Erstbehandler entscheidet, ob er den Patienten an ein Spital oder an einen Spezialisten überweist. Der Artikel ist somit ein direkter Angriff auf die freie Arztwahl.

Freiwillig versus Zwang

Das Vorhaben wird es schwer haben, darin sind sich Gesundheitspolitiker einig. 2012 verwarfen über drei Viertel der Stimmbevölkerung die ähnliche Managed-

Fortsetzung auf Seite 2

Sparmassnahmen

Das Globalbudget kennt viele Namen

Ausgerechnet jetzt, mitten in der Krise, gefährden mehrere politische Vorlagen die Qualität unseres Gesundheitswesens empfindlich: Sie wollen Globalbudgets definieren. Das Globalbudget kennt viele Namen. Ob «Kostenbremse» in der CVP-Initiative, «Zielvorgabe» im Massnahmenpaket I oder «Kostenziel» im Massnahmenpaket II zur Kostendämpfung des Bundesrats – die Gemeinsamkeiten: Neu soll die Politik den Umfang der Patientenversorgung festlegen, nicht mehr der medizinische Bedarf. Und versprochen werden schmerzlose Einsparungen, aber bei wem eingespart würde, bleibt unklar.

Was passiert, wenn solche «Zielvorgaben» überschritten werden? Wenn die Politik den Umfang der zulässigen Kosten festlegt, dann müsste der Versicherungsanspruch enden, wenn das Budget aufgebraucht ist. Pro Arzt oder Ärztin würden dann zum Beispiel noch genau zehn Lungenentzündungen und fünfzehn Hüftgelenke vergütet. Und dann? Das zeigt das Beispiel Deutschland, wo das Globalbudget bereits Realität ist: Wenn das Kontingent erfüllt ist, sehen Ärzte von weiteren Behandlungen ab. Manche Praxen schliessen gar ganze Tage, um das Budget nicht zu überschreiten. Zeitnahe Termine bekommt nur noch, wer privat versichert ist – eine Zwei-Klassen-Medizin.

Gerade jetzt wäre es fatal, unsere medizinische Versorgungssicherheit so zu gefährden. Zumal das Sparpotenzial durch Globalbudgets gering ist. Das zeigt nicht nur der Blick nach Deutschland, sondern auch in die französische und italienische Schweiz: Die Kantone Genf, Waadt und Tessin kennen bereits ein Globalbudget im Spitalbereich. Und es sind genau die Kantone, wo Versicherte mit die höchsten Prämien bezahlen.

Fortsetzung von Seite 1

Care-Vorlage – wobei diese dem Patienten noch deutlich mehr Freiheiten liess. Auch die Ärzteschaft lehnt das Vorhaben ab. Ein Referendum hätte deshalb gute Chancen. Bundesrat Alain Berset argumentiert zwar, dass bereits heute 70 Prozent der Schweizer ein Hausarzt- oder Telemedizinmodell ihrer Krankenkasse nutzen. Allerdings tun sie dies freiwillig und erhalten im Gegenzug einen Prämienrabatt.

Hausärztinnen und Hausärzte, die ihre Patienten und deren Krankengeschichte kennen, haben eine Schlüsselrolle in der Gesundheitsversorgung. Doch es gibt Patienten, die mit ihren Gesundheitsproblemen selbst gut vertraut sind und seit längerem vom selben Spezialisten behandelt werden, zum Beispiel bei wiederkehrenden Hautausschlägen. In diesem Fall verursacht der Termin bei der Erstberatungsstelle allen Beteiligten unnötigen Aufwand.

Hausarztmangel wird noch verschärft

Bei der konkreten Umsetzung der Idee bleiben noch viele Fragen offen. Zum Beispiel jene nach den Kapazitäten. Bereits heute gibt es zu wenig Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz. Zwar könnten auch Telemedizin-Anbieter und HMO-Netzwerke als Erstberatungsstelle fungieren. Aber das System würde für die Behandler der Erstberatungsstellen zusätzliche administrative Aufgaben nach sich ziehen. So könnten sie eher weniger Patienten als heute behandeln. Der Hausärztemangel würde verschärft.

