

Spezial

DIE WELTWOCH

Nummer 22 – 2. Juni 2022 – 90. Jahrgang



Kunst des Gesundbleibens

Digitale Pillen, Hausarzt der Zukunft, neue Wege der Zusammenarbeit, Krankenversicherung von morgen, Daten sind das neue Gold



gesundheit
als MEHRWERT



SWISS MEDICAL
NETWORK

www.swissmedical.net

Wohlbefinden, Zuversicht, Unternehmungslust: Gesundheit ist Gold wert

Das *Weltwoche*-Spezialheft «Gesundheit», das Sie in den Händen halten, beleuchtet die Entwicklungen in einer Branche, die stark wächst und ein enorm begehrtes Gut produziert: Gesundheit, die bei den Menschen an erster Stelle steht, wenn es um gutes Gefühl, Wohlbefinden, Zuversicht, Unternehmungslust, Leistungsfähigkeit geht. Wie wertvoll das ist, merkt man ja erst, wenn etwas nicht mehr stimmt, wenn man krank ist.

Die Ausgaben für das Wiedererlangen und Erhalten der Gesundheit und das Mildern von Krankheit belaufen sich heute in der Schweiz auf neunzig Milliarden Franken pro Jahr. Krankenkassenprämien steigen stärker als das Einkommen – das ist politisch so brisant geworden, dass Initiativen über Prämien- und Ausgabenbeschränkungen die Debatte prägen.

In diesem Heft geht es dagegen nicht um Beschränkung, sondern um neue Möglichkeiten, neue Horizonte. Der Gesundheitsökonom Stefan Felder legt dar, wie die Beziehungen Arzt–Patient–Krankenkasse ergebnisreicher werden, wenn es mehr Spielraum für Verträge gibt. Sein Kollege Peter Zweifel lenkt den Blick auf die Ansprüche an Versicherungen.

Und in der Praxis? Antoine Hubert, Chef der grossen privaten Spitalgruppe Swiss Medical Network, erklärt, wie man mit der sogenannten integrierten Versorgung neue Wege geht. Es geht nicht nur um Krankheiten, sondern vor allem auch ums Gesundbleiben. Philomena Colatrella, Chefin des Krankenversicherers CSS,



Praxis der Zukunft:
Hausärztin Biedermann.

sucht aus ihrer Sicht ebenfalls neue Formen der Zusammenarbeit, auch dank Digitalisierung.

Am Anfang der medizinischen Kette steht der Hausarzt beziehungsweise die Hausärztin: Barbara Biedermann, die in Adetswil eine Praxis betreibt und als Medizinprofessorin an der Universität Basel tätig ist, gibt Einblick in die Vielfältigkeit von Fällen und Patientenbedürfnissen. Besonderen Wert erlangen ihrer Ansicht nach jetzt qualitativ hochwertige Gesundheitsdaten, das neue Gold. Für dieses Heft hat sie ein paar Diagnosen in kurze Texte gefasst, die über die Seiten verteilt erscheinen. Wir wünschen viel Vergnügen bei der Lektüre.

Dieses Spezialheft entstand in Kooperation mit der CSS und der Spitalgruppe Swiss Medical Network. Redaktionell verantwortlich ist die *Weltwoche*.

INHALT

- 4 Am Puls der Menschen**
Hausärztin Barbara Biedermann über den Wert von Gesundheitsdaten
- 5 Gute Nachrichten**
Lichtblicke im medizinischen Alltag
- 6 «Wir honorieren gesundes Verhalten»**
CSS-Chefin Philomena Colatrella zur Rolle der Krankenversicherer
- 8 Zur Pandemiebewältigung braucht es einen General**
Das verheissungsvolle Potenzial von privat-öffentlicher Zusammenarbeit
- 9 Die Spitallandschaft benötigt frische Luft**
Chancen und Gefahren für Reformen im Gesundheitswesen
- 10 Tauschen im Dreieck**
Stefan Felder über Risikoteilung und bewusster Kooperationen
- 12 Stadtgespräch Gesundheitskosten**
Zwei Fragen, achtzehn Antworten
- 13 Digitale Pillen für die Volksgesundheit**
Tools zur Behandlung von Asthma, Diabetes oder Depression
- 14 «Wir gehen neue Wege»**
Antoine Huberts Vision einer modernen Gesundheitsversorgung
- 16 Sag mir, wo die Daten sind**
Prämienverbilligungen und ihr Weg zu den Begünstigten
- 17 90-Milliarden-Wunderwerk**
Zahlen zum Schweizer Gesundheitssystem
- 18 Krankenversicherung im Kreuzfeuer**
Peter Zweifel über sehr unterschiedliche Erwartungen

IMPRESSUM

Herausgeberin: Weltwoche Verlags AG, Förrlihubstrasse 70, Postfach, 8021 Zürich. Die Weltwoche erscheint donnerstags.

Redaktion und Verlag: Telefon 043 444 57 00, Fax 043 444 56 69, www.weltwoche.ch, E-Mail-Adressen: vorname.name@weltwoche.ch, verlag@weltwoche.ch, leserbriefe@weltwoche.ch.

Abo-Service: Tel. 043 444 57 01, Fax 043 444 50 91, E-Mail: kundenservice@weltwoche.ch.

Jahresabonnement Inland Fr. 346.– (inkl. MwSt.), Schnupperabonnement Inland Fr. 38.– (inkl. MwSt.). Weitere Angebote für In- und Ausland unter www.weltwoche.ch/abo

Chefredaktor: Roger Köppel. **Verlagsleitung:** Florian Schwab. **Betriebsleitung:** Samuel Hofmann. **Produktion:** Oliver Schmuki.

Anzeigenverkauf: Tel. 043 444 57 02, Fax 043 444 56 07, E-Mail: anzeigenid@weltwoche.ch. **Online-Vermarktung:** GLA United. E-Mail: weltwoche@gla-united.com

Druck: Print Media Corporation, PMC, Oetwil am See. Die Weltwoche wird gedruckt in der Schweiz auf schweizerischem Papier, das auf der Basis von hochwertigem Durchforstungsholz, Altpapier und Zellulose hergestellt wurde. Es schont Ressourcen, Energie und somit die Umwelt.

Die Wiedergabe von Artikeln und Bildern, auch auszugsweise oder in Ausschnitten, ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Redaktion gestattet.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen.

Am Puls der Menschen

Schwere Krankheitsverläufe im Keim ersticken, den Ärztemangel entschärfen und gleichzeitig das Berufsbild des Hausarztes aufwerten – das Potenzial guter Gesundheitsdaten ist riesig.

Barbara Biedermann

Unter den zahlreichen Fachgebieten in der Medizin nimmt der Hausarzt eine besondere Stellung ein. Zum einen betrachtet er, im Gegensatz zu den Spezialisten, seine Patienten immer als Ganzes. Dann stehen Konsultationen beim Hausarzt meist ganz am Anfang einer Erkrankung. Hier werden die Weichen für eine gute, patientenschonende und kosteneffiziente Behandlung gestellt. Schliesslich überblickt der Hausarzt oft den ganzen medizinischen Lebensweg seiner Patienten, manchmal über Generationen hinweg. Diese drei Besonderheiten der hausärztlichen Tätigkeit – ganzheitliche Betrachtungsweise, Möglichkeit zur Früherkennung und zum Langzeitverlauf – verleihen dem Hausarzt eine spezielle Position. Das galt bisher, kann man einwenden. Der technische Fortschritt bringt jetzt neue Zeiten.

Das Gold des 21. Jahrhunderts

Gewiss – aber dabei gilt: Die Digitalisierung hat das Potenzial, den Hausarzt in seiner wichtigen Rolle weiter zu stärken. Zwei Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit die digitale Datenquelle in der Hausarztpraxis sprudelt: Erstens muss der Arzt in der Lage sein, seine einfachen klinischen Beobachtungen und Befunde schnell, mit Leichtigkeit und Freude, strukturiert, standardisiert und möglichst hochauflösend zu dokumentieren.

Zweitens muss sein Praxisinformationssystem weitgehend interoperabel sein. Das heisst, es muss mit anderen Systemen nahtlos und bidirektional zusammenarbeiten, ohne dass Anpassungen oder teure Schnittstellen nötig sind. Bei den «anderen Systemen» handelt es sich beispielsweise um die Gesundheits-Apps seiner Patienten, um die Praxis- und Klinikinformationssysteme seiner Arztkollegen und anderer Fachpersonen, um die Portale der Versicherer und der Behörden und um das elektronische Patientendossier.

Benutzerfreundlichkeit, eine tolle *user experience* und möglichst feingranulare Interoperabilität sind der Schlüssel zum vielfältigen



Aufgewertetes Berufsbild:
Effizienzsteigerung dank Digitalisierung.

Erfolg. «Daten sind das Gold des 21. Jahrhunderts» – das ist heute ein geflügeltes Wort. Doch stimmt das auch für Gesundheitsdaten?

Gold ist selten. Um es zu gewinnen, muss grosser Schürfaufwand betrieben werden. Gold sieht prächtig aus, und es ist kostbar. Demgegenüber – so könnte man meinen – sind Gesundheitsdaten im Überfluss vorhanden. Sie fallen überall dort automatisch an, wo digital gearbeitet wird. Sie sind in ihrer Masse eher langweilig und kosten nichts. Stimmt das?

Wirklich brauchbare Gesundheitsdaten, die zu neuer Erkenntnis beitragen und einen Therapieentscheid begründen, sind ebenfalls selten. Der Aufwand, sie zu gewinnen, ist gross, die Resultate der fundierten Datenanalyse sind sehenswert und oft publizierbar, und sie sind wertvoll.

Klinische Daten, die Gold wert sind, fallen heutzutage praktisch ausschliesslich in der klinischen Forschung an. Wenn wir uns nun die Errungenschaften der Digitalisierung in der Medizin zunutze machen wollen, müssen wir hochwertige klinische Daten im Alltag gewinnen. Jeder von uns – Patienten wie Fachpersonen – muss sie beisteuern.

Und das kann nicht gratis sein. Eine patientenzentrierte Fachsoftware mit hoher Benutzerqualität und weitgehender Interoperabilität mit Umsystemen hat ihren Preis.

Man muss sich das vergegenwärtigen: Während sich der Taxpunktwert (das ist die geldwerte Minutenentschädigung im offiziellen ärztlichen Zeittarif Tarmed) in den letzten zehn Jahren nicht verändert hat, hat sich der Umsatzanteil meiner Ausgaben für IT-Lösungen in der Praxis mehr als verfünffacht. Dank meiner sorgfältigen Datendokumentation benötige ich zur Behandlung meiner Patienten allerdings rund 20 Prozent weniger Zeit, aber eines ist doch klar: Diese Rechnung kann in diesem herkömmlichen Tarifsystem auf längere Sicht nicht aufgehen. Hochwertige Gesundheitsdaten in Forschungsqualität, die aus dem klinischen Alltag gewonnen und von hochmotivierten Hausärzten gerne erarbeitet werden, tragen massgeblich zur dringend gesuchten unabhängigen Ergebnistransparenz im Gesundheitswesen bei.

Heute liegt die Schweiz im Bereich digitales Gesundheitswesen im hinteren Drittel aller europäischen Länder. Das Gebiet wird von Asien und den USA dominiert (Quelle: «Digitalisierung im Gesundheitswesen», McKinsey). Mit den hier beschriebenen Massnahmen könnte die Schweiz künftig in der Liga der modernen 5-P-Medizin ganz vorne mitmischen. Die fünf P stehen für: personalisiert, präventiv, prädiktiv, partizipativ und präzise. Das heisst konkret, dass die künftige Medizin auf den einzelnen Patienten individuell zugeschnitten, also personalisiert ist. Das Giesskannenprinzip ist vorbei. Die 5-P-Medizin ist präventiv und prädiktiv: Sie verhindert Krankheiten ganz respektive erkennt sie so früh, dass sie noch keinen Schaden angerichtet haben. Diese Medizin basiert auf der eigenverantwortlichen, partizipativen Mitwirkung der Patienten, und sie ist – last, but not least – sehr präzise. Wer anders als die Schweiz, das Land der präzisen Uhren, ist gerade in dieser Beziehung für eine Spitzenrolle berufen?

Versetzen wir uns jetzt in die Hausarztpraxis der Zukunft im Zeitalter der 5-P-Medizin. In dieser Praxis wird der Arzt mit einem digitalen Cockpit optimal unterstützt. Er befasst sich persönlich vorwiegend mit jenen Patien-

ten, die keine banalen oder selbstheilenden Krankheiten haben. Um diese kümmert sich nämlich bestens sein digitaler Assistent, der auf einer laufend aktualisierten, datenbasierten Wissensbasis sorgfältig und vorsichtig diesen Patienten sichere und personalisierte Behandlungsempfehlungen abgibt.

