



Kurzsichtige Optik

Unsere Gesundheitspolitik braucht weniger Eingriffe und mehr Innovation.
Seite 2



Öffentliche Diskussion

Rationierung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Thema – und muss öffentlich diskutiert werden.
Seite 3



Grösserer Nutzen

Die integrierte Versorgung hat beim Volk einen schweren Stand – weil sie bisher als Billigmedizin verkauft wurde. Seite 4

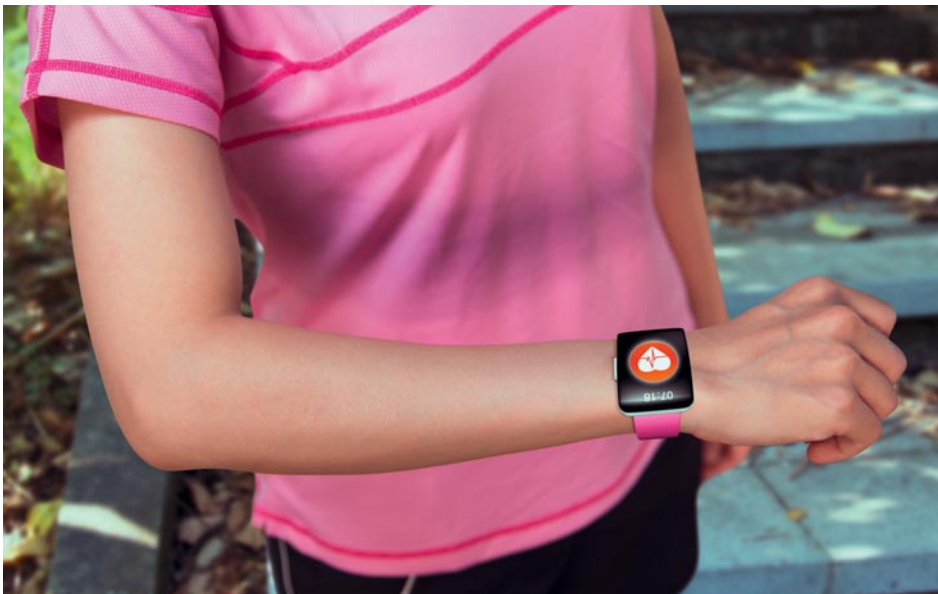
POLITIK+PATIENT

11. Jahrgang
Herausgeber: Verband deutschschweizerischer
Ärztegesellschaften (VEDAG)
Politik+Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung
Verantwortlich für die Redaktion:
Marco Tackenberg, Felix Adank; forum | pr
Layout: Claudia Bernet, Bern
Druck: Stämpfli AG

Wearables

Big Brother am Handgelenk

Sie messen die Herzfrequenz, überwachen den Blutzucker und registrieren menschliche Bewegungen: Mit Wearables und Applikationen für Smartphones wollen führende Technologie-Konzerne den lukrativen Gesundheitsmarkt erschliessen.



Führende Technologie-Unternehmen haben das Gesundheitssystem als neues Geschäftsfeld für sich entdeckt. Mobile Geräte, die menschliche Vitalfunktionen erfassen, sogenannte Wearables, erleben gegenwärtig einen gewaltigen Boom. Nach Prognosen von US-Marktforschern wächst das weltweite Marktvolumen für tragbare Technologien in den kommenden drei Jahren bis auf 60 Milliarden US-Dollar. Die Konzerne sind daran, das Gesundheitswesen mit ihren Produkten zu revolutionieren. So hat etwa Google eine intelligente Kontaktlinse entwickelt, die pausenlos den Blutzuckerspiegel kontrolliert und Alarm schlägt, wenn er kritisch wird. Anbieter wie Fitbit oder Garmin haben Armbänder auf den Markt gebracht, die pausenlos

Daten über Aktivitäten und Körperfunktionen sammeln. Via Smartphone-App lassen sich mit ihnen Herzfrequenz und Blutdruck messen, Gehschritte zählen, die Kalorienzufuhr ermitteln oder der Schlafrhythmus bestimmen.

Dank Wearables gesünder leben?

