



«Qualität im
Gesundheitswesen»

Was kosten uns das Sparen?

Die allianz q ist ein Zusammenschluss von Akteuren aus dem Gesundheitswesen: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), H+ Die Spitäler der Schweiz, Interpharma, Merck Sharp & Dohme (MSD) und Privatpersonen.

Die allianz q stellt den Patienten ins Zentrum und thematisiert Qualität – vor allem die Qualität der Versorgung – in allen Facetten.

Die allianz q weist auf Probleme hin, fragt nach Daten und zeigt auf, was epidemiologische und volkswirtschaftliche Bedeutung hat: Brustkrebs, Depressionen, Diabetes, Osteoporose, COPD, Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die allianz q fordert die richtigen Anreize, sucht Vorbilder und involviert Experten, welche Lösungen definieren.

Die allianz q existiert seit Januar 2010. Im Juni 2021 haben die Initianten neu den Verein Allianz q gegründet, der Organisationen und Privatpersonen zusammenführt, die sich der «Qualität vor Kosten im Gesundheitswesen» verpflichten.»

Inhalt	
Editorial	2
Innovationspreis 2021	
«Selbstmanagement-Förderung: Von der Vision zum gelebten Alltag»	4
Steuerung mit Globalbudget? Erfahrungsbericht aus Kanada	6
Perspektiven eines Globalbudgets Sicht der Ärzte	8
Vorschlag Globalbudget – eine klassisch unnötige Leistung	10
Perspektiven eines Globalbudgets Sicht der Patienten	14
Diskussion im Plenum	16
Diskussion zu Kostendämpfungspaket / Globalbudget / Zielvorgaben	18
Herausforderungen für Patienten-Konsumenten	20
Herausforderungen für Leistungserbringer/Ärzte	21
Herausforderungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinaus	22
Schlussdiskussion Zum Globalbudget und weiteren Fragen	24

Editorial

Stoos Seminar Nr. 12 – mit Freude und Gelassenheit die neu gewonnenen Freiheiten geniessen

«Was kostet uns das Sparen» - Qualitätsdaten im Gesundheitswesen

Nachdem wir letztes Jahr coronabedingt das traditionelle Stoosseminar nicht durchführen konnten, ist die Vorbereitungsgruppe für den Stoos 2021 glücklich und zufrieden, dass Stoos Nr. 12 (oder Nr. 11?) dieses Jahr erfolgreich durchgeführt werden konnte. Es war ein spezieller Anlass, mit speziellen Rahmenbedingungen und gerade deshalb ein Erfolg. Das Ausweichen auf das Alpstübli verhiess ein uriges Ambiente. Genügend Platz und trotzdem gemütlich, rustikal. Für die Moderation allerdings auch entsprechend anspruchsvoll, galt es doch die 4 Sektoren immer im Auge zu behalten und niemanden hinter dem Kachelofen zu vergessen. Der Apéro und das Nachtessen trugen viel zur guten Stimmung bei, der Abend klang wie gewohnt mit intensiven Gesprächen an der Hotelbar aus. Wir sind zum Schluss gekommen, dass dieses einmalige Ambiente auch einmalig bleiben soll und wir uns nächstes Jahr wieder wie gewohnt im Seminarhotel treffen wollen.

Thematisch stand dieses Mal (oder einmal mehr) die Kostendämpfungspakete des Bundesrates im Zentrum, mit einem Fokus auf das Thema Globalbudget – das uns in der Schweiz ja sinnigerweise unter dem Euphemismus «Zielvorgaben» schmackhaft gemacht werden soll. In der Vorbereitungsgruppe waren wir uns rasch einig, dass wir dieses Thema aus verschiedenen Sichtweisen beleuchten wollen: einem Erfahrungs-Bericht aus Kanada (Dr. Heiner Sandmeier, Interpharma), einem Frontbericht eines Arztes mit Erfahrungen in Deutschland und der Schweiz (Dr. med. Oliver Ranze), dem Bericht eines unabhängigen Gesundheitsökonomen (Pius Gyger) und den Perspektiven aus Sicht der Patienten (Dr. med. Jörg Spieldenner, Lungenliga Schweiz). Das Panel ging dann der Frage nach, weshalb es der Politik nicht gelingt, von diesem Irrweg abzukommen und bessere Lösungen zu formulieren, wie die Lasten besser verteilt werden können.

Einer der Höhepunkte am Samstagmorgen war sicher die Verleihung des Innovationspreises an Dr. med. Claudia Kessler für Ihr intensives Engagement und damit das gute Gelingen des Referenzrahmens zur Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten. Eine würdige Preisträgerin, haben wir doch am Vortag und in den Workshop-Diskussionen am Samstag immer wieder gehört, wie wichtig der Einbezug der Patientinnen und Patienten – insbesondere der Chronisch Kranken – in den ganzen Behandlungs- und

Begleitungs- und Pfad ist.