Zeit für das Wichtige

Früher machten diese Konsultationen 80 Prozent des Sprechstundenalltags des Hausarztes aus. Heute kann der Arzt, der ein sechsjähriges Studium und eine mindestens vierjährige Weiterbildungszeit hinter sich hat, sein grosses Wissen und seine Erfahrung jenen Patienten widmen, die ihn wirklich benötigen. Es sind dies Patienten, deren Beschwerdebild und Befundmuster auf einen seltenen, ungewohnten oder besonders schweren Verlauf hinweisen. Oder Patienten, die der Arzt aufgrund gewisser Merkmale regelmässig systematisch und gründlich auf ihren Gesundheitszustand untersucht, um schwere Krankheit zu verhindern oder frühzeitig zu erkennen.

Mit Effizienzsteigerung dank Digitalisierung lässt sich der Ärztemangel dauerhaft entschärfen, das Berufsbild substanziell aufwerten und der Nachwuchs für einen der schönsten Berufe, den Hausarzt, nachhaltig sichern.

Weil schwere Krankheitsverläufe in grosser Zahl im Keim erstickt werden und wegfallen, braucht es in dieser Welt auch viel weniger Spitäler. Doch vergessen wir nicht: Erfolgreiche Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen gelingt nur mit Hilfe der Eigenverantwortung der Patienten, aber auch der Ärzteschaft. Diese muss wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche digitale Lösungen fordern und sich unbedingt und kompromisslos dafür einsetzen.

Barbara Biedermann ist Gründerin und Inhaberin der Cobedix AG in Adetswil, die eine Software zur Dokumentation klinischer Daten entwickelt hat. Sie führt eine Hausarztpraxis am gleichen Ort und ist Professorin an der Universität Basel.



Check-up mit Prof. Biedermann

Belastende Familiengeschichte

Ein Mann meldet sich zur Untersuchung an, weil sein Vater vor längerer Zeit, kürzlich aber auch sein Onkel an Prostatakrebs verstorben ist. Er hat keine Beschwerden, die auf einen Krebs hinweisen, das Abtasten der Prostata fällt normal aus, und der PSA-Wert (ein Eiweiss, das bei Krebs im Blut erhöht gemessen wird) ist normal. Die Krankheitsaktivität für einen bösartigen Tumor ist 95%, dennoch wird aufgrund der durchwegs normalen Befunde zugewartet. Ein Jahr später wird ein Prostatakarzinom diagnostiziert.

Gute Nachrichten

Im medizinischen Alltag gibt es jeden Tag Tausende von Lichtblicken. Man muss sie nur erkennen.

Peter Zweifel



Gesund, gesund, gesund bis zuletzt

In vollkommener Gesundheit das Leben geniessen, dann tot umfallen, wenn die Zeit gekommen ist – wer wünschte sich das nicht? Bildlich verläuft die Linie des Gesundheitszustands mit zunehmendem Alter immer schön nach oben, bis sie, zack, rechtwinklig nach unten stürzt. In der Medizin nennt man das «Rektangularisierung der Gesundheit». Leider beginnt die Kurve kurz vor dem «Absturz» oft schon zu sinken, und somit kommt es dann zu einem massiven Einsatz medizinischer Leistungen. Die gute Nachricht: Die Rektangularisierung gelingt immer besser, sodass sich mit steigender Lebenserwartung die kostspieligen Jahre vor dem Tod nach hinten verschieben. Sie machen so, übers ganze Leben gesehen, einen immer geringeren Anteil aus. Unsere Gesundheitsversorgung wird im Grundsatz mit jeder Generation billiger – doch wir alle wollen am (teuren) medizinischen Fortschritt teilhaben.



Parlament mit Sachverstand

Im vergangenen Jahr brachte Genf im eidgenössischen Parlament eine Standesinitiative ein. Wegen Corona sollten die Prämien für die Krankenversicherung während dreier Monate erlassen werden. Der Zweck war durchsichtig: Die kantonalen Politiker wollten ihren Wählerinnen und Wählern etwas Gutes tun, ohne ihr eigenes Budget belasten zu müssen. Dass ihr Vorstoss mehrere Krankenversicherer in die Insolvenz getrieben hätte, kümmerte sie offensichtlich nicht. Aber man stelle sich vor, die Genfer Spitäler müssten auf einen Viertel ihrer Jahreseinnahmen verzichten – *mais non!*

Die gute Nachricht: Das Parlament lehnte die Initiative mit klarer Mehrheit ab.



Die Nebel verziehen sich

Nicht nur bei einer Epidemie ist die Gesundheitspolitik öfter im Blindflug – sondern vielfach auch in normaleren Zeiten. Die Sicht wird sich aber verbessern, denn es liegen immer mehr relevante Forschungsergebnisse vor. An der diesjährigen fünften Konferenz der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (SGGÖ) am 10. Juni in Luzern wird beispielsweise eine Untersuchung zur Wirkung der wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung präsentiert.

In der politischen Debatte wird ja immer wieder verlangt, diese Wahlmöglichkeiten durch eine einheitliche Kostenbeteiligung zu ersetzen. Höhere Franchisen seien nur deshalb mit niedrigeren Gesundheitsausgaben verbunden, wird kritisiert, weil sie von Versicherten mit guter Gesundheit gewählt würden.

Diese Behauptung kann jedoch unmöglich für Versicherte zutreffen, die zuerst eine niedrigere Franchise wählten und erst nachher eine unerwartete Gesundheitseinbusse (etwa wegen eines Unfalls) erlitten. Und siehe da: Ihre Behandlungskosten waren 12 bis 25 Prozent höher als in vergleichbaren Fällen. Umgekehrt helfen höhere Franchisen Kosten sparen, sollten also nicht abgeschafft werden.

Eine andere Studie liefert eine wertvolle Information für die Bewältigung der nächsten Epidemie. Sie untersucht die Wirkung einer bescheidenen Impfprämie im Wert von zwanzig Franken auf die Covid-Impfquote in Schweden. Tatsächlich stieg die Quote von 72 auf 76 Prozent, während eine mediale Kampagne kaum einen Effekt hatte. Statt die Leute mit (nicht immer glaubwürdigen) Informationen zu füttern oder zu überfüttern, bietet man ihnen offenbar besser eine kleine Belohnung an, von der sie etwas haben.

Peter Zweifel ist emeritierter Wirtschaftsprofessor an der Universität Zürich.



Aufbruchstimmung: Krankenkassen wie die CSS treiben die Datenanalyse voran und entwickeln neue Versorgungsmodelle.

«Wir honorieren gesundes Verhalten»

CSS-Chefin Philomena Colatrella zur Rolle der Krankenversicherer als Kostenüberwacher, Fitness-Motivatoren und Tüftler der Digitalisierung.

Beat Gygi und Michael Baumann

In Sachen Gesundheit sind Krankenversicherer Vermittler, die für ihre Kundinnen und Kunden bestmögliche Leistungen zusammenstellen, die sie bei Ärzten, Spitälern und andern Institutionen möglichst günstig einkaufen. In der Öffentlichkeit dominiert aber die Prämiendebatte. Philomena Colatrella, Chefin der Krankenkasse CSS, erklärt, in welche Richtung sich die Versicherung entwickelt.

Weltwoche: Frau Colatrella, Sie vertreten einen der grössten Krankenversicherer der Schweiz. Wie hat sich dessen Rolle verändert?

Philomena Colatrella: Die Branche galt lange als behäbig, diese Zeiten sind jedoch vorbei. Die CSS hat sich vor fünf Jahren auf die Fahnen geschrieben, sich zur Gesundheitspartnerin ihrer Versicherten zu wandeln. Die sorgfältige Kontrolle und das Bezahlen der Rechnungen sind unser Kerngeschäft. Aber wir tun viel mehr als das.

Weltwoche: Ist das Wort Kasse noch richtig?

Colatrella: Nein, unser Rollenverständnis ist ein anderes. Natürlich begleichen wir Rech-

nungen. Wir treiben aber auch die Digitalisierung und Innovation voran, investieren in Start-ups, arbeiten mit der Wissenschaft zusammen und engagieren uns für Reformen. Und wir vernetzen uns mit Partnern, um neue Versorgungsmodelle zu entwickeln. Ein Kernanliegen ist die integrierte Versorgung: Verschiedene medizinische Instanzen koordinieren die Behandlung. Das ist für die Versicherten günstiger, ohne dass sie Abstriche bei der Qualität machen müssen.

Weltwoche: Die Laien fragen sich: Warum lassen die Krankenkassen es zu, dass die Gesundheitskosten immer so steigen? Was können sie tun?

Colatrella: Die Versicherer schauen dem Kostenanstieg nicht tatenlos zu, im Gegenteil. Die CSS ist an verschiedenen Fronten aktiv. Das beginnt bei den Ausgaben für den eigenen Betrieb. Wir gehören zu den effizientesten Versicherern und werden dafür regelmässig ausgezeichnet. Den grössten Hebel haben wir bei den Leistungskosten, die 95 Rappen eines Prämienfrankens ausmachen. Wir erhalten pro

Jahr 24 Millionen Rechnungen. Diese kontrollieren wir mit grosser Sorgfalt. So verhindern wir pro Jahr ungerechtfertigte Ausgaben von über einer halben Milliarde Franken. Würden wir nicht so genau hinschauen, müssten diese Beträge über die Prämien bezahlt werden.

Weltwoche: Kürzlich kritisierte Bundesrat Alain Berset die steigenden Prämien und in diesem Zusammenhang die Krankenversicherer. Braucht es irgendwann doch die Einheitskasse?

Colatrella: Für die steigenden Kosten sind nicht die Versicherer verantwortlich. Die CSS macht ihre Hausaufgaben, unsere Einsparungen beweisen das. Wir kontrollieren die Leistungskosten konsequent, verursachen sie aber nicht. Deshalb ist die Einheitskasse keine Lösung. Sie verursacht nur neue Probleme. Der fehlende Wettbewerb erstickt den Anreiz, attraktive Prämien anzubieten.

Weltwoche: Können Sie denn nicht mehr Möglichkeiten für günstigere Prämien bieten? Etwa durch Variation der Leistungspaletten?

Colatrella: Das Gesetz gibt vor, welche Behandlungen in der Grundversicherung zu

vergütet sind. Der Leistungskatalog wurde über die Jahre immer mehr ausgebaut, was nicht sinnvoll, aber politisch gewollt ist. Neue Behandlungen und Medikamente kommen hinzu, ohne dass veraltete Positionen wegfallen. Auch macht es keinen Sinn, dass immer mehr Lifestyle-Leistungen von der Grundversicherung bezahlt werden. Sie muss eine optimale und keine maximale Versorgung gewährleisten, der Rest ist Aufgabe der Zusatzversicherung. Denn ein aufgeblähter Leistungskatalog wirkt sich zwangsläufig auf die Prämien aus.

Weltwoche: Und eine strengere Kontrolle von Spitälern und Ärzten? Nach dem Motto: Wer zu teuer ist, der wird nicht Vertragspartner.

Colatrella: In der Grundversicherung müssen wir die Leistungen aller Ärzte vergüten – unabhängig davon, ob die Behandlung notwendig ist oder den Qualitätsanforderungen entspricht. Dennoch stellen wir Vergleiche an und schreiten ein, wenn Ärzte oder Spitäler zu viel abrechnen. Wir fordern auch Geld zurück.

Weltwoche: Steigen denn die Kosten überhaupt zu stark, oder finden Sie das so in Ordnung, weil die Leistungen ja begehrt sind?

Colatrella: Wir leben länger, die medizinisch-technische Entwicklung schreitet voran, und wir nehmen immer mehr Leistungen in Anspruch. Ein gewisses Kostenwachstum müssen wir deshalb wohl hinnehmen. Nicht akzeptabel ist hingegen, wenn die Kosten wegen lukrativer, aber unnötiger Behandlungen steigen. Der grösste Kostentreiber ist die Mengenausweitung. Nehmen wir den völlig veralteten Ärzttarif Tarmed. Es ist lukrativ, gewisse Leistungen sehr häufig durchzuführen, auch wenn sie medizinisch nicht notwendig sind. Solche Fehlanreize kommen uns alle teuer zu stehen.

Weltwoche: Sollten die Versicherer da nicht auch mehr Möglichkeiten haben, eigenverantwortliche Gesundheitsanstrengungen und Prävention der Versicherten zu honorieren?

Colatrella: In der Grundversicherung sind solche Anreize nicht erlaubt – zu Recht, denn dies würde die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken untergraben. In der Zusatzversicherung sieht es anders aus. Seit einigen Jahren honoriert die CSS mit einer App gesundes Verhalten. Allerdings geht es nicht darum, ein Diktat aufzustellen. Wir erhöhen auch nicht die Prämien, wenn man solche Angebote nicht nutzt. Sie sind und bleiben freiwillig.