Den tragbaren Messgeräten zum globalen Durchbruch verholfen, hat die soziale Bewegung «The Quantified Self (QS)», das in Zahlen ausgedrückte Ich. QS ist heute ein weltumspannendes Netzwerk aus Anwendern, App-Entwicklern, Hardware-Anbietern, Grosskonzernen und Heimprogrammierern. Ihre Anhänger nutzen

Fortsetzung auf Seite 2

Präimplantationsdiagnostik

Eine Frage der Solidarität

Am 14. Juni 2015 stimmt das Schweizer Stimmvolk über einen revidierten Verfassungsartikel ab, der die Präimplantationsdiagnostik PID erlaubt. Die Gegner stehen bereit: Ein Referendum zum Ausführungsgesetz ist so gut wie sicher.

Paare, die ihren Nachwuchs im Reagenzglas zeugen lassen, sollen vor Einpflanzung des Embryos in die Gebärmutter erfahren, ob dieser von einer schweren Erbkrankheit betroffen ist. Diese vom Bundesrat vorgeschlagene Präimplantationsdiagnostik PID wurde in den parlamentarischen Beratungen erheblich ausgeweitet: So sollen Embryonen auch auf Chromosomenfehler überprüft werden können. Dadurch wird beispielsweise auch Trisomie 21 (Down-Syndrom) erkannt. Mit der Verfassungsänderung soll in der Schweiz erlaubt werden, was in den meisten europäischen Ländern bereits möglich ist: Die Untersuchung künstlich befruchteter Eizellen auf Erbkrankheiten, teilweise auch auf Chromosomenfehler.

Trotzdem ist PID im Abstimmungskampf heiss umstritten: Im Nein-Komitee finden sich Vertreter verschiedenster politischer Parteien. Sie kritisieren, der Vorschlag von Bundesrat und Parlament öffne Tür und Tor für die gezielte Selektion von Menschen.

Behindertenorganisationen befürchten, dass der gesellschaftliche Druck auf Paare zunehmen könnte, Embryonen mit anormalen Chromosomen auszusondern. Bei Annahme der Verfassungsänderung ist ein Referendum gegen das Ausführungsgesetz so gut wie sicher.

Wir werden also zweimal über die Präimplantationsdiagnostik abstimmen können, und das ist gut so: Es braucht eine vertiefte Diskussion über die Frage, wie weit das Selbstbestimmungsrecht der Eltern gehen soll und welche gesellschaftliche Solidarität Menschen mit Behinderung erwarten dürfen.

die modernen digitalen Technologien zur Selbstvermessung. Mit Smartphone-Apps, Tragbändern am Handgelenk oder aufklebbaren Sensoren sammeln sie Daten über sich und ihren Körper. Sie nutzen die Wearables, um den Alltag zu strukturieren, gezielt Sport zu treiben, sich besser zu ernähren, kurz: um gesünder zu leben.

Bonus-Malus-System 2.0

Bislang helfen Wearables Millionen von Anwendern, ihren persönlichen Gesundheitszustand zu erfassen und ihn mit anderen Nutzern zu vergleichen. Diese Unmenge an gespeicherten gesundheitsbezogenen Daten ist Gesundheitsdienstleistern wie den Krankenversicherungen nicht verborgen geblieben. Sie werden sich diese Datenquellen erschliessen, um damit neue Versicherungsmodelle zu lancieren. Wohin der Weg führen könnte, hat der eidgenössische Datenschützer Hanspeter Thür kürzlich erläutert: Im vergangenen Jahr verteilte der Ölkonzern BP Fitnessarmbänder an 14'000 Mitarbeiter. Mitarbeiter, die ihre Bewegungen aufzeichnen liessen und sich während eines Jahres ausreichend bewegten (1 Million Gehschritte), wurden mit einer tieferen Versicherungsprämie belohnt. Die Datenpezialistin und Bestseller-Autorin Yvonne Hofstetter warnt vor den unliebsamen Folgen: «Bisher beruht das System der Versicherung auf dem Solidaritätsprinzip. Viele zahlen ein, wenige nehmen die Zahlungen in Anspruch (...) Mit den neuen Telematiktarifen kann sich das schnell ändern, sie drohen, das Solidaritätsprinzip auszuhebeln.»

