



Gastkommentar

Krankenkassenexperte
Felix Schneuwly kritisiert
Bersets Narrativ der
unfähigen Tarifpartner.
Seite 2



Ethikregeln für den Computer

Künstliche Intelligenz stellt
die Gesellschaft vor neue
Herausforderungen. Die Tech-
nologie muss ethischen
Richtlinien folgen. Seite 3



Wo sparen?

Werner Widmer spricht
über mögliche Beschrän-
kungen des Kostenwachs-
tums im Gesundheits-
system. Seite 4

POLITIK+PATIENT

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

Sparpläne im Gesundheitswesen

Sackgasse Globalbudget

Der Bundesrat hält an seiner umstrittenen Idee fest, die Kosten im Gesundheitswesen zu deckeln. Sein jüngstes Manöver: Er plant das Globalbudget getarnt als Zielvorgabe an die Urne zu bringen. Spitäler und Kantone sind dagegen – und zeigen Auswege aus der Sackgasse auf.



Das Globalbudget ist eine Sackgasse; Auswege würden existieren.

Bild: iStock

Das zweite Massnahmenpaket des Bundesrates für die Kostendämpfung im Gesundheitswesen fiel in der Vernehmlassung durch. Die Ärzteschaft und ihre Berufsverbände liessen kein gutes Haar an der Vorlage. Sie

warnen seit Jahren vor den negativen Folgen und weisen auf die unliebsamen Erfahrungen aus Deutschland. Seit mehr als zwei Dekaden finanziert unser

Fortsetzung auf Seite 2

Kommentar

TARDOC abgelehnt — wie weiter?

Ende Juni 2021 hat der Bundesrat beschlossen, den neuen Tarif TARDOC in der eingereichten Form abzulehnen. Die Ärzteschaft und die beteiligten Kassen haben kein Verständnis für diesen Entscheid und die Haltung vereinzelter Akteure im Gesundheitswesen, die sie mittragen. Jahrelange Verhandlungen wurden blockiert, ein hart erarbeiteter Kompromiss über Bord geworfen.

Das ist für die Ärzteschaft wie für Patientinnen und Patienten ein reales Problem: Der alte Tarif TARMED – eingeführt 2004 – bleibt bestehen, obwohl er aktuellen Entwicklungen längst nicht mehr gerecht wird. Bereiche wie die Grundversorgung, Kinderspitäler oder die Palliativmedizin sind massiv unterfinanziert.

Die Einigung aller Tarifpartner auf einen neuen Tarif bis Ende Jahr, die der Bundesrat verlangt, scheint utopisch. Nicht nur, weil die Zeit dafür knapp ist. Die Entscheidung des Bundesrats diesen Sommer hat gezeigt, welche unfairen Kriterien er an die Leistungserbringer stellt. Offensichtlich setzt er die vollkommene Einigkeit sämtlicher Akteure voraus, um ihren Vorschlag zu akzeptieren. So erweckt er den Anschein, die Akteure hätten selbst Schuld an der politischen Blockade des neuen Tarifs.

Wie wenig zielführend das ist, zeigt die Diskussion um den verworfenen TARDOC-Vorschlag: Die vereinzelt Akteure aus dem Gesundheitswesen, die ihn ablehnen, hatten unterschiedliche Gründe für ihre Ablehnung. Höchstwahrscheinlich könnten sie sich auch auf einen neuen Tarif nicht einig sein. Einzelne Gegenstimmen wird man immer finden. Was es braucht, ist der politische Wille, das veraltete TARMED-System zu überwinden – in einer Weise, die den heutigen Bedürfnissen von Ärzteschaft und Patienten gerecht wird.

nördlicher Nachbar sein Gesundheitssystem über ein Globalbudget. Hier hat sich gezeigt: Erreichen Ärzte ihre Zielvorgaben, dürfen sie nicht mehr behandeln. Manche schliessen sogar tagelang ihre Praxen, um das Budget nicht zu überschreiten. Patienten müssen dann zu einem anderen Arzt wechseln oder warten.