Und zum Schluss noch eine interne Mitteilung. Seit 2009/2010 hat eine Gruppe von Interessierten aus Politik, Wirtschaft, Patientenorganisationen und Einzelpersonen das Stoos-Seminar initiiert und durchgeführt. Ich hatte das Privileg von Anfang an dabei zu sein und bedanke mich an dieser Stelle ganz herzlich bei meinen Mitstreiterinnen für das mir entgegengebrachte Vertrauen. Nun ist es Zeit, das Zepter in andere Hände zu übergeben. Dieser Wechsel wird nun auch noch etwas formalisierter: wir haben am 26. Juni den «Verein Allianz Qualität vor Kosten» gegründet. Neue Präsidentin dieses Vereins ist ab sofort Dr. Tania Weng, welche vielen von Ihnen bekannt ist. Ich freue mich, dass sie bereit ist, dieses Amt zu übernehmen und bin sicher, dass damit weitere interessante Stoos-Seminare auf uns alle warten. Ansonsten wird die ehemalige Vorbereitungscrew neu als Vorstandsmitglieder fungieren, was eine gute Kontinuität und Qualität garantiert. Danke, allen Teilnehmern der letzten 11 Stoos-Seminare, insbesondere aber meiner sehr konstanten Crew, wir hatten lebhaftere Sitzungen, gute Diskussionen und es tat gut zu spüren, dass es auch heute noch möglich ist, mit Herzblut und Engagement und ohne Profit im eigenen Portemonnaie so etwas wie die Stoos-Seminare zu realisieren!



***Doris Fischer-Taeschler,
Präsidentin Allianz Q 2010-2021***

Innovationspreis 2021

«Selbstmanagement-Förderung: Von der Vision zum gelebten Alltag»

Dr. med. Claudia Kessler für ihre intensive Arbeit am Referenzrahmen zur Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten.

Die Allianz q vergibt seit 2014 jedes Jahr einen Preis für ausserordentliche Leistungen zugunsten der Qualität in der Gesundheitsversorgung. Den diesjährigen Preis gewann die Ärztin und Public-Health-Expertin Claudia Kessler für ihre Beiträge zur Förderung des Selbstmanagements von betroffenen Menschen. Sie war massgeblich beteiligt an den Grundlagen-Dokumenten des Bundesamtes für Gesundheit zum Selbstmanagement. Die Dokumente gehören zu den zentralen Elementen der Plattform SELF (Selbstmanagement-Förderung bei nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Erkrankungen).

Claudia Kessler zeigte in Ihren Worten zur Preisverleihung, dass es beim Selbstmanagement darum geht, die betroffenen Menschen – in Ergänzung zur eigentlichen medizinischen Behandlung – in allen Lebenslagen dabei zu unterstützen, einen «gesunden» Umgang mit den vielfältigen Herausforderungen und Einschränkungen zu finden. Dabei sind drei Akteurguppen gefordert, ihre Ressourcen, Erfahrungen und Kompetenzen bedürfnisgerecht und koordiniert in die Behandlung, Betreuung und Begleitung einzubringen: die betroffenen Menschen selber, ihre Angehörigen und/oder ihr soziales Umfeld sowie die Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen.

Wichtig dabei, so Claudia Kessler: «Im Versorgungswesen liegt der Fokus bei der Behandlung auch heute noch viel zu oft auf der Krankheit. Menschen, die mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten leben müssen, möchten sich jedoch nicht auf diese Krankheiten reduzieren lassen.» Ein ganzheitlicher Ansatz, wie er in der Selbstmanagement-Förderung zum Zug kommen sollte, fokussiere deshalb auf den Menschen, sein Umfeld und seine Lebenswelt.

Dazu gehöre ein Paradigmenwechsel in der Haltung aller Beteiligten. Es geht darum, so Claudia Kessler, «auf ein partnerschaftliches Rollenverständnis zwischen Fachleuten, Betroffenen und ihren Angehörigen hinarbeiten.» Ausserdem sei sicherzustellen, «dass das Prinzip <auf Augenhöhe> kein Lippenbekenntnis bleibt,

sondern in der Praxis gelebt wird – im Gesundheitswesen und zu Hause.» Es gehe also auch um das Teilen von Deutungsmacht und Verantwortung.

Die diesjährige Preisträgerin ist überzeugt, dass es sich lohnt, an diesem Paradigmenwechsel zu arbeiten – «davon berichten auch viele Fachpersonen, die sich auf diesen Weg gemacht haben. Ihre Arbeit sei seither befriedigender und wirkungsvoller.» Bei aller Leidenschaft, die Claudia Kessler auszeichnet, weiss sie um die Hindernisse, die dem Selbstmanagement-Förderung immer wieder im Wege stehen – allen voran die Finanzierung solcher Leistungen. Sie ist aber zuversichtlich, dass sich dafür Mittel und Weg finden, denn «die strukturelle Verankerung der Selbstmanagement-Förderung in der Regelversorgung ist heute keine Vision mehr, sondern an viele Orten bereits gelebter Alltag.»



Links: Dr. med. Claudia Kessler

Steuerung mit Globalbudget? Erfahrungsbericht aus Kanada

Dr. Heiner Sandmeier, Stv. Geschäftsführer Interpharma

Zum Einstieg leuchtete Heiner Sandmeier die **Hintergründe zum Thema Globalbudget/Zielvorgabe** aus:

interpharma.ch

Warum Globalbudgets für die Schweiz?



