

## **Stellungnahme zum Positionspapier SAMW Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems**

### **Verabschiedet von der Delegiertenversammlung vom 28. November 2019**

Die SAMW verabschiedete am 17. September 2018 das Positionspapier « Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems ». Die Delegiertenversammlung mfe diskutierte dieses Positionspapier am 24. Mai 2019 in vier Workshop-Gruppen. Daraus entstand die vorliegende Stellungnahme, die vom Vorstand mfe am 29. August 2019 in erster und am 24. Oktober 2019 in zweiter Lesung verabschiedet und von der DV mfe am 28. November 2019 genehmigt wurde.

### **Generelle Bemerkungen**

Es ist grundsätzlich begrüßenswert, dass sich die SAMW mit dem Thema « nachhaltige Entwicklung im Schweizer Gesundheitssystem » befasst und Lösungsvorschläge macht. mfe sieht aber die folgenden generellen Kritikpunkte :

- Aus dem Positionspapier geht zu wenig hervor, dass es sich dabei bloss um Denkanstösse und nicht um ausgewogene, direkt umsetzbare Lösungsansätze handelt. Daraus können sich durchaus Reformen ergeben, wobei diese dann aber unter Einhaltung der politischen Rahmenbedingungen zu entwickeln sind. Es ist zu befürchten, dass politische Positionen oder Entwicklungen, welche den Interessen der Patienten<sup>1</sup>, der Gesellschaft oder der Ärzteschaft zuwiderlaufen, mit diesem Positionspapier legitimiert werden könnten. Es wäre wünschenswert, wenn deutlicher erwähnt würde, dass es sich bei diesen Ideen um Diskussionsvorschläge handelt, die zwar breit angelegt sind, aber nicht die Meinung aller am Gesundheitssystem Beteiligten abbilden.
- Das Positionspapier wurde in einer breit abgestützten Arbeitsgruppe erarbeitet und im Rahmen von Hearings ausgewählten Experten und Expertinnen vorgelegt. Leider erfolgte die Ausarbeitung ohne Einbezug der in freier Praxis tätigen Haus- und Kinderärzte, welche eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung einnehmen. Die Haus- und Kinderärzte waren weder in der Arbeitsgruppe, welche das Positionspapier im Auftrag des SAMW-Vorstands ausgearbeitet hatte, vertreten, noch wurden sie als Experten, welche den Entwurf prüfen konnten, zugezogen. Sie wurden bisher zu diesen Vorschlägen auch nie angehört. mfe erachtet dies als erheblicher Mangel und sieht sich daher gezwungen, die vorliegende Stellungnahme zu den verschiedenen Vorschlägen der SAMW zu verfassen. In diesem Kontext sei darauf hingewiesen, dass die Hausarztmedizin im Positionspapier gar nie, der Begriff « Hausarzt » ein einziges Mal (in Ziff. 5.4) erwähnt wird, obwohl anerkannt ist, dass die Hausarztmedizin für die Gesundheitsversorgung zentral ist (sh. dazu auch Art. 117a BV).
- Die Orientierung am Triple AIM-Konzept als Kompass ist nicht grundsätzlich falsch. Dieses Konzept kann ein Lösungsansatz zur Eindämmung des Kostenwachstums und zur Steigerung der Patientenzufriedenheit sein. Die im Triple AIM-Konzept enthaltenen Ziele sind denn auch in der Haus- und Kinderarztpraxis heute längst integriert. In der Gesamtversorgung sind diese Ziele allerdings schwierig umsetzbar. Es wird weiterhin herausfordernd sein, dem Widerspruch zwischen den individuellen Gesundheitsansprüchen und dem Wunsch des Kollektivs nach sinkenden Kosten zu entgegnen. Der Verantwortung der Gesellschaft und des einzelnen ist hier mehr Gewicht einzuräumen.

---

<sup>1</sup> Die männliche Form umfasst auch weibliche Personen.

Der Fokus ist auf die ökologisch-bio-sozialen Aspekte im Sinne der Nachhaltigkeit der Massnahmen zu richten. Alle Beteiligten haben ihre Verantwortung zu erkennen, auch – aber nicht nur – die Ärzte. Dieser Aspekt kommt im Positionspapier zu kurz.

## Die drei Ziele eines nachhaltigen Gesundheitssystems

### Ziel 1 : Ein guter Gesundheitszustand der Bevölkerung

Die Ausführungen werden von mfe vollumfänglich unterstützt.