Neue Ausgangslage

Auch die Kantone und die Spitäler sprechen sich in ihren Stellungnahmen gegen die Zielvorgabe aus. Mit Blick auf die neue Ausgangslage – der Bundesrat hat Ende April 2021 entschieden, die Zielvorgabe als indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative aus dem Massnahmenpaket herauszulösen – hat Politik+Patient beim Spitalverband H+ und bei der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK nachgefragt. Wie stehen H+ und die GDK zur Vorlage? Was wären alternative Reformansätze?

Versagen der Gesundheitspolitik

Für Spitäler und Kantone steht fest: Diese Zielvorgabe bedeutet eine Abkehr vom regulierten Wettbewerb. Die GDK warnt vor neuen Regulierungen, H+ sieht gar einen tiefgreifenden Systemwechsel. Der Bund würde mit Zielvorgaben das Gesundheitswesen planwirtschaftlich, zentralistisch und rein kostenbasiert steuern. Das gefährde die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung der Schweiz auf unnötige Weise. Das Globalbudget komme verfrüht, torpediere bereits in die Wege geleitete Massnahmen und untergrabe die Autonomie der Tarifpartner. Ein Globalbudget sei eine Ultima Ratio, hält H+ fest. Zu diesem Instrument solle erst gegriffen werden, wenn alle Effizienzpotenziale ausgeschöpft seien. Markus Trutmann, Leiter Geschäftsbereich Politik bei H+, spricht Klartext: «Die Einführung eines Globalbudgets wäre Ausdruck eines Versagens der Gesundheitspolitik».

Umsetzung nicht praktikabel

Für die GDK hängt die Wirksamkeit der Zielvorgabe stark von der konkreten Umsetzung ab. Ein jährliches Festlegen und Anpassen von Zielvorgaben sei für die Kantone nicht praktikabel. Die Gründe: fehlende Daten und Verzögerungseffekte. «Die Kantone müssten Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche schon festlegen, bevor die Daten des Vorjahres überhaupt bekannt sind.» Die Einführung von Zielvorgaben, so die GDK, würde den administrativen Aufwand der Kantone massiv erhöhen – gerade kleinere, ressourcenschwache Kantone würden stark belastet. Denn die Zielvorgaben müssten aufgrund des demografischen Wandels und der technologischen Entwicklung laufend angepasst werden.

Diese Bedenken teilt Markus Trutmann: «Was medizinisch nötig ist, lässt sich nicht mathematisch prognostizieren.» Aus diesem Grund, so Trutmann, würden

Zielvorgaben im Gesundheitswesen keine Kosten eindämmen. Und die GDK warnt vor einer weiteren Gefahr: Kantone könnten, im Bestreben nach Erfüllung der Kostenziele, andere wichtige Aufgaben wie die Qualität oder die Prävention vernachlässigen.

Koordinierte Versorgung, nutzenbasierte Versorgung

Aktuell lässt der Bundesrat seine Vorlage überarbeiten. Im November soll die Botschaft vorliegen. Hält er an der Zielvorgabe, dem Globalbudget, fest, werden Kantone und Spitäler ihm voraussichtlich die Gefolgschaft verweigern. Für beide ist klar: Der Bundesrat sollte seinen Fokus neu ausrichten. Weg von der reinen Kostenperspektive und hin zu Ansätzen, welche die Koordination und die Qualität stärker gewichten. Die GDK sieht in der koordinierten Versorgung Potenzial. Eine bessere Vernetzung der Leistungserbringer senke nicht nur die Kosten, sondern führe auch zu Innovation und zu besseren Behandlungsergebnissen. Markus Trutmann schlägt vor, dass Reformen im Gesundheitswesen sich stärker am Nutzen und an der Qualität ausrichten sollten. Dafür steht zum Beispiel der Ansatz der nutzenbasierten Versorgung (Value Based Health Care, VBHC). VBHC ist mehr als ein theoretisches Konstrukt: Kürzlich haben zwei Spitäler mit einem Versicherer einen Vertrag abgeschlossen, der ergebnisbasierte Tarife vorsieht. Es gibt weitere Spitäler, die an solchen Verträgen interessiert sind. Dieses Beispiel beweist: Es gibt für den Bundesrat Auswege aus der Sackgasse Globalbudget.