- Serge Gaillard, eh. Direktor der Eidg. Finanzverwaltung und Mitglied der Expertengruppe 'Diener':
- Kostenwachstum des Gesundheitswesens ist das grösste finanzpolitische Problem der Schweiz
- Kostenentwicklung im Gesundheitswesen belastet die Haushalte, die privaten und die öffentlichen
- Es gibt keine andere Zwangsabgabe, die nicht politisch gesteuert ist
- So kann es nicht weitergehen
- Eine 'Schuldenbremse' für das Gesundheitswesen
- Globalbudgets für alle Ausgaben in der OKP
- Nach breit getragenen Widerstand gegen Globalbudgets heisst die Massnahme des Bundesrat nun 'Zielvorgaben für das Kostenwachstum':
 - Bund legt Zielvorgabe fest (top down)
 - Kantone übernehmen und verteilen auf Leistungsbereiche

Quellen: Böhmle, T. et al. (2018) Working Paper ÖfV Nr. 21; Im Dialog, CSS, 3/2018



Dr. Heiner Sandmeier

Im zweiten Schritt zeigte er – literaturgestützt – **internationale Erfahrungen mit Globalbudgets** auf:

Internationale Erfahrungen – die Literatur

Reviews	Empirische Studien
<ul style="list-style-type: none"> Erfahrungen in D, NL, DK, CND, ISR Einige Reviews ziehen den Schluss, dass Kostenzielvorgaben wirken 	<ul style="list-style-type: none"> Fehlzanzeige. Es gibt keine fundierten empirischen Studien über die Wirksamkeit von Kostenzielvorgaben Die behauptete Wirksamkeit fusst auf Expertenmeinungen
Erfahrungen auf die Schweiz übertragbar?	Folgen nach Einführung
<ul style="list-style-type: none"> Nein Bedeutende Unterschiede: Organisation des Gesundheitswesens, Verantwortlichkeiten, historische Entwicklung, politische Kultur, Mentalität, ... 	<ul style="list-style-type: none"> Fehlzanreize führen zu <ul style="list-style-type: none"> Qualitätsverlust mit Wartezeiten und eingeschränkter Zugang Cream Skimming Zusätzliche, komplexe Regulierungen zur Korrektur der Fehlzanreize notwendig

Quellen: Brändle, T. et al. (2018) Working Paper 2747 Nr. 22. Hoxeno-Sens, R. (2012) OECD Journal on Budgeting, 13(2): 1-20.

Dann berichtete er von den **Erkenntnissen**, die er auf einer **Studienreise** der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften im September 2019 in **Kanada** gesammelt hatte:

Umsetzung von Globalbudgets

Vorteilhafte Faktoren	Kanada		Schweiz	
Zentrale Steuerung der Versorgung	Zentral Steuerung durch Provinzbehörden mit nationalen gesetzlichen Rahmenbedingungen	✓	Dezentrale Organisation der Versorgung	✗
Fiskalische Äquivalenz (wer zahlt, befiehlt bzw. wer steuert, zahlt)	Staat (Provinz) finanziert und verwaltet Versorgung Bundesregierung verbündet ca. 25% Co-Finanzierung mit gesetzlichen Vorgaben für Einheitssystem	✓	Bund reguliert KVG, finanziert aber wenig Finanzierungsquellen: 6% Bund, 21% Kantone 63% private Haushalte	✗
Verfügbarkeit von Daten zur Versorgung	Umfassende Datenerhebung und Weitergabe an Behörden	✓	Lückenhafte Datenlage Fragmentierte, nicht verfügbare Datensilos	✗
Hoher Grad der Digitalisierung im Gesundheitswesen	>70% im Bertelsman-Index; Platz 2	✓	<50% im Bertelsman-Index; Platz 14	✗
Kapazitäten und Kompetenzen zur Auswertung der Daten	Provinzen beschäftigen zusammen mehr als 1 000 Gesundheitsökonominnen	✓	Personelle Ressourcen und fachspezifisches Know-How in Behörden gering	✗
Akzeptanz der Bevölkerung für Globalbudgets / Zielvorgaben	National Health System / Medicare ist unbestrittene und unantastbare Errungenschaft; Globalbudgetierung laut im Hintergrund ab	✓	?	

Zum Schluss zog er folgendes Fazit:

Selbst unter ausgezeichneten Voraussetzungen mit einem zentral gesteuerten Einheitssystem, verfügbaren Daten, grossen administrativen Ressourcen, hohem Digitalisierungsgrad und grosser Akzeptanz der Bevölkerung ist die Wirksamkeit von Globalbudgets für Spitäler in Kanada sehr fraglich.

- Aufgrund der Fehlanreize ist Nachregulierung notwendig.
- Der Administrative Aufwand für Budgetierung, Umsetzung, Kontrolle und Anpassungen ist enorm.
- Die Festlegung der Budgets ist intransparent und politisiert.
- Die Globalbudgets müssen unter Jahr regelmässig korrigiert werden.
- Effizienz und Qualitätssteigerung stehen hinten an.

Perspektiven eines Globalbudgets aus Sicht der Ärzte

Dr. med. Oliver Ranze, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin

Oliver Ranze war in Deutschland elf Jahre in Spitälern tätig und zehn Jahre als Hausarzt. Seit 2018 praktiziert er als Hausarzt in der Schweiz.