Weltwoche: Sie bringen immer wieder das Thema Digitalisierung auf. Kommt diese in der Schweiz zu wenig rasch voran?

Colatrella: Wir hinken im internationalen Vergleich hinterher. Der Digitalisierungsgrad des Schweizer Gesundheitswesens ist unterdurchschnittlich, darauf hat die Pandemie ein grelles Schlaglicht geworfen. Eigentlich wären die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Digitalisierung hierzulande nicht schlecht: eine

gute Abdeckung von Breitband-Internet, hohe digitale Kompetenz der Bevölkerung und eine lebendige Szene mit über 900 Digital-Health-Start-ups. Realität ist aber auch, dass komplexe Regulierungen, fragmentierte Datensilos und eine in Datenschutzfragen übervorsichtige Politik den Fortschritt ausbremsen – zum Nachteil der Patientinnen und Patienten . . .

Weltwoche: . . . die aber vielleicht froh sind, wenn ihre Daten nicht in Umlauf gelangen.

Colatrella: Datenschutz ist enorm wichtig, aber er darf nicht zum Hemmschuh für Innovationen werden. In bestimmten Teilen der Bevölkerung herrscht Skepsis in Bezug auf die Nutzung von Gesundheitsdaten. Das liegt aber auch daran, dass zu viel über Risiken und zu wenig über die Chancen der Digitalisierung gesprochen wird. Die Vorteile überwiegen klar.

Weltwoche: Warum ist Digitalisierung überhaupt wichtig? Können Daten die Gesundheit verbessern? Oder Gesundheitskosten senken?

Colatrella: Die Digitalisierung steigert die Effizienz und senkt damit auch die Kosten, verbessert die Qualität einer Behandlung und ist der Steigbügelhalter für Innovation – sofern die Technologie richtig eingesetzt wird und die Rahmenbedingungen stimmen. Ein Bei-

«Es braucht eine demokratische Kontrolle der Daten und keinen Wildwuchs durch Techkonzerne.»

spiel: Das elektronische Patientendossier hätte die Versorgung der Corona-Patientinnen und -Patienten vor allem in der ersten Welle optimieren können. Das hätte das System entlastet.

Weltwoche: Nützt die CSS heute ihre Daten schon voll aus, um ihre Effizienz zu steigern?

Colatrella: In der Grundversicherung gibt es klare Leitplanken. Wir dürfen die Daten nur für die gesetzlich umrissene Zwecke verwenden. Einsicht in die Patientenakten haben wir beispielsweise nicht. Innerhalb der Richtlinien nutzen wir den maximalen Spielraum zugunsten unserer Versicherten aus. So hat die CSS die digitale Gesundheitsplattform Well zusammen mit Allianz Care, Visana und der Apotheke Zur Rose ins Leben gerufen. Sie vernetzt Versicherte, Ärzte, Apotheken und Krankenversicherer wie nie zuvor. Datenschutz und Datensicherheit haben dabei höchste Priorität. Die Hoheit über die Gesundheitsdaten bleibt beim Versicherten, die Krankenversicherer haben keinen Zugang.

Weltwoche: Braucht die Digitalisierung im Gesundheitswesen möglichst viel Einheitlichkeit und die Zusammenschaltung der Akteure?

Colatrella: Eindeutig. Silodenken bringt uns nicht weiter. Um Fortschritte zu erzielen, braucht es mehr Kooperation, eine zentrale, digitale Schnittstelle und klare Regeln für den Austausch von Daten zwischen den Akteuren.



«Wir leben länger»: CSS-CEO Colatrella.

Weltwoche: Wollen das Versicherte wirklich?

Colatrella: Gewiss, es muss auch den Bedürfnissen und Ängsten der Bevölkerung Rechnung getragen werden. Es muss klar aufgezeigt werden, was mit den Daten geschieht und welcher Nutzen aus der Digitalisierung resultiert. Es braucht eine demokratische Kontrolle der Daten und keinen Wildwuchs durch grosse Techkonzerne.

Weltwoche: Sie schlagen ein Data-Trust-Center vor, wie ist das genau zu verstehen?

Colatrella: Ein Trust-Center ist eine unabhängige Drittpartei, die Gesundheitsdaten verknüpft – ohne dass Rückschlüsse auf die einzelne Person gezogen werden können. Damit ist der Datenschutz gewährleistet. Ziel von solchen Trust-Centern ist es, Daten aus der Patientenversorgung und der Forschung besser zugänglich zu machen. Durch das Zusammenführen von Daten kann man beispielsweise Muster bei seltenen Krankheiten besser erkennen. Das Patientendossier hingegen ist im Moment nicht mehr als eine PDF-Ablage. Zudem dürfen die Daten nicht für klinische Studien verwendet werden. Die Idee eines Trust-Centers geht also weit über die Funktionen eines elektronischen Patientendossiers hinaus.

Weltwoche: Kennen Sie Beispiele aus anderen Branchen, die funktionieren?

Colatrella: Man muss sich gar nicht in anderen Branchen umsehen. Ein gutes Beispiel aus dem Gesundheitswesen ist das Population Health Research Network (PHRN) in Australien. Ein nationales Projekt, das Daten aus ganz Australien zusammenführt und der Forschung zur Verfügung stellt. Es war eine Verbundaufgabe zwischen Staat, Forschung und Wirtschaft. Dänemark macht mit Sundhet.dk vor, wie ein modernes und digitales Gesundheitswesen aussieht. Das Portal wurde unter anderem durch IBM entwickelt. Offenbar mit Erfolg, denn das Portal genießt bei den Dänen grosses Vertrauen.

Philomena Colatrella ist seit 2016 CEO der Krankenversicherungsgruppe CSS, die mit 1,51 Millionen Versicherten Marktführerin in der Grundversicherung ist.

Zur Pandemiebewältigung braucht es einen General

Raymond Loretan zum Beitrag der Privatkliniken beim Meistern der Corona-Krise und zum Potenzial der privat-öffentlichen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

Beat Gygi



Niemals überfordert: Die Kapazitäten der Privaten müsste man optimaler nutzen.

Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz grundsätzlich Kantonssache. Die meisten Spitäler sind öffentlich, die Regulierungen kantonale, ein Teil bundesweit, und irgendwo dazwischen sind die Privatkliniken. Diese haben in der Pandemie ein wechselhaftes Schicksal erlebt. Obwohl sie über leistungsfähige Kapazitäten verfügen, wurden sie zum Teil zögerlich und mit Vorbehalten in die Pandemie-Politik integriert. Raymond Loretan hat als Verwaltungsratspräsident der Klinik- und Spitalgruppe Swiss Medical Network ganz unterschiedliche Arten von Kooperationen zwischen Privat und Staat erlebt, je nach Kanton, je nach Regierungsräten. Welche Lehren zieht er aus der Pandemie-Zeit?

Loretan weist im Gespräch zunächst auf die schwierige Ausgangslage hin: «Nach meiner Einschätzung war der Grad der Vorbereitung auf diese Pandemie im Gesundheitswesen ungefähr bei null. Wir mussten am Anfang alles neu durchdenken, von allen Seiten.» Zwar habe es Pläne und Vorbereitungsdispositive gegeben, diese seien aber nie richtig umgesetzt worden. Und: «Am Anfang war sehr viel Improvisation nötig, und alles in allem muss ich sagen, dass

der Bundesrat in dieser ersten Phase sich eher gut geschlagen hat.»

Welche Rolle spielten die Privatkliniken?

«Wir sind mit unserer Klinikgruppe in vierzehn Kantonen tätig, und unmittelbar nach Ausbruch der Krise stellten wir uns allen vierzehn Kantonsregierungen zur Verfügung, um unseren Beitrag zur Bewältigung der Gesundheitskrise zu leisten», meint er. Die Kantone hätten sehr unterschiedlich reagiert. «Einige haben unseren Beitrag rasch und unbürokratisch angenommen, da gab es sofort eine sinnvolle Rollenverteilung zwischen Öffentlich und Privat. Meistens war es so, dass die öffentlichen Spitäler in einer ersten Phase die Covid-Patienten übernommen haben, und wir als Privatkliniken ergänzend eingesprungen, haben die dringlichen Operationen durchgeführt, welche die öffentlichen Häuser nicht mehr machen konnten.» Subsidiär hätten die Privaten dann auch Covid-Kranke aufgenommen, zudem Post-Covid-Betreuungen.

«Das alles geschah grösstenteils sehr pragmatisch», so Loretan, und er fügt an: «Meine Lehre daraus ist aber: Wir müssen uns für künf-

tige Krisen klar vorbereiten. Zuerst herrschte ja Wirrwarr, jeder Kanton ging seinen eigenen Weg. Während der verschiedenen Covid-Phasen war ich oft unterwegs in der Schweiz und wusste manchmal nicht mehr, welche Regeln jetzt eigentlich dort galten, wo ich gerade war.»

Oft sei in der Schweiz gewarnt worden, das Gesundheitssystem sei überfordert, aber das sei in Wahrheit nie wirklich der Fall gewesen, zu keinem Zeitpunkt. Loretan: «Wenn der Staat die Synergien mit dem Privatsektor besser genutzt hätte, wäre das System nie überfordert worden.» Die Privaten seien flexibel genug, um effizient zur Bewältigung solcher Krisen beizutragen. Innerhalb von 24 Stunden könnten sie Kliniken leeren und Betten zur Verfügung stellen. Aber: «Diese Kapazitäten wurden nicht optimal genutzt, weil der Dialog zwischen Staatlich und Privat über die Aufgabenverteilung nicht intensiv genug war und zuvor kein gegenseitiges Vertrauen aufgebaut worden war.»

Interessante Mentalitätsunterschiede

Bestimmte Kantone hätten private Kliniken sozusagen in Reserve gehalten oder einfach



Vorsorge bei Übergewicht

Eine 57-jährige, übergewichtige Patientin möchte über ihren Gesundheitszustand Bescheid wissen. Sie fühlt sich gut, ist im Alltag fit und nimmt keine Medikamente. Bei der Untersuchung wird kein unmittelbarer Handlungsbedarf festgestellt. Zu diesem Zeitpunkt beträgt ihre Krankheitsaktivität für einen Diabetes mellitus, die sogenannte Zuckerkrankheit, 90 Prozent; gemäss WHO-Definition hat sie aber keine Zuckerstoffwechselstörung. Fünf Jahre später wird Diabetes mellitus diagnostiziert. Die Krankheitsaktivität beträgt zu dieser Zeit bereits 96 Prozent. Hätte man den Diabetes verhindern können?

stillgelegt, mit anderen habe man sehr schnell Kooperationsmodelle implementiert. «In Genf zum Beispiel hat die Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital HUG perfekt geklappt. Harzig war es dagegen in den Kan-

«Eine Pandemie ist ein Krieg gegen ein Virus, über das wir nichts wissen.»

tonen Waadt und Neuenburg.» Auch interessante Mentalitätsunterschiede hätten sich gezeigt: In der Westschweiz sei man zögerlicher, zurückhaltender, wenn es darum geht, mit Privaten zusammenzuarbeiten, als in der Deutschschweiz. «Dort ist man für solche Kooperationen viel offener und pragmatischer, ich würde sagen: weniger ideologisch.»

Loretans Ansicht nach sollte man die wichtige Lehre daraus ziehen, dass sich Bund und Kantone schon heute im Hinblick auf die nächste Pandemie absprechen müssten. Aber alles in allem: «Aus Sicht der Privatkliniken finde ich, dass die Zusammenarbeit mit dem Staat, also die Private-Public-Partnership, gezeigt hat, dass sie vielversprechend sein kann.»

Institutionell gesehen, stelle sich auch die Frage nach dem richtigen Grad an Föderalismus im Gesundheitssektor, vor allem in Krisenzeiten. Wenn dringliches Recht angewendet werde, braucht es seiner Ansicht nach ein Steuerungsorgan, das vom Anfang bis zum Ende der Krise zur strategischen Koordination diene. Pointiert gesagt: «Eine Pandemie ist ein Krieg – ein Krieg gegen ein Virus, über das wir nichts wissen, und da braucht es einen General.» Neben der Führung der Krise und der Steuerung der Massnahmen gehe es auch hier um logistische Fragen bezüglich Versorgung und Lagerung von Material, Medi-

kamenten, Impfstoffen et cetera, die besser koordiniert werden müssten.