Gastkommentar: Sprechen über COVID-19

Die unfähigen Tarifpartner – Bundesrat Berset's Narrativ auf dem Weg zur Staatsmedizin

TARDOC zeigt: Die Tarifpartner fallen auf Bundesrat Berset's Spiel rein und werden es erst beklagen, wenn die Tarifpartnerschaft tot und alle Macht bei Bund und Kantonen ist.

Am 30. Juni hat der Bundesrat den neuen Ärztetarif TARDOC nicht genehmigt. An der anschliessenden Medienkonferenz gab sich Bundesrat Berset frustriert, weil sich die Tarifpartner nicht einigten. Kein Journalist hat gefragt, wo das denn im KVG stehe, dass sich alle Tarifpartner einig sein müssten und was gemäss KVG ein sachgerechter Tarif sei, damit die Krankenkassen nur wirksame, zweckmässige sowie wirtschaftliche und keine überflüssige, schädliche oder einfach zu teure Medizin zu Lasten der Grundversicherung vergüten.

Ein Teil der Tarifpartner - in diesem Fall curafutura, die FMH und die MTK – hat es nicht geschafft, in mehreren Jahren ein Tarifsystem zu erarbeiten, das der Bundesrat genehmigt, weil Bundesrat Berset und seine Leute im BAG immer neue Anforderungen formulieren. Wie sollen es alle Tarifpartner zusammen mit einem noch so schönen Letter of Intent schaffen, bis Ende Jahr einen Einzelleistungstarif und ambulante Pauschalen hinzukriegen, welche Bundesrat Berset's Anforderungen erfüllen?

H+ und Santésuisse loben das bundesrätliche Nein zum TARDOC, haben aber keinen Konsens über die Alternative. H+-Präsidentin Isabelle Moret hat schon vor dem bundesrätlichen Nein kommuniziert, dass die Spitäler viel mehr Geld für ihre defizitären ambulanten Leistungen brauchen. Santésuisse fordert aber Kostenneutralität. Der TARDOC ist alles andere als perfekt. Er ist aber besser als der TARMED. Es gibt keinen vernünftigen Grund ein Tarifsystem abzulehnen, das a) besser ist als der Status quo und b) jährlich verbessert wird.



Felix Schneuwly
Krankenkassenexperte bei
comparis.ch



Künstliche Intelligenz und Ethik

Ethikregeln für den Computer

Künstliche Intelligenz in der Medizin ist ein wertvolles Werkzeug. Sie stellt die Gesellschaft jedoch vor neue Herausforderungen. Genau wie Ärztinnen und Ärzte muss auch die Technologie ethischen Richtlinien folgen.

Künstliche Intelligenz erkennt Hautkrebs auf Fotos ähnlich kompetent oder sogar besser als ein Dermatologe. Sie überprüft regelmässig Blutdruck- und EKG-Daten und meldet Auffälligkeiten. Im Chat mit depressiven Personen registriert sie Hinweise auf emotionalen Stress und hilft akute Situationen zu meistern. Künstliche Intelligenz (KI) wird in vielen Bereichen der Medizin bereits angewendet. Trotzdem haben manche Menschen Vorbehalte. Sie befürchten etwa, dass ein Computer über Leben und Tod entscheidet. Das ist tatsächlich eine furchteinflössende Vorstellung, sie entspricht aber nicht der Realität. Das Misstrauen beruht fast immer auf einem falschen Bild davon, was KI kann – und was nicht.

Suche nach Mustern im Datenschatz

Selbstlernende algorithmische Systeme – darum handelt es sich meistens, wenn von KI die Rede ist – haben keine menschliche Intelligenz, keine Intuition und kein Bewusstsein. Sie können deshalb Arzt und Ärztin nicht ersetzen. Sie können aber hervorragend riesige Datenmengen durchforsten und Muster erkennen. Das tun sie unermüdlich, ohne Wertschätzung, Pausen oder Schlaf. Und sie lernen stetig dazu.

Viele Daten werden in der Medizin ohnehin erhoben. Sie nicht auszuwerten wäre so, als würde man einen versunkenen Schatz nicht heben. Diese Routinearbeit

einer Maschine zu überlassen ist sinnvoll. So haben Ärzte mehr Zeit für Patienten. Hierbei sind jene Eigenschaften gefragt, die eine KI nicht bieten kann: Fürsorge, Empathie, Menschlichkeit.