### Ziel 2 : Eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle Patientinnen und Patienten

Die Ausführungen werden von mfe vollumfänglich unterstützt.

### Ziel 3 : Ein verantwortungsvoller Umgang mit finanziellen, personellen und natürlichen Ressourcen

Dieses Ziel ist sehr wichtig. mfe ist sich sehr bewusst, dass in dieser Hinsicht noch erheblicher Handlungsbedarf besteht und unterstützt die Förderung der Kosten- und Preistransparenz sowie die Bestrebungen, die Gesundheitskosten einzudämmen. Die als Unterziel 1 formulierte anteilmässige Begrenzung der Kosten (in Relation zu den übrigen Kosten der öffentlichen Hand) ist jedoch der falsche Ansatz. Die zur Deckung der Gesundheitskosten zur Verfügung stehenden Mittel können nicht an die Kosten anderer Bereiche (wie z.B. Bildung, soziale Sicherheit) gekoppelt werden. Jeder Kostenbereich ist unabhängig von den anderen und unter Berücksichtigung des konkreten Bedarfs zu beurteilen. Es kann beispielsweise nicht sein, dass bei einer Erhöhung der Sozialausgaben eines Gemeinwesens automatisch ein tieferer Betrag für die Deckung der Gesundheitskosten zur Verfügung steht. Zudem würde die anteilmässige Begrenzung der Kosten zu einem Globalbudget in einem Teilbereich der öffentlichen Ausgaben führen, was klar abgelehnt wird.

Soweit das zweite Unterziel (« Die OKP-Kosten im Gesundheitssystem sind transparent dargestellt und adäquat an die Stakeholder verteilt ») die Kostentransparenz beinhaltet, ist es richtig. Demgegenüber lehnt mfe die Verteilung auf die Stakeholder ab, wenn damit eine Steuerung impliziert wird, die nicht durch den Einbezug sämtlicher am Gesundheitssystem Beteiligten erfolgt (sondern beispielsweise nur durch den Staat oder durch die Krankenversicherungen).

Das von der SAMW als Ziel 3 formulierte Anliegen des sorgfältigen Umgangs mit den vorhandenen Ressourcen ist daher sehr unterstützenswert, die von ihr formulierten Details werden von mfe jedoch kritisch beurteilt.

## Der Weg zu einem nachhaltigen Gesundheitssystem

Im Positionspapier werden verschiedene Massnahmen aufgezeigt, die zu einer nachhaltigen Entwicklung beitragen können. Viele dieser Massnahmen werden auch von mfe unterstützt. Nachfolgend sind diejenigen Vorschläge hervorzuheben, welche von mfe abgelehnt oder kritisch beurteilt werden.

### Zu 4.2 Die Kantone schliessen sich zu wenigen Gesundheitsregionen zusammen

mfe ist grundsätzlich mit diesem Vorschlag einverstanden. Die Zusammenlegung hat aber nicht nur nach geografischen Kriterien, sondern auch thematisch zu erfolgen und soll je den Bedürfnissen der verschiedenen Regionen sehr individuell umgesetzt werden können. Zentral ist, dass die Zusammenlegung nicht bloss zur Steuerung der Kosten erfolgt, sondern die Qualität der Leistung Hauptfokus ist. Es muss zudem möglich sein, dass auch in diesen Regionen weiterhin Einzelpraxen und kleinere Gesundheitszentren geführt werden können. Grundlage dieser Massnahme soll eine gesamtschweizerische Regelung sein. Eine Umsetzung nur im Rahmen von kantonalen Bestimmungen wäre nicht ausreichend.

### Zu 4.3 Die Vermittlung der Gesundheitskompetenz beginnt im Kindesalter

Diese Aufgabe ist nicht von Gesundheitsfachleuten bzw. Ärzten alleine wahrzunehmen. Viele Akteure, u.a. die Eltern und Lehrpersonen, haben einen wichtigen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Kinder. Darauf wäre noch deutlicher hinzuweisen.