Er erläuterte die ambulante Versorgungsstruktur in Deutschland und die Funktionen der Kassenärztlichen Vereinigungen:

- Übernahme des ambulanten Sicherstellungsauftrages
 - Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung über «Versorgungsschlüssel»
 - Ausschreibung und Vergabe von «Behandlungslizenzen», den sogenannten Sitzen
- Verhandlung von Budgets mit den Krankenkassen und Festlegen von Budgets und Tarifen für jede ärztliche Fachrichtung (Regelleistungsvolumen)
- Übernahme der eingereichten Rechnungen pro Quartal (Quartalsabrechnung), Prüfung und Auszahlung an die Leistungserbringer
- Prüfung und ggf. Sanktionierung, ob Budgetgrenzen eingehalten werden

In Deutschland umfasst das (ärztliche) Globalbudget folgende Positionen:

- **Das Regelleistungsvolumen** gibt die Grenze an, bis zu der Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet werden. Diese Regelleistungsvolumina sind arztgruppen-spezifisch, d.h. für verschiedene Fachgruppen sind verschiedene Grenzwerte festgelegt ($RLV_{\text{Praxis}} = \text{Fallpunktzahl}_{\text{Arztgruppe}} \times \text{Fallzahl}_{\text{Praxis}}$)
- **Fallpauschale**
- **Arzneimittel**
- **Heil- und Hilfsmittel**
- **Medikamente**
- **Impfungen**
- **Sprechstundenbedarf**

Damit werde das Morbiditätsrisiko der GKV-Versicherten (GKV = Gesetzliche Krankenversicherung) von den Krankenkassen auf die Leistungserbringer verlagert, «da die Ausgaben der GKV-Kassen unabhängig von der Zahl der behandelten Patienten, der Schwere der Behandlungen und der Zahl der erbrachten Leistungen nach oben begrenzt werden.»

Die Konsequenzen der Budgetierung sind gemäss Oliver Ranze:

- **Mehr Bürokratisierung:** Steigende Anfragen der Kostenträger, detaillierte und plausible Dokumentation von Verordnungen in jeder Krankenakte
- **Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit** und Rationierung von Leistungen («Deutsche Ärzte praktizieren jeden Tag Rationierung»)
- **Persönliche Haftung:** Einhalten der Budgets für ärztliche Behandlung, Arznei-, Hilfs-, Heilmittel, Labor- und Röntgendiagnostik und Einweisung in Spitäler mit dem Ziel der Kostenreduktion/-stabilisierung
- **Einkommensverlust**
 - Durch Globalpauschalierung ca. 30% weniger Umsatz bei gleicher Arbeitszeit (Maassen SAEZ 2018;99(12):399–402)
 - 10-20% der ambulanten Leistungen werden nicht vergütet
- **Leistungsanreiz/Zwang zur Kooperation mit Leistungs- oder Kostenträgern:**
«Hausarztverträge», Bildung von Gruppenpraxen, Kooperation mit ausgewählten Spitälern, Versorgungsverträge mit Krankenkassen
- **Viele und hohe finanzielle Nachforderungen (= Regresse):** Wenn geprüft wird, schauen die Prüfer ganz genau hin.

Das Schlussfazit von Oliver Ranze: «Globalbudgets nutzen sicher nicht den Patientinnen und Patienten und auch nicht den unterschiedlichen Leistungserbringern. Sie dienen den Kostenträgern und der Politik dazu, das Morbiditätsrisiko an die Leistungserbringer abzugeben und bei Nichteinhalt der Budgetgrenzen diese zu sanktionieren. »



Dr. med. Oliver Ranze

Vorschlag Globalbudget – eine klassisch unnötige Leistung

Pius Gyger, unabhängiger Gesundheitsökonom

Zum Einstieg erläuterte Pius Giger den geplanten Mechanismus für Zielvorgaben zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen:

Zielvorgaben für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen



- Kostenziele sollen sich an begründbaren Mengen- und Preisentwicklungen orientieren. Basis: beratende Kommission
- Bei Zielüberschreitung: Massnahmen zur Senkung der Kosten in Tarifverträgen
- Kantone KÖNNEN oder MÜSSEN Korrekturmassnahmen greifen.

Globalbudgetsteuerung realistisch?



Pius Gyger

Danach zeigte er auf, wie schwierig es ist, unnötige Leistungen (wie Notfallkonsultationen, Laboranalysen oder bildgebende Untersuchungen) eindeutig zu identifizieren. Um schliesslich die Schwächen von staatlichen Budgets zu benennen:

- Angst und Absicherungstendenzen lassen sich nicht steuern;
- Wissensmängel werden nicht adressiert;
- Budgets auf Ebene Leistungsarten treffen die Falschen;
- Finanzielle Anreize nicht adressiert;
- Anreizeffekte der Budgetvorgaben;
- komplizierte Prozesse;
- Welche Kosten?

Deshalb: Hände weg!