Mangelnder Datenschutz

Gesundheits-Apps und Wearables tangieren nicht nur den Solidaritätsgedanken der sozialen Krankenversicherung, sie sind auch dem Datenschützer ein Dorn

im Auge. Bei einem Grossteil der Produkte ist der Datenschutz nach wie vor nicht gewährleistet. Die Anwender werden im Unklaren gelassen, was mit ihren sensiblen Gesundheitsdaten geschieht: Über die Weiterverwendung der Daten können sie nicht selber bestimmen. Die Situation ist paradox: Während Gesundheitspolitiker und Ärzteschaft in der Schweiz gegenwärtig debattieren, welche Informationen in elektronischen Patientendossiers abgespeichert werden dürfen, legen Tausende von Schweizerinnen und Schweizern im Internet und auf dem Smartphone ihre eigenen Datensammlungen an: Big Brother liest mit.

Schwierige Kontrolle

Das Problem ist auch: Offizielle Stellen können die Funktionsweisen von Gesundheits-Apps und Wearables nur schwer überprüfen. Die Grenzen zwischen Fitness-, Sport-, Wellness-, Lifestyle-, Ernährungs-, Diät-Apps zu Wearables mit medizinischen Funktionen sind fließend, wie das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic bestätigt. Zudem wird der Marktzugang der meisten Gesundheits-Apps in der Schweiz und den EWR-Staaten nicht staatlich, sondern im behördlichen Auftrag von privatrechtlichen Firmen kontrolliert. Fehlerhafte Applikationen lassen sich deshalb erst im Nachhinein und nur aufgrund von Beschwerden aus dem Verkehr ziehen.

Auch wenn immer mehr Menschen gesundheitsbezogene Daten auf ihrem Smartphone mit sich herumtragen, Wearables und Gesundheits-Apps können den Gang zum Arzt nicht ersetzen. Denn: Aus den Daten lassen sich keine Diagnosen und Therapien ableiten. Dafür braucht es nach wie vor die medizinisch geschulten Behandler.

Kolumne

Kurzsichtige Optik

Bund und Kantone greifen zu häufig in unser Gesundheitswesen ein, nicht selten hart an den Grenzen des Krankenversicherungsgesetzes und darüber hinaus. Sie dafür zu kritisieren, ist grundsätzlich richtig, man muss dabei aber fair bleiben: Wenn die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) nicht in der Lage sind, im Rahmen der gesetzlich garantierten Tarifautonomie Lösungen zu verhandeln, kann man die öffentliche Hand nur beschränkt für staatliche Eingriffe rügen.

Lösungen scheitern zu oft am unbedingten Festhalten an Partikularinteressen, teilweise an der kurzfristigen Betrachtungsweise bis zur nächsten Prämienrunde, mangelndem Mut zur Innovation und leider auch am Verhandlungsargument, dass es der Bund schon richten werde, wenn man sich nicht entsprechend den eigenen Zielen einigen könne.

Bund und Kantone wären in dieser Situation gut beraten, auf direkte Interventionen zu verzichten und stattdessen die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, die der Förderung des Tariffriedens dienen. Dies betrifft die Festlegung der Basisfallwerte (Base-rates) DRG und der leistungsorientierten Abgeltung (LOA) oder die Revision des Ärztetarifs TARMED. Es wäre auch denkbar, die Festlegung der Medikamentenpreise oder die Einrichtung eines Qualitätssicherungssystems für den ambulanten Bereich in die Verantwortung von Versicherern, Industrie und Leistungserbringern zu geben. Der Bund müsste lediglich die Eckwerte dazu festlegen. Vorschläge zur Definition solcher Eckwerte liegen vor.

Noch tut die Politik zu wenig, um den Akteuren die kurzsichtige Optik zu nehmen und damit ein Klima für innovative Lösungen zu schaffen. Dazu braucht es Visionen, klare Ziele, Mut und Vertrauen.