### Zu 4.4 Die Schweiz kennt den Bedarf an Gesundheitsfachleuten und richtet die Anzahl Ausbildungsplätze danach aus

Instrumente zur Erkennung von benötigten Fachkräften sind wichtig. Die Ärzte müssen zwingend in die Diskussionen einbezogen werden. Seit Jahren ist für mfe Interprofessionalität ein zentrales strategisches Thema. An den dabei entwickelten Modellen und dem bisherigen Verständnis der Interprofessionalität wird festgehalten. Echte Interprofessionalität funktioniert dann, wenn die Akteure ihrer Ausbildung, Kompetenz und Erfahrung entsprechend eingesetzt werden und sich in einem Team auf Augenhöhe begegnen. Die Rolle des Navigators kann nicht einer einzigen Berufsgruppe zugeteilt werden.

Die Ausbildung und der Einsatz von Advanced Practice Nurses (APNs) können zu einer Entlastung führen, insbesondere bei drohender Unterversorgung durch Haus- und Kinderärzte. Die den APNs zugewiesene Rolle wird heute auch von Hausärzten erfüllt. Innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen sind die Zuständigkeiten zu klären. Zusätzliche Fachkräfte sind situativ einzusetzen und es wäre falsch, gut funktionierende Abläufe durch neue Berufsbilder zu ersetzen.

### Zu 4.5 Die notwendigen Daten für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung stehen zur Verfügung

mfe ist ebenfalls der Überzeugung, dass verlässliche Daten wichtig sind. Dabei sind dem Datenschutz sowie der Entwicklung einfacher Systeme für den Praxisalltag genügend Aufmerksamkeit zu widmen.

Klar abgelehnt wird die Abschaffung der doppelten Freiwilligkeit bezüglich des elektronischen Patientendossiers. Die Gründe, welche bei Einführung des neuen EPDG zur doppelten Freiwilligkeit geführt haben, gelten nach wie vor. Das Ziel des EPD lässt sich weiterhin nicht mit rechtlichem Zwang, sondern eher mit entsprechenden Anreizen und der notwendigen Information und Kommunikation erreichen. Ärzte haben

unterschiedliche Bedürfnisse, je nach Fachrichtung und Arbeitsort. Eine gesetzliche Verpflichtung, eine dezentrale, aber zugängliche Ablage von behandlungsrelevanten Dokumenten der Patienten zu führen, wird diesen Bedürfnissen nicht gerecht und wäre kontraproduktiv. Es sind aktuell auch noch keine Systeme vorhanden, welche die Umsetzung mit vernünftigem Aufwand und vernünftigen Kosten ermöglichen würden. Der Nutzen dieser Systeme ist zudem nicht nachgewiesen.

#### **Zu 4.7 Neue Vergütungsmodelle vermindern finanzielle Fehlanreize**

mfe vertritt seit Jahren den Standpunkt, dass der Tarif die geleistete Arbeit korrekt abbilden muss. Fehlanreize sind zu eliminieren. Es müssen aber sämtliche Leistungen der Ärzte abgegolten sein. Wo Positionen fehlen, sind diese zu schaffen, damit eine Abgeltung erfolgen kann.

mfe hat sich in seiner Stellungnahme vom 13. 12. 2018 zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) zum sog. Experimentierartikel kritisch geäussert und darauf hingewiesen, dass die Projekte nicht alleine unter dem Aspekt der Kostenwirksamkeit ausgewählt und beurteilt werden dürfen. Die Versorgungssicherheit und -qualität sind ebenso wichtig, es gelten auch für sie die WZW-Kriterien. mfe lehnt die darin vorgesehene Teilnahmepflicht ab. Freiwilligkeit ist auch hier eine wichtige Voraussetzung. Es ist zu bezweifeln, dass Pilotprojekte, die unter Zwang zustande kommen, aussagekräftige, valide Ergebnisse liefern bezüglich ihrer Wirkung, sei es auf die Kosten, die Qualität oder die Versorgung. Genauso lehnt mfe es ab, dass Projekte von einem einzelnen Akteur allein eingereicht werden können. Pilotprojekte sollten von Leistungserbringern, Versicherern und allenfalls Kantonen gemeinsam initiiert, beantragt, durchgeführt und evaluiert werden. Kritisch sieht mfe auch, dass nicht vorgesehen ist, (einzelne) Projekte bei Bedarf finanziell zu unterstützen. Die Gesuchsteller haben sämtliche Kosten, die im Zusammenhang mit dem Pilotversuch anfallen, selber zu übernehmen. Für kleinere und nicht von institutionellen Trägern vorgebrachte Projekte ist es ein Nachteil, wenn die Initianten die Kosten, von der Initiierung bis zur Evaluation, selber tragen müssen. Das wirkt innovationshemmend, behindert kleinere Projekte bzw. Projekte mit kleiner Trägerschaft und läuft damit der Grundidee des Experimentierartikels geradezu entgegen. Innovation soll nicht ausschliesslich durch die Finanzkraft gesteuert werden.

