

Schwerpunktthema: Patient im Mittelpunkt

- 1 «Der Patient im Mittelpunkt» am Beispiel der Ambulantisierung der Patientenversorgung
- 4 «Ambulant vor stationär» in der Psychiatrie: Reform der kleinen Schritte
- 6 Die Patienten in den Mittelpunkt stellen – reicht das in der Pädiatrie?
- 8 «Je mehr Eingriffe ambulant erfolgen, desto mehr wird auch die Spitex gefordert»
- 9 «Ambulant vor stationär» – eine Bewertung aus Patientensicht
- 11 EFAS: Kosten dämpfen – Prämien entlasten!
- 13 Der Patient im Mittelpunkt?
- 14 VHBB: Stellungnahme zur geplanten Zulassungsbeschränkung aus Sicht der Hausärzte
- 14 VHBB: Aufruf zur Kandidatur für die Delegiertenwahlen Hausärzte Schweiz (MFE)
- 15 uniham-bb: Save the date

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Die Synapse finden Sie
auch unter:
www.synapse-online.ch

Leitartikel

«Der Patient im Mittelpunkt» am Beispiel der Ambulantisierung der Patientenversorgung



Prof. Dr. Nikola Biller-Andorno

Medizinethische Aspekte eines gesundheitspolitischen Konzepts

Das gesundheitspolitische Konzept der Ambulantisierung von Versorgungsleistungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) stellt im Kern eine durch vergütungsrechtliche Vorgaben bewirkte systematische Verschiebung vormals klinisch-stationärer Behandlungsleistungen hin zu ambulanten Versorgungs- und Abrechnungsformen dar. Die Einschränkung der Kostenübernahme bei bestimmten elektiven Eingriffen [1] soll bewirken, dass geeignete Patientinnen und Patienten nicht mehr



Dr. Thomas Kapitza

stationär, sondern stattdessen ambulant versorgt werden. Als Konsequenz werden Einsparungen vor allem bei den Kantonen, welche bis zu 55% der stationären Leistungen mitfinanzieren, in Höhe von mindestens 90 Millionen Franken erwartet, nicht hingegen Auswirkungen auf die Versicherungsprämien [2]. Die ökonomische Logik dieses Anreizsystems überzeugt: Aus der produktionswirtschaftlichen Perspektive heraus erscheint es rational und effizient, alle diejenigen Teilleistungen bei der Behandlung eines erkrankten Menschen wegzulassen, welche aus begründeter ärztlicher und pflegerischer Sicht für seine Dia-

gnostik, Therapie und Gesundung nicht unbedingt als notwendig erscheinen.

Auch aus medizinethischer Sicht scheint dieser Ansatz prima vista angemessen, denn Überversorgung ist nicht im Sinne der Patientinnen und Patienten. Zudem geht ein stationärer Aufenthalt mit dem Risiko nosokomialer Infektionen einher und kann, gerade im Falle älterer, fragiler Menschen, zur Disruption von Alltagsroutinen und psychischer Belastung führen. Dem steht allerdings ein erhöhter häuslicher Pflegeaufwand im Falle einer ambulanten Behandlung gegenüber sowie die Frage eines geeigneten Monitorings möglicher Komplikationen. Sind die Voraussetzungen hinsichtlich professioneller Pflege und Unterstützung nicht gegeben, kann dies zu einer Überforderung der Patienten und ihrer Familien führen.

Im Zuge der Digitalisierung ist u.a. angesichts der Möglichkeit von Telemonitoring und Telekonsultationen eine weitere Verschiebung in den ambulanten Sektor zu erwarten. So lohnt sich ein vertiefter Blick auf die Frage, ob das Patientenwohl durch eine Ausgliederung medizinisch-pflegerischer Versorgungsleistungen aus der stationären Versorgung gefördert oder eingeschränkt wird.

Patientenwohl als ausserökonomisches Kriterium

Es muss davon ausgegangen werden, dass nach gegenwärtigem medizinisch-wissenschaftlichem Wissensstand die im KLV-Anhang 1a, *Kostenübernahme* (BAG), aufgeführten, grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe ohne ein unzumutbares Risiko für die Patientinnen und Patienten erbracht werden können. Individuelle Patientenrisiken wie zu junges Lebensalter, einschränkende Co-Morbiditäten, aber auch kulturelle, sozioökonomische und patientenlogistische Faktoren werden als Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung der Behandlung anerkannt.

Hier trifft Verordnungsvorgabe auf Versorgungsrealität. Ärztinnen und Ärzte müssen nun auf Basis möglichst präziser Anamnesen, durch das Studium der vorliegenden Patientenunterlagen und aufgrund eventuell zusätzlich notwendiger Diagnostik beurteilen können, ob der individuelle Patient bzw. die Patientin ein Risikoprofil aufweist, welches eine ambulante, insbesondere operative Versorgung als medizinisch vertretbar erscheinen lässt.

Diese Risikoerschätzung des Patientenstatus vor der ambulanten Intervention kann beispielsweise durch altersbedingte geriatrische Gesundheitseinschränkungen (welche derzeit in der BAG-Kriterienliste nicht aufgeführt sind), Multimorbidität und eine ungeeignete persönliche Lebenssituation geprägt sein. Somatische, nicht-somatische und soziale Faktoren sollen vor Behandlungsbeginn zu einem belastbaren Gesamtbild zusammengefügt werden. Ob für die Ärzteschaft stets eine ausreichende Gesprächszeit mit den Patientinnen und Patienten in den festgelegten Entgeltziffern eingepreist ist, bleibt ungeklärt.

Es ist zu vermuten, dass angesichts dieses zeitaufwendigen Risiko-Assessments eher eine risikoaverse Kategorisierung vorgenommen wird und damit der Kreis potenziell geeigneter Patienten erheblich limitiert ist. Für ambulante Operationen braucht es also, salopp formuliert, gesunde Patientinnen und Patienten. Im Zweifel also besser der bewährte stationäre Aufenthalt im Spital. In dubio pro bene esse patientis.

Niemand hat gefragt?

Aus medizinethischer Sicht sollte das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten bei der Patientenversorgung stets im Vordergrund stehen. Es ist bemerkenswert, dass die Patientenperspektive in den Verordnungstexten nur indirekt thematisiert wird [3].

Es bleibt offen, ob die für ambulante Versorgung infrage kommenden Patienten eine ambulante Behandlung überhaupt wollen oder aus welchen Gründen, Befürchtungen und Ängsten sie diese Versorgungsformen kritisch sehen und vielleicht ablehnen. Umgekehrt ist auch denkbar, dass Patientinnen und Patienten trotz erhöhten Risikos eine ambulante Behandlung vorziehen würden. Das Autonomie-Prinzip als eines der wichtigsten Prinzipien der Medizinethik beinhaltet die Anforderung, individuelle Präferenzen der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Ob dieser Forderung im gegenwärtigen Ambulantisierungskonzept Genüge getan wird, ist nicht erkennbar.

Die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen, und damit das Anstreben des Patientenwohls, könnte auf soliden Grundlagen erfolgen. Die Versorgungsforschung verfügt u.a. mit etablierten Konzepten zur Behandlungserfolgs-Messung auf Basis von Patienteninformationen (PROM, Patient-Reported Outcome Measurement) oder durch Erhebung und Auswertung der Behandlungserfahrungen von Patienten (PREM, Patient-Reported Experience Measurement) über gute Möglichkeiten [4]. In der Schweiz wird mit der Datenbank individueller Patientenerfahrungen (DIPEX) aktuell eine weitere Ressource erschlossen.

Die Perspektive der Patientinnen und Patienten wurde in den Verordnungstexten zur Ambulantisierung kaum berücksichtigt. Die in der Verordnung genannten Kriterien zugunsten einer stationären Behandlungsdurchführung deuten aber darauf hin, dass dem Ordnungsgeber bewusst ist, dass es zwar standardisierte Abrechnungsregeln geben kann, aber keine standardisierten Patienten.

Respicie finem

Es ist der funktionale Kern eines erfolgreichen Gesundheitssystems, erkrankten Menschen die für sie am besten geeignete Behandlung anzubieten. Vor diesem Hintergrund ist es aus versorgungsethischer Sicht für den Ordnungsgeber unverzichtbar, möglichst alle Einschränkungen, Bewirtschaftungs- und Umgehungsstrategien zu antizipieren. Es gäbe genug Ansatzpunkte, die das Patientenwohl beeinflussenden Lücken zwischen einem gesundheitsökonomisch getriggerten Ambulantisierungskonzept und dem Patientenerleben im Versorgungsalltag zu schliessen.