Ehrung Christoph Ramstein

Zum 10-jährigen Jubiläum der Academy on Health Care Policy diskutierten diesen Frühling namhafte Vertreter in Bern über die Vor- und Nachteile von Festbeträgen, darunter Nationalrat Thomas de Courten (SVP BL), Santésuisse-Direktorin Verena Nold oder Margrit Kessler (Nationalrätin GLP SG und Präsidentin der Schweizerischen Stiftung Patientschutz SPO). Ein würdiger Anlass, um einen langjährigen Standespolitiker zu ehren: Dr. med. Anton Vogel (links), Dr. med. Florian Leupold (2.v.l.) und Salvatore Volante von der Firma mmconsult (rechts) danken dem scheidenden Co-Präsidenten des VEDAG, Dr. med. Christoph Ramstein, für sein gesundheitspolitisches Engagement.



Andreas Faller
ist Rechtsanwalt, Berater im Gesundheitswesen sowie Geschäftsführer des «Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen».

Rationierung muss öffentlich diskutiert werden

In einer begrenzten Welt kann kein System endlos wachsen. Grenzen bedeuten auch Rationierung. Wird dies nicht beachtet, kommt es früher oder später zum Kollaps.



Patienten erwarten von Ärztinnen und Ärzten vor allem Zeit: Zeit für Gespräche, Zeit, eine Person wahrzunehmen, Zeit des Einfühlens und Verstehens.

Bild: iStockphoto

Das Schweizerische Gesundheitswesen steckt in der Krise: Steigende Krankenkassenprämien, Personalmangel sowie Zeit- und Kostendruck in Spitälern und Praxen beschäftigen die Gesundheitsberufe. Der zunehmende Druck führt zu individuellen Zusammenbrüchen (Burnout) und zu Verteilungskämpfen. Der Denkfehler hinter dem aktuellen Effizienz- und Rationalisierungsstreben im Gesundheitswesen ist ein zweifacher:

1. Rationieren ist in einer begrenzten Welt zwingend.
2. Effizienzsteigerung, Arbeitsverdichtung und Prozessoptimierung führen zwangsläufig zum Rationieren von Zeit.*

Daraus ergibt sich die Frage: Wo und wie soll rationiert werden?

Absurde zeitliche Verdichtung

Rationieren der Zeit ist nicht harmlos – Zeit ist ein wesentlicher Aspekt der Heilkunst. Alle Patientenumfragen zeigen, dass von Ärztinnen und Ärzten Zeit erwartet wird: Zeit für Gespräche, Zeit, eine Person wahrzunehmen, Zeit des Einfühlens und Verstehens. Zeit ist auch für Fachleute im Gesundheitswesen wichtig,

um selber gesund und motiviert zu bleiben. Das Ausblenden dieser Tatsache ist im Endeffekt ökonomisch teurer als der kurzfristige Gewinn an Effizienz. Absurde zeitliche Verdichtung, das heisst knappe ärztliche Zeitbudgets am Patientenbett, führen in eine Sackgasse.

Wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam

Die sogenannten WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) bieten drei Handlungsansätze. Gegen eine Optimierung der Wirtschaftlichkeit durch effiziente Behandlungen lässt sich nichts einwenden. Als alleinige Massnahme führt sie allerdings zu den oben geschilderten Problemen. Dass zweckmässig behandelt wird, scheint selbstverständlich – ist es aber nicht mehr: Leider hat der Wettbewerb mit Bonusverträgen und anderen «Incentives» dazu geführt, dass Überversorgung und -therapie in westlichen Gesundheitssystemen zu einem grossen Kostenfaktor geworden sind. Bleibt die Wirksamkeit als wichtigster Ansatz. Die Diskussion um Rationierung wird heute um hochwirksame und teure Medikamente geführt, die etwa zur

Bekämpfung von Hepatitis C eingesetzt werden. Sie werden aus Kostengründen rationiert und kommen nicht allen Patienten zugute. Das Problem liegt aber anderswo: Viele etablierte Therapien sind wenig wirksam, so z.B. die vorsorgliche Einnahme von Cholesterinsenkern (Statinen) zur Verhinderung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das gleiche gilt für die Behandlung mässig erhöhter Blutdruckwerte bei über 65-jährigen Patienten, für Diabetes-Feineinstellungen ab 75 und für manche Vorsorgeuntersuchungen. Ein Verzicht würde Mittel freisetzen für wirksamere Therapien.