Gefährliche Fehlanreize

In Kombination mit den fixen Kostenzielen, die ebenfalls im zweiten Kostendämpfungspaket enthalten sind, fördert das obligatorische Hausarztmodell auch neue Fehlanreize. Leistungserbringer erhielten nämlich eine jährliche Pauschale für jede versicherte Person, für die sie als Erstberatungsstelle fungieren. Somit wäre es für sie besonders lukrativ, junge und gesunde Patienten zu bevorzugen: Diese brauchen seltener eine medizinische Erstberatung, und aufwändige Behandlungen, die das Kostenziel überschreiten könnten, sind weniger häufig. Das Nachsehen hätten ältere Patienten oder chronisch Kranke, die regelmässig auf den Hausarzt angewiesen sind. Sie hätten Mühe, überhaupt noch einen Hausarzt zu finden.

Weitere Fehlanreize brächte der Systemwechsel auf Seiten der Krankenkassen. Sie könnten beispielsweise nur besonders billige Hausärzte zulassen. Die Patienten müssten auf Verlangen der Krankenkasse ihren angestammten Hausarzt aufgeben.

Arztwechsel nur mit Erlaubnis des Staates

Problematisch ist zudem die Frage, unter welchen Bedingungen Patienten ihren Hausarzt wechseln können. Gemäss dem vorgeschlagenen Gesetzestext regelt der Bund die Voraussetzungen, unter denen dies möglich ist. Das bedeutet eine staatliche Bevormundung des Patienten und schädigt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Letzteres spielt gerade bei der medizinischen Erstberatung eine wichtige Rolle.

Auf die Ärzteschaft hören

Die Ärztevereinigung FMH ist dezidiert gegen den Vorschlag des Bundesrats. Das heutige Hausarztmodell beruhe auf Freiwilligkeit. «Selbst wenn die gesamte Bevölkerung freiwillig im Hausarztmodell versichert wäre, wäre eine staatliche Zwangsregelung abzulehnen, denn mit der Freiwilligkeit und Konkurrenz der Modelle ginge auch die Qualität verloren», schreibt FMH-Präsident Jürg Schlup in der Schweizer Ärztezeitung.

Der Bundesrat erhofft sich mit der Massnahme, im Sinn der Kosteneffizienz unnötige Behandlungen zu vermeiden. Einsparungen wären aber auch möglich, ohne dass sie zulasten der Patienten gehen. Die Ärzteschaft will nämlich auch sparen. Unter anderem mit der Initiative Smarter Medicine, die das Thema der Fehl- und Überversorgung aus ärztlicher Sicht bearbeitet: Medizinische Fachgesellschaften veröffentlichen Top-5-Listen mit ärztlichen Massnahmen, die in den meisten Fällen überflüssig sind. Die Empfehlungen sind wissenschaftlich geprüft und von den Patienten einsehbar. Somit können Arzt und Patient gemeinsam entscheiden, welche Behandlung die beste ist – ohne dass der Staat sich einmischt.

Gastkommentar

Patientenerfahrungen als Goldmine für eine exzellente Gesundheitsversorgung

Patientenorientierung ist eine zentrale Dimension der medizinischen Versorgungsqualität - darüber besteht heutzutage weitgehend Konsens. Viele Gesundheitseinrichtungen schreiben sich entsprechende Leitsätze auf die Fahnen, ohne diese allerdings konkret umzusetzen.

Wie können wir jenseits von zweifellos gutgemeinten Absichtserklärungen die vielfältigen Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten tagtäglich sammeln, bestmöglich nutzen, so dass unser Gesundheitswesen die Rückmeldungen erhält, auf die es als lernendes System angewiesen ist? Patientenzufriedenheitsmessungen sind ein wertvoller Ansatz, reichen aber nicht aus, da sie oft auf wenige Parameter beschränkt sind.