Alle Akteure haben das gemeinsame Interesse, dass eine hochqualifizierte ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten nicht als schmerzhaft und ängstliche *customer journey* mit Nachblutungen auf der Wohnzimmercouch endet. Deshalb ist es Zeit, aus einer transdisziplinären Perspektive heraus wissenschaftlich fundiert eine normative Evaluation der Auswirkungen der Ambulantisierung für die Patienten anzugehen. Die Patientenpräferenzen sollten stets berücksichtigt werden und sollten in die am Patientenwohl orientierte Weiterentwicklung des Gesamtkonzepts Ambulantisierung verstärkt Eingang finden.

Prof. Dr. Nikola Biller-Andorno und
Dr. Thomas Kapitza

Literatur

- 1 Gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung Art 3c in Verbindung mit BAG KLV Anhang 1a (Kostenübernahme).
- 2 Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/aerztliche-leistungen-in-der-krankenversicherung/ambulant-vor-stationaer.html>
- 3 Vgl. z.B. KLV Anhang 1a: Weitere Faktoren.
- 4 Vgl. www.dipex.ch

Prof. Dr. Nikola Biller-Andorno, MHBA, leitet das Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich und engagiert sich seit vielen Jahren im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung. Mit ihrem Team vom Departement Gesundheit der ZHAW hat sie die neue Datenbank DIPEX.ch aufgegleist.

Dr. sc. med. Thomas Kapitza leitet das Medicine & Economics Ethics Lab. Als Medizinethiker (Universität Zürich), Diplom-Kaufmann (Universität München) und Sachverständiger ist er im Gesundheitssektor beruflich aktiv.

Medicine & Economics Ethics Lab

Das Medicine & Economics Ethics Lab wurde 2020 am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich gegründet. Als interdisziplinäre Plattform bietet es Raum für kritisch-konstruktive Reflexionen über die Zusammenhänge zwischen Patientenversorgung und wirtschaftlichem Denken bzw. Handeln in modernen Gesundheitssystemen. Weitere Infos: <https://www.ibme.uzh.ch/de/Biomedizinische-Ethik/Beratung/M-E-Ethics-Lab.html>

«Ambulant vor stationär» in der Psychiatrie: Reform der kleinen Schritte



PD Dr. med. Matthias Jäger

Was bisher geschah

Seit Mitte der 1970er Jahre wurden in verschiedenen europäischen und nordamerikanischen Ländern Reformprozesse für die psychiatrische Versorgung angestoßen, die bis heute andauern. Für die Schweiz waren und sind dabei die Entwicklungen in Deutschland (seit der 1975 veröffentlichten «Psychiatrie-Enquête») und die deutlich radikaleren Reformen in Italien (mit der 1978 in Kraft getretenen «Legge centottanta») prägend. Während Letztere infolge des Wirkens von Psychiater und Neurologe Franco Basaglia die weitgehende Schließung der grossen psychiatrischen Anstalten vorschrieb, um die psychiatrische Versorgung gänzlich in den ambulanten Bereich zu verschieben, kann aus den Empfehlungen des Berichts zur Psychiatrie-Enquête unter anderem das bis heute gültige Paradigma «ambulant vor stationär» abgeleitet werden. Ab den 1980er bis Anfang der 2000er Jahre kam es in allen westeuropäischen Ländern im Zuge der Dehospitalisierungsbewegung zu einem drastischen Abbau psychiatrischer Klinikbetten und zum Aufbau ambulanter und tagesklinischer Behandlungskapazitäten. Zudem entstand ein differenziertes Angebot psychosozialer Angebote zum Wohnen und Arbeiten im geschützten bzw. betreuten Rahmen sowie zur Tagesstrukturierung und sozialen Integration. Kritiken an dieser Entwicklung beziehen sich bis heute auf den ungenügenden Aufbau tragfähiger An-

gebote für schwer und langfristig psychisch beeinträchtigte Menschen, was zu häufigeren Klinikeintritten führen kann sowie, darauf, dass die betroffenen Menschen innerhalb der geschützten Settings weiterhin unter sich und in Kontakt mit Fachpersonen sind und nicht, wie beabsichtigt, im Sinne der Inklusion ein gleichberechtigtes Leben in der Gesellschaft erlangen können.

Was derzeit geschieht

Die Reform der Psychiatrie kann vor diesem Hintergrund weiterhin nicht als abgeschlossen betrachtet werden. So orientieren sich die Versorgungsplanungen für die Psychiatrie weiterhin an den etablierten Paradigmen:

- Ambulante Angebote sind intermediären (z.B. multiprofessionelle Gemeindepopsychiatrieteams, Behandlung zu Hause, Tageskliniken) und diese wiederum stationären Angeboten wenn immer möglich vorzuziehen.
- Die Angebote sollen die Autonomie von Patientinnen und Patienten erhalten und stärken, Zwangsmassnahmen vermeiden und sich an deren individuellen Bedürfnissen, dem Lebensumfeld und fachlich objektivierbarem Bedarf orientieren.
- Die Behandlungsangebote sollen integriert organisiert werden. Das bedeutet, dass eine personelle oder mindestens Informationskontinuität über den gesamten Behandlungs- und Betreuungsprozess einer Patientin über alle Behandlungssettings hinweg, inklusive Prävention, Gesundheitsförderung und Schnittstellen zu ausserklinischen Bereichen, sichergestellt ist und im besten Fall von einer Person oder Institution koordiniert wird.

Neue Behandlungsangebote und Modellprojekte sind derzeit daher mehrheitlich im ausserstationären Bereich zu finden. Insbesondere Angebote wie Home Treatment für Krisenintervention und Akutbehandlung zu Hause, Konsiliar- und Liaisondienste für somatische Spitäler, Wohnheime sowie Alters- und Pflegeeinrichtungen und Tageskliniken können den genannten Anforderungen gerecht werden und die psychiatrische Versorgung im Sinne der Reformanliegen wei-

terentwickeln. Die Etablierung dieser komplexen Angebote, die über ambulante Behandlungen in Praxen hinausgehen, wird jedoch erschwert durch die bestehenden Finanzierungssysteme, die den erforderlichen Aufwand zu wenig abbilden. Es sind daher in der Regel Modellfinanzierungen oder Subventionierungen notwendig, die jeweils individuell erarbeitet und von gesundheitspolitischer Seite unterstützt werden müssen.

Angesichts des wirtschaftlichen Drucks auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen werden in diesem Zusammenhang meist Einsparungen an anderer Stelle – in der Regel im stationären Bereich – gefordert, was den Druck auf das Gesamtversorgungssystem unverändert hochhält, wenn nicht gar vergrössert. Hinzu kommt eine seit Jahren zunehmende Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung, die in den letzten zwei Jahren während der Pandemie nochmals eklatant angestiegen ist. Dies ist zumindest bei Erwachsenen weniger in einer faktischen Zunahme von psychischen Erkrankungen begründet als in einer erhöhten Bereitschaft, Hilfsangebote bei psychischer Belastung aufzusuchen, was auch als Folge einer erwünschten Abnahme der Stigmatisierung psychischer Störungen gewertet werden kann.

Neben der Erweiterung ambulanter und intermediärer Behandlungskapazitäten ist zusätzlich eine verbesserte Steuerung der passgenauen Zuteilung der vorhandenen Behandlungskapazitäten erforderlich. Obwohl auf der einen Seite eine Unterversorgung mit langen Wartezeiten und Abweisungen behandlungsbedürftiger Personen festgestellt werden kann, ist andererseits von einer Überversorgung an anderer Stelle auszugehen, in der Summe ist also teilweise eine Fehlversorgung festzustellen. Diese zeigt sich in zu langer, zu intensiver oder unpassender Versorgung, etwa wenn nur leicht Erkrankte oder weitgehend Genesene weiterhin ambulante Behandlungskapazitäten zur Aufrechterhaltung und Stabilisierung nutzen oder aufgrund zu langer Wartezeiten oder wenn aufgrund von Mangel an Alternativen krisenhafte

Zuspitzungen entstehen und vermeidbare stationäre Behandlungen notwendig werden.