Öffentliche Diskussion tut not

Eine sinnvolle Methode, um Wirksamkeit zu messen, ist die «Number needed to treat» (NNT; «Anzahl notwendiger Behandlungen»). Dieser statistische Wert bezeichnet die Anzahl der Patienten, die präventiv oder aufgrund einer Erkrankung für einen definierten Zeitraum behandelt werden müssen, um ein Krankheits- oder Todesereignis zu vermeiden. So bedeutet eine NNT von 200/Jahr, dass 200 «Patienten» während eines Jahres mit dem getesteten Medikament behandelt werden müssen, damit einem Patienten geholfen werden kann, z.B. einen Herzinfarkt zu verhindern. Rationierung müsste hier ansetzen. Die wenigsten Menschen sind bereit, Medikamente bei einer Nutzenwahrscheinlichkeit von 0,5% zu schlucken. Die NNT muss in einem öffentlichen Diskurs für die solidarische Grundversicherung definiert werden. Der Schweregrad des zu verhindernden Ereignisses soll dabei berücksichtigt werden. Der grosse Vorteil dieses Ansatzes: Er erfordert keine Bewertung, welches Leben lebenswert ist bzw. welchen Wert das Leben hat.

Rationierung muss als zentrales gesundheitspolitisches Thema in die öffentliche Diskussion aufgenommen werden. Die NNTs als Ausdruck der Wirksamkeit bilden einen möglichen Ansatzpunkt, der für das Gesundheitswesen sinnvoller ist als die vorherrschende Zeitrationierung.

Literaturangaben (zu bestellen bei www.menschenmedizin.ch):

* Tagungsband 2 «Zeit – Mensch – Medizin»

** Tagungsband 1 «Markt – Mensch – Medizin»

Christian Hess

Dr. med. Christian Hess arbeitete als Arzt in Mänedorf, am Universitätsspital Zürich, in Ifakara (Tanzania) sowie in Zug. 1988 bis 2012 war er Chefarzt und ärztlicher Leiter am Spital Affoltern. Er ist Initiator und Vorstandsmitglied der Akademie Menschenmedizin und Mitglied der Kantonalen Ethikkommission Zürich.

Grösserer Nutzen für alle Beteiligten

Obwohl ein Grossteil der Ärzteschaft, viele Politiker und fast alle Versicherer für die integrierte Versorgung weibeln, hat das Konzept beim Volk einen schweren Stand. Dabei bringt eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern mehr Qualität. Ärztenetze dürfen eben nicht als Billigmedizin verkauft werden.

Neben dem drohenden Fachkräftemangel beschäftigt die Schweizer Gesundheitspolitiker vor allem die Zunahme von chronisch kranken und multimorbiden Patienten. Eine integrierte medizinische Versorgung birgt vielversprechende Ansätze – doch obwohl der gesundheitspolitische Wille vorhanden ist, hapert es an der konkreten Umsetzung. Mit schöner Regelmässigkeit werden Vorlagen, welche die integrierte Versorgung in der Verfassung zu verankern suchen, bachab geschickt. Der Grund ist einfach: Sie wurden dem Volk als Sparpakete verkauft – und schürten so die Angst vor Billigmedizin und Qualitätsverlust.

Eine Mehrheit aus Ärzteschaft, Politikern und Krankenversicherern glaubt nach wie vor an den Königsweg «integrierte Versorgung». Landauf, landab finden derzeit Veranstaltungen zum Thema statt. Die Verantwortlichen sind sich einig über das Ziel, nicht aber über den Weg – und zaudern bei der konkreten Umsetzung.