Für Loretan ist eine heikle Frage noch ungelöst: jene nach der Entschädigung der Privaten. «Wenn dringliche Massnahmen ergriffen werden wie das Verbot von elektiven Operationen oder eine Verpflichtung zur Freihaltung von Kapazitäten, dann sollte man die Konsequenzen beachten», fügt er an. Private Kliniken hätten umfangreiche Kapazitäten vorhalten müssen, seien in ihren Tätigkeiten blockiert gewesen. Diese Leistung werde je nach Kanton jetzt nicht oder kaum honoriert. Loretan: «Genf ist wiederum Vorbild und entschädigt von sich aus sämtliche Ausfälle inklusive Vorhalteleistungen. Bern und Aargau fallen auch positiv auf, andere haben eine Vergütung zurückgewiesen und die Verantwortung an den Bund delegiert. Das empfinden wir als zutiefst ungerecht und haben verschiedene Rechtsverfahren eingeleitet, um sicherzustellen, dass die Institutionen, die aktiv zur Lösung der Krise beigetragen haben, ebenfalls angemessen entschädigt werden.»

Noch effizientere Privatspitäler

Was bedeuten die Erfahrungen für die normale Lage, also für die Zusammenarbeit zwischen Privat und Öffentlich, quasi in Friedenszeiten? «Unsere Antwort ist das sogenannte integrierte Versorgungsmodell mit Pro-Kopf-Prämien », sagt Loretan. Dieses sehe eine vielversprechende, flexiblere Arbeitsteilung zwischen allen Beteiligten im Gesundheitswesen vor, indem es die Silos zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens aufricht und diese in Netzwerke integriert. Das gleiche die teilweise entgegengesetzten Interessen der Spitäler, Versicherer, Ärzte, et cetera in neuer Art und Weise aus (vgl. Interview auf Seite 14).

Die Privatspitäler, die schon heute kostenmässig mit den niedrigsten Basisraten in der Grundversorgung bei vergleichbarer Qualität arbeiten würden, können noch effizienter sein. Zudem: «Ein solches Versorgungssystem könnte auch die in einer Pandemie erhöhte Flexibilität gewährleisten», betont Loretan. Diese Modelle erlaubten schnellere Reaktionen auf neue Bedürfnisse und eine flexiblere Aufgabenteilung, um Überlastungen des Gesundheitssystems zu vermeiden.

Raymond Loretan ist seit 2007 Verwaltungsratspräsident von Swiss Medical Network (SMN) sowie Vizepräsident von Aegis Victoria SA. Bevor er zu SMN stiess, war der ehemalige Botschafter während mehr als zwanzig Jahren im diplomatischen Dienst tätig.

Swiss Medical Network ist eine der beiden führenden privaten Klinik- und Spitalgruppen in der Schweiz. Die Gruppe umfasst 22 Kliniken und Spitäler, über 60 ambulante Zentren, knapp 1500 Betten, gut 2300 Ärzte und über 3900 Angestellte. Swiss Medical Network ist in vierzehn Kantonen tätig und erzielte 2021 einen Umsatz von 800 Mio. Franken. Sie ist eine 90-prozentige Tochtergesellschaft der an der SIX Swiss Exchange börsenkotierten Aegis Victoria SA.

Die Spitallandschaft benötigt frische Luft

Der Gesundheitsexperte und Publizist Daniel Heller hat kürzlich auf dem Branchenportal Medinside dargelegt, welch grosses Pensum mit Blick auf Reformen im Gesundheitswesen zu bewältigen ist. Nach der Pandemie, so Heller, müsse die Gesundheitsversorgung gestärkt werden, aber die Bundespolitik beschäftige sich stattdessen mit untauglichen Sparreformen und tendiere in Richtung Staatsmedizin.

Es bestehe die Gefahr, dass Leistungserbringer geschwächt und die Transformation der Spitallandschaft verhindert würden. Daniel Heller weist unter anderem auf folgende grundsätzliche Herausforderungen hin:

– Spitäler beispielsweise, so die Forderungen der Gewerkschaften, sollten ihre Pflegenden besser entlohnen, aber gleichzeitig würden die Tarife neuerdings von der Finanzaufsicht Finma gedrückt.

– Heller stellt die Frage, wie die Spitäler genügend Erträge für die Erneuerung ihrer Infrastruktur erwirtschaften sollen, wenn wachsende behördliche Auflagen laufend zu mehr Aufwand und Kosten führten. KVG wie auch Experten und Kantone als Eigentümer forderten diese Ertragskraft.

– Heute würden die Spitalführungen statt im medizinischen und pflegerischen Bereich in Administration und Support Personal aufstocken, um die rasch wachsenden Vorgaben von Zertifizierungsstellen, Behörden und Versicherern im Papier- und Datenkrieg zu bewältigen.

– Und sollten die neuesten Beschlüsse des Nationalrates zum Tragen kommen, müssten die Spitäler, so Heller, künftig neben den Tarifen mit den Tarifpartnern auch um Fallmengen und Kostenziele ringen – als ob Krankheiten und Seuchen sich planen liessen.

Gross sei der ökonomische Druck, und der wirtschaftliche Erfolg von Spitälern werde künftig noch stärker über den Aufbau und die Orchestrierung von Wertschöpfungsnetzwerken – sogenannten Ökosystemen – gesucht werden müssen. Die meisten Spitalführungen hätten die Zeichen der Zeit erkannt, die Leistungserbringung erfolge zunehmend im Verbund: integrierte Versorgung durch Kooperationen von unterschiedlichen Versorgern und innovativen Firmen, darunter auch Start-ups. *Beat Gygi*

Tauschen im Dreieck

Alle Parteien sollen das Risiko teilen. Hier sind sich die Gesundheitsökonominnen einig. Man sucht nach neuen Vertragsformen, die zu einer bewussteren Kooperation führen.

Stefan Felder

Beim Bäcker ist es vergleichsweise einfach. Die Kundin nimmt und zahlt das Brot, und der Tausch ist damit abgeschlossen. In einem modernen Gesundheitssystem laufen die Kauf- und Verkaufsvorgänge dagegen übers Eck. Wie beim Bäcker zahlt die Patientin zwar die bezogene Leistung beim Produzenten – in diesem Fall dem Arzt –, erhält jedoch ihre Auslagen vom Krankenversicherer zurückerstattet. Dieser verkauft ihr gegen eine monatliche Prämienzahlung den Versicherungsschutz und regelt mit den Leistungserbringern die Vergütung.

Damit steht im Tausch-Dreieck jeder zwei jeweils unterschiedlichen Vertragspartnern gegenüber. Erschwerend kommt hinzu, dass die Vertragsparteien nicht einsehen können, was die jeweils anderen unternehmen, damit Erkrankungen vermieden werden und deren Behandlungskosten begrenzt bleiben. Die Patientin wie auch der Krankenversicherer sind zudem nicht in der Lage, genau abzuschätzen, ob die erbrachten Leistungen in jedem Fall indiziert sind. Der Versicherer ist in einer besonders schlechten Position, weil Patienten und Leistungserbringer einen Anreiz haben, zu seinen Lasten möglichst viele Leistungen abzurechnen – jedenfalls dann, wenn der Vertrag eine volle Deckung vorsieht.

Vergütungen werden pauschalisiert

Als ob dies der Herausforderungen nicht schon genug wären, ist bei den Verträgen noch zu berücksichtigen, dass Aufwand und Erfolg einer medizinischen Leistungserbringung unsicher sind. Bei dem einen Patienten schlägt die Behandlung an, bei einem anderen nicht. In einem Fall gestaltet sich die Behandlung aufwendig, in einem andern nicht. Aufgrund dieser Unsicherheiten haben auch die Leistungserbringer ein starkes Interesse daran, dass ihre Vergütung in Teilen den Charakter einer Versicherung hat.

Unter Gesundheitsökonominnen ist man sich darin einig, dass alle Parteien einen Teil des Risikos tragen sollten. Vollversicherung für die Patientin ist genauso wenig geboten wie eine Vollabsicherung des Arztes. Für Patienten ist

dies realisiert, wenn auch deren proportionale und absolute Kostenbeteiligung (Franchise) an der medizinischen Versorgung noch besser ausgestaltet werden könnte. Und die Versicherten haben die Möglichkeit, sich in spezielle Verträge einzuschreiben, die sie in der freien Arztwahl einschränken. Alle diese Verträge binden die Versicherten im Krankheitsfall; entweder ist es der zu zahlende Preis, der ihre Nachfrage nach medizinischen Leistungen begrenzt, oder die eingeschränkte Auswahl der Leistungserbringer.

Bei der Vergütung sind die Ärzte im niedergelassenen Bereich heute weitestgehend abgesichert. Der Versicherer darf keine Auswahl unter ihnen treffen; es herrscht der sogenannte Kontrahierungszwang. Die Versicherer können die Vergütung von ärztlichen Leistungen nur verweigern, wenn deren Erbringung nicht indiziert war, wobei die Beweislast auf ihrer Seite liegt. Zudem können Leistungen einzeln

Man könnte im hausärztlichen Bereich mit einer fixen Vergütung pro Versichertem arbeiten.

abgerechnet werden. Ärzte tragen kein Risiko von hohen Aufwänden, die sie nicht vergütet erhalten. Damit ist der Spielraum für die Ärzte gross und die Zurückhaltung bei der Leistungserbringung klein, zumal die Selbstbeteiligung der Patienten niedrig ist.

In der Schweiz ist man gerade dabei, den Umfang der Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung einzuschränken und diese teilweise zu pauschalisieren. Der vorgeschlagene neue Tarif bündelt gewisse Leistungen, die nur noch als eine Position abgerechnet werden können. Für den chirurgischen Bereich überlegt man, zum Beispiel bei der Operation des grauen Stars, neu Behandlungen pauschal zu vergüten. Dort ist die Behandlung jeweils hinreichend einheitlich, sodass Spritzen, Tupfer, ärztliche Zeit sowie die Nutzung der Apparate und Räume nicht einzeln abgerechnet werden sollten.



Check-up mit Prof. Biedermann

Geschlechtsunterschied

Es ist augenfällig, dass Patientinnen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit den verfügbaren blutdrucksenkenden Medikamenten weniger gut behandelt sind als Männer. Dies liegt daran, dass früher – wegen der Angst vor fruchtschädigenden Wirkungen – Frauen im gebärfähigen Alter von klinischen Studien zur Prüfung der Medikamentenwirksamkeit ausgeschlossen wurden.

Aber man könnte die Reform vertiefen und etwa im hausärztlichen Bereich mit einer fixen Vergütung pro eingeschriebenem Versicherten arbeiten. Damit würden die finanziellen Anreize von den Füssen auf den Kopf gestellt. Die Ärzte verdienen viel, wenn sie wenig machen – gerade umgekehrt, als es heute der Fall ist.

Zuschläge für Langlieger

Im akutstationären Bereich hat die Schweiz im Jahr 2012 die Vergütung von tagesgleichen Pflegesätzen auf diagnosebezogene Fallpauschalen umgestellt. Verdiente ein Spital früher mehr, wenn es einen Patienten länger behandelte, kehrte sich dies mit der Einführung der Fallpauschalen um. Je früher die Entlassung, umso höher der Gewinn des Spitals.

Dies hat dazu geführt, dass die Spitäler ihre Behandlungsabläufe heute besser strukturieren. Die pauschalisierte Vergütung überträgt ausserdem das Risiko hoher Behandlungskosten grundsätzlich an das Spital. Allerdings wird dieses Risiko insofern abgeschwächt, als die Fallpauschalen nicht nur diagnosebezogen sind, sondern auch Prozeduren und deren Kosten berücksichtigen, die erst nach der Diagnosestellung auftreten. Auch für Langlieger gibt es Zuschläge, die das Kostenrisiko zwischen dem Spital und dem Versicherer aufteilen.

Im Spitalbereich bahnt sich eine Entwicklung an, die bei der Vergütung zusätzlich das Ergebnis der Behandlung berücksichtigt. Sie läuft unter den Schlagwörtern «Value-based Health Care» und «Pay for Performance» (P4P). So verlangt die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich seit 2019 von den Listenspitälern eine Messung der Indikations- und Ergebnisqualität bei Patienten mit Hüft- und Knieprothesenoperationen (zirka 6500 Operationen pro Jahr). Die Spitäler erhalten einmal jährlich eine Auswertung ihrer Daten, mit der sie sich mit dem Durchschnitt der anderen vergleichen können. Die Qualitätskontrolle geschieht durch ein Board, das unabhängig von der Gesundheitsdirektion arbeitet.

Untersuchungen aus den USA haben gezeigt, dass die gegenseitige Information von Chirurgen über die Qualität ihrer Operationen deren Ergebnis stark verbessern können. Das Wissen darum, dass man mit dem Ergebnis seiner Arbeit auf einer Rangliste erscheint, spornt diese zu besseren Leistungen an.

In einem Pilotprojekt entwickeln gegenwärtig der Versicherer Groupe Mutuel, das Universitätsspital Basel und das Hôpital de La Tour in Meyrin im Kanton Genf ein neues Tarifsysteem im Bereich der Hüftgelenkprothesen. Nebst der Information darüber, wie die Spitäler im Vergleich abschneiden, sollen hier auch monetäre Anreize zum Tragen kommen. Grundlage für Ab- und Zuschläge auf die Fallpauschale sind Wiedereintritts- und Revisionsraten sowie die Veränderung des subjektiven Gesundheitszustandes, die beim Patienten während des Spitalaufenthalts und danach erhoben wird.