Leistungserbringer	Wer	Wie
Ärzte	Kantone/ Versicherer	Zulassungsstopp / alternative Versicherungsmodelle
Spital stationär	Kantone/ Versicherer	Spitalplanung/Vertragsspitäler
Spital ambulant	Kantone/ Versicherer	Listen ambulanter Eingriffe / Abgeltung
Medikamenten- abgabestellen	Kantone/ Versicherer	SD-/non-SD, alternative Ver- sicherungsmodelle
Pflegeheime	Kantone/ Gemeinden	Listen/Abgeltung
Spitex	Gemeinden	Finanzierung
Andere Leistungserbringer	Versicherer	Abgeltung

Sodann stellte Pius Giger dar, wo und wie heute schon gesteuert wird:
Sein Schlussfazit zu Globalbudgets/Zielvorgaben ist klar und deutlich:

- Umsetzbarkeit fehlt
- Die Versorgung potenziell gefährdet
- Anreicherung von widersprüchlichen Regelungen
- Wirkungsvolle Reformen – insbesondere Risikoausgleich – überlagert
- Bürokratie

Daraus folgt: Panische Top-Down-Regulierung – eine klassisch unnötige Leistung!

Qualität steht vor Kosten

Das Manifest der Qualitätsallianz

überarbeitete Ausgabe 2021

- 1. Qualität vor Kosten**
- 2. Anreize statt Strafe**
- 3. Innovation für Prävention und Behandlung chronischer Krankheiten**

Zum Download auf unserer Homepage verfügbar unter:

<http://www.allianzq.ch>

Perspektiven eines Globalbudgets aus Sicht der Patienten

Dr. med. Jörg Spieldenner, Direktor Lungenliga Schweiz

Jörg Spieldenner überraschte das Publikum mit der Ankündigung, er werde sich nicht an den Titel seiner Präsentation halten. Und überzeugte dann mit einer sehr persönlichen Darstellung, wie Viktor und seine Eltern das Versorgungs-, Finanzierung- und Vergütungs-system erleben. Denn Viktor, 7 Jahre, Trisomie 21, erfährt – zusammen mit seinen Eltern – die ganze Komplexität des (schweizerischen) Systems. Jörg Spieldenner zeigte insbesondere, wie aufwendig bis zermürend es zu klären ist, welcher Kostenträger welche Leistungen übernimmt.

Die Eltern von Viktor sind: Gesundheitssystemkoordinationsexpert*innen Gesundheitssystemfinanzexpert*innen

KV: 3000 - 4000 CHF

- Die KV zahlt medizinisch notwendige Leistungen, die nicht von der IV getragen werden
- Zahnbehandlung ? Sehhilfen ?

IV: IV-Betrag minus finanzielle Unterstützung

- Die IV zahlt prinzipiell Leistungen, die auf einer Liste aufgeführt sind, aber nur auf Antrag !! z.B. Ergotherapie und Physiotherapie

Kanton: Steuern

- Logopädie und Beteiligung an Leistungen durch Pro Infirmis
- Sonderpädagogik in der Schule (spezifische Leistungen)

Gemeinde: Steuern

- Integrationshilfe in der Schule (allgemeine Leistungen)

Der Beitrag von Jürg Spieldenner kann als leidenschaftlicher Aufruf verstanden werden, das System in erster Linie menschlicher und transparenter zu gestalten. Wofür die Komplexität zu reduzieren und nicht mit neuen Schranken zu erhöhen ist.



Dr. med. Jörg Spieldenner

Auszüge aus der anschliessenden Diskussion im Plenum

Zur Politik:

- Politiker lieben die Idee des Globalbudgets, weil sie glauben, auf einfache Art ein grosses Problem lösen zu können.
- Die Politik sucht seit 25 Jahren nach Lösungen zur Kostendämpfung. Das Globalbudget ist primär ein Vorschlag zur Beruhigung der Bevölkerung.

Zum Globalbudget:

- Wir haben keine Ahnung, was Globalbudgets in der Schweiz bringen, weil wir das Kleingedruckte noch nicht kennen. Zudem haben wir letztlich – mindestens – 26 verschiedene Globalbudgets.
- Globalbudget hin oder her: Es braucht in jedem Fall ein intelligentes Governance- bzw. Steuerungssystem.
- Haben wir wirklich ein Kostenproblem? Nein, wir haben ein Lastenverteilungsproblem. Dieses löst das Globalbudget aber nicht.

Zu unnötigen Leistungen:

- Eine vermutete unnötige Leistung ist nicht per se unnötig. Vielleicht ist sie einfach falsch im Verhältnis zur Indikation. Das heisst, wir brauchen hohe Indikationsqualität.
- Andererseits erfolgen Indikationsausweitungen häufig, um sich nicht angreifbar zu machen (= Defensivmedizin).
- Es braucht Zeit, um den Patienten etwas auszureden, das eine Fachperson als unnötig erachtet. Weil diese Zeit aber nicht oder schlecht bezahlt ist, wird es oft gar nicht versucht.
- Wir wollen und brauchen keine medizinische Notwendigkeitspolizei oder Unnötigkeits-kontrolleure.
- Wenn man schon über unnötige Leistungen spricht, muss man auch über unnötige administrative Arbeiten sprechen, zu denen die Ärzteschaft gezwungen wird: Zwischen 2017 und 2020 haben sich die Anfragen der Versicherer nach Berichten verdoppelt – so viel zum Thema «Leistungen in Abwesenheit des Patienten».