Mit der Database of Individual Patient Experiences (DIPEx) entsteht aktuell in der Schweiz eine Goldmine an qualitativen Erfahrungsberichten. Die Erzählungen von Patienten mit verschiedenen Erkrankungen werden nach wissenschaftlichen Standards erhoben, analysiert und – mit Einwilligung der betreffenden Personen – auf der Website www.dipex.ch ausschnittweise als Video, Audio oder Text publiziert.

«Endlich fragt mal jemand», ist eine häufige Reaktion der Interviewpartner. Der partizipative Ansatz verleiht nicht nur Patienten eine öffentlich wahrnehmbare Stimme, sondern bietet perspektivisch auch die Möglichkeit zur Verknüpfung mit quantitativen Daten und KI-basierten Analysen. DIPEx.ch bietet zudem einen reichhaltigen Fundus z.B. für die Entwicklung von Lehrmaterialien oder klinischen Entscheidungshilfen. Die Idee überzeugt: Ein Förderverein befindet sich in Gründung, die DIPEx-Eröffnungsveranstaltung wird im Frühjahr 2021 am Collegium Helveticum in Zürich stattfinden.

Nikola Biller-Andorno
Prof. Dr. med. Dr. phil

Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich
biller-andorno@ibme.uzh.ch

«Ein gut funktionierendes Gesundheitswesen ist nicht selbstverständlich»

Wie bringt die Ärzteschaft ihre Anliegen im Parlament ein? Womit bekämpft sie das Globalbudget? Bruno Henggi, Verantwortlicher für Public Affairs der FMH, erzählt von seiner Arbeit im neu zusammengesetzten Parlament.

***P+P:* Der Bundesrat will eine Zielvorgabe – sprich ein Globalbudget – in der medizinischen Versorgung einführen. Auch die CVP hat eine Initiative mit diesem Zweck lanciert. Wir kennen die Folgen solcher Projekte aus anderen Ländern: Das Kostenwachstum wird kaum gebremst; dafür nimmt das Arzt-Patienten-Verhältnis Schaden, es kommt zu Zwei-Klassen-Medizin, Rationierung und Wartezeiten. Was unternimmt die FMH in Sachen Public Affairs dagegen?**

Bruno Henggi: Wir haben schon einiges unternommen. Der Bundesrat publizierte im Oktober 2017 den Expertenbericht zum Kostendämpfungsprogramm. Schon tags darauf haben die FMH und weitere Akteure Stellung genommen: Das Globalbudget im Gesundheitswesen ist kein guter Weg, weil diese Massnahme zulasten der Patientenversorgung geht. Das war eine erste, sichtbare Aktion. Seither haben wir mit dem alten und dem neuen Parlament den Dialog gesucht, um über die Auswirkungen eines Globalbudgets auf die Qualität der Gesundheitsversorgung zu sprechen. Namentlich haben wir auch für die Gelegenheit gesorgt, mit Kennern des deutschen Gesundheitswesens über die Erfahrungen mit Budgets und Zielvorgaben zu sprechen. In Deutschland gibt es quartalsweise ein so genanntes Regelleistungsvolumen. Am Ende eines Quartals müssen Ärzte, deren Volumen ausgeschöpft ist, ihren Patienten einen Termin im nächsten Quartal geben oder sie zu einem anderen Arzt schicken, der noch über Budget verfügt.

Wie würden Sie das Problem lösen, dass viele Haushalte die Last der Krankenkassenprämien kaum mehr stemmen können?

Es gibt ein Gegenprojekt zum Globalbudget, das bereits im parlamentarischen Prozess ist: Die Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Während das Globalbudget die Kosten deckeln will, setzt EFAS bei der Finanzierung an. PWC hat berechnet, dass allein die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich ein jährliches Sparpotential von etwa einer Milliarde Franken birgt, ohne dass die Patientin oder der Patient Nachteile erleidet, wie es beim Globalbudget der Fall wäre.