Was zukünftig geschehen sollte

Aus Sicht der betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte die Behandlung niederschwellig und zeitnah zugänglich sein und nur so lange und so intensiv wie nötig erfolgen. Die derzeitige Finanzierung setzt jedoch Anreize, die vorhandenen Kapazitäten so gut wie möglich auszulasten, und verhindert damit, dass stets ausreichende Ressourcen vorgehalten werden, um jene mit dringendem Behandlungsbedarf kurzfristig aufnehmen zu können. Aufgrund des generellen Drucks im Versorgungssystem besteht zudem ein Anreiz, leichter erkrankte Personen mit weniger intensivem bzw. komplexen Behandlungsbedarf länger als nötig zu behalten, um die Arbeitsbelastung stabil zu halten oder zumindest nicht noch weiter zu erhöhen. Um dem Bedarf besser gerecht werden zu können, wären neben ausreichenden Gesamtkapazitäten auch geeignete Steuerelemente notwendig, um alle ambulant Tätigen in gleicher Weise in die Grundversorgung einzubeziehen. Hierzu sollten die Indikation und der Basisanspruch für psychisch belastete Hilfesuchende definiert und die Angebote für darüber hinausgehenden Bedarf ins Gesamtversorgungsnetzwerk eingebunden werden. Die heutige Organisation der psychischen Gesundheitsversorgung überlässt die Steuerung jedoch weitestgehend den Patientinnen und Patienten, die entsprechend ihren Bedürfnissen und Erwartungen entscheiden, sowie den Fachpersonen, die oftmals primär entsprechend ihren fachlichen Interessen und Spezialisierungen und im Rahmen der genannten systemischen Anreize handeln. Die Folge sind Doppelspurigkeiten, Informationsverluste und ungünstige klinische Verläufe, die das System noch zusätzlich belasten. Zur Verbesserung des Gesamtversorgungsnetzwerks ist daher eine verbesserte Koordination und Integration der bestehenden Angebote nötig, mit dem Ziel, Beziehungs- und Informationskontinuität von Beginn bis zum Abschluss der Behandlung herzustellen. Zudem sollten die Angebote weiter mobilisiert und flexibilisiert werden, um die Behandlung und Unterstützung, wenn nötig, dort anbieten zu können, wo die Problematik entsteht



«Im Mittelpunkt». Foto Karin Hirschi-Schiegg

und wirksam ist, d.h. im direkten sozialen Umfeld der betroffenen Personen. Diese Gesamtorganisation sollte primär vom Bedarf der am schwersten und ggf. andauernd beeinträchtigten Betroffenen gedacht werden, so dass diese Menschen sicher eine angemessene und kontinuierliche Behandlung erhalten können. Bei einer Unterversorgung dieser Personen, die ohnehin ressourcenintensive Behandlungen und Betreuung benötigen, wird das Versorgungssystem sonst eher noch mehr und dann unkoordiniert belastet. Die ambulante Behandlung und Koordination des Gesamtnetzwerks im Sinne der integrierten Versorgung ist dabei das Rückgrat und die Basis für einen günstigen Verlauf für die betroffenen Personen und deren Umfeld, während stationäre Behandlungen nur einen zeitlich begrenzten, wenngleich wichtigen Beitrag leisten können.

Es ist auch in der näheren Zukunft mit einer weiterhin steigenden Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen zu rechnen. Der Ruf nach stetiger Erhöhung der Behandlungskapazitäten wird jedoch nur teilweise zu einer Bewältigung des steigenden Bedarfs beitragen können, alleine schon aufgrund der begrenzten Ressourcen durch den in vielen Regionen markanten Fachkräftemangel. Eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Gesundheitsversorgungssystems ist daher grundlegend, um auch weiterhin ein attraktives Arbeitsfeld für qualifizierte psychiatrische Fachpersonen schaffen zu können. Eine Fokussierung auf den ambulanten Bereich sowie die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung bedarfsgerechter Angebote ist der erforderliche anstehende Schritt.

PD Dr. med. Matthias Jäger

PD Dr. med. Matthias Jäger ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und arbeitet als Direktor Erwachsenenpsychiatrie und Chefarzt der Privatklinik in der Psychiatrie Baselland. Er ist seit 2016 an der Universität Zürich habilitiert und dort sowie an der Universität Basel als Dozent im Studiengang Humanmedizin tätig.

Die Patienten in den Mittelpunkt stellen – reicht das in der Pädiatrie?



Christine Becher



Caroline Stade

In der Gesundheitsversorgung und Forschung gibt es eine Vielzahl von Definitionen, die Patientenzentrierung beschreiben. Sie stimmen vor allem darin überein, dass es sich um die Veränderung von einem traditionellen, paternalistischen und krankheitsorientierten Versorgungsansatz hin zu einem Ansatz handelt, bei welchem die individuellen Präferenzen, Bedürfnisse und Werte der Patientinnen und Patienten in jeder Phase der medizinischen Konsultation, Behandlung und Nachsorge berücksichtigt werden [1].

Wenn in der Pädiatrie von patientenzentrierter Pflege gesprochen wird, fehlt ein wesentlicher Teil, der bei den Kindern nicht wegzudenken ist, nämlich die Familie. Deshalb sprechen wir in pädiatrischen Fachkreisen explizit von familienzentrierter Pflege und Betreuung. Die Familie in den Mittelpunkt zu stellen bedeutet, dass wir das Umfeld der Patientinnen und Patienten bei Gesprächen und Entscheiden immer mit einbeziehen. Also stützen wir uns bei der Ausübung von evidenzbasierter Pflege sowohl auf Forschungsergebnisse und reflektierte Erfahrung als auch ganz gezielt auf die Präferenzen der Patienten und Familien. Jede Familie ist einzigartig, und ihre Lebensumstände verändern sich in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand und dem Ausmass von Erkrankungen oder Beeinträchtigungen der Kinder. Wie bei einem Mobile bringt die Bewegung eines einzelnen Teilchens das ganze System in

Schwingung. Diese Erkenntnis macht den Ansatz der familienzentrierten Pflege [2] in der Pädiatrie so spannend. Der Fokus auf die ganze Familie schlägt sich in allen Betreuungskonzepten in der Pädiatrie nieder, so etwa, wenn es darum geht, mit nichtmedikamentösen Interventionen Schmerz und Angst vorzubeugen, oder wenn die Austrittsplanung in komplexen pflegerischen Situationen betroffen ist.

Die Familie eines frühgeborenen Kindes hat ganz andere Bedürfnisse als die Familie eines Teenagers. Brauchen die einen Eltern Anleitung und Edukation, um die Pflege ihres Kindes zu erlernen,

müssen die anderen dem jugendlichen Patienten mehr Selbständigkeit zugestehen. Beides sind Situationen, in denen Pflegefachpersonen respektvoll kommunizieren und den Patienten und der Familie angepasste Informationen zukommen lassen müssen. Um die Bedürfnisse eines frühgeborenen Kindes zu erkennen, braucht es andere Fähigkeiten, als wenn es darum geht, das Selbstmanagement von Teenagern auf dem Weg in die Erwachsenenmedizin zu begleiten. So liegt der Fokus bei Frühgeborenen auf der Entwicklungsförderung durch die Pflege und auf der Edukation der Eltern in diesem Bereich [3]. Bei Jugendlichen hingegen liegt der Schwerpunkt in der Begleitung von Jugendlichen und ihren Eltern im Ablösungsprozess auf dem Weg ins Erwachsenenalter. Dazu nutzen wir ein sogenanntes Transitionskonzept, in welchem die Schritte im Übergangsprozess systematisch besprochen und dokumentiert werden können [4].

Anforderungen an Betriebswirtschaftlichkeit

Auch in der Pädiatrie sind die Anforderungen an Betriebswirtschaftlichkeit hoch, und der Anspruch an eine vollständige Dokumentation aller Pflegeleistungen steigt. Wahrscheinlich könnten wir die direkte Pflege am Bett ohne die Hilfe der Familienangehörigen heute nicht



«Im Mittelpunkt». Foto Karin Hirschi-Schiegg

mehr bewältigen. Umso mehr brauchen wir ein Klinikinformationssystem, in dem alle Pfl egetätigkeiten direkt mit dem Abrechnungssystem verlinkt sind. Andererseits soll die von den Eltern geleistete Arbeit auch berücksichtigt werden. Dies ist nicht nur aus ökonomischer Perspektive relevant, sondern auch aus zwischenmenschlicher. Eltern und Patienten mit viel Spitalerfahrung berichten häufig, dass sie in den Gesprächen mit Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen viel Ehrlichkeit und Transparenz erleben, aber für ihre Mithilfe in der Pflege und ihr Mitdenken rund um die Organisation von Behandlungen mehr Anerkennung erhalten möchten. In diesem Bereich kann die Qualität der familienzentrierten Pflege noch gesteigert werden, und die neue Technologie unterstützt uns dabei. Die Formulierungen sind so weit standardisiert, dass jede Pflegefachperson nachvollziehen kann, wie Kolleginnen und Kollegen beispiels-

weise einen Patienten und dessen Familie während der eigenen Arbeitsschicht erlebt und eingeschätzt haben. Dies braucht noch Übung, wird aber den Einbezug der Eltern in der Pädiatrie voranbringen. Die standardisierte elektronische Dokumentation von Informationen aus Familienassessments, Verlaufsgesprächen und der Austrittsplanung ist zu Beginn eine Herausforderung und beansprucht in der Umstellungsphase Zeit, die vom direkten Patienten- und Familienkontakt abgeht. Sobald die neuen Technologien im Arbeitsalltag verankert sind, professionalisieren sie jedoch die Kommunikation mit Patientinnen, Patienten und Eltern und erleichtern sowohl die Dokumentation als auch die Sichtbar-

machung und Abrechnung der erbrachten Pflegeleistungen.