Feierliche Verabschiedung beim Apéro

**der Mitgründerin und langjährigen Präsidentin der allianz q:
Doris Fischer-Taeschler**



Von links im Vordergrund:

Urs. Stoffel, Christoph Bosshard, Doris Fischer-Taeschler, Heiner Sandmeier

Panel und Diskussion zu Kostendämpfungspaket / Globalbudget / Zielvorgaben

Zur Frage, weshalb es nicht gelingt, die Politik von diesem «Irrweg» abzubringen:

- Es wiederholt sich alle vier Jahre: Vor den Wahlen werden Initiativen und Vorstösse zuhauf lanciert – nachher hat man die Qual der Wahl. Das Globalbudget ist ein typischer Vorstoss auf Stratosphären-Höhe. Doch je tiefer man geht, desto komplexer und aussichtsloser wird es.
- Das Globalbudget zielt auf die Finanzierung des Systems. Dafür interessieren sich die Bürger/Versicherten/Patienten aber herzlich wenig.
- Die Vernehmlassung ist abgeschlossen. Der Bundesrat kommt im Frühjahr 2022 mit einem neuen Vorschlag – das Lobbying hat also schon gewirkt.
- Es besteht zu wenig Geschlossenheit bei den Akteuren: Wenn sie Kostendämpfung hören, denken sie als erstes daran, wie sie ihre eigene Position verteidigen können. Es ist also eher ein Gegeneinander als ein Miteinander.
- Es gibt zu wenig – oder fast keine – Gesundheitsfachleute in der Politik. Deshalb kommt es zu so schlechten Vorlagen.
- Der Bund hat die Expertengruppe eingesetzt, d.h. die Ideen sind von seinen Gnaden. Wo sind die Ideen der Privaten?

Zur Frage, wie die Lasten besser verteilt werden können:

- Wir müssen den Nutzen ins Spiel bringen: Wenn die Leute sehen, dass die (steigenden) Kosten zu einem Mehrnutzen führen, sinkt der Leidensdruck.
- Wir haben bei den Kostenträgern genauso eine Fragmentierung wie in der Versorgung. Hier müssen wir ebenfalls ansetzen. Für die betroffenen Menschen ist es unerträglich, wenn sie von Kostenträger zu Kostenträger verwiesen werden.
- Wir sollten den Begriff «sparen» vermeiden: Es ist (einigermassen) anerkannt, dass hohe Qualität Kosten spart. Andererseits: Wenn gespart wird, leidet in der Regel die Qualität.
- Es geht nicht in erster Linie darum, mehr oder weniger auszugeben, sondern die Lasten sinnvoller/gerechter zu verteilen.
- Das Problem der (ungerechten) Lastenverteilung sollte nicht über einen Posten im Haushaltsbudget – sprich Prämien – gelöst werden.

Weitere Aussagen:

- Alle Abstimmungen zeigen, dass die Leute im Gesundheitswesen keine Einschränkungen wollen – und ein Globalbudget bedeutet Einschränkungen, ohne die Prämien zu senken. Deshalb müssen wir bei den Fragen zu Kosten/Finanzierung/ Vergütungen stärker die Sicht der Bürger einnehmen.
- Die Topografie mit vielen alpinen und peripheren Regionen verteuert unser System. Das wird in vielen Diskussionen ausgeblendet. Ein Globalbudget würde den Druck auf diesen Regionen erhöhen.
- Globalbudgets fördern die Bürokratisierung.
- Die Capitation-Modelle der Ärztenetze funktionieren nicht so gut, wie es von aussen erscheint. Denn wir haben viel zu viele Netze – weshalb viele zu klein sind.
- Zur Digitalisierung: Wir müssen zusammen klären – Leistungserbringer, Versicherer, Behörden, Wissenschaft –, welche Daten es wirklich braucht. Und dafür sorgen, dass diese nur einmal erfasst werden müssen.

Ergebnisse der Workshops

Herausforderungen für Patienten-Konsumenten

Leitung: Doris Fischer-Taeschler, Präsidentin allianz q

Input: Dr. med. Jörg Spieldenner, Direktor Lungenliga Schweiz

Lösungsansätze zur besseren Lastenverteilung:

- **Patient als Partner**, der selber einen Beitrag zur Genesung leistet
 - Rahmenbedingungen schaffen, um das Selbstmanagement zu fördern/unterstützen/stärken
 - individuelle Zielvereinbarungen mit den Patienten erarbeiten (individuelle/individualisierte Angebote, nicht standardisiert)
 - konsequent die Patientenperspektive einnehmen
- **Zweitmeinungen fördern**
- **Mehr Koordination**, um unnötige Leistungen zu verhindern → aber: kein Giesskannenprinzip in Sachen Koordination, sondern gezielt
- **Elektronisches Patientendossier EPD** als Mittel zur Kostendämpfung
- **Episoden-/Komplexpauschalen** entwickeln und einführen
- **Intelligentes Leistungsmonitoring** → damit Globalbudget überflüssig wird
- Keine nationale Standardlösung, sondern **(Pilot-)Projekte** (Globalbudget im Kleinen) → bottom up und nicht top down
- **«Intelligente» Globalbudgets** (z.B. Spitäler in den Kantonen; Spitalplanung mit
 - Globalbudget kombinieren)
- **Mehrleistungen** (Koordination, Coaching etc.) statt Prämienrabatt (politisch anspruchsvoll, aber realistisch)
- **Gesundheitslotsen** (angestellt und finanziert z.B. durch Gemeinden)
- **Incentives** für Case Manager/Care Management
- **Naturalleistungsprinzip** im KVG (**Einschätzung: politisch nicht machbar!**)
- **Beratungs- und Koordinationsstellen** (ähnlich der [persönlichen Gesundheitsstelle](#), wie sie der Gewerkschaftsbund vorschlägt)