Die Gegner sagen, EFAS sei ein reines Umverteilen der Kosten

Ausser den Kantonen gibt es kaum noch einen Akteur im Gesundheitswesen, der EFAS ablehnend gegenübersteht. Mehrheitlich besteht Konsens darüber, dass EFAS sinnvoll ist und Sparpotenzial hat. Und man ist sich einig, dass die ungleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen Fehlanreize auslöst, die es zu eliminieren gilt.

Inwiefern beeinflusst die Covid-19-Pandemie die politischen Reformbestrebungen im Gesundheitswesen?

Die Pandemie hat das Bewusstsein für den Wert eines guten und funktionierenden Gesundheitswesens gestärkt. Es gab beispielsweise öffentlichen Applaus für das Gesundheitspersonal. Versorgungssicherheit ist zu einem neuen Stichwort im gesundheitspolitischen Vokabular geworden. Gemäss einer Befragung des Forschungsinstituts gfs.bern finden rund 90 Prozent der Bevölkerung, wir sollten die Eigenversorgung mit medizinischen Produkten verbessern. Die Bevölkerung konnte und kann in der Corona-Pandemie auch erstmals das Schweizer Gesundheitssystem direkt mit anderen Systemen vergleichen. Unser Gesundheitswesen hat den Härtetest bestanden: Es gab keine Triage, niemand musste zurückgewiesen werden; die Intensivstationen waren zwar ausgelastet, aber nicht überlastet. Die Pandemie hat uns also gezeigt, dass unser Gesundheitssystem gut funktioniert und dass dies nicht selbstverständlich ist.

Was können wir in Bezug auf die Kosten im Gesundheitssystem lernen?

Dass Überkapazitäten, die auf dem Prüfstand sind, in einer solchen Situation Sinn ergeben können. Auf grund dieser Erfahrung könnte man die teilweise kolportierten «20 Prozent Luft im System» aus einer anderen Perspektive beurteilen. Ob diese Stimmungslage in der Bevölkerung Einfluss haben wird, wissen wir noch nicht.

Mit der Erklärung der «ausserordentlichen Lage» hat der Bund während der Pandemie das Zepter übernommen. Die Kantone forderten aber schon bald lautstark ihre Autonomie zurück. Stimmt die Einschätzung, dass seit einigen Jahren immer mehr Aufgaben im Gesundheitssystem an den Bund übertragen werden?

Der Versorgungsauftrag liegt immer noch bei den Kantonen, und das ist gut so. Die Kantone sind in der Lage, bevölkerungs- und patientengerecht zu agieren. Es ist jedoch eine Tendenz festzustellen, dass die Rolle des Bundes gestärkt werden soll. Das ist nicht im Sinn der FMH und auch nicht im Sinn einer bedürfnisgerechten Gesundheitspolitik.

Eine längere Fassung dieses Interviews ist im doc.be 5/20 der Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) erschienen.

Bruno Henggi ist überzeugt: Anders als das Globalbudget wäre EFAS eine Lösung, die Kosten einspart, ohne dass die Patientinnen und Patienten Nachteile erleiden. Bild: Markus Gubler

Neuer Qualitätsartikel

Qualität wird zur Staatsaufgabe

Ab Januar 2021 tritt der neue Qualitätsartikel in Kraft. Ab dann bestimmt eine eidgenössische Kommission über die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Ihre Machtfülle sorgt für Kritik.

Qualitätsentwicklung – auch eine staatlich gelenkte – muss immer den Patienten dienen. Bild: Keystone

Über Jahre waren Spitäler, Ärzte und Versicherer vornehmlich selbst für die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen verantwortlich. Sie haben eigene Programme und sogar ganze Organisationen aufgebaut, wie die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM). Ab nächstem Jahr bestimmt der Bund. So will es der Qualitätsartikel im Krankenversicherungsgesetz, der Anfang 2021 in Kraft tritt.

Vorbehalte der Kantone

Der neue Gesetzesartikel fördere eine systematische Herangehensweise, bringe mehr Verbindlichkeit und mehr Koordination, ist BAG-Vizedirektor Thomas Christen überzeugt: «Leistungserbringer und Versicherer sind angehalten, Qualitätsverträge abzuschliessen.» Begleitet und beraten werden die Akteure von einer eidgenössischen Qualitätskommission, einem neu zu schaffenden Gremium.