Ethische Richtlinien für Menschen und Maschinen

Es gibt jedoch berechtigte Kritik am Einsatz von KI-Systemen in der Medizin. So wie Ärztinnen und Ärzte ethische Richtlinien befolgen, so müssen auch für KI Regeln definiert und eingehalten werden. Die wichtigsten betreffen Datenschutz, Transparenz und Verantwortung.

Erstens müssen die Patientendaten geschützt sein. Wer eine KI nutzt, muss sicherstellen, dass keine Diskriminierung aufgrund der erhobenen Daten möglich ist. Aussenstehende dürfen keinen Zugriff auf die Daten einzelner Patienten erhalten.

Zweitens muss der Aufbau der KI-Systeme transparent sein. Unabhängige Expertinnen und Experten müssen jederzeit nachvollziehen können, welche Kriterien der Algorithmus anwendet.

Drittens verantwortet die Ärztin, der Arzt die medizinische Entscheidung, auch wenn eine KI beteiligt war. Der Hersteller einer künstlichen Intelligenz könnte allenfalls zur Verantwortung gezogen werden, wenn ein schwerer Systemfehler vorliegt.

Medizinische Entscheidungen werden auch künftig von Menschen getroffen; der technologische Fortschritt unterstützt sie dabei. Für die Anwendung Künstlicher Intelligenz müssen allerdings ethische Richtlinien befolgt werden. Bild: iStock

Die WHO warnt vor Missbrauch

Der Einsatz von KI beschäftigt auch die Weltgesundheitsorganisation WHO. In einem kürzlich veröffentlichten Bericht zeigt sie die ethischen Herausforderungen, die mit dem Einsatz von KI im Gesundheitswesen verbunden sind. Und sie gibt Empfehlungen für Regierungen, KI-Entwickler, Organisationen und Unternehmen, damit die Technologie nicht missbraucht wird. Laut WHO berge KI ein enormes Potenzial, um weltweit die Gesundheit von Millionen Menschen zu verbessern; doch der missbräuchliche Einsatz könne enormen Schaden verursachen.

Keine Science-Fiction-Welt

Die Fachleute sind sich uneins, inwiefern KI die Medizin verändern wird. Die Technologie wird kaum unheilbare Krankheiten besiegen. Sicher ist aber, dass sie ganz neue Möglichkeiten eröffnet. Aktuelle Beispiele dafür sind die personalisierte Medizin oder telemedizinische Anwendungen. Sollte KI dereinst auch komplexere Aufgaben erledigen, wird die Gesellschaft schwierige Fragen beantworten müssen: Wie viel Autonomie und Verantwortung geben wir der KI? Sollen wir alles ermöglichen, was technisch machbar ist?

Mediziner sind sich dieser Verantwortung durchaus bewusst. Das zeigt beispielsweise die Forschung im Center for Artificial Intelligence in Medicine CAIM in Bern. Prof. Dr. phil. Rouven Porz, Leiter Medizinethik und ärztliche Weiterbildung am Inselspital Bern, versichert: «Keiner will eine Science-Fiction-Welt, in der die KI irgendwann die Herrschaft über den Menschen übernimmt». Medizinische Entscheidungen werden auch künftig von Menschen getroffen: nämlich durch Ärztin und Patientin gemeinsam.

Wo spart der Gesundheitsökonom?

Es gibt viele Ideen und Ansätze zur Verbesserung des Schweizer Gesundheitssystems. P+P fragte bei Gesundheitsökonom Werner Widmer nach, was die Probleme des bestehenden Gesundheitssystems seien und wie das Kostenwachstum gedämpft werden könne. Warum einkommensabhängige Franchise und privatrechtliche Spitäler dazu gehören, erklärt Widmer in unserem Interview.

Die Gesundheitskosten machen einen grösseren Anteil am Haushaltsbudget aus als früher. Im Gegenzug leben wir länger und uns stehen immer mehr medizinische Möglichkeiten offen. Gleichzeitig sinken andere Kosten. Warum sind die stärker als das Bruttoinlandprodukt (BIP) steigenden Gesundheitskosten ein Problem?