Die Ideen „Value-Based Insurance“ und „Pay for performance“ werden von mfe in aller Form abgelehnt. Die Bewertung einer medizinischen Massnahme nach ökonomischen Massstäben hat in der Medizin nichts zu suchen. Ob eine Massnahme „die Gesundheit verbessert“, ist in der Regel nicht messbar. Die rückwirkende Beurteilung, ob eine Leistung von der Krankenversicherung übernommen wird, führt zu Unsicherheiten für Patienten und Leistungserbringer und ist für den Praxisalltag untauglich.

#### **Zu 4.8 Der Bund legt eine Obergrenze für die Steigerung der Gesundheitsausgaben fest.**

Auch wenn diese Massnahme als Ultima Ratio bezeichnet wird, ist sie klar abzulehnen. Eine Obergrenze führt zwingend zu einer Rationierung der Medizin, die mfe in keiner Weise unterstützen kann. Die Festlegung einer Obergrenze mit dem einzigen Ziel, Reformen in Gang zu bringen, gefährdet die Gesundheitsversorgungslage in unnötigem Masse und stellt einen zu erheblichen Eingriff für eine offenbar als Übergangsmassnahme gedachte Idee dar.

## Das Gesundheitssystem der Zukunft

Die im Positionspapier enthaltenen Ansätze werden in weiten Teilen von mfe unterstützt. Allerdings ergeben sich in den Details gewisse Abweichungen, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

### Zu 5.2 Strukturen

mfe unterstützt die Entwicklung neuer Strukturen, die unter anderem durch Zusammenschlüsse erfolgen kann. Die unternehmerischen Freiheiten der Leistungserbringer in der Wahl ihrer Organisationsform und Grösse sollen aber nicht eingeschränkt werden. Soweit Leistungserbringer noch bereit sind, Einzel- oder kleinere Gruppenpraxen zu führen, dient das ebenso wie die Schaffung von Gesundheitsstationen der Versorgung der Bevölkerung. Die bisher in weiten Teilen der Schweiz nach wie vor gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen frei praktizierenden Ärzten und Spitälern bzw. Heimen ist aufrecht zu halten und nicht durch neue Strukturen zu vernichten.

### Zu 5.3 Prozesse

mfe lehnt die Zuweisung des Notfalldienstes an die Regionalspitäler ab, soweit damit eine ausschliessliche Zuständigkeit impliziert wird. Der Notfalldienst ist weiterhin unter Mitwirkung der Praxisärzte in der betreffenden Region zu organisieren, wenn dieser für sie tragbar ist. Kooperationen zwischen Ärzten und Spitälern sind zu ermöglichen und fördern.

### Zu 5.4 Leistungserbringer

mfe unterstützt grundsätzlich die Idee von Navigatoren. Die Zuweisung dieser Rolle hat entsprechend der Modelle von mfe zur Interprofessionalität zu erfolgen und es müssen nicht zwingend neue Berufsbilder geschaffen werden. Im konkreten Einzelfall entscheidet die „équipe de soin“ bzw. das behandelnde Team gemeinsam mit dem Patienten, wer die Funktion des Navigators übernimmt.

### Zu 5.7 Anreizsystem

mfe bezweifelt, ob die integrierte Versorgung in der ambulanten Medizin ein Anreizsystem darstellt. Wenn dem so wäre, müssten die Versorgungsmodelle über Incentives und Honorierungen unterstützt werden. Dieses Thema wird im Positionspapier gänzlich ausser Acht gelassen.

## Fazit

Die im Positionspapier enthaltenen Ansätze werden von mfe in weiten Teilen unterstützt. Allerdings sind sie teils zu wenig auf die heute vorhandenen und gut funktionierenden Strukturen zugeschnitten und dadurch zum Teil praxisfremd. Der Einbezug der Haus- und Kinderärzte bei der Erarbeitung des Positionspapiers wäre zwingend notwendig gewesen. Das hätte die Aussagekraft des Dokuments erheblich verstärkt. Aus dem Positionspapier geht zudem zu wenig hervor, dass es sich dabei bloss um Denkanstösse und nicht um ausgewogene Lösungsansätze handelt.