Wichtige Ergänzungen:

- *Den* Patienten gibt es nicht → unterschiedliche Rollen berücksichtigen; im richtigen Moment am richtigen Ort abholen
- Der ambulante Bereich lässt sich nicht «globalisieren».
- Die Zeit der Beratung nutzen im Parlament, um Alternativen aufzuzeigen.

Herausforderungen für Leistungserbringer/Ärzte

Leitung: Christoph Bosshard, Vizepräsident FMH;

Input: Dr. med. Oliver Ranze, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin

Analyse:

- Globalbudget = maximale Verunsicherung für Leistungserbringer → es droht die Kannibalisierung
- Die Kostenbetrachtung pro Silo/Berufsgruppe behindert die Interprofessionalität.
- Man wird als Leistungserbringer für etwas zur Verantwortung gezogen, für das man nicht – oder höchstens teilweise – verantwortlich ist.

Ansätze:

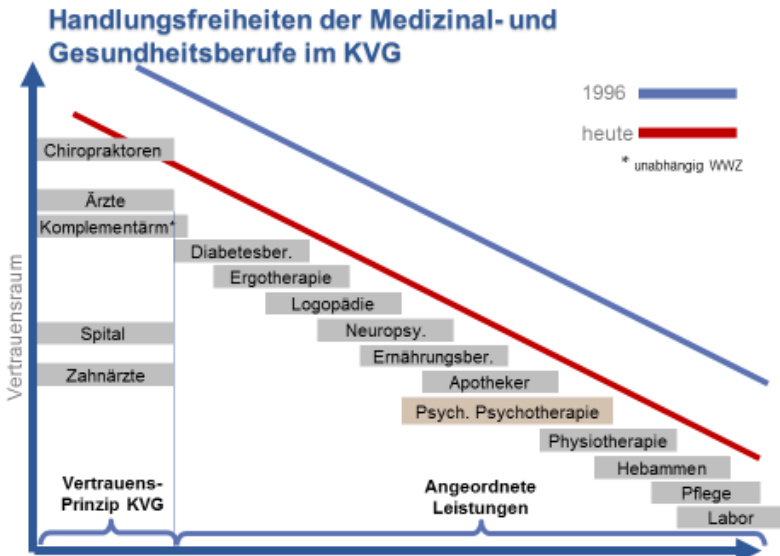
- Den medizinischen/gesundheitlichen Schaden aufzeigen, der durch Kostendämpfung verursacht wird
- Andererseits: dazu stehen, dass es ein Kostenproblem gibt
- Den Unterschied zwischen Kostensteigerung und Prämiensteigerung aufzeigen
- Die Konsequenz eines Globalbudgets aufzeigen: «nicht du als Patient bestimmst, was du bekommst, sondern Bund und Kanton bestimmen»
- Aufzeigen, dass eine nicht erbrachte Leistung auch eine Leistung ist → braucht viel Recherche/Gespräche → «Umerziehung» bei Leistungserbringern und Patienten → Indikationsqualität fördern
- Darauf hinweisen, dass eine gesamtwirtschaftliche Betrachtung nötig ist → Behandlungskosten führen dazu, dass Menschen (schneller) wieder im Arbeitsprozess oder selbständig im Alltag integriert sind.

Herausforderungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinaus

Leitung: Stefan Wild, Präsident VGUA-AGPI;

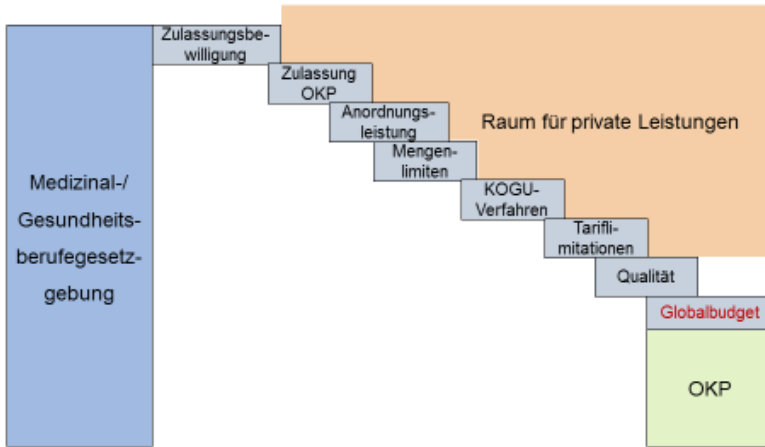
Input: Pius Gyger, unabhängiger Gesundheitsökonom