Solche neuen Formen der Zusammenarbeit zwischen Versicherern und Spitalern sind wichtig, denn die Vergütung sollte die Qualität der Leistung abbilden. In dieser Hinsicht tut

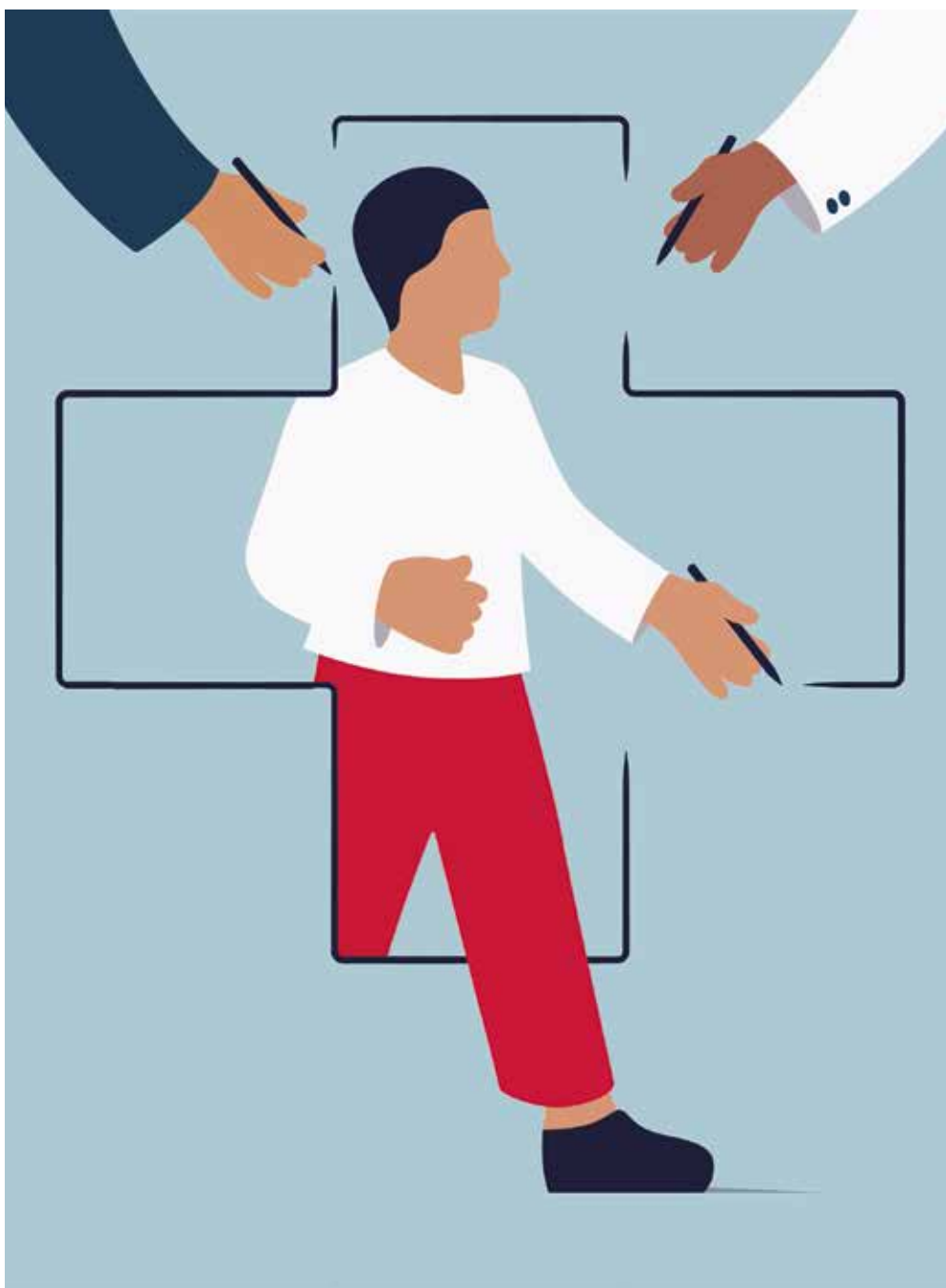
sich das Schweizer Gesundheitssystem bisher schwer. Das Krankenversicherungsgesetz verlangt zwar, dass medizinische Leistungen zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich sind. Qualität wird jedoch nicht als ein graduelles Ergebnis einer Leistungserbringung verstanden, sondern lediglich vorausgesetzt. Die eidgenössische Qualitätskommission legt Massstäbe fest, die *top-down* umzusetzen sind.

Ausweg für Versicherer

Solche Initiativen scheitern in der Regel – wenn nicht an der schieren Datenmenge, dann am Widerstand und am Ausweichverhalten der betroffenen Leistungserbringer. Damit es funktioniert, muss P4P von unten aufwachsen, wo sich einzelne Leistungserbringer und Ver-

sicherer in Verträgen finden. Dem steht zwar grundsätzlich der Zwang für die Versicherer entgegen, mit jedem Leistungserbringer unter den landesweit geltenden Manteltarifen zu kontrahieren. Aber es gibt einen Ausweg: Wenn sich der Dritte im Tausch-Dreieck, der Versicherte, einem Selektivvertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherer anschliesst, sind Letztere frei, die Vergütung im Einzelnen zu regeln. Es kommt also letztlich auf die Krankenversicherer an, sich im Wettbewerb mit innovativen Vertragsformen wie P4P durchzusetzen.

Stefan Felder ist Ordinarius für Gesundheitsökonomie und Inhaber der Stiftungsprofessur Health Economics an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Basel.



Besonders schlechte Position: Leistungserbringer und Versicherer müssen sich in Verträgen finden.



Check-up mit Prof. Biedermann

Mann mit häufigen Erkältungen

Herr G., knapp 20-jährig, stört sich daran, dass er so häufig erkältet ist. Er raucht, aber das tun auch seine Kollegen, die keine Atemwegsinfekte erleiden. Das klinische Befundmuster weist bei diesem jungen Mann auf einen sogenannten Alpha-1-Antitrypsin-Mangel hin, einen genetischen Defekt eines wichtigen Schutzmechanismus der Lunge. Der Patient nimmt die anschliessend erfolgte Diagnose aufmerksam zur Kenntnis – und hört auf zu rauchen. Seither hat er keine Atemwegsinfekte mehr. Auch die Covid-19-Pandemie hat er unbeschadet überstanden.

Stadtgespräch Gesundheitskosten

Zwei Fragen – achtzehn Antworten

1. Wie stark dürfen Ihrer Ansicht nach die Gesundheitsausgaben über die Zeit hinweg steigen? Oder muss man dazu gar keine Vorgaben machen?
2. Welche zwei konkreten Innovationen hätten für Sie Priorität, um das Nutzen-Kosten-Verhältnis im Gesundheitswesen zu verbessern?



Fabian Unteregger,
Arzt, Komiker, Moderator

1. Bei steigendem BIP wird man auch mehr Geld für Gesundheitsausgaben zur Verfügung haben. Ob das gesund ist, ist die andere Frage. Wesentlich wäre, dass die Gesundheitsausgaben weniger stark steigen als das verfügbare Einkommen.

2. Wo Geld verdient werden kann, fehlt der Spargrund. Doch das wäre elegant möglich. Gemäss einer McKinsey-Studie vom September 2021 liessen sich in der Schweiz 8,2 Mrd. Franken – also jeder zehnte Franken im Gesundheitswesen – durch Einbezug bereits verfügbarer digitaler Technologien einsparen. Die Gelegenheit, auch in der Medizin im digitalen Zeitalter anzukommen.



Daniel Liedtke,
CEO Hirslanden-Gruppe

1. Das Schweizer Gesundheitswesen gehört im internationalen Vergleich zu den qualitativ hochwertigsten, jedoch auch teuersten Systemen. Wer selber krank ist, will wieder gesunden, Kosten hin oder her. Komplexität, medizinischer Fortschritt und Demografie sind auch künftig die zentralen Kostentreiber. Staatliche Überregulierung führt zu Einbussen bei Zugang, Leistungsumfang und Behandlungsqualität.

2. Zielführender sind Innovationen wie die gezielte, auf bestimmte Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauf- oder chronische Erkrankungen ausgerichtete Prävention, etwa mittels genetischer Abklärungen und entsprechender Präventionsprogramme. Corona hat uns gelernt: Krankheiten vorzubeugen, ist kostengünstiger, und menschliches Leid wird sogar verhindert. Zudem sollten Digitalisierung und eine qualitätsbasierte Vergütung über den gesamten Behandlungspfad längst Pflicht sein. Qualität muss stärker belohnt werden.



Thierry Carrel, Professor,
stv. Direktor Herzklinik,
Universitätsspital Zürich

1. Demografie und medizinischer Fortschritt sind weder zu ändern noch zu beschränken. Daraus schliesse ich, dass Vorgaben für die Steuerung der Gesundheitsausgaben sinnlos und erfolglos bleiben werden. Im Übrigen ist es müssig, nur über die Kosten zu sprechen. Im Diskurs darf nicht vergessen werden, dass Kosten auch durch Nützlichkeiten entstehen: rascher Zugang zu Leistungen, modernste Infrastruktur, zusätzliche Arbeitsstellen, schnelle Genesung und Wiedereinstieg von Kranken und Verunfallten in den Arbeitsprozess.

2. Es ist einfach, mit grossen Floskeln wie Innovation um sich zu werfen. Es geht um Grundsätzliches:

- a.** Der Arzt und die Pflegekraft gehören zurück zum Patienten und nicht hinter den Computer.
- b.** Jeder Bürger muss bei jedem Leistungsbezug seine Gesundheitsdaten (analog einer Kreditkarte) vorweisen: Damit können Doppelspurigkeiten entdeckt und ausgemerzt werden.
- c.** Betriebswirtschaftliche und medizinische Ergebnisse müssen schweizweit verfügbar sein und viel besser kontrolliert werden.
- d.** Eine intelligente Steuerung ist nur durch transparente Vergleiche sinnvoll.



Michèle Blöchliger,
Gesundheits- und
Sozialdirektorin Nidwalden

1. Der Anstieg der Gesundheitskosten ist auf den Zuwachs der Bevölkerung generell, dabei auch auf den Anstieg der älter werdenden Bevölkerung, besonders aber auf die Fortschritte in der Medizin und auf die steigenden Ansprüche der Menschen in Bezug auf medizinische Leistungen zurückzuführen.

2. Es fehlt der Mut, ein klares Kosten-Monitoring zu entwickeln und durchzusetzen. Bei «nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kosten-

entwicklungen» müssten nationale Korrekturmassnahmen einsetzen. Eine nicht durchdachte Kostenbremse nützt wenig. Ein einfach anwendbares elektronisches Patientendossier inklusive E-ID und eine breit eingeführte integrierte Versorgung wären nötig.



Werner Widmer,
Stiftung Diakoniewerk
Neumünster

1. Bei den privatbezahlten Gesundheitsausgaben (rund 40 Prozent der Gesundheitskosten, zum Beispiel Zahnarzt, Zusatzversicherungen, Hotellerie im Pflegeheim) braucht es keine staatlichen Vorgaben. Bei den über Krankenkassenprämien und Steuern öffentlich finanzierten Gesundheitsausgaben sollte das Wachstum maximal im Gleichschritt mit dem privaten Einkommen erfolgen, sonst droht die Solidarität gelegentlich überstrapaziert zu werden.

- 2. a.** Einkommensabhängige Franchise.
- b.** Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, mit dem Ziel, dass Patienten als mündige und verantwortliche Kunden auftreten können.



Pius Zängerle, Direktor
Krankenversichererverband
Curafutura

1. Fehlanreize zu beheben, ist anspruchsvoller als Kostenbremsen einzuführen. Während uns ein System ohne Fehlanreize für die Zukunft fit macht, führen Kostenbremsen zu neuen Blockaden. Momentan beträgt die jährliche Kostensteigerung über die letzten zehn Jahre 2,5 Prozent – auch dank verschiedenen Korrekturen. Wir müssen daher wachsam bleiben, ohne in Hektik auszubrechen.

2. Operativ gilt es, den Tardoc jetzt zu installieren und damit den veralteten Tarmed abzulösen. Dieser ist mitschuldig, dass gewisse Leistungen zu viel und andere zu wenig erbracht werden. Strategisch wichtig ist die

einheitliche Finanzierung aller Leistungen (Efas), damit die Verlagerung nach ambulant zügig vorankommt.