Caroline Stade und Christine Becher

Literatur

- 1 Wolfe A., (2001) Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century, <https://doi.org/10.1177/152715440100200312>
- 2 Wright L.M., Leahey M., Shajani Z., Snell D. (2021) Familienzentrierte Pflege: Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. Hogrefe, Bern.
- 3 Martinet-Sutter M. et al. (2017) Der Nutzen der Entwicklungsfördernden Pflege für Frühgeborene. Schweizerische Ärztezeitung. 2017;98(50):1672–3.
- 4 Betz C.L. et al., (2022) The extent self-management for youth and young adults with special health care needs is addressed in health care transition planning literature: a scoping review protocol. VBI evidence Synthesis, DOI: 10.11124/JBIES-20-00265

Christine Becher (MScN) ist Leiterin Pflegeentwicklung UKBB.

Caroline Stade ist Leiterin Pflegedienst und Mitglied der UKBB-Geschäftsleitung.

«Je mehr Eingriffe ambulant erfolgen, desto mehr wird auch die Spitex gefordert»



Marianne Pfister

Synapse: Wie beurteilen Sie – im Sinne einer Zwischenbilanz – das neue gesundheitspolitische Konzept «ambulant vor stationär» (gemeint ist die am 1.1.2019 in Kraft getretene Krankenpflege-Leistungsverordnung) grundsätzlich aus Spitex-Sicht?

Marianne Pfister: Es ist mir wichtig, Folgendes zu unterscheiden: Der Grundsatz «ambulant vor stationär» gilt bereits länger und hat seit vielen Jahren einen starken Einfluss auf die Spitex: Patientinnen und Patienten haben immer kürzere Spitalaufenthalte oder werden häufiger ambulant operiert und danach von der Spitex nachversorgt. Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts können immer mehr Fälle durch die Spitex zu Hause versorgt werden, auch in komplexen Situationen. Entsprechend bietet die Spitex immer mehr spezialisierte Dienstleistungen an. Der Grundsatz «ambulant vor stationär» trägt auch der sich verändernden Nachfrage der Spitex-Klientinnen und -Klienten Rechnung.

Diese Entwicklungen zeigen sich denn auch deutlich in der Zunahme der Spitex-Leistungen während der letzten zehn Jahre.

Hingegen zeigte die KLV-Änderung (per 1.1.2019, aufgrund derer sechs explizite Eingriffe nur noch ambulant durchgeführt werden dürfen) kaum Auswirkungen auf die Spitex. Dies liegt daran, dass

diese Eingriffe für die ambulante ärztliche Behandlung prädestiniert sind und grundsätzlich selten der Nachsorge durch die Spitex bedürfen. Dazu gehören zum Beispiel Krampfader-Operationen, die seit 1.1.2019 ambulant durchgeführt werden. Nach dieser Operation wird die Spitex allenfalls für das An- und Ausziehen von Stützstrümpfen eingesetzt, wenn die Klientin bzw. der Klient dies nicht selbst erledigen kann.

Trotz dieser Vorgabe können in begründeten Fällen Eingriffe weiter auch stationär durchgeführt werden, z.B. wenn die Patientinnen und Patienten multimorbid sind und eine ambulante Behandlung nicht angezeigt ist.

Welche Auswirkungen hat «ambulant vor stationär» für die Spitex finanziell (insbesondere, nachdem das EDI die Krankenversicherungsbeiträge der Spitex per 1.1.2020 um 3,6% gekürzt hat)?

Wir sind nach wie vor der Ansicht, dass die Kürzung der Krankenversichererbeiträge nicht gerechtfertigt war und die ambulante Pflege vielmehr bestraft worden ist, indem sie gerade wegen des Grundsatzes «ambulant vor stationär» seit 2011 auch vermehrt Beratungs- und Koordinationsleistungen sowie medizinische Leistungen erbringt – sogenannte A- und B-Leistungen. Die Spitex wurde bestraft, weil die A- und B-Leistungen der Spitex zugenommen hatten und damit die durchschnittliche Spitex-Stunde teurer wurde. Das sollte mit der Kürzung korrigiert werden. Diese Entwicklung war jedoch gerade wegen dem Grundsatz «ambulant vor stationär» politisch gewollt. Damit eine Kürzung zu rechtfertigen ist deshalb nicht opportun. Aber eigentlich sollte die Spitex ja im Grundsatz «ambulant vor stationär» vermehrt komplexere A- und B-Leistungen erbringen.

In vielen Kantonen wurden die Kürzungen durch die Restfinanzierer der Pflege (also Kantone und/oder Gemeinden) aufgefangen. Einige wenige Kantone versuchten Lösungen zu finden, indem sie die Patientenbeiträge auf das Maximum erhöhten und somit ihre Kosten auf die Patientinnen und Patienten übertragen

konnten. Letzteres kann dazu führen, dass Spitexleistungen zu spät nachgefragt werden und entsprechend Spitalaufenthalte nötig werden, was letztlich zu Mehrkosten führt.

Welche Auswirkungen hat «ambulant vor stationär» auf die konkrete praktische Arbeit einer Spitex-Angestellten?

Auf einer generellen Ebene kann gesagt werden, dass der Grundsatz zu einem viel stärker ausgebauten Leistungsangebot in der Spitex geführt hat. Beispielsweise gehören spezialisierte Palliativpflege, Psychiatriepflege, Onkologiepflege, Wundpflege, Kinderspitex und/oder 24-Stunden-Dienstleistungsangebote bereits vielerorts zum Leistungsspektrum der Spitex.

Hat das Konzept «ambulant vor stationär» die Situation der Spitex-Klienten Ihrer Meinung nach eher gestärkt oder geschwächt?

Das grundsätzliche Konzept «ambulant vor stationär» zeigt die Wichtigkeit der nachgelagerten Versorgungsbereiche – medizinisch, therapeutisch und pflegerisch. Sie sind notwendig für die Behandlungskette und ihr Zusammenspiel ist zentral. Hier hat die Spitex eine wichtige Aufgabe und Koordinationsfunktion.

Welche Entwicklung bezüglich «ambulant vor stationär» erwarten Sie in den kommenden Jahren?

Wir gehen davon aus, dass sich der Bedarf im ambulanten Bereich weiter vergrössern wird. Wesentlichen Einfluss wird aber auch haben, ob der Bund die Liste mit weiteren Eingriffen erweitern wird, die ausschliesslich ambulant durchgeführt werden sollen. Hier ist zu prüfen, inwiefern auch die nachgelagerten Bereiche wie die Spitex Aufgaben zu übernehmen haben. Auch wenn an den Tarifierungsgrundsätzen ambulant-stationär Veränderungen vorgenommen werden, wird dies Auswirkungen auf die Spitex haben: Wenn mehr Anreize bestehen, ambulant zu behandeln, wird – unabhängig von der 6er-Liste – mehr ambulant versorgt werden. Dies zieht entsprechend mehr Aufwand für die

nachgelagerten Bereiche nach sich. Je mehr Eingriffe ambulant erfolgen, desto mehr wird auch die Spitex gefordert sein.

Wie hat sich die Coronakrise Ihrer Meinung nach auf das Konzept «ambulant vor stationär» konkret ausgewirkt?

In allen Kantonen versorgte die Spitex Covid-19-Patientinnen und -Patienten. Entsprechend hat sie die Spitäler entlastet. Die Patienten mussten teilweise dank der Spitex gar nicht ins Spital. Die Spitäler konnten Patientinnen und Patienten früher entlassen und damit notwendige Kapazitäten für neue Erkrankte

schaffen. Ältere Menschen haben teilweise ihren Eintritt ins Pflegeheim hinausgezögert, aus Angst vor einer Ansteckung oder weil sie die Einschränkungen aufgrund der Covid-Massnahmen fürch-

teten. Dies alles führte dazu, dass unsere Leistungen auch während der Pandemie stark angestiegen sind.

*Die Fragen stellte Bernhard Stricker,
Redaktor Synapse*

Marianne Pfister ist seit 2015 Geschäftsführerin des Dachverbandes Spitex Schweiz. Nach ihrer Ausbildung zur Pflegefachfrau Psychiatrie hat sie nach dem Studienabschluss an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern (lic. iur.) ein Nachdiplomstudium in Health Administration mit dem Titel «Master in Health Administration» abgeschlossen. Zuvor war sie beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) und im Management von Ärztenetzwerken und Gesundheitszentren tätig, wo sie diverse Projekte im Bereich Integrierte Versorgung leitete.

Der Patient im Mittelpunkt

«Ambulant vor stationär» – eine Bewertung aus Patientensicht

Dass Leistungen in der Gesundheitsversorgung nach einem pauschalen Grundsatz bewertet werden, ist aus Patientensicht nicht sinnvoll. Medizinische Leistungen müssen danach beurteilt werden, ob sie dem Patienten nutzen – ungeachtet dessen, in welchem Sektor sie stattfinden. Wirklich nützlich wäre vor allem eine sektorenübergreifende Perspektive.