Einleitend zeigte Pius Gyger, wie sich die Handlungsfreiheiten verschiedener Medizinal- und Gesundheitsberufe in den letzten 25 Jahren verändert haben:

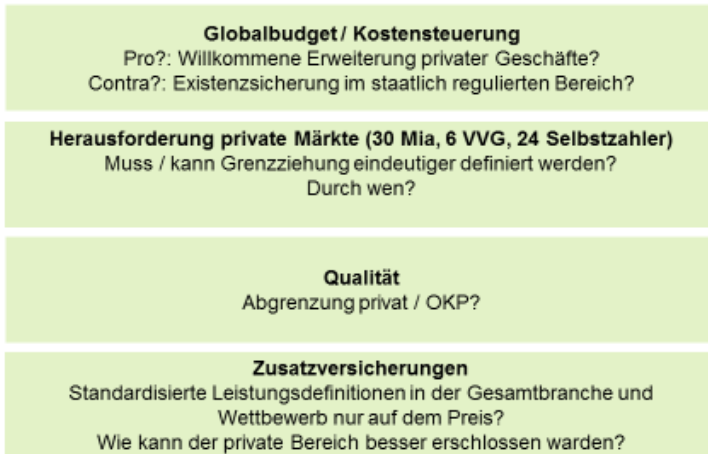


Ausserdem zeigte er, wie Einschränkungen den Raum für private Märkte vergrössern:

Einschränkungen vergrössern Raum für private Märkte



Schliesslich die Fragestellungen, die diskutiert wurden:



Die wichtigsten Erkenntnisse:

- Im ambulanten Bereich ist der Handlungsspielraum relativ gering, im stationären relativ gross.
- Statt Globalbudgets einzuführen, ist der Tarifschutz aufzuheben.
- Die OKP garantiert die Standard-Qualität. Wer mehr möchte, braucht eine Zusatzversicherung.

Schlussdiskussion

Zum Globalbudget:

- Beim Globalbudget hat der Staat die Fäden in der Hand – und wir kennen das Kleingedruckte nicht.
- Wir müssen die Politik zwingen, die Ausgestaltung – das Kleingedruckte – zu konkretisieren. Solange dies nicht geschieht, sind die Folgen schwierig abzuschätzen.
- Wenn Globalbudgets über einzelne «Versorgungssilos» gestülpt werden, wird die Interprofessionalität behindert.
- Eine grosse Gefahr von Globalbudgets, bei denen die Kantone das Sagen haben: Sie präferieren die eigenen Leistungserbringer.
- Wir brauchen im Gesundheitswesen eine Ex-post-Steuerung statt einer Ex-ante-Steuerung – und ein Globalbudget ist Ex-ante-Steuerung.
- Wir haben schon genügend Steuerungsinstrumente, wir brauchen nicht noch ein Globalbudget. Wir müssen die bestehenden aber besser nutzen.
- Wir dürfen die Kosten und die Qualität nicht separat betrachten, sondern müssen das Kosten-Nutzen-Verhältnis fokussieren. Globalbudget betrachten aber nur die Kosten und vernachlässigen die Qualität.

Zu möglichen Alternativen:

- Wir deckeln die Prämien und verlagern zur Steuerfinanzierung. Einwand: Die Prämiendeckelung ist illusorisch – wir haben 350'000 verschiedene Prämien.
- Wir schränken den Leistungskatalog massiv ein.
- Wir brauchen einen Kulturwandel von «Angst vor Fehlern» zu «Vertrauen», denn die Absicherungsmedizin ist kostentreibend.
- Wir brauchen keine einheitliche Finanzierung ambulant-stationär, sondern genau das Gegenteil: Der ambulante Bereich wird zu 100% von den Versicherern finanziert, der stationäre Bereich zu 100% von den Kantonen.
- Wir schaffen die Leistungskategorie «stationär» ab: Entweder werden die Leute ambulant behandelt oder zu Hause.
- Wir müssen die Versorgung verbessern – namentlich der betagten, chronisch und mehrfach kranken Menschen – und nicht die Finanzierung.
- Wir nehmen die Langzeitpflege aus der OKP heraus und gestalten eine Vorsorgelösung (Säule 3c oder 4. Säule).
- Wir fördern über die kantonalen Spitalplanungen mehr und effizientere integrierte Versorgungsstrukturen.

Weitere Aussagen:

- Es wäre gescheiter, zur SP-Initiative (Beschränkung des Prämienanteils am Haushalteinkommen) einen Gegenvorschlag auszuarbeiten als zur CVP-Initiative (Kostenbremse im Gesundheitswesen).
- Ein Leistungsmonitoring verhindert keine unnötigen Leistungen.
- Wenn wir die Kosten monitorisieren, monitorisieren wir nicht gleichzeitig den Nutzen.



Impressum

Herausgegeben von der allianz q

Doris Fischer-Taeschler

Präsidentin der allianz q

Riedweg 16

5707 Seengen

Redaktionsteam:

Urs Zanoni, Ute Kamlah, Doris Fischer-Taeschler, Tania Weng-Bornholt

Gestaltung: Interpharma

Bilder: Interpharma

© allianz q, 2021