Susanne Hochuli,
Präsidentin der Stiftung SPO
Patientenorganisation

1. Die Diskussion um Gesundheitsausgaben muss bei der Qualität und nicht bei den Kosten ansetzen. Eine Vorgabe lehnen wir ganz klar ab, weil sie eine grosse Gefahr von ungewollten Nebenwirkungen für chronisch und mehrfach erkrankte Patienten/-innen birgt.

2. Um ein Nutzen-Kosten-Verhältnis beurteilen zu können, müsste man erst einmal wissen, was den Patienten/-innen aus ihrer Sicht wirklich nützt – und dazu müsste man sie befragen. Bislang besteht aber kaum systematisches Wissen über den Nutzen aus Patientensicht.



Fridolin Marty,
Leiter Gesundheitspolitik
Economiesuisse

1. Grundsätzlich sollte man für das Wachstum keine Vorgaben machen, insbesondere nicht für den privatfinanzierten Teil. Beim obligatorischen Teil sollte man je nach Kostenwachstum und Wirtschaftsentwicklung den Finanzierungsschlüssel anpassen. Je reicher wir werden, desto mehr Gesundheit können wir via staatliche Kanäle finanzieren.

2. a. Rabatte für die Versicherten für integrierte Modelle erhöhen, um die Behandlungspfade stärker zu integrieren.

b. Durch höhere Selbstbeteiligungen den Anreiz für die Versicherten verbessern. Solche Selbstbehalte könnten nach den finanziellen Möglichkeiten der Versicherten und Art der Leistungen abgestuft werden.



Heinz Brand, Präsident
Krankenversichererverband
Santésuisse

1. Vertretbar wäre ein Kostenanstieg im Rahmen des Wirtschaftswachstums. Darüber hinaus wäre ein Faktor «Alter» akzeptabel. Dieser trägt mit 0,5 Prozent zum Kostenwachstum bei. Kurzum: Höchstens 1,5 Prozent Kostenwachstum pro Jahr wären in etwa nachhaltig.

2. Damit das gelingt, braucht es endlich die Leistungsabrechnung mittels Pauschalen im ambulanten Bereich; sie dämpfen die Kostenentwicklung nachweislich. Das zeigen die Spitäler mit einem Wachstum von rund 1 Prozent. Weiter sollte bei der Vergütung auch eine Rolle spielen, ob der Leistungserbringer qualitativ gute medizinische Leistungen erbringt.

Digitale Pillen für die Volksgesundheit

Das CSS Health Lab forscht an innovativen digitalen Lösungen, um Asthma, Diabetes oder Depression zu behandeln.

Michael Baumann

Die Digitalisierung breitet sich zunehmend auf alle Lebensbereiche aus, auch im Gesundheitswesen. Diesen Trend hat die Krankenversicherung CSS erkannt und 2015 eine Zusammenarbeit mit der ETH Zürich und der Universität St. Gallen aufgenommen. Daraus entstand das CSS Health Lab, wo ein Postdoc und vier Doktoranden an der Schnittstelle von Verhaltensmedizin und Informatik neue digitale Lösungen fürs Gesundheitssystem der Zukunft erarbeiten.

Dabei geht es um die Prävention und Behandlung chronischer Krankheiten wie Asthma, Diabetes oder Depression. Tobias Kowatsch, wissenschaftlicher Leiter des CSS Health Lab, ist sehr zufrieden mit der Entwicklung der Institution und kann auf eine Vielzahl von Erfolgen verweisen. «Wir haben mehr als dreissig wissenschaftliche Artikel publiziert und konnten unsere Forschungsergebnisse im Schweizer Fernsehen, am Swiss Digital Day und am Hack Zurich vorstellen», sagt er im Gespräch.

Spielerischer Ansatz

Und als bisheriger Höhepunkt wurde aus den Forschungsergebnissen heraus das Unternehmen Resmonics mit Sitz in Zürich gegründet. Dieses betreibt die Gesundheits-App ResGuard Med, mit der über das Mikrofon am Mobiltelefon unter Einsatz von künstlicher Intelligenz Atemwegsprobleme erkannt und bewertet werden können. Solche Ausgründungen sind laut Tobias Kowatsch keine Selbstverständlichkeit und eher die Ausnahme. «Auch bin ich stolz, wenn die CSS einen unserer Doktorierenden fest einstellt.»

Gegenwärtig wird im CSS Health Lab an der App Breeze gearbeitet, die ein Smartphone-basiertes Atemtraining mit spielerischem Ansatz ermöglicht. «Der Grundgedanke hinter dieser Anwendung ist der Umstand, dass viele Menschen gestresst sind. Wir wollen ihnen mit der App helfen, den Stress zu reduzieren», umreisst Kowatsch Sinn und Zweck von Breeze. Er betont, dass es sich nicht etwa um eine Meditations-, sondern um eine Gesundheits-

App handelt, die ebenfalls über das Mikrofon verschiedene Atmungsphasen erkennt und überprüft, ob diese korrekt erfolgen. «Dahinter steckt ein Storytelling, um die Übung attraktiv zu machen», sagt Kowatsch. Durch eine langsame und ruhige Bauchatmung soll man ein Segelschiff von einer Insel zur nächsten bewegen.

Bei Angst- und Schlafstörungen

Diese Atemübungen können präventiv gegen Stress oder Depression, aber auch zur Behandlung chronischer Krankheiten eingesetzt werden, so Kowatsch: «Im Sommer startet eine Studie mit Krebspatienten, um ihnen den Umgang mit der Krankheit zu erleichtern.» Breeze kann aber nicht einfach im App-Store heruntergeladen werden, sondern wird erst als Forschungsprototyp in Studien eingesetzt. «Wir entwickeln keine Produkte», sagt Kowatsch. «Wir zeigen, ob etwas machbar ist und ob es gesundheitlich etwas bringt.» Aber vielleicht komme es ja auch hier wieder zu einer Ausgründung.

Eine App wie Breeze wird auch als digitale Pille oder digitale Gesundheitsanwendung bezeichnet. Solche sollen künftig in Behandlungsgesprächen und Therapien eingebettet sowie von Ärztinnen und Psychotherapeuten verschrieben werden, wie es heute bereits in Deutschland der Fall ist. Auf diese Weise steige die Chance, dass die App länger genutzt werde. Wichtig sei aber auch Selbstverantwortung. Dafür müssten aber in der Schweiz laut Kowatsch zuerst noch Richtlinien erarbeitet werden. Grundsätzlich sieht er in diesen digitalen Pillen ein grosses Potenzial, um die mentale Gesundheit der Gesellschaft, etwa bezüglich Angst- und Schlafstörungen oder Folgen der Corona-Pandemie, zu verbessern.

Einen grossen Schub verspricht er sich auch von der Weiterentwicklung smarterer Speaker oder TV-Geräte. Deren Mikrofon-Qualität sei heute schon sehr gut, werde aber noch besser und sei für Gesundheitsanwendungen mit Sprachassistenten bestens geeignet. Auch hier brauche es noch klare Richtlinien zur Datensicherheit und zum Schutz der Privatsphäre.

«Wir gehen neue Wege»

Antoine Hubert will mit dem Swiss Medical Network eine neue Gesundheitsversorgung etablieren. Die Prävention und die Pflege zu Hause gewinnen dabei massiv an Bedeutung.

Beat Gygi

Priate Kliniken sind in der Schweiz zwar weniger zahlreich als die öffentlichen Spitäler, machen aber einen wichtigen Teil des Gesundheitswesens aus. Die Privaten haben mehr unternehmerischen Spielraum und können Innovationen erproben, die dem ganzen System neue Möglichkeiten eröffnen. Antoine Hubert, Chef der Spitalgruppe Swiss Medical Network, legt hier dar, wie man die Bedürfnisse der Menschen besser erfüllen will.

Weltwoche: Herr Hubert, Sie sind als Verwaltungsratsdelegierter operativer Chef eines grossen privaten Spitalnetzwerks, das in den drei Hauptregionen der Schweiz tätig ist. Nun wollen Sie ein System der integrierten Versorgung einführen. Was ist das, worin besteht der Unterschied zu heute?

Antoine Hubert: Der Unterschied ist gross, denn heute gibt es in der Schweiz noch keine echte integrierte Versorgung. Viele sprechen davon, aber die Konzepte sind meistens auf digitale Marketing- und Kollaborationsplattformen limitiert. Grundsätzlich kann man sagen, dass wir heute eine desintegrierte Gesundheitsversorgung haben. Alle Akteure verfolgen ihre eigenen spezifischen Interessen, es dominiert das Silodenken, die einzelnen Beteiligten agieren ohne grosse gegenseitige Abstimmung.

Weltwoche: Sie wollen etwas Neues aufbauen, das diese Mängel vermeidet?

Hubert: Ja, wir wollen, dass die Beteiligten viel intensiver zusammenwirken. Zudem wollen wir in unserem System neben den Leistungserbringern auch Versicherungen oder andere Beteiligte wie Ausbildung und Forschung einbeziehen. Ziel ist es, eine echte umfassende Gesundheitsorganisation aufzubauen, wo die Mitglieder möglichst alle Antworten auf ihre Fragen, alle Lösungen für ihre Probleme finden. Etwas plakativ ausgedrückt: Wir sind auf dem Weg zu einer Allianz von Akteuren, um das Schweizer Gesundheitssystem neu zu erfinden.

Weltwoche: Sie sind mit Ihrer Spitalgruppe in vierzehn Kantonen tätig, haben 22 Krankenhäuser, über 60 ambulante Zentren und 2300 Ärzte unter einem Dach. Heisst integrierte Ver-

sorgung, dass Sie all diese zu einem engeren Netz verbinden wollen?

Hubert: Nein, die integrierte Versorgung ist etwas sehr Regionales. Eine Art Vorbild oder Referenz ist für uns die amerikanische Organisation Kaiser Permanente. Diese ist in acht Regionen gegliedert, auf acht Bundesstaaten verteilt. Kaiser betreut eine Population von über zwölf Millionen Menschen. Dahinter stehen Spitäler, Arztpraxen, Gesundheitszentren und rund 24 000 Ärzte. Zum Vergleich: Wir decken bei Swiss Medical Network sieben Regionen ab. Wir bauen unser integriertes Versorgungssystem zunächst nur in einer Region auf.

Weltwoche: In welcher Region, wie sieht diese aus?

Hubert: Es ist die Region Arc jurassien. Geografisch ist das der Jurabogen, der sich ausgehend von Moutier gegen Westen erstreckt, über Biel, Saint-Imier, La Chaux-de-Fonds, Neuenburg. Medizinisch gesehen, umfasst die Region im Kern ein öffentliches Spital, das Hôpital du Jura bernois, das HJB, mit den zwei Standorten Moutier und Saint-Imier, sowie verschiedene medizinische Zentren. Das HJB gehört seit vergangenem Jahr zu 52 Prozent zu unserer Gruppe, die restlichen Anteile liegen beim Kanton Bern, mit dem wir eng zusammenarbeiten. Es wohnen rund 250 000 Personen in der Region, und unsere Versorgungskapazität umfasst zurzeit rund 350 Betten, knapp neunzig Ärzte und gegen tausend Angestellte.

Weltwoche: Sind in diesem Arc jurassien alle Elemente beisammen, die Sie für eine integrierte Versorgung brauchen, oder müssen Sie noch etwas dazunehmen?

Hubert: Was uns noch fehlt im Jurabogen, ist ein weiteres Regionalspital. Aber man muss ja nicht alles selber im Portefeuille haben, man kann gewisse Leistungserbringer auch durch eine Partnerschaft eingliedern. Solche Partner könnten auch Universitätsspitäler wie in Basel oder Bern sein.

Weltwoche: Wie ist die Ärzteschaft eingebunden? Sind das im Prinzip selbständige Belegärztinnen und -ärzte, die in den Spitälern arbeiten?



Start im Jurabogen: Antoine Hubert.

Hubert: Nein, wir werden auch weiterhin eine Mischlösung aus Belegärztinnen und -ärzten einerseits und einer angestellten Ärzteschaft andererseits haben. Für eine integrierte Versorgung ist es essenziell, dass es grundsätzlich ein medizinisches Kernteam für die Grundversorgung gibt. Das sind vor allem Hausärzte, Generalisten, die auch bei uns in einer eigenen Einheit, einer Ärzteorganisation, zusammengefasst sind.

Weltwoche: Werden denn die Ärzte nicht einfach von einem Spital angestellt?

Hubert: Nein, die Ärzte werden durch eine speziell dafür errichtete Organisation unter Vertrag genommen, unabhängig von den Spitälern. Wir richten bei uns ähnliche Strukturen ein, wie sie Kaiser Permanente hat, mit zwei Hauptpfeilern: erstens einer Einheit, welche die Spitäler mit ihrer Infrastruktur umfasst, und zweitens einer Einheit, in der sich die Ärzte organisieren. Diese Trennung ist wichtig, denn wir wollen sicherstellen, dass die Ärzte eigenverantwortlich und eigenständig handeln können, um die für den Patienten sinnvollste Therapie oder Pflege zu wählen.