Die Kommission wird mit weitreichenden Entscheidungsbefugnissen ausgestattet. Sie berät Akteure, koordiniert ihre Aktivitäten, rapportiert dem Bundesrat, vergibt Studienaufträge und finanziert nationale und regionale Projekte zur Qualitätsentwicklung. Diese Machtfülle sorgt für Kritik. Vorbehalte äussert die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren GDK: Für die Organisationen, die sich bereits heute für die Qualitätssicherung einsetzen, können sich Probleme ergeben. Es bestehe die Gefahr, dass bewährte und über Jahre aufgebaute Akteure in ihrer Existenz bedroht werden.

Fragmentierung des Systems

So berechtigt diese Befürchtung ist, so eindeutig sind auch die Schwierigkeiten des bestehenden Systems. Selbst Qualitätsmanager von grossen Universitätsspitälern räumen Versäumnisse ein. Bislang sei es nicht gelungen, schweizweite, umfassende Standards zu etablieren. Neben der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM) existieren zahlreiche Register und Programme. Die Qualitätsentwicklung sei in der Schweiz zu fragmentiert. Es brauche eine Harmonisierung bestehender Programme.

Patientenerfahrungen stärker berücksichtigen

Qualitätsentwicklung ist nicht nur organisatorisch, sondern auch inhaltlich eine Herausforderung. Peter Berchtold, Vizepräsident Schweizerische Stiftung Patientenorganisation SPO, nennt ein Grunddilemma: «Patienten können Erfahrungen schildern, aber sie können medizinische Qualität nicht beziffern.» Doch viele Qualitätsprogramme fokussieren stark auf den Outcome medizinischer Behandlungen. Erfahrungen der Patienten werden wenig erfasst und erforscht. Für Berchtold steht fest: Qualitätsindikatoren sollten auch psychologische und soziale Fähigkeiten der Leistungserbringer abbilden. Gerade bei chronischen, unklassifizierbaren Erkrankungen sei weniger medizinische Expertise gefragt, sondern das Einfühlungsvermögen von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden stehe im Vordergrund. Künftige Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen muss Patientenerfahrungen stärker Rechnung tragen, fordert Berchtold.

Kommission muss bestehende Akteure einbinden

Das Parlament hat die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen politisch gestärkt. Der Bund stellt Millionen für Qualitätsprogramme zur Verfügung und schafft zwischen Versicherern und Leistungserbringern Verbindlichkeiten. Mit der eidgenössischen Kommission entsteht ein neuer starker Akteur, der bestehende Organisationen konkurrenziert. Vieles wird davon abhängen, wie die Kommission personell zusammengesetzt wird und wie gut es ihr gelingt, bestehende Akteure und ihre Programme einzubinden. Dessen ist sich auch das zuständige Bundesamt bewusst. BAG-Vizedirektor Thomas Christen betont: «Qualität kann nicht vom BAG verordnet werden. Qualität muss sich bottom-up entwickeln, als Resultat eines partizipativen Prozesses.»

Der Einbezug aller Akteure ist wichtig. Entscheidender ist aber, dass das wahre Ziel nicht aus den Augen verloren geht: Qualitätsentwicklung – auch eine staatlich gelenkte – muss immer dem Patienten dienen.

Stiftung für Qualitätsentwicklung in der ambulanten Medizin

Das Qualitäts-Basis-Modul (QBM) macht die ärztliche Qualität in der Praxis sichtbar. Ärzte und ihr Praxis-Team erheben periodisch über eine Internet-Plattform Qualitätsdaten. Zudem werden einmal jährlich Daten via Patienten-Fragebogen generiert. Nach jeder Erhebungsphase finden Auswertungs-Workshops statt. QBM ist ein Produkt des VEDAG. Es wurde von Ärzten entwickelt und von Gesundheitsexperten sowie Versicherungsvertretern evaluiert.