Susanne Gedamke

Der medizinische Fortschritt ermöglicht es, dass Patientinnen und Patienten bei immer mehr Eingriffen noch am gleichen Tag nach Hause gehen können. Immer mehr Operationen erfordern daher keinen Spitalaufenthalt mehr. Diese Verlagerung von medizinischen Eingriffen vom stationären in den ambulanten Bereich ist ein grosses gesundheitspolitisches Thema. Seit dem 1. Januar 2019 gilt eine schweizweit verbindliche Liste ambulant durchzuführender Eingriffe. Bereits davor hatten einzelne Kantone ähnliche Listen eingeführt. Mit der neuen Regelung verfolgt der Bund insbesondere

das Ziel, Verlagerungen in den ambulanten Sektor zu fördern und die Kostenentwicklung zu dämpfen. Doch was nützt die Regelung den Patientinnen und Patienten?

Der Nutzen für die Patienten ist entscheidend

Zunächst lässt sich festhalten: Patientinnen und Patienten sollen dort behandelt und betreut werden, wo sie mit ihrem Gesundheitsproblem am besten aufgehoben sind – und dies möglichst ohne Unterbrüche.

Bereits der erstgenannte Anspruch ist in Bezug auf den Sektor differenziert zu betrachten: Je nach Behandlungs- und Betreuungssituation kann ein ambulantes oder stationäres Setting für den Patienten passender sein. Es greift daher zu kurz, ambulanten Leistungen per se den Vorzug vor stationären Leistungen zu geben. Für die einen Patienten ist es wichtig, möglichst früh ins gewohnte soziale Umfeld zurückzukehren. Bei anderen Patienten macht eine längere Überwachung im Spital mehr Sinn. Dass es mehr Differenzierung bedarf, akzentuiert sich bereits im Unterschied zwischen Patientinnen und Patienten

mit akuten und chronischen Erkrankungen:

Das Schweizer Gesundheitssystem ist vor allem ein Akutversorgungssystem. Bei akuten gesundheitlichen Problemen ist es meistens ausreichend, in einer bestimmten Fachdisziplin behandelt und betreut zu werden. Schwierig wird es allerdings, wenn mehrere Fachdisziplinen in verschiedenen Versorgungssektoren am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligt sind.

Äusserst komplex wird diese Behandlung, wenn es sich um chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten handelt. In der Schweiz ist fast jede dritte Person ab 15 Jahren von einer chronischen Krankheit betroffen, das sind insgesamt rund 2,2 Millionen Menschen. Fast jeder fünfte über 50-Jährige hat sogar mehr als nur eine Erkrankung. Diese Patientengruppen sind mehr als alle anderen darauf angewiesen, dass die Koordination und Kommunikation zwischen den Sektoren und Disziplinen reibungslos funktioniert. Umgekehrt ist hier der Schaden in Bezug auf die Behandlungsqualität besonders gross, wenn ebendiese Koordination und Kommunikation nicht funktioniert.



«Im Mittelpunkt». Foto Karin Hirschi-Schiegg

Qualität hat Priorität

Grundsätzlich gilt: Wird eine medizinische Leistung erbracht – egal ob durch eine Ärztin, eine Pflegefachperson, den Apotheker oder die Physiotherapeutin, im stationären oder ambulanten Sektor –, muss die Qualität der Leistung im Vordergrund stehen.

Die Diskussion rund um den Grundsatz «ambulant vor stationär» zeigt auf, dass es zu kurz greift, wenn Massnahmen im Gesundheitswesen primär auf Kostendämpfung abzielen: Es werden kleinschrittige Lösungen innerhalb der bestehenden Systeme gesucht, ohne eine grundsätzliche Neuausrichtung in Betracht zu ziehen, die den Qualitätsaspekt anstatt des Kostenaspekts an erste Stelle stellt. Anders formuliert: Der Grundsatz «ambulant vor stationär» entfaltet seine unbestrittene Wirkung vor allem bei jenen Patientinnen und Patienten, welche einem bereits vordefinierten Pfad folgen, wie dies bei Akutproblemen häufig der Fall ist. Sobald komplexe, unsichere Diagnosen oder gar Mehrfacherkrankungen vorliegen, stösst jede Form der Pauschalisierung an ihre Grenzen.

Der Grundsatz «ambulant vor stationär» beinhaltet somit zu wenig Differenzierung von Patientenbedürfnissen. Anstatt einen Sektor zu bevorzugen, wäre es wichtig, den gesamten Behandlungs-

und Betreuungsprozess in den Fokus zu nehmen.

Aus Sicht der Patientenorganisation braucht es hier einen Paradigmenwechsel: Die Qualität der Behandlung und Betreuung sollte der zentrale Anreiz für leistungserbringende sein, die Versorgung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu orientieren. Dies hätte auch einen anderen wichtigen Nebeneffekt: Patienten würden mehr in den Prozess miteinbezogen werden. Insbesondere bei chronischen, multimorbiden Erkrankten ist dieser Einbezug eine nicht zu unterschätzende Ressource für den Behandlungserfolg – und noch dazu ein wichtiger Aspekt in der Beziehung zwischen Patienten und Fachpersonen. Wenn es gelingen würde, den Gesamtprozess und keine Einzelsektoren zu fokussieren, wäre dies ein echter Fortschritt für Patientinnen und Patienten: Es würden weniger Brüche in der Informationsweitergabe zwischen den Fachdisziplinen geschehen, verschiedene

Expertisen könnten häufiger zusammenfliessen, Mehrfachuntersuchungen vermieden und die Behandlungsschritte mehr aufeinander abgestimmt werden. Auch der viel diskutierte Kostenaspekt würde nicht zu kurz kommen: Wäre die Qualität erster Ansatzpunkt des gesamten Behandlungs- und Betreuungsprozesses, würde sich das auch positiv auf die gewünschte Kostendämpfung auswirken, was den Patientinnen und Patienten letzten Endes als Prämienzahlenden nützen würde.

Die Anwendung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» zeigt somit zweierlei: Erstens müssen wir Patientenbedürfnisse differenzierter betrachten. Und zweitens ist für Patientinnen und Patienten nicht nur der einzelne Versorgungssektor, sondern vor allem der gesamte Betreuungs- und Behandlungsprozess von Interesse.

Susanne Gedamke

Susanne Gedamke ist Geschäftsführerin der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO) und Delegierte des Stiftungsrats. Sie hat Kommunikationswissenschaft studiert und nach dem Abschluss ihres Studiums 2011 an diversen Hochschulen Forschungsprojekte geleitet und Akteure im Gesundheitswesen in der Strategieentwicklung unterstützt.

EFAS: Kosten dämpfen – Prämien entlasten!



Dr. phil. Nora Wille

Die «Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen» (EFAS) ist die wichtigste Reform unseres Gesundheitswesens

Es ist erstaunlich: Während die Krankenkassenprämien medial kaum präsenter sein könnten, finden zentrale Fragen der Finanzierung unseres Gesundheitswesens in der Öffentlichkeit kaum Aufmerksamkeit. Nur wenige Menschen dürften wissen, dass lediglich 37% unserer Gesundheitsversorgung über Prämien bezahlt werden. Noch weniger dürften wissen, dass dieser Anteil im Jahr 2000 erst 32% betragen hat. Der prämiendifinanzierte Anteil unserer Gesundheitsversorgung ist also gewachsen. Das heisst: Die Prämien wären sogar gestiegen, wenn die Kosten konstant geblieben wären – wir sollten also nicht nur über Prämien sprechen, sondern auch über die Finanzierung.

Die Abkürzung EFAS [1] bezeichnet die «Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen». Vermutlich ist auch diese sperrige Bezeichnung daran schuld, dass kein öffentlicher Druck diese wichtige Reform vorantreibt. Hätte Ruth Humbel 2009 ihre parlamentarische Initiative programmatisch «Für ein Prämienentlastungsgesetz» genannt, würde diese wohl nicht seit über zehn Jahren im Parlament hin- und hergeschoben [2].

Umso wichtiger ist es, das enorme Potenzial von EFAS immer wieder zu erläutern. Gerade jetzt, wo das Parlament mit Budgets für die Patientenversorgung grossen Schaden verursachen könnte, gilt es aufzuzeigen, dass EFAS ein sehr grosses Kostendämpfungspo-



Dr. med. Yvonne Gilli

tenzial im Gesundheitswesen realisieren könnte – mit Qualitätsgewinnen statt -einbussen.