Weltwoche: Ihr Modell beruht auf einer Pro-Kopf-Prämie. Was ist die Idee?

Hubert: Unsere Organisation schliesst mit der betreffenden Ärztengruppe eine Art Liefervertrag ab. Die Idee beruht auf der sogenannten *full capitation*, das heisst, dass sich Ärztinnen und Ärzte für einen im Voraus vereinbarten Fixbetrag respektive eine Pauschale verpflichten, ihre Population zu betreuen. Ziel ist, diese so gesund wie möglich zu halten. Im Fokus der integrierten Versorgung steht die Prävention.

Weltwoche: Hausärztinnen und Hausärzte haben also eine Art Portfeuille von Personen, die bei Ihnen das Versicherungsmodell «Integrierte Versorgung» gewählt haben, und für diese soll er oder sie das Optimum suchen?

oder gekürzt werden, da dies zu einem Verlust von Mitgliedern, sprich: zu weniger Einnahmen führen würde.

Weltwoche: Ist die Schweiz reif genug für ein solches System?

Hubert: Ich glaube, die Schweiz ist ideal für solche Lösungen – oder umgekehrt: Solche Lösungen sind ideal für die Schweiz. Wir haben eine relativ kleine Bevölkerung, die zudem ziemlich gleichmässig übers ganze Land verteilt ist. Das sind ideale Voraussetzungen für regional integrierte Versorgungssysteme.

Weltwoche: Können Sie abschätzen, wie sich diese auf die Gesundheitskosten auswirken könnten?

Weltwoche: Wo könnten die grössten Wirkungen eintreten?

Hubert: Rund 80 Prozent der Spitalkosten entstehen im stationären Bereich, nur 20 Prozent machen ambulante Eingriffe aus. Dabei geht der Trend genau in die andere Richtung. Dank neuen Behandlungskonzepten und Technologien könnte man 80 Prozent ambulant behandeln. In den USA ist das heute schon üblich, in Frankreich sind es 65 bis 70 Prozent.

Weltwoche: Streben Sie das für die Schweiz auch an?

Hubert: Ja, das ist möglich. Aber dafür ist eben ein integriertes Versorgungssystem notwendig, weil man dann die Leute nach dem Eingriff zu Hause pflegen muss. Der Patient bleibt einen Tag im Spital und wird durch unser Netz von Ärzten und Pflegenden anschliessend zu Hause weiterbetreut. Das ist erheblich günstiger als ein Spitalaufenthalt.

Weltwoche: Dann haben wir zu viele Spitäler in der Schweiz?

Hubert: Meiner Ansicht nach gibt es nicht zu viele Standorte, aber zu viele vollwertige Spitäler, die alles abdecken wollen. Mit einem integrierten Versorgungssystem kann man die verschiedenen Kompetenzen und Angebote auf



Intensives Zusammenwirken: umfassendes Gesundheitssystem

Hubert: Genau, denn im integrierten System haben alle Akteure das gleiche Interesse: möglichst viele gesunde Mitglieder. Je besser dies gelingt, desto tiefer sind die Kosten und desto mehr Mittel bleiben im System. Ärztinnen und Ärzte werden zu Care-Managern. Durch den verstärkten Einsatz von Prävention und die Vermeidung von unnötigen Behandlungen verbessert sich auch das *wellbeing* der Mitglieder. Wichtig: Ein Patient, der mit den Leistungen nicht zufrieden ist, kann das System jederzeit verlassen. Dank diesem Wettbewerb besteht keine Gefahr, dass Leistungen vorenthalten

Hubert: Verlässliche Schätzungen kann man erst nach einem Zeithorizont von zwanzig Jahren vornehmen. Vorher lässt sich nicht wirklich beurteilen, welches Ergebnis eine bestimmte Investition in solche Präventionsmassnahmen bringt. Aber in Spanien, wo integrierte Versorgungssysteme etabliert sind, zeigt sich, dass die Kostenkurve flacher wurde. Das System dürfte also die Kostensteigerung dämpfen oder gar stoppen, und ich bin überzeugt, langfristig lassen sich dadurch nicht nur Kosten senken, sondern auch die Gesundheitsversorgung qualitativ verbessern.

«Die Schweiz bietet ideale Voraussetzungen für regional integrierte Versorgungssysteme.»

verschiedene Standorte verteilen: Die einen bieten Intensivpflege an, die andern nicht. Gleiches gilt für Kardiologie et cetera.

Weltwoche: Für solche Modelle braucht es aber wohl die Zustimmung der Kantone?

Hubert: Ja, die Unterstützung des jeweiligen Kantons ist unerlässlich. In Bern haben wir diese.

Weltwoche: Möchten Sie denn noch viele neue Spitäler dazunehmen?

Hubert: Nein, am grössten ist unser Ergänzungsbedarf jetzt in der Grundversorgung, vor allem mit medizinischen Zentren, Spitex, Reha, Pflege. Das Ziel besteht darin, möglichst wenig Leute ins Spital zu bringen und sie stattdessen zu Hause zu behalten, angemessen zu pflegen und in Gesundheitszentren ambulante Leistungen anzubieten.

Weltwoche: Wann starten Sie mit Ihrer integrierten Versorgung?

Hubert: Wir sind jetzt im Gespräch mit einigen Krankenkassen für ein entsprechendes Versicherungsmodell, das auch die obligatorische Grundversicherung inkludiert. Wir hoffen, dass wir nächstes Jahr dafür bereit sind.

Antoine Hubert ist Delegierter der Verwaltungsräte von Swiss Medical Network und Aegis Victoria AG. Mit der Übernahme der Clinique de Genolier im Jahr 2002 legte er den Grundstein für die Gründung der zweitgrössten privaten Klinik- und Spitalgruppe der Schweiz.

Sag mir, wo die Daten sind

Ein Viertel der Schweizer Bevölkerung erhält Prämienverbilligung. Wird das richtig gemacht? Das ist schwierig zu beantworten. Denn im Gesundheitswesen liegen viele Daten im Dunklen.

Christian P.R. Schmid und Nicolas Schreiner

Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen erhalten Prämienverbilligungen für ihre Krankenversicherung. Diese Entlastungen sollen verhindern, dass Versicherte wegen der einkommens- und vermögensunabhängigen Prämien, also wegen der Kopfprämien, in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Mehr als 25 Prozent der Schweizer Bevölkerung werden so jährlich mit insgesamt über vier Milliarden Franken unterstützt. Wie fliesst dieses Geld zu den Begünstigten?

Vor 2014 konnten die Kantone selbst entscheiden, ob sie die Beiträge zwecks Prämienreduktion an die Krankenkassen bezahlen – das wäre eine Art Nettoverrechnung – oder ob sie das Geld den betroffenen Personen auf das Bankkonto überweisen. Werden die Beiträge an die Versicherten direkt ausbezahlt, müssen sie ihre Finanzen eigenverantwortlich planen.

Diesen verantwortungsvollen Umgang mit den Prämienverbilligungen traute ihnen der Gesetzgeber allerdings nicht zu. Er vereinheitlichte deshalb die kantonalen Auszahlungssysteme: Seit 2014 müssen alle Kantone die Prämienverbilligungen an die Krankenkassen ausbezahlen. So soll gewährleistet werden, dass die Beiträge auch tatsächlich zur Deckung der Prämien verwendet und nicht einfach anderswie verputzt werden, sodass das Risiko von Zahlungsausständen tatsächlich vermindert wird.

Unterschiede in der Zahlungsmoral

Aber verbessert die Einschränkung der Eigenverantwortung wirklich die finanzielle Situation bei den Empfängern? Ein simpler Kantonsvergleich könnte zu einer anderen Schlussfolgerung verleiten. Die Zahlungsmoral



Theoretisch vorhanden: Es gilt, den Datenzugang zu vereinfachen.

war nämlich in jenen Kantonen, welche die Beiträge bereits vor 2014 an die Krankenkassen überwiesen haben, deutlich schlechter als in Kantonen mit direkter, eigenverantwortlicher Auszahlung an die Versicherten. Allerdings könnte das vom jeweiligen Kanton gewählte System auch bereits von der Zahlungsmoral der Kantonsbevölkerung abhängig gewesen sein.

Glücklicherweise ist es so, dass die vom Bund erzwungene Vereinheitlichung der kantonalen Auszahlungssysteme wie ein natürliches Experiment angelegt ist, das uns die Möglichkeit zur

Beantwortung der Frage nach Ursache und Wirkung bietet. Wir können nämlich die Veränderung der Zahlungsmoral in jenen Kantonen, die ihr Auszahlungssystem umstellen mussten, mit der Entwicklung in jenen Kantonen vergleichen, welche die Prämienverbilligung schon immer an die Krankenkassen ausbezahlt hatten. So lassen sich kantonale Eigenheiten, wie eben Unterschiede in der Zahlungsmoral, herausrechnen.

Neben dem natürlichen Experiment benötigen wir die für die Beantwortung der Frage relevanten Daten, insbesondere Angaben zu Zahlungsausständen und zur Prämienverbilligung. Letzteres stellt vor 2014 bei den Kantonen mit direkter Auszahlung an die Empfänger jedoch eine grosse Herausforderung dar; aus den Krankenkassendaten, welche die Basis für unsere Forschung bilden, ist für diese Kantone nämlich nicht ersichtlich, welche Versicherten Prämienverbilligungen erhalten haben. Die Daten wären möglicherweise bei den Kantonen noch vorhanden, aber eine Verknüpfung mit andern Informationen ist in der Regel mit grossen bis unüberwindbaren Hürden verbunden. Alternativ könnte man die Prämienverbilligung anhand

von Einkommen, Zivilstand, Anzahl Kinder und so weiter individuell berechnen – aber auch diese Daten fehlen (dies völlig zu Recht) bei den Krankenkassen.

Fazit: Obwohl also Angaben zur Prämienverbilligung oder zu deren Berechnungsgrundlagen irgendwo existieren, stehen sie für eine Analyse nicht zur Verfügung. Deshalb mussten wir die Wahrscheinlichkeit, dass jemand Prämienverbilligung erhalten hatte, mit den uns zur Verfügung stehenden Daten schätzen. Das ist ein sehr aufwändiges und zeitintensives

Verfahren, und das Ergebnis ist trotzdem weniger präzise, als wenn man die tatsächlichen Angaben zur Prämienverbilligung hätte. Aber eben, so ist die Datenlage in der Schweiz.

20 Prozent weniger Mahnungen

Nach Schätzung dieser Wahrscheinlichkeiten konnten wir den Effekt des Auszahlungssystems auf Mahnungen und Betreibungen schliesslich analysieren. Die Auswertung zeigt: In Kantonen, die das System von der direkten Auszahlung an die Versicherten umgestellt haben auf die Überweisung an die Krankenkassen, verringerten sich bei den Prämienrechnungen die Mahnungen um 20 Prozent und die Betreibungen um 12 Prozent. Gleichzeitig bezahlten die Bezüger von Prämienverbilligungen die nicht subventionierten Kostenbeteiligungen nicht weniger zuverlässig als vorher.

Insgesamt hatte die Reform also den gewünschten Effekt, ohne dabei auch nur einen zusätzlichen Franken an Steuergeldern zu benötigen. Der Gesetzgeber lag mit seiner Vermutung zum Zustand der Zahlungsmoral demzufolge richtig. Dies sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Entscheid nicht

Der verantwortungsvolle Umgang mit den Verbilligungen wurde den Versicherten nicht zugetraut.

auf Fakten oder wissenschaftlichen Erkenntnissen basierte. Leider ist das bei Reformen im Gesundheitswesen kein Einzelfall, sondern eher der Standard.

Dabei wäre es durchaus möglich, evidenzbasierte, also durch Daten gestützte Gesundheitspolitik zu betreiben. Entsprechende Forschungsergebnisse stossen auch international auf grosses Interesse: Unsere hier diskutierte Studie ist in einer führenden ökonomischen Fachzeitschrift publiziert worden. Für solche Analysen fehlt jedoch oft eine wichtige Zutat: die Daten. Sie wären zwar theoretisch irgendwo vorhanden, aber meistens sind sie fraktioniert, werden nicht maschinenlesbar erfasst oder dürfen nicht verknüpft werden. Dadurch werden Forschungsprojekte aufwendiger, weniger aussagekräftig oder können gar nicht erst durchgeführt werden.