Geld, das zusätzlich ins Gesundheitswesen fließt, kann nicht mehr für andere gesellschaftliche Anliegen verwendet werden. Die Gesundheitskosten betragen rund 80 Milliarden Franken pro Jahr, die Ausgaben für Bildung rund 18 Milliarden. Da Bildung eine wesentliche Determinante der Gesundheit ist, nützt eine zusätzliche Schul-Milliarde vielleicht sogar mehr für die Gesundheit der Bevölkerung, als wenn sie direkt im Gesundheitswesen ausgegeben würde.

Sie schlagen vor, dass die Politik das Mengen- und Kostenwachstum über mehr finanzielle Eigenverantwortung einschränken könnte. Solidarität käme nur noch zum Tragen, wo «die Eigenverantwortung überfordert ist». Wie kann in einem solchen Modell verhindert werden, dass Personen auf eigentlich nötige Behandlungen verzichten?

Heute beträgt die Franchise 300-2500 Franken pro Jahr. Viele Menschen könnten mehr als das selbst bezahlen, bevor sie die Solidarität beanspruchen. Deshalb schlage ich vor, die Franchise für alle z.B. auf 10 Prozent ihres Einkommens festzulegen. Falls dann Patienten auf Leistungen verzichten, tun sie das, weil sie das Geld anders ausgeben wollen. Im Vergleich zu heute würden weniger unnötige Leistungen im ambulanten Bereich und bei den Medikamenten nachgefragt.



Eine Frage des Geldes: Wo lässt sich im Gesundheitswesen sparen?

Bild: iStock

Ambulant ist günstiger als stationär. Ein Vorschlag ist eine Finanzierung aus einer Hand (EFAS), um die nötige Umverteilung hin zu ambulant voranzutreiben.

Hat dieses Modell auch Nachteile?

Ambulante Leistungen belasten die Krankenkassen und entlasten die Kantone, die heute bei der Finanzierung der ambulanten Leistungen nicht beteiligt sind. EFAS ist deshalb ein verständliches Anliegen der Krankenversicherer. Sie wollen, dass Kantone und Krankenkassen sowohl für stationäre als auch für ambulante Leistungen gleich viel bezahlen. Das halte ich für sinnvoll.

Für die Spitäler und die praktizierenden Ärzte ändert sich ertragsmässig nichts. Einen Nachteil gibt es aus der Sicht der Kantone: Sie könnten ihren Steueranspruch im stationären Bereich kaum mehr legitimieren. Ich vermute, dass dieser befürchtete Machtverlust die Umsetzung von EFAS bisher verhindert hat.

Ist der kantonale Steueranspruch bei Spitälern ein Problem?

Es ist problematisch, dass die Gesundheitsdirektion gleichzeitig Besitzerin der Kantonsspitäler ist und zuständig für die Erteilung der Leistungsaufträge an alle Spitäler im Kanton, also auch an die Konkurrenz der eigenen Häuser. Eine saubere Lösung wäre die Privatisierung der öffentlichen Spitäler als privatrechtliche Stiftungen oder die Verlegung der Spitaligentümerrolle zur Volkswirtschafts- oder Finanzdirektion. Denn diese hält auch die anderen Beteiligungen des Kantons an grossen Unternehmungen. Die Gesundheitsdirektion wäre dann nur noch für die Gestaltung des Wettbewerbs zwischen den Spitälern zuständig.

Zur Person

Dr. rer. pol. Werner Widmer ist Vorsitzender des Leitenden Ausschusses der Stiftung Diakoniewerk Neumünster, Präsident der Meikirch-Stiftung, Präsident der Krebsliga Zürich und gehört dem Verwaltungsrat des Careum Bildungszentrums an. Er studierte an der Universität Basel Volks- und Betriebswirtschaftslehre. An der Universität Luzern lehrt er zum Thema «Spitalmanagement». 2019 erschien im Careum-Verlag das von Widmer zusammen mit Roland Siegenthaler verfasste Buch «Durchblick im Gesundheitswesen: Handbuch für Öffentlichkeit und Politik».