Mit EFAS profitieren Prämienzahler von der Kostendämpfung durch «ambulant vor stationär»

EFAS kann ein Kernproblem unseres Gesundheitssystems lösen: Der Grundsatz «Ambulant vor stationär» spart insgesamt Geld – aber erhöht die Prämien. Dies liegt daran, dass die Kosten für stationäre medizinische Behandlungen heute zu 55% durch die Kantone und zu 45% durch die Krankenkassen getragen werden. Die ambulanten Kosten hingegen werden ausschliesslich, d.h. zu 100%, durch die Krankenkassen und damit aus

Prämiengeldern gedeckt. Wenn wir also immer mehr stationäre Behandlungen durch ambulante Behandlungen ersetzen, ist dies zwar insgesamt günstiger – wegen der unterschiedlichen Finanzierung müssen dann aber die Prämienzahlenden die ganze Rechnung allein bezahlen.

Wie günstigere Behandlungen die Prämien erhöhen können, lässt sich gut am Beispiel einer Herzschrittmacher-OP verdeutlichen. Diese kostet bei stationärer Durchführung 23 770 Franken, wovon 10 696 Franken aus Prämien bezahlt werden. Eine ambulante Durchführung ist mit 20 460 Franken über 3000 Franken günstiger – muss aber vollständig aus Prämiengeldern finanziert werden. Damit kostet die ambulante Behandlung, obwohl sie günstiger ist, fast 10 000 Franken mehr Prämien als zuvor [3]. Sparen tut nur der Kanton.

Unser Finanzierungssystem führt also dazu, dass *kostengünstigere* ambulante Behandlungen *Mehrkosten* beim Prämienzahler verursachen können, weil der Finanzierungsanteil des Kantons entfällt. Wenn der Kostenvorteil einer ambulanten Durchführung nicht mindestens 55% beträgt, ist sie für die Prämienzahler teurer.

Die EFAS-Lösung ist denkbar einfach: Ambulante und stationäre Behandlungen sollen neu einheitlich finanziert werden. Die Finanzierungsanteile der Kantone und der Prämienzahler würden auf dem

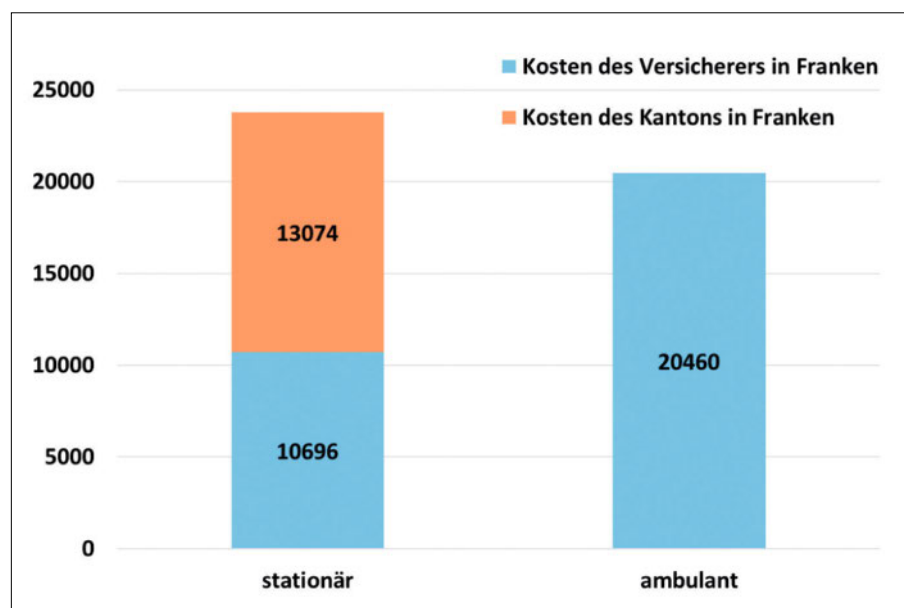


Abbildung 1: Wer bezahlt wann wie viel? Kosten für das Einsetzen eines Herzschrittmachers

heutigen Niveau fixiert. Mit entsprechenden Kontrollmöglichkeiten der Kantone würden zukünftig über die Versicherer alle Rechnungen vollständig bezahlt – unabhängig vom Ort der Behandlung. So würden auch die Prämien durch mehr ambulante Behandlungen entlastet – und nicht zusätzlich belastet.

Mit EFAS wird das Verlagerungspotenzial in den ambulanten Bereich ausgeschöpft und brachliegendes Effizienzpotenzial realisiert

Eine solche einheitliche Finanzierung würde noch ein weiteres Problem beheben: Heute führen wir in der Schweiz viele Eingriffe stationär durch, obwohl sie ambulant erfolgen könnten. Damit bleibt ein Sparpotenzial von einer Milliarde Franken pro Jahr unausgeschöpft [4]. Abbildung 1 zeigt einen wichtigen Grund dafür: Wenn Sie ein Krankenversicherer wären, würden Sie Herzschrittmacher ambulant einsetzen wollen? Natürlich nicht, denn mit der kostengünstigeren ambulanten Behandlung entstünden Ihnen hohe Mehrkosten. Ein Versicherer, der konsequent auf kostengünstige ambulante Eingriffe setzt, riskiert seine Konkurrenzfähigkeit, weil er seine Prämien erhöhen müsste. Den Kostenvorteil hat ausschliesslich der Kanton, der seine Steuersubventionen einspart.

Dies erklärt auch, warum die Kantone seit 2017 mit Listen ambulant durchzuführender Operationen auf Symptombekämpfung setzen, statt mit EFAS das Grundproblem anzugehen. Listen zwingen die Akteure zur Verlagerung in den ambulanten Bereich, während die Einsparungen ausschliesslich bei den Kantonen bleiben. Dass «sich die Kantone auf Kosten der Prämienzahler gesund stossen» [5], zeigte auch eine Analyse des OBSAN zur Verlagerung sechs chirurgischer Leistungsgruppen (Abb. 2). Während für die Kantone ein «massgebliches Sparpotenzial» zwischen 4 und 16 Franken pro Einwohner besteht, sehen die Prämienzahler zumeist keinen Kostenvorteil und legen sogar bis zu 1.50 CHF drauf. Von den Listen profitieren also nur die Kantone, mit EFAS könnten Kantone und Prämienzahlende profitieren [6].

EFAS fördert die integrierte Versorgung und gibt den Kostenvorteil an die Prämienzahler weiter

Der bedeutsamste Vorteil wäre aber, dass EFAS Kostendämpfung und Qualitätsentwicklung verbinden würde. Denn heute bremsen unser Finanzierungssystem integrierte Versorgungsmodelle

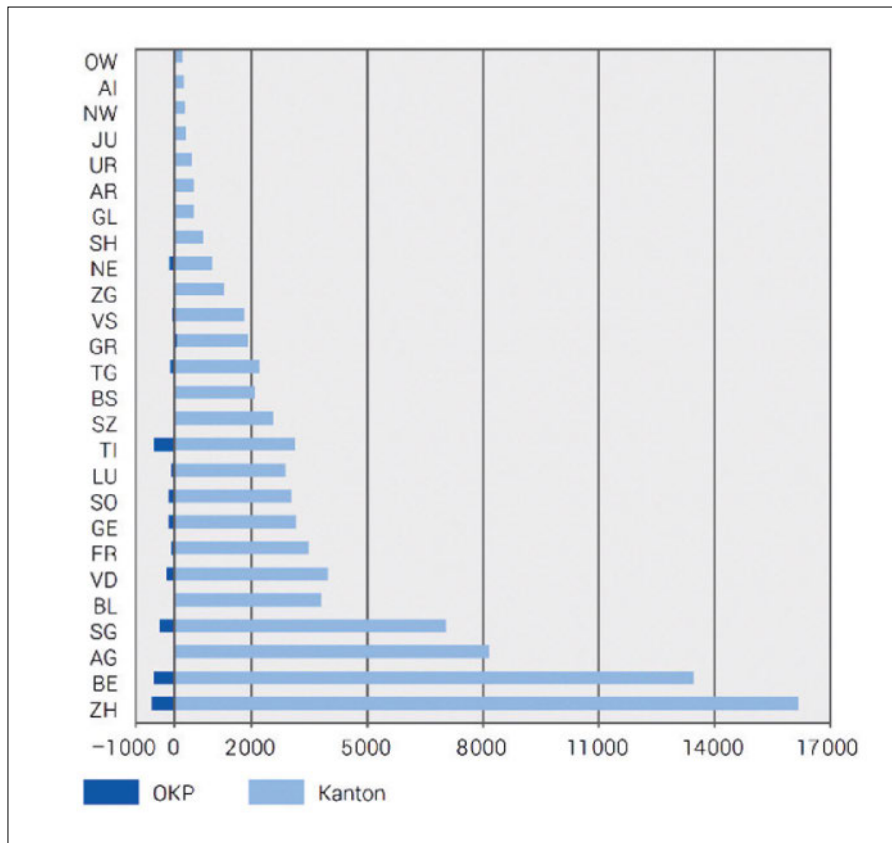


Abbildung 2: Sparpotenzial 2016 nach Kanton in tausend Franken für sechs Listen-Leistungsgruppen

systematisch aus, obwohl sie durch eine bessere Versorgungsqualität die Kosten insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herzleiden und Atemwegserkrankungen um bis zu über 1000 Franken pro Jahr und Person senken können [7]. Die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle ist heute für Versicherer unattraktiv, weil ihnen für die umfassende ambulante Betreuung in solchen Modellen Mehrkosten entstehen, die Einsparungen jedoch vor allem durch vermiedene Spitalaufenthalte und damit beim Kanton anfallen. Kurz: Der Versicherer investiert – der Kanton spart.