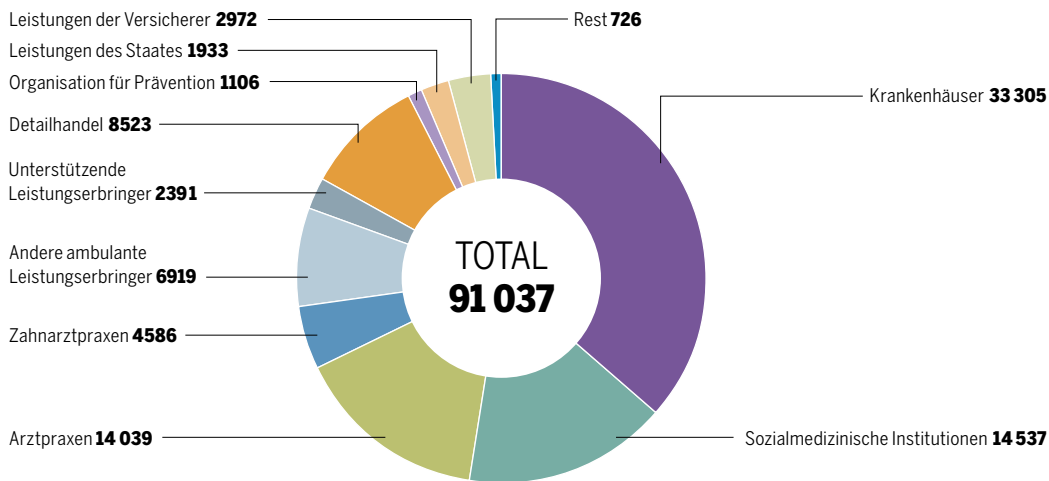
Die Schweiz sollte daher die Infrastruktur dafür schaffen, dass Forscher einen raschen, einfachen und umfassenden Datenzugang erhalten. Die dadurch ermöglichten Erkenntnisgewinne würden dazu beitragen, politische Entscheidungen zu verbessern und so letztlich den Wohlstand aller zu erhöhen.

PD Dr. Christian P. R. Schmid und Dr. Nicolas Schreiner sind beim CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie tätig. Link zur Studie: <https://doi.org/10.1093/jeea/jvaco11>

Ein Wunderwerk mit 90 Milliarden Jahresumsatz

Die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen

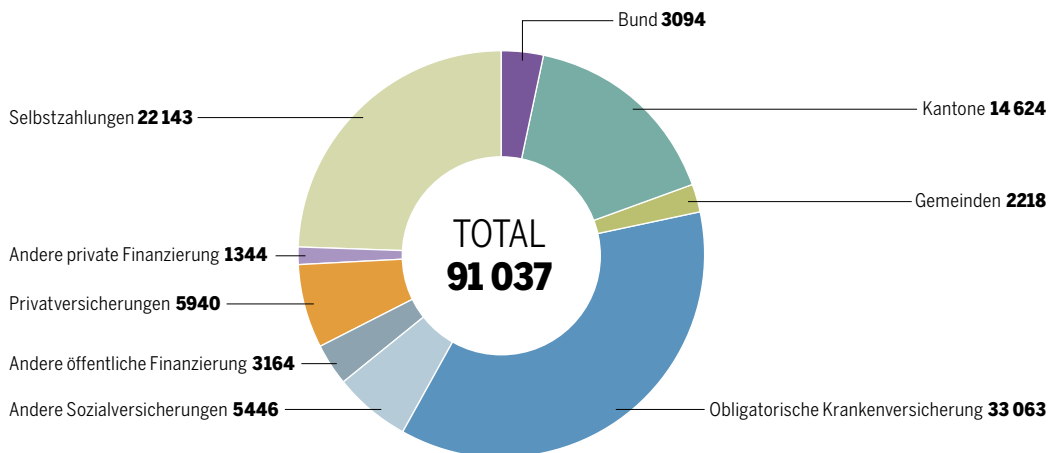
Gesundheitsausgaben in der Schweiz 2021, gegliedert nach Leistungserbringern, in Millionen Franken



QUELLE: KOF ETH ZÜRICH

Wer bezahlt das Ganze?

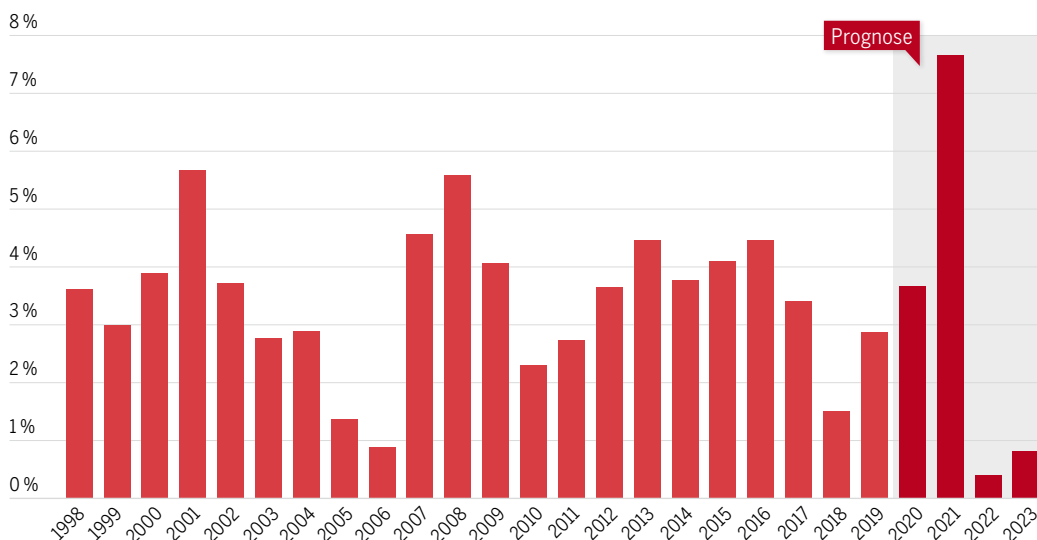
Gesundheitsausgaben in der Schweiz 2021, gegliedert nach Finanzierungsquellen, in Millionen Franken



QUELLE: KOF ETH ZÜRICH

Eine Wachstumsgeschichte

Reales Wachstum der Gesundheitskosten von Jahr zu Jahr, in Prozent



Krankenversicherung im Kreuzfeuer

Gewünscht sind mehr Therapien und ein besserer Zugang zu diesen – ohne Kostenanstieg. Doch die Erwartungen von Versicherten, Versicherern und Politik sind sehr unterschiedlich.

Peter Zweifel

Was Herr und Frau Schweizer von ihrer Krankenversicherung erwarten, ist klar: Für ihre Prämie wollen sie im Krankheitsfall Zugang zu den besten Therapiemöglichkeiten, ohne sich um deren Kosten kümmern zu müssen. Die Prämie ist bereits bezahlt, und die Kostenbeteiligung hört für die meisten nach ein paar Hundert Franken auf. Dann zählt beim Preis-Leistungs-Verhältnis nur noch die Leistung, das heisst die Chance, rasch und vollständig gesund zu werden.

Der Zugang zu neuen Therapien wird für die Versicherten immer wichtiger. Nur um einige Innovationen aus dem Jahr 2021 zu nennen: vorab die Covid-19-Impfungen, dann ein Diabetes-Medikament, das die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen senkt, ein Medikament gegen multiple Sklerose, eines gegen zystische Fibrose – und ein mit dem Handy verbundener Herzschrittmacher.

Politiker suchen Wiederwahlchancen

Die meisten dieser Neuerungen gehen leicht in die Zehn-, ja sogar Hunderttausende von Franken – ausser man ist bereit, etwas zu warten (so wie beim letztjährigen Handy, das man deutlich billiger bekommt). Doch in Sachen Therapiemöglichkeiten möchten Herr und Frau Schweizer nicht warten. Das zeigte ein Experiment zur Erfassung der Präferenzen bezüglich der Gesundheitsversorgung vor einigen Jahren. Es ergab, dass eine Wartezeit von gerade mal zwei Jahren beim Zugang zu den neuesten Behandlungen und Medikamenten mit einem Prämienrabatt von einem Viertel kompensiert werden müsste, um freiwillig akzeptiert zu werden.

Die Erwartung der Politiker an die Krankenversicherung ist eine ganz andere. Mit den Gesundheitsausgaben steigen zwangsläufig auch die Prämien, und mit ihnen die zu budgetierenden Mittel für die Prämienverbilligung. Während diese im Bundeshaushalt 2015 noch 2,4 Milliarden ausmachten, erreichten sie 2020 bereits knapp 3 Milliarden Franken. Die kantonalen Haushalte werden ebenfalls zunehmend

belastet. Doch auch Politiker suchen ein günstiges Preis-Leistungs-Verhältnis und investieren öffentliche Mittel bevorzugt dort, wo sie ihre Wiederwahlchancen verbessern.

Diese Bedingung wird von der Prämienverbilligung nicht erfüllt: Die Wahlbeteiligung korreliert stark mit dem Einkommen, während die Begünstigten überwiegend ein niedriges Einkommen aufweisen. Zudem tragen seit einigen Jahren Aufwendungen im Gesundheitswesen nicht mehr im gleichen Masse zur

Unser Gesundheitswesen wird vor dem internationalen Wettbewerb abgeschirmt.

Wiederwahl bei, da sich die Prioritäten der Stimmbürger verschoben haben; noch 2010 war für 41 Prozent der im CS-Sorgenbarometer Befragten die Gesundheitsversorgung auf Rang eins, doch im letzten Jahr mit 25 Prozent nur noch auf Rang fünf.

Die Krankenversicherer sollen demnach im Auftrag der Politiker den Auftrieb bei den Gesundheitsausgaben bremsen. Dies war auch das Ziel der vom Bundesparlament mit klarer Mehrheit verabschiedeten «Managed Care»-Gesetzesvorlage, welche das sogenannte Hausarztmodell durchsetzen wollte; wer wie bisher direkt einen Spezialisten ohne Überweisung durch einen festen Hausarzt aufsuchen wollte, hätte einen Zuschlag zur Prämie bezahlen müssen. Demgegenüber hatte das oben angesprochene Experiment ergeben, dass der Verzicht auf dieses Recht mit einem Prämienrabatt von fast 40 Prozent abgegolten werden müsste. Das Referendum gegen den Gesetzesentwurf kam zustande und wurde im Juni 2012 mit nicht weniger als 76 Prozent der Stimmen unterstützt.

Doch die Bundespolitiker blieben seither nicht untätig. Im Jahr 2018 kamen die Nationalräte mit dreizehn und die Ständeräte mit vierzehn Vorstössen ins Parlament, die sich überwiegend mit der Krankenversicherung befassten. In den letzten drei

Monaten des vergangenen Jahres waren es sechs beziehungsweise sieben Vorstösse – eine klare Beschleunigung. Es ging beispielsweise um eine Prämienbefreiung während dreier Monate wegen Covid-19 (vorgebracht vom Kanton Genf, abgelehnt) oder um die Forderung, der Bundesrat möge die Tarife der Laborleistungen senken (angenommen, offen blieb das Wie).

Ein Spagat

Immer mehr Therapien finanzieren, aber zugleich den Auftrieb der Gesundheitsausgaben bremsen – um diesen Spagat zu schaffen, müssten die Krankenversicherer als «gewiefte Einkäufer der Gesundheitsleistungen» (engl. *prudent purchasers*) agieren können.

Dem steht jedoch das sogenannte Territorialprinzip entgegen. Zumindest im Bereich der obligatorischen Grundversicherung dürfen nur die Leistungen schweizerischer Ärzte und Ärztinnen, schweizerischer Spitäler und von schweizerischen Firmen produzierte beziehungsweise importierte Medikamente vergütet werden. Unser Gesundheitswesen wird so vor dem internationalen Wettbewerb abgeschirmt. Es lebe die Hochpreisinsel Schweiz!

Peter Zweifel ist emeritierter Wirtschaftsprofessor an der Universität Zürich.



Check-up mit Prof. Biedermann

Frühentdeckung einer gefährlichen Erkrankung

Herr V. behandelt schon seit längerem bewusst seine arterielle Hypertonie. Nach der Pensionierung ist es Zeit für eine gesundheitliche Standortbestimmung. Die sorgfältige, umfassende Untersuchung verortet seine kardiovaskuläre Erkrankungsaktivität bei 85 Prozent. Die weiteren Abklärungen ergeben eine schwere koronare Dreifässerkrankung. Der Patient wird operiert und geniesst danach den Ruhestand in vollen Zügen.



DIE WELTWOCHEN

Neue App, neue Website.
Jetzt testen.

Steigen Sie ein, fliegen Sie mit!

Bringt Ordnung in deine Gesundheit.

Medizinisches Lexikon



Medikamente bestellen



Arzttermine vereinbaren



Symptome überprüfen



Persönliches Dossier



Doctor-Chat



Vorsorgeempfehlung



Kontakt zu Fachpersonen



Hallo Well.

well

CSS

Jetzt herunterladen:
css.ch/well



Laden im
App Store

JETZT BEI
Google Play



Well. Die Gesundheitsplattform für die Schweiz.