Kein Fortschritt ohne Risiken

Integrierte Versorgung bedeutet die verbindliche und enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten verschiedener Disziplinen, Pflegefachleuten, Spitalern, Apothekern,

Heimen und Rehabilitation. Eine «Best Practice»-Lösung umfasst auch Institutionen und Personen ausserhalb des medizinischen Bereichs wie Sozialdienste und Angehörige. Die Hausärztin, der Hausarzt koordiniert die Behandlung und begleitet den Patienten von der Erstuntersuchung bis zur erhofften Genesung – und verhindert dabei unnötige Untersuchungen und Therapien. Der Teufel aber sitzt im Detail.

Zweifellos erleichtert ein Netzwerk den sinnvollen Austausch zwischen Spezialisten und Hausärzten. Bei Netzwerken mit Budgetverantwortung droht aber bereits der Rationierungsdruck: Ist gewährleistet, dass der Patient die bestmögliche Behandlung erhält? Ist die freie Arztwahl eingeschränkt – und wenn ja: wie? Patientinnen und Patienten möchten weiterhin zwischen verschiedenen Optionen wählen können, wie das Scheitern der Managed-Care-Vorlage vom 17. Juni 2012 gezeigt hat: Massgebend für das Volksnein war die Einschränkung der freien Arztwahl.

Streitfrage Kompetenzverteilung

Integrierte Versorgung bedeutet auch, dass jeder Akteur die Leistung erbringt, für die er am besten geeig-

net ist. Darunter verstehen aber nicht alle dasselbe: So sprach sich Nationalrätin Ruth Humbel am Luzerner Symposium für integrierte Versorgung kürzlich dafür aus, dass Apotheker mehr Befugnisse erhalten sollen – zum Beispiel die rezeptfreie Abgabe von Medikamenten. Das wirke nicht nur dem Mangel an Fachpersonal entgegen, sondern sei auch Ansporn für Ärzte und Krankenversicherer, sich den ernsthaft erkrankten Menschen zu widmen. Dem widerspricht die Verbindung der Schweizer Ärzte FMH. Voraussetzung für Diagnose und Medikamentenabgabe seien eine genaue Befragung und Untersuchung sowie Interpretation der Ergebnisse. Dazu gehörten ein Medizinstudium ebenso wie Erfahrung im klinischen Alltag.

Der Wille zum Mehrwert

An integrierter Versorgung sind auch die Versicherer interessiert: Bessere Zusammenarbeit bedeute Arbeitsentlastung, sinkenden administrativen Aufwand sowie gesteigerte Effizienz und Qualität, so Dr. med. Luca Emmanuele, Leiter des Bereichs «Integrierte Versorgung» bei der CSS Krankenversicherung. Das führe schlussendlich zu zufriedeneren Patienten. Diese lassen sich aber nur dann von Ärztenetzen überzeugen, wenn eine qualitativ hochstehende medizinische Behandlung gewährleistet ist. Wünschenswert wären auch Anreize für Grundversorger, damit sie verstärkt in interdisziplinären Netzwerken mitwirken.

Auch wenn in der Ausarbeitung noch Klärungsbedarf besteht, bringt integrierte Versorgung einen grösseren Nutzen für alle Beteiligten: Sie steigert die Versorgungsqualität und verhindert unnötige Kosten. Und sie trägt dazu bei, dass die teuersten 20% der Patienten – mehrfach und chronisch kranke Menschen – bestmöglich behandelt werden. Dass Ärzte effizient und vernetzt praktizieren, ist im Sinne aller und hat nichts mit Billigmedizin zu tun. Diese Botschaft Herrn und Frau Schweizer verständlich zu machen, ist Aufgabe der Politik.



Bei der integrierten Versorgung koordiniert die Hausärztin, der Hausarzt die Behandlung und nutzt ein ganzes Netzwerk von Spezialisten.

Bild: iStockphoto

Mehr auf politikundpatient.ch

Was geschieht aktuell in der Gesundheitspolitik? Politik+Patient kommentiert auf ihrer Website regelmässig gesundheitspolitische Themen wie: «Fallpauschalen auf dem Prüfstand», «Like your doctor» oder «BAG hält Studie unter Verschluss». Schauen Sie auf einen Klick vorbei und abonnieren Sie unseren Newsletter!