EFAS löst dieses Problem, weil beide Finanzierer gleichermassen an Investition und Kostenvorteil beteiligt wären. Dadurch könnten die Einsparungen auch mit Prämienrabatten an die Versicherten weitergegeben werden. Die Prämien der jeweiligen Versicherungsmodelle könnten um 6% reduziert werden, die heutigen Rabatte um 20% erhöht [8]. Da aktuell nicht-übertragbare Erkrankungen 80% der Gesundheitskosten generieren, hätte es grosse Auswirkungen, wenn integrierte Modelle durch Qualitäts- und Kostenvorteile vor allem für kränkere Versicherte attraktiver würden.

Nur mit EFAS kann der kostengünstige ambulante Bereich zukunftsfähig entwickelt werden

Last but not least stellt sich die Frage: Was passiert ohne EFAS? Durch die zunehmende Verlagerung in den ambulanten Bereich würde der Druck auf die Prämienzahlenden weiter steigen. Die Gesundheitsversorgung würde zunehmend aus den einkommensunabhängigen Prämien und weniger aus Steuermitteln finanziert, was soziale Probleme provoziert. Gleichzeitig würde – wie wir es aktuell bereits beobachten können – ausgerechnet der kostengünstige ambulante Bereich immer stärkerem Kostendruck ausgesetzt. Der kostengünstigste Versorgungssektor würde nicht weiterentwickelt, sondern kaputt gespart – während gleichzeitig Effizienzpotenziale nicht realisiert würden.

FAZIT: Wir brauchen EFAS, um die Prämien zu entlasten und die Kosten zu dämpfen – ohne Einbussen für die Patienten.

Die heutige unterschiedliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen bringt folgenreiche Fehlanreize und eine steigende Belastung des Prämienzahlers mit sich. EFAS könnte dies beheben und ein Kostendämpfungspotenzial von über drei Milliarden Franken im Jahr ohne Einbussen für den Patienten realisieren. Das Verlagerungspotenzial von stationär zu ambulant könnte ohne

Prämienanstieg ausgeschöpft werden, und mehr integrierte Versorgung würde die Qualität fördern und Kosten reduzieren [9]. Mit EFAS könnte der ambulante Bereich zukunftsfähig weiterentwickelt werden und einen effizienten Ressourceneinsatz unterstützen – und Kantone und Prämienzahler würden von der Kostendämpfung profitieren.

Dr. phil. Nora Wille und Dr. med. Yvonne Gilli

Literatur

- 1 Weitere Informationen zu EFAS finden Sie auf <https://www.pro-efas.ch/de/>

- Siehe parlamentarische Initiative 09.528 von 2009 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»; URL: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20090528>
- 3 Beispiel aus einem NZZ-Gastkommentar von Thomas J. Grichtung vom 2. Oktober 2018.
 - 4 PwC, 2016. Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.
 - 5 NZZ, 13. Mai 2019. Endlich ein gesundheitspolitischer Erfolg: Operationslisten entlasten die kantonalen Finanzen massiv. URL: <https://www.nzz.ch/schweiz/operationslisten-kantone-sparen-200-millionen-bei-den-spitaelem-ld.1479824>
 - 6 Die Entwicklung der ambulanten Versorgung in den Kantonen. Analyse von sechs Gruppen chirurgischer Leistungen. Obsan Bulletin 1/2019.
 - 7 Huber et al. (2016). International Journal of integrated care. 16(1);11:1–18.

- 8 Telser H, Meyer D. Kosteneinsparungen durch EFAS; Polynomics, 7. September 2018.
- 9 Klaus G; Helsana Standpunkt

Dr. phil. Nora Wille ist Psychologin mit Masterabschlüssen in Public Health und Epidemiologie, arbeitet seit 2013 für die FMH und ist persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der FMH-Präsidentin.

Dr. med. Yvonne Gilli ist Präsidentin der FMH.

Schlagwörter

Der Patient im Mittelpunkt?



Karin Hirschi-Schiegg

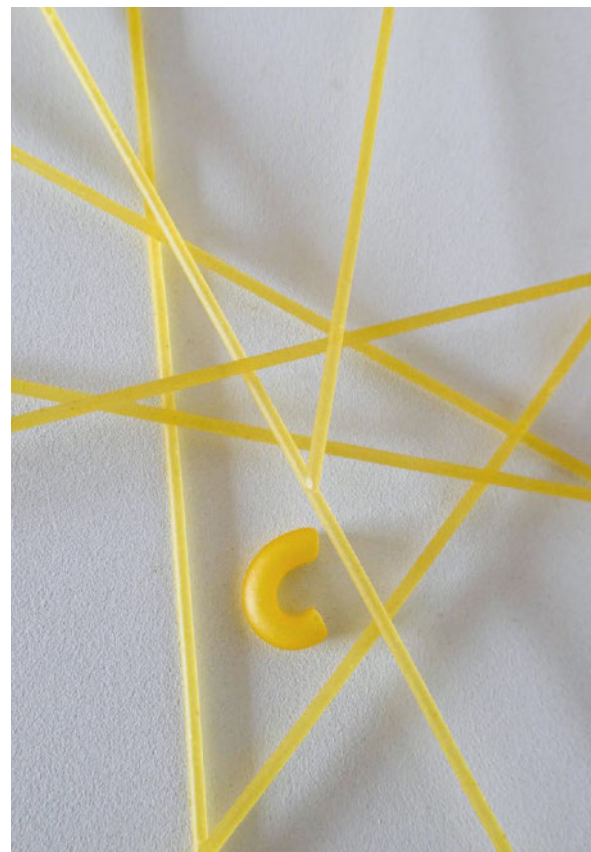
Schlagwörter wie «patientenzentrierte Medizin» oder auch «individualisierte / personifizierte Medizin» sind seit ungefähr 2012 gross in Mode. Was steckt dahinter? Dass der Mensch bzw. der Patient im Mittelpunkt steht und ganzheitlich wahrgenommen und behandelt wird? Leider nicht. In der «individualisierten» oder «personifizierten» Medizin wird ein Patient mit seinem aktuellen Leiden einer Gruppe zugeordnet (z.B. bezüglich einer genetischen Veranlagung) mit dem Ziel, das Problem möglichst spezifisch behandeln zu können. Es wird vorausgesetzt, dass die optimale Therapie die haargenau passende sei. Dabei wird der Patient aber nicht mehr umfassend wahrgenommen. Dazu gibt es skurrile, aber durchaus ernstgemeinte Ansätze, die fordern, das Beste wäre, wenn der Patient vollständig «digitalisiert» würde,

dann könnten u.a. mittels künstlicher Intelligenz die richtigen Lösungen gefunden werden. Das ist wohl kaum das, was der Durchschnittspatient erwartet, wenn er unsere Praxis betritt. Ebenso skurril muten Vorstellungen an, die aus der Wirtschaft kommen und eine «strukturierte patientenzentrierte Medizin» anstreben. Dazu fand ich eine Abhandlung, die damit begann, dass der Patient mit einem Problem zum Arzt kam. Unmittelbar nach dieser kurzen Einleitung ging es dann aber nur noch um «Produkte» zur «Problemlösung», die – unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte – in ein «Leistungsversprechen» münden sollten. Sogar «nachhaltig» sollte dieser Ansatz sein. Es gipfelte im Schlusstext: «Aus diesem Dreiklang (Problem, Produkt und Leistungsversprechen) resultiert bei den Patienten und den Kostenträgern eine Vertrauensbeziehung zum Gesundheitsdienstleister. Durch dieses entstandene Vertrauen resultiert im besten Fall daraus auch eine zukünftige weitere Empfehlung.» Ich gebe zu: Ganz verstanden habe ich das nicht. Eine «Vertrauensbeziehung» zur Krankenkasse? Der Arzt als «Gesundheitsdienstleister»? Und das soll «patientenzentriert» sein und ein «Dreiklang» obendrein? Für mich klingt es eher nach einer Dissonanz.

Auch wir, die wir im «Gesundheitssystem» meist bei den «Anbietern» sind, finden uns gelegentlich auf der Patientenseite wieder und betreten mit einer konkreten medizinischen Frage die Praxis eines Kollegen. Wir kommen als Mensch herein, suchen bei einem fach-

lich kompetenten Menschen Hilfe, und verlassen die Praxis wieder mit einer brauchbaren Lösung und der Dankbarkeit, einen Menschen angetroffen zu haben, der uns etwas von seiner kostbaren Zeit und seine aufrichtige Aufmerksamkeit geschenkt hat. So einfach ist es!

*Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg,
Mitglied der Redaktion Synapse*



«Im Mittelpunkt». Foto Karin Hirschi-Schiegg

VHBB – News

Stellungnahme zur geplanten Zulassungsbeschränkung aus Sicht der Hausärzte

Im Sommer 2020 hat das Bundesparlament eine definitive Lösung der Zulassungsbeschränkung derjenigen Ärztinnen und Ärzte verabschiedet, welche künftig zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen wollen. Die Kantone BS und BL gehören zu den ersten, welche die neue Rechtslage übernehmen wollen. Zur Vernehmlassung waren auch Vertreter der VHBB eingeladen.

Vorweg: Haus- und Kinderärztinnen werden auch in Zukunft in BS und BL in keiner Region kontingentiert. Wer sich in den nächsten Jahren als Kinder- oder Hausärztin niederlassen möchte, für die wird auch weiterhin eine Niederlassungsbewilligung reichen, und sie werden sich keinem OKP-Zulassungsverfahren unterwerfen müssen (bzw., falls dennoch, wäre ein solches rein formaler Art).

Dennoch sind verschiedene Punkte offen, welche, da prinzipieller Natur, die Tätigkeit von «Grundversorgerinnen und Grundversorger» dennoch betreffen können. Es ist z.B. nicht klar,

- wie das Festsetzungsverfahren bzgl. der zugelassenen Obergrenze von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

genau stattfindet. Die Datenbasis ist mittlerweile 10 Jahre alt, und über die Vorstellung, wie mit ihr umzugehen sei, existieren verschiedene Vorstellungen;

- ob angestellten wie selbständigen Ärztinnen und Ärzten gleich lange Spiesse zuerkannt werden;
- ob wir künftig die Wahl haben, unsere Patienten über neu entstehende Versicherungsprodukte oder auf deren eigene Rechnung auch an praktizierende Spezialisten ohne OKP-Zulassung zuweisen zu können, und ob dadurch der Förderung einer qualitativ unterschiedlichen («Zweiklassen-») Medizin Vorschub geleistet würde;
- wieweit die Gross- bzw. Spitalambulatorien Grundversorgerinnen und Grundversorger anstellen werden, die teilweise spezialärztliche Funktionen ausüben, um trotz Kontingentierung das Angebot an lukrativeren Leistungen aufrechterhalten bzw. ausbauen zu können.

Zwar werden Kinder- und Hausärzte im Lauf ihrer Weiterbildung auch künftig nicht in Versuchung geraten, an leidgeim Feilschen, Rangeln und anderen mora-

lisch zwiespältigen Machenschaften teilzunehmen. Denken wir aber daran: Wenn Radiologen, Pathologen, Hämato- logen und Infektiologen kontingentiert werden, kann dies auch auf unser Patienten-Management (bzw. direkt auf unsere Patienten) einen erheblichen Einfluss haben, indem bislang zur Verfügung gestandene Dienstleistungen nur noch verzögert (z.B. das Resultat einer Mamma-Biopsie) oder gar nicht mehr angeboten werden. Daran können Ärztinnen und Ärzte in der Ambulanz kein Interesse haben, seien es nun Kinder- oder Hausärztinnen, seien es Dermatologen, Neurologen oder andere Spezialisten, welche (noch) nicht einer Obergrenze unterworfen sind.

Damit die neue Gesetzgebung mit Augenmass vorgenommen wird, ist unabdingbar, dass die kantonalen Ärztesellschaften von Beginn weg in die Umsetzung, bis hin zu den konkreten Zulassungsverfahren, involviert werden. Dass auf diesem Weg die Fachgesellschaften ebenfalls beteiligt würden, versteht sich von selbst.

Dr. med. Christoph Hollenstein

Aufruf zur Kandidatur für die Delegiertenwahlen Hausärzte Schweiz (MFE)

Die vierte Amtsperiode der Delegierten (und des Vorstandes) von «Hausärzte Schweiz» ist Ende 2021 ausgelaufen. Basel-Stadt und Baselland können zusammen 2 Delegierte stellen (ZH und BE stellen je 4, VD 3, die übrigen Kantone je 1–2 Delegierte; daneben haben die Fachverbände SGAIM 8, die SGP 4 Sitze, die Jungen Hausärzte Schweiz 2 Sitze).

Die VHBB wird vom Berufsverband der «Hausärzte Schweiz» als dasjenige Organ angesehen, welches die Delegiertenwahlen BS/BL durchzuführen hat.

Die beiden bisherigen Delegierten, **Drs. Philipp Zinsser (BS)** und **Christoph Hollenstein (BL)**, stellen sich für eine weitere Amtsperiode zur Verfügung. Als Ersatzdelegierter hat sich **Dr. Felix Mihatsch (BS)** bereit erklärt. Auf jeden Fall wäre es gut, eine/n weitere/n Ersatzdelegierte/n

(vorzugsweise Kinderärztin, vorzugsweise aus BL) aufführen zu können.

Wir bitten alle in Basel-Stadt und Baselland praktizierenden Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte, allfällige Kandidaturen zu melden. Wahlkandidatinnen und -kandidaten müssen wie alle Mitglieder der MFE einen Facharztstitel für Allgemeinmedizin, Innere Medizin (bzw. Allgemeine Innere Medizin) oder Kinder- und Jugendmedizin führen oder über eine als gleichwertig anerkannte Weiterbildung verfügen; dabei spielt es keine Rolle, ob sie selbständig oder im Angestelltenstatus tätig sind.

Wahlvorschläge müssen **bis zum 14.5.2022** auf dem VHBB-Sekretariat, c/o

MedGes, Freie Strasse 3/5, 4001 Basel, eintreffen. Bitte nebst korrekter Adresse Foto beilegen und wichtigste berufspolitische Engagements (keine Bedingung!) angeben.

Melden sich mehr Kandidatinnen und Kandidaten als verfügbare Delegiertensitze wird eine offizielle Wahl durchgeführt. In diesem Fall wird der VHBB-Vorstand die zur Wahl stehenden Kandidatinnen und Kandidaten hier präsentieren. Ansonsten gelten die oben portierten Kandidaten als gewählt. Für einen allfälligen 2. Ersatzdelegierten (oder eine Ersatzdelegierte) wird nach Publikation eine Einsprachefrist laufen, welche ggf. in eine Wahl der oder des 2. Ersatzdelegierten mündet.

Für Fragen steht das VHBB-Sekretariat zur Verfügung (sekretariat@vhbb.ch).

Wichtige Termine 2022

Dienstagmorgen-Fortbildungen im KSBL Liestal, Aula Feldsäge, 7.45–8.30 Uhr

31. Mai 2022, Update Osteoporose

Prof. Christian Meier, Praxis ENDONET und USB

Save the date!

2. Fortbildungsanlass Palliative Care in der Grundversorgung

22. September 2022 von 14.00 bis 17.45 im Kulturhotel Guggenheim in Liestal

Inhalte:

- Spiritual Care
- Ernährung am Lebensende
- Nausea und Erbrechen
- Resilienz
- Total Pain

3 Credits Allgemeine Innere Medizin

Teilnahmegebühren für den ohne Sponsoring durchgeführten Anlass:

- Mitglieder palliative bs+bl CHF 80.–
- Nicht-Mitglieder CHF 105.–

Anmeldung: www.palliative-bs-bl.ch/Veranstaltungen

3. hausarztupdate Basel

Donnerstag, 10. November 2022, Hotel Odelya in Basel

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 MuttENZ
E-Mail: synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt
für Urologie FMH
Dr. med. Burkhard Gierer, Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie FMH
Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg
Dr. med. Christiane Leupold-Gross, Fachärztin
für Allgemeine Innere Medizin FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt
für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern
Ruedi Bienz, ehemaliger Geschäftsführer EMH

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler,
E-Mail: julian.mettler@hin.ch
www.fortbildungskalender-synapse.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 MuttENZ
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

© 2022 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG,
Basel. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck,
elektronische Wiedergabe und Übersetzung,
auch auszugsweise, nur mit schriftlicher
Genehmigung des Verlages gestattet.

printed in
switzerland

Layout, Satz und Litho

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, MuttENZ

Druck

Vogt-Schild Druck AG, Derendingen

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

Markus Will, Leiter Sales
Tel. +41 (0)61 467 85 97
markus.will@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:
16. Mai 2022



Sekretariat der Ärztesellschaft Baselland
Hofackerstrasse 40A, CH-4132 MuttENZ
Tel. 061 465 50 50, E-Mail: aeg-bl@hin.ch
www.aerzte-bl.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel
Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch