

«Was ich zum Gesundheitswesen schon immer einmal sagen wollte»

Das Jahresende bietet immer auch die Chance, Bilanz zu ziehen, Altes abzuschliessen und sich auf Neues vorzubereiten. Vor diesem Hintergrund hat die Redaktion der *Synapse* in der letzten Ausgabe (5/18) einen Aufruf an die Leserinnen und Leser lanciert mit dem Titel: «Was ich zum Gesundheitswesen schon immer einmal sagen wollte». Gleichzeitig haben auch die beiden Sekretariate der MedGes und der AegBL einen entsprechenden Mailversand an ihre Mitglieder durchgeführt.

In diesem Aufruf wurden die Leser aufgefordert, ein für sie wichtiges Thema im Gesundheitswesen zu kommentieren. Das konnte ein Wunsch, ein Ärgernis, ein Protest oder ein

Lob sein. Oder Antworten auf Fragen wie: Was wünschen Sie sich für die Zukunft des Gesundheitswesens? Was hat Sie in der Vergangenheit geärgert oder gestört? Haben Sie konkrete Ideen oder Lösungsvorschläge, um das Gesundheitswesen patientennäher und effizienter zu machen? Wem gebührt besonderer Dank im Schweizer Gesundheitswesen? Wem möchten Sie mal die Meinung sagen? Und was genau?

Nachfolgend publizieren wir nun sieben Beiträge aus ganz verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens, die auf diesen Aufruf eingegangen sind.

Redaktion Synapse

TARMED ist nicht kostendeckend

Im Vergleich zu den Operationshonoraren bei stationärer Behandlung sind die AL (Ärztlichen Leistungen) des TARMED bei ambulanten Operationen massiv geringer. Die Tarife sind so tief, dass die Infrastruktur der eigenen Praxis während der Eingriffe teils nicht kostendeckend abgedeckt wird. Kommt dazu, dass das Einkommen bei alleiniger Sprechstundentätigkeit höher liegt als bei ambulan-

ten Operationen. Letztere haben aber ein deutlich höheres Risikopotenzial und setzen auch eine bedeutend längere Ausbildungs- und Erfahrungszeit voraus. Das ist nicht korrekt.

Wir werden von den Krankenkassen zunehmend gezwungen, unsere Eingriffe ambulant durchzuführen. Damit ist eine signifikante Einkommenseinbusse verbunden, die nicht fair ist. Wenn wir auch

in Zukunft Operateure haben wollen, die ihren Beruf mit Motivation und Können ausüben, dann müssen die TARMED-Tarife nach oben korrigiert werden. Operationen sollen nicht zum Hobby verkommen oder nur noch als Serviceleistung abgegolten werden.

Prof. Dr. med. Daniel F. à Wengen, FMH HNO und Gesichtschirurgie, Binningen

Hyaluronsäure- und Botox-Spritzen in den Händen von Kosmetikerinnen?

In den letzten Jahren boomt das Spritzen im Gesicht, sei es zur Faltenreduktion mittels Lähmung der mimischen Muskulatur mit Botox, sei es zum Füllen von Falten oder zur Lippenvergrößerung mit Hyaluronsäure. Für solche Eingriffe im Gesicht sind anatomische Kenntnisse der Gefäss- und Nervenversorgung sowie der Funktion der mimischen Gesichtsmuskulatur unabdingbar. Andernfalls sind Komplikationen vorprogrammiert.

Waren es vor 10 Jahren ausschliesslich Plastische Chirurgen und Dermatologen, welche diese Methoden angewendet haben, halten sie in letzter Zeit mehr und mehr Einzug in Kosmetikstudios und Coiffeur-Salons. Ohne tiefere Kenntnisse von Anatomie und Muskelfunktion nimmt unqualifiziertes Personal die Spritze in die Hand und inji-

ziert Medikamente in die Gesichter von ahnungslosen Kundinnen. Diese werden nicht etwa durch fachliche Qualifikation angelockt, sondern durch billige Angebote über Facebook und Instagram. Dumpingpreise verführen viele junge Frauen, diese medizinischen Eingriffe an ihrem Körper durch Kosmetikerinnen oder Coiffeure vornehmen zu lassen. Diese Berufsgruppen beziehen Hyaluronsäure und Botox problemlos übers Internet von ausländischen Apotheken.

Durch unsachgemässe Anwendung nehmen schwere Komplikationen wie Embolisation (Verschlüsse) von Gesichtsarterien mit Hautinfarkten oder sogar Erblindungen (Embolisation der Netzhautarterie) in letzter Zeit zu. Unsachgemässes Spritzen von Botox kann zu einer 4–6 Monate dauernden Oberlid-Ptosis (Lähmung, «Falllid») führen.

Im Juli hat Swissmedic zusammen mit dem Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV ein Merkblatt bezüglich «injizierbarer Produkte zur Faltenbehandlung in Kosmetikstudios» herausgegeben. In diesem Merkblatt wird festgehalten, dass Kosmetikerinnen Produkte anwenden dürfen, welche nicht länger als 30 Tage im Körper verbleiben. Das schützt aber nicht vor schweren Komplikationen. Die Gefahr der Embolisation einer Gesichtsarterie besteht nämlich auch bei milderer Produkten, welche schon nach 30 Tagen resorbiert werden. Ausserdem wird jede zurzeit auf dem Markt etablierte Hyaluronsäure sowieso erst nach 4–6 Monaten resorbiert.

Ärzte und Politiker im Gesundheitswesen sollten dringend handeln und ein Gesetz für ein generelles Spritzverbot für nicht medizinisch ausgebil-

dete Personen erlassen. Eine seriöse Anwendung von Hyaluronsäure und Botox im Gesicht kann nur durch gut ausgebildete Ärzte oder medizinisch ausgebildetes Personal unter unmittelbarer ärztlicher Kontrolle vorgenommen werden. Die Qualifikation muss ausschlag-

gebend sein, nicht der möglichst tiefe Preis.

Dr. med. Mark Nussberger
Spezialarzt FMH für Plastische, Rekonstruktive
und Aesthetische Chirurgie
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft
für Aesthetische Chirurgie (SGAC)

Liebes Gesundheitswesen, mach deinen Namen wieder mehr zum Programm.

Dass man als MPA gefragt wird, was man dem Gesundheitswesen gerne mal sagen würde, kommt nicht sehr oft vor. Umso wichtiger erschien es mir, eine einigermaßen repräsentative Antwort geben zu können. Anlässlich des diesjährigen Davoser SVA-Kongresses habe ich diese Frage deshalb auf einem Flipchart den vorbeilaufenden MPA gestellt. Die Antworten waren entsprechend kurz und intuitiv: «Weniger Bürokratie!», «Zu teuer!», «Eigenverantwortung!».

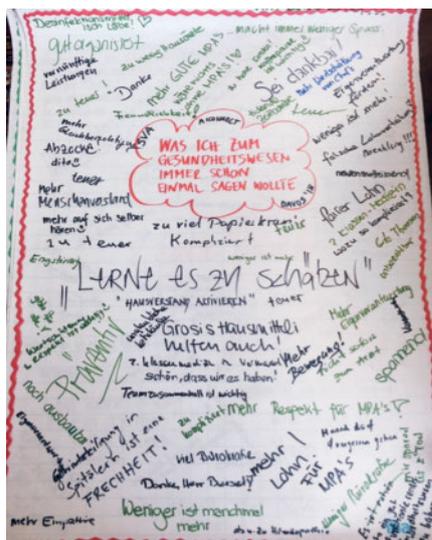
Ein «Danke» suchte man auf dem Papier vergebens. Ein weiteres Flipchart mit dem Titel «Liebe Patienten ...» zeichnete leider auch kein positiveres Bild, beinahe könnte man meinen, all die jungen Fachleute hätten gar keine Freude an ihrer Arbeit. Und doch: Auf einem Flipchart waren die Antworten beinahe ausschliesslich positiv. «Darum bin ich MPA.» Es sei ein schöner und vielseitiger Beruf. Viele seien motiviert durch den Kontakt mit Menschen und weil sie helfen wollen.

Das alles ist selbstverständlich nichts Neues. Das Gesundheitswesen als System wurde schon immer kritisiert, Patientinnen und Patienten waren schon immer Grund für Freude und Frust bei der Arbeit und MPA war auch schon immer ein menschennaher Beruf. Trotzdem spürte ich die Frustration und die Müdigkeit bei den antwortenden MPA. Die ersten beiden, eher kritischen Flipcharts sind auch erheblich mehr beschrieben worden als das dritte. So sehr mich das als «alteingesessene» MPA auch betrübt, ich kann es verstehen.

Das Gesundheitswesen ist enorm differenziert geworden. Die Menge an Daten, die täglich verarbeitet wird, steigt kontinuierlich. Der ökonomische Druck führt zu einem immer höheren Anspruch an Effizienz, vor allem in grösseren Praxen. Die Aufgabenliste aller Beteiligten wird tendenziell länger, die verfügbare Zeit aber bleibt gleich. Gerade der menschliche Aspekt der Arbeit, der die Motivation für so viele Fachkräfte ausmacht, kommt dabei

leider oft zu kurz. Das betrifft selbstverständlich nicht nur die MPA. Auch Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und Therapeuten. Sie alle sind Berufsleute, die sich der Arbeit an und mit Menschen verschrieben haben. Sie alle sind Menschen, die anderen Menschen helfen wollen und sie alle sind Teil des Gesundheitswesens. Ein Gesundheitswesen, das sein immenses Wachstum irgendwie tragen muss. Momentan scheint es, als orientiere sich unser Gesundheitswesen dabei an der Privatwirtschaft. Wir arbeiten für ein Wirtschaftsunternehmen. Das ermöglicht Wachstum, generiert einen Profit und finanziert die Forschung. Leider wird dabei der Mensch ebenfalls auf seine wirtschaftliche Rolle reduziert. Die Fachpersonen sind Arbeitskräfte, gelten als Leistungserbringer oder eben nicht. Die Patienten werden abgefertigt, die Krankenkassen buhlen um die risikoärmsten Verträge und die Prämien steigen unaufhörlich. Was ich dem Gesundheitswesen also wirklich gerne mal sagen würde: Mach deinen Namen wieder mehr zum Programm. Sei weniger Firma und mehr helfende Institution, weniger Flipchart und mehr Mensch.

Marianne Schenk, Vizepräsidentin
Schweizerischer Verband Medizinischer
Praxis-Fachpersonen (SVA)



Impressum

Anschrift der Redaktion
Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
E-Mail: synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Christiane Leupold, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH
Dr. med. Alexandra Prünke, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie 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

© 2018 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel.
Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.

Layout, Satz und Druck

Die Medienmacher AG, Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Dr. Karin Würz, Leiterin Marketing und Kommunikation
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 49, Fax 061 467 85 56
E-Mail: kwuerz@emh.ch

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

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 28.01.2019

printed in
switzerland



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland
Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.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

Danke!

Wie auch in den vergangenen Jahren jeweils im Herbst ist auch in diesem Jahr in den Medien zu lesen oder zu hören: «Kosten müssen gesenkt werden», «die Prämien sind zu hoch» etc. Und heute Abend toppt der «Blick» alle bisherigen Meldungen in diesen Wochen: «Gesundheitswesen am Anschlag – wir haben ein Monster geschaffen».

Warum aber erwähnt niemand die Personen, die sich heute Nacht im Spital oder im Pflegeheim den Schlaf aus den Augen reiben oder nicht bei Ihrer Familie sein können? Wer erwähnt den Arzt

oder Physiotherapeuten, der eigentlich aus wirtschaftlichen Gründen den Hausbesuch bei einer Palliativpatientin ablehnen müsste. Es aber trotzdem macht, weil er sich irgendwann einmal für seinen Beruf entschieden hat. Wäre es nicht auch einmal wieder Zeit, einfach «Danke» zu sagen? Danke, dass ihr jeden Tag mit eurem Engagement dafür sorgt, dass es unserer Bevölkerung gut geht und ihr auch in Zukunft dafür sorgen werdet.

Torge-Nils Eistrup, Dipl. Physiotherapeut, Präsident
physioswiss Regionalverband beider Basel



Die Indikation: Kurzfassung einer Krankengeschichte – Überzeichnet von Rudolf Flückiger

Das Symptom ist *das Anzeigende*, die Indikation die (*Heil-)*Anzeige, das Heilmittel *das Angezeigte*. Die Indikation ist eine Empfehlung. Wenn wir uns für eine diagnostische oder therapeutische Massnahme entschliessen, müssen wir diese begründen und rechtfertigen, Nutzen, Risiken, Nebenwirkungen, Alternativen, den natürlichen Krankheitsverlauf und die Prognose aufzeichnen. Nach vollständiger Aufklärung liegt es am Patienten, zu entscheiden, nicht an uns Ärzten. Sie ist das Produkt der klinischen Arbeit und zwischenmenschlicher Interaktion. Die Vereinbarung einer Therapie ist ein Akt des Vertrauens.

Im Jahr 2018 ist die Indikation ein Patient. Sie steckt in einer teuflischen Maschinerie, an deren Mechanismus «Master» aller Couleurs, Politiker und Berater herumschräubeln. Sie wird erweitert, verzerrt, unterminiert und an die wirtschaftlichen Notwendigkeiten angepasst. An der ärztlichen Absicht, Gutes zu tun und sich dafür laufend zu perfektionieren, hat sich nichts geändert. Der Markt ist übersättigt. Nur die Überalterung führt zu einem Mehr an Gebrechen. Aber man kann die Normwerte senken, den Standard-Blutdruck, das obere Limit der Blutfettwerte oder den BMI, bei dem eine chirurgische Behandlung indiziert ist. Man laboriert an einer Studie, bis die p-Value unter 5% liegt, so, dass die Zulassungsbehörde ein neues Heilmittel bewilligend durchwinkt.

Artikel 32 des *Krankenversicherungsgesetzes* hat die Indikation jedoch beson-

ders schwer beschädigt. Medizinische Behandlungen müssen wirtschaftlich sein. Die Wirtschaft boomt. Für 15 Milliarden Franken entstehen zwischen dem Genfer-, Boden- und Luganersee Spitalneubauten, obwohl die Behandlungskosten grösser, die Einnahmen geringer werden. Es erwachsen neue Anreize. Die Löhne der Angestellten werden den messbaren Tätigkeiten angepasst. Messbar sind die technischen Leistungen. Dem Untergang geweiht sind das Gespräch, das Zuhören, das Abwägen, das Warten und die Zeit, die wir für die Patienten verwenden. Vom vertrauenswürdigen Ärztinnen und Ärzten werden wir zu verlässlichen Angestellten: Wir erfüllen die Vorgaben der Arbeitgeber. Wer aufmuckt, wird in «gegenseitigem Einverständnis» von seiner Anstellung befreit. Waren es zur Hochzeit der klinischen Differentialdiagnose intellektuelle Leistungen, die zur Erarbeitung einer Behandlungsstrategie führten, so sind es heute Algorithmen. Die Indikation steht als unbequemer Stolperstein zwischen dem Symptom und der Abwicklung eines «Abklärungs- und Behandlungspfades». Wirtschaftliche Überlegungen führen zu einheitlichen Untersuchungs- und Therapieschritten. Bei jedem Thoraxschmerz steht das Herz im Zentrum, wenn man sein Gegenüber aus genügend grosser Distanz betrachtet. Im Zeitalter der defensiven Medizin errechnen Computer die Risk-Scores und enthebt uns Cochrane der Verantwortung, auf einen Einzelfall bezogene Überlegungen zu machen. Es sinkt der Mut zur individuellen Entscheidung. Therapeuten verstecken sich im Kollektiv, man be-

spricht sich, im Extremfall stimmt man ab. Das Expertenteam fördert Vertrauen, die Entscheidung ist numerisch breit abgestützt. Der Prozess vollzieht sich hinter geschlossenen Türen. Meist ist der Patient nicht anwesend, kennen ihn vielleicht ein oder zwei Mitglieder des Gremiums persönlich. Obwohl in Zukunft immer kleinere Details bis hin zur Zusammensetzung der Chromosomen für den Ratschluss analysiert werden, bewegt man sich paradoxerweise weg von der personalisierten Medizin.

Die Indikation befindet sich im Kraftfeld der *Politik*. Gerade erklärte uns der Bundesrat den Tarif. Er bestimmt, dass man gewisse Behandlungen nur noch ambulant durchführen darf. Obwohl sich der Staat damit nur aus der Teilfinanzierung gewisser stationärer Leistungen verabschieden, d.h. sparen will, präjudiziert er damit eine Zukunft, in der er uns auch vorschreibt, wann und wie wir etwas zu tun haben. Im Raum steht die Forderung nach Mindestfallzahlen. Wer wäre da nicht bemüht, mehr zu leisten?

Der Solidaritätsgedanke ist in den Palästen der *Versicherer* verloren gegangen. Die Kluft zwischen dem Machbaren und dem Bezahlbaren trägt dazu bei. Für den Patienten ist eine Erkrankung, deren Behandlung eine sechsstellige Summe kostet, ebenso schicksalhaft wie für die Krankenkasse. Im Bereich der *Personalized Medicine* (z.B. Onkologie, Immunologie, nicht aber der Empathie) kommt uns eine Flut neuer, kostspieliger Therapien entgegen. Die Gesuche um Kos-

tengutsprachen sind fester Bestandteil unseres Geschäfts. Die Vertrauensärzte geraten zwischen Stuhl und Bank – sind sie nun Ärzte oder sind sie Funktionäre?

Schliesslich gelangt *der informierte Patient* mit seinen Beschwerden und Behandlungswünschen an uns. Er kennt Leidensgenossen, denen es hier gut, dort schlecht gegangen ist. Er hat sich im Internet kundig gemacht. Er weiss, dass es einen Laser gibt und einen Roboter,

kennt aber weder deren Anwendungsgebiete noch die Tücken und «Bias» wissenschaftlicher Studien. Er hat die Werbungen der Gesundheitsanbieter auf dem Radar, die ihn vom Weg zur Arbeit bis zur abendlichen Fernsehstunde in gute Hoffnung versetzen. Er führt die wachsende Anzahl der Spezialisten in Versuchung: ihre Existenz beruht auf «Indikationen», und sie werden gern gefragt. Erinnern wir uns an die «gute alte Zeit», die zwar nie genau so war wie sie heute scheint,

dann sehen wir wirklich kranke Menschen, die oft erst in letzter Minute ihren Arzt bemühten. Heute sind wir es, Ärztinnen, Ärzte, Gesundheitszentren, Spitäler, die um Kundinnen und Kunden buhlen. Jedoch: das Rezept für die Patientenzufriedenheit wäre einfach: Die richtige Indikation beim richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt. Darin besteht unsere Kunst. Lassen wir sie uns nicht entgleiten!

Dr. Rudolf Flückiger, Bottmingen

Ein Spiegel-Interview mit Miodrag Savic



Wiewohl (oder weil?) er im Kampf für gute Arbeitsbedingungen in den Arztberufen seit Jahr und Tag sehr engagiert ist, wird Dr. Dr. Miodrag Savic, der Präsident des VSAO Basel, zum Gesundheitswesen relativ selten befragt. Umso überraschender dürfte jetzt dieses Spiegelinterview mit Savic zur Kenntnis genommen werden, das die *Synapse* mit ausdrücklicher Erlaubnis von Savic und dem Spiegel hier in unveränderter Form wiedergibt. Stattgefunden hat das Gespräch am 8. November 2018, als sich Savic bei sich zu Hause vor dem Spiegel auf einen Stuhl setzte und Mio aus dem Spiegel heraus Fragen zum Thema «Was ich zum Gesundheitswesen schon immer einmal sagen wollte» beantwortete.

Savic: *Besten Dank, werter Miodrag, dass ich ...*

Miodrag: ... Mio, nenn mich einfach Mio, das genügt, lieber Savic ...

Savic: ... gerne, Mio, ich merk, wir beide ticken da ganz ähnlich, möglichst unge-

zwungen, möglichst formlos, unser Alltag ist doch schon kompliziert genug. Doch nun zurück zum Thema: Danke, dass ich dich zum Thema «Was ich zum Gesundheitswesen schon immer mal sagen wollte» befragen darf. Deshalb lautet meine erste Frage: Was wolltest du schon immer mal zum Gesundheitswesen sagen?

Mio: Dass das Gesundheitswesen aus dem Ruder läuft. Für die Mitarbeitenden in dieser Branche ist es langsam zum schizo werden, so wie die Anforderungen für Assistenzärztinnen- und Ärzte allein im Bereich der Arbeitszeiten durch die Decke schiessen.

Savic: *Aber Mio, das ist doch die ewige gleiche Leier ...*

Mio: ... du hast mich gefragt, und ich will antworten, wenn ich bitten darf! Lass mich mal die Problematik eines Assistenzarztes an Hand einer einfachen mathematischen Rechnung aufzeigen. Nennen wir den Arzt der Einfachheit halber Dr. A. A., der einen 100-Prozent-Job hat. An diesem Tag, veranschlagt für zehn Arbeitsstunden, fallen 67 Prozent auf administrative Arbeiten, 14 Prozent auf weitere kleine Schreibtisch-Aufgaben, 13 Prozent auf Bearbeitungen von iPad, iPhone, Twitter, PC, Mac, Facebook, Instagram und Double-Checking von Krankenkassen-Nummern, dann 1 Prozent für die Arbeitspause, 16 Prozent für diverse Schreibarbeiten, 24,5 Prozent für das Patientenwohl im Allgemeinen und ...

Savic: ... und was!??? Du bist doch schon bei über 135 Prozent, da wirst du doch ...

Mio: ... unweigerlich zur gespaltenen Persönlichkeit, richtig! Und da fangen die Probleme schon mal an ...

Savic: ... und wir Ärzte werden, statt zu heilen, immer mehr zum Spiegelbild einer kranken Gesellschaft: Stress, Unruhe, Hektik, mangelnde Zeit, mangelnde Empathie, wir werden zu Maschinen, die ...

Mio: ... am Morgen nach dem Aufstehen kaum mehr das eigene Spiegelbild sehen möchten. So ist es. Es herrscht wahrhaftig ein totaler Überfluss an Stressmangel!

Savic: *Wie könnte man diese Probleme denn aus der Welt schaffen?*

Mio: Ich behaupte, dass es dafür gar nicht viel bräuchte.

Savic: ??

Mio: ... mehr Mediziner im Management der Spitäler statt Ökonomen, ein paar Ethiker mehr in den Verwaltungen statt Erbsenzähler, eine bessere *life balance* in allen medizinischen Berufen, weniger Administration, mehr Zeit für Aus-, Fort- und Weiterbildung, mehr Kampf gegen das miese Image, das wir Ärzte haben, eine faire Lohndiskussion statt Lohnbashing aus allen Rohren, verbindliche Einhaltung der gesetzlich vorgegebenen Arbeitszeiten, korrekte Handhabung der Überstunden, eine ordentliche Pausenregelung, und noch fünf bis zehn weitere vergleichbare Kleinigkeiten, die für ein gesundes Heilen von Kranken eigentlich unabdingbar sind.

Savic: *Also, packen wir's an, das sind Peanuts. Sehen wir uns morgen, wir haben ja beide Nachtdienst.*

Mio: Bis morgen, ich werde etwas früher da sein.

Savic: *Ich auch.*

JA zu mehr Medizin statt Bürokratie

Zuerst möchte ich all den Kolleginnen und Kollegen herzlich danken, die sich jahrein, jahraus intensiv um unsere Standespolitik kümmern. Kürzlich hat sich beispielsweise Dr. Felix Eymann, Präsident der Medizinischen Gesellschaft Basel, in der Basler Zeitung gegen die Diffamierung von Ärztinnen und Ärzten durch das BAG engagiert. Das war unbedingt nötig, denn die Zahlen des BAG zu den Ärzteneinkommen sind viel zu hoch. Es hat mich schockiert, wie selbstverständlich das BAG Bundessteuergelder ausgibt für eine Art von Wahlkampf im Hinblick auf die Nationalratswahlen 2019. Warum sieht es zudem so aus, als würden fast alle politischen Parteien sich schier überbieten wollen mit Kostendämpfungsvorschlägen? Ist es, weil das auf Kosten von Ärztinnen und Ärzten praktisch risikolos funktioniert?

Es wäre doch nicht nur gerecht, sondern auch von der medizinischen Sache her richtig und v.a. wirtschaftlich, wenn ausser uns Ärztinnen und Ärzten auch alle andern Akteure des Gesundheitswesens mitsparen würden, dies im Sinne der Kampagne des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen: »Mehr Medizin statt Bürokratie«.

Punkto Krankenkassen finde ich es bemerkenswert, dass die Kosten für deren Verwaltung bisher kaum beachtet wurden. Warum das so ist, wo sie von 1960 bis 2014 fast doppelt so schnell gestiegen sind wie die Kosten für die gesamten ambulanten Behandlungen, harret der Deutung. Was heisst doppelt so schnell gestiegen?

Die Kosten für die Verwaltung der Krankenkassen sind 1960 bis 2014 teuerungsberichtigt um mehr als das sechzehnfache (!) gestiegen, die Ausgaben für die gesamten ambulanten Behandlungen dagegen deutlich weniger, nur 936%. Ich meine es so, ich sage nur – ohne Anführungszeichen – alle Zahlen betreffen das Jahr 2014 und sind der Broschüre *Gesundheitswesen Schweiz*, Ausgabe 2017, Seiten 44–47 entnommen.

Ich denke, die 1654%ige Kostensteigerung von 1960 bis 2014 ist diejenige Bombe, die unserem Gesundheitswesen wirklich gefährlich werden kann, weil die Prämien schon jetzt zu hoch sind. Die Zündschnur dieser Bombe heisst »Krankenkassenverwaltungskostenexplosion«.

Klar, die Kosten für die Verwaltung der Krankenkassen werden weiter steigen.

Aber brauchen die Kassen bei dieser 1654%igen Gier nicht Schutz vor sich selbst? Brauchen sie nicht dringend einen Preisüberwacher, bevor sie sich und uns in den Strudel der unbezahlbaren Prämien reissen?

Ohne politischen Druck wird natürlich nichts geschehen. Darum träume ich von politischen Initiativen wie »mehr Medizin statt Bürokratie« u.ä. und hoffe, dass ich auf meinem Arbeitsweg bald Parolen lese wie:

JA zum Stopp bei den Kosten für die Verwaltung der Krankenkassen

JA zur Reduktion der Prämien, **JA** zur Reduktion der Kosten für die Verwaltung der Krankenkassen

JA zu mehr Medizin statt Bürokratie

JA zum Stopp von kontraproduktiven Leistungsbeschränkungen in der obligatorischen Krankenversicherung

JA zum Stopp der Prämienexplosion

Dr. med. Benjamin Pia
ehemals Vorstandsmitglied MedGes Basel

Kontroverser Datenschutz – die Diskussion geht weiter!

Die zahlreichen Beiträge zum Schwerpunktthema »Datenschutz« in der *Synapse* 4/18 blieben nicht ohne Echo, weshalb wir hier die Diskussion zu diesem Thema fortsetzen und zwei Beiträge (Leserbriefe) publizieren, die mit dem Tenor der *Synapse*-Artikel nicht einverstanden waren. Die Redaktion antwortet dieser Kritik mit einer Replik.

Datennutz und Datenschutz

Die Ausgabe 4 der *Synapse* vom August 2018 war dem Schwerpunktthema Datenschutz gewidmet. Es ist eine allseits akzeptierte Tatsache, dass die Digitalisierung auch im Gesundheitswesen Einzug gehalten hat. Dem Schutz der persönlichen Daten der Patienten kommt dabei eine zentrale Rolle zu und die Vertretungen der Ärzteschaft sollen in adäquater Weise in die entsprechenden kantonalen Konzepte miteinbezogen werden.

Dem Wunsch nach Einbezug der Ärzteschaft ist der Kanton Basel-Landschaft zum Beispiel mit der gemeinsamen Tagung vom

20. Juni zum Thema »Planung, Regulation und Aufsicht der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt im ambulanten Bereich« nachgekommen, an der die Ärzteschaft erfreulicherweise breit vertreten war.

Natürlich beinhaltet die Digitalisierung sowohl Chancen als auch Risiken. Es ist daher wertvoll, sich mit dem Thema Datenschutz auseinanderzusetzen. Eine sachliche und vertiefte Auseinandersetzung der Fachleute mit den entsprechenden Grundlagen muss erwartet werden können.

Aussagen, dass mit dem neuen Spitalversorgungsgesetz »der Datenschutz hin-

sichtlich Gesundheitsdaten von Personen durch die Hintertüre abgeschafft« werde, sind schlicht falsch. Tatsächlich legt das Gesetz fest, dass der Datenaustausch grundsätzlich in anonymisierter Form zu erfolgen hat (§ 9). Und in den Fällen, in denen Vorgaben bestehen, dass gewisse Operationen nur unter bestimmten Bedingungen stationär durchgeführt werden dürfen, gibt das Gesetz den kantonalen Behörden (in unserem Fall dem kantonsärztlichen Dienst) die Möglichkeit, Einsicht in die Grundlagen der Dokumentation zu nehmen. Gemeint ist die Dokumentation, die vom Spital erstellt

wird, um zu belegen, dass die Bedingungen erfüllt sind (§ 15).

Auch beim elektronischen Patientendossier (EPD) sind der Datenschutz und die Datensicherheit von zentraler Bedeutung. Dafür sorgen das Datenschutzgesetz des Bundes und das Bundesgesetz zum EPD. Zudem ist das EPD für die Bevölkerung freiwillig. Vom Zugriff ausgeschlossen sind insbesondere Arbeitgeber, Krankenversicherer, Zusatzversicherer oder Lebensversicherer. Auch der Vertrauensarzt einer Krankenkasse hat keinen Einblick in die EPD-Dokumente. Das elektronische Patientendossier mit der Fichenauffäre in Verbindung zu bringen, wie das der Autor des Leitartikels versucht, mutet als Akt der Verzweiflung an.

Geradezu auf abenteuerliche Art werden in der *Synapse* die Begriffe «Spitalversorgungsgesetz», «Staatsvertrag Gesundheitsversorgung» und «elektronisches Patientendossier» miteinander

vermischt. Hier drängt sich eine saubere Differenzierung auf:

- 1) Das Elektronische Patientendossier EPD ist auf der Stufe der Bundesgesetzgebung geregelt. Zwei der wichtigsten Ziele des EPD sind eine bessere Behandlungsqualität und eine höhere Patientensicherheit vor dem Hintergrund der Freiwilligkeit und dem Schutz der persönlichen Daten.
- 2) Der «Staatsvertrag für eine gemeinsame Gesundheitsversorgung» regelt verbindlich die Absicht der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt, die Analyse und Regulation im Bereich Gesundheitsversorgung zusammen anzugehen. Die gemeinsamen Aktivitäten sollen den stationären und den ambulanten Sektor umfassen. Grund ist, dass die Kantonsgrenzen ja auch für Patientinnen und Patienten vollständig durchlässig sind und dass die

Kosten für die Steuer- resp. Prämienzahlenden aus beiden Sektoren entstehen. Der Landrat hat dem Staatsvertrag am 13. September 2018 mit 78:3 Stimmen bei 2 Enthaltungen zugestimmt. Die Bevölkerung von Basel-Landschaft und Basel-Stadt wird voraussichtlich am 10. Februar 2019 abschliessend über den Staatsvertrag befinden können.

- 3) Das Spitalversorgungsgesetz ist auf die Spitalversorgung des Kantons Basel-Landschaft insgesamt ausgerichtet. Es schafft die gesetzlichen Grundlagen, damit die im Staatsvertrag umrissenen gemeinsamen Planungs- und Regulierungsmassnahmen im Spitalbereich auch tatsächlich erfolgen können. Der Landrat hat das Gesetz am 13. September 2018 mit 81:0 Stimmen beschlossen.

*Dr. Jürg Sommer,
Leiter Amt für Gesundheit, Baselland*

Der Patient muss sich auf den Datenschutz verlassen können

In der Tat wird es notwendig sein, in Zukunft über eine bessere Datenlage zu verfügen, um die Kostendämpfungsziele im Gesundheitswesen insgesamt mit diversen Massnahmen zu erreichen. Dies wird leider auch nicht vor dem ambulanten Sektor halt machen – auch dieser Bereich muss Beiträge liefern, damit es vorwärts geht. Allerdings werden wir seitens bürgerlicher Politik einem Überborden nicht tatenlos zusehen und es muss Evidenz herrschen, wozu welche Daten wirklich notwendigerweise gesammelt werden. Das werden wir mit Sicherheit im Auge behalten. Die Direktion hat unsere diesbezüglichen Bedenken in der Kommissionsdiskussion auch aufgenommen und versichert, dass es nicht so sein wird, dass nun extensiv Daten einverlangt werden.

Zu Art. 15 des Spitalversorgungsgesetzes: Die Kommission (VGK) hat auf FDP-Druck hin den Artikel in der nun vom Landrat endgültig beschlossenen Version entschärft. Neu ist eine Einsicht durch die Direktion nur in Fällen möglich, die einer Plausibilisierung bedürfen. Das heisst,

dass bei stationär statt ambulant ausgeführten Eingriffen zwar eine medizinische Rationale vorliegen muss, aber nur, wenn hinreichend Verdacht besteht, dass dies jeglicher Grundlage entbehrt, kann die Direktion Einsicht nehmen (oder zum Beispiel in Fällen, wo eine Institution permanent einen wesentlich höheren stationären Anteil dieser Eingriffe aufweist als andere vergleichbare Institutionen). Der geänderte Abs. 4 im Wortlaut: *Die Direktion kann zur Plausibilisierung Einsicht in die Grundlagen der Dokumentation gemäss Absatz 3 nehmen.* Dies bedeutet nun eben nicht volle Einsicht in die Patientenakten.

Auch Abs. 1 wurde geändert und abgeschwächt: die WZW-Kriterien werden zur Beurteilung herangezogen, sind aber nicht mehr der Hauptfaktor:

Abs. 1 (geändert): 1 Die Direktion kann Untersuchungen und Behandlungen bezeichnen, welche in der Regel ambulant durchgeführt werden müssen. Sie berücksichtigt dabei die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Durchführung im Vergleich zur stationären.

Insofern ist im Editorial nicht die neuste Fassung des Artikel 15 zitiert, welche nun in weiten Teilen den Bedenken Ihrerseits Rechnung trägt, Bedenken, die wir seitens FDP auch deutlich geteilt haben. Am Ende resultierte der Kompromiss, dass ein gewisser Druck hin zu ambulant (gegenüber den Leistungserbringern) zwar nötig ist, aber letztlich in jedem Fall die medizinische Entscheidung im Hinblick auf einen individuellen Patienten in dessen Interesse Vorrang haben muss. Auch hier werden wir dranbleiben, ob dies so gelebt wird oder ob Korrekturen notwendig sein sollten, wenn dies nicht im Sinne der Patienten gelebt werden wird. Der Datenschutz und das Arztgeheimnis werden in letzter Zeit oft strapaziert (vgl. Diskussion um Melde-recht des Arztes im Bedrohungsmanagement) – wir setzen uns vehement dafür ein, dass der Patient sich auf diesen zentralen Schutz verlassen kann.

*Dr. Sven Inäbbit, Landrat FDP Binningen
Vizepräsident der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission*

Replik der *Synapse*-Redaktion

Die *Synapse*-Redaktion hat mit Genugtuung zur Kenntnis genommen, dass die *Synapse* nicht nur gut gelesen wird, sondern dass sie mit dem

Schwerpunktthema Datenschutz eine aktuelle Diskussion angestossen hat, die zu Reaktionen und einer kontroversen Debatte geführt hat. Das liegt ganz

im Sinne der Redaktion, die der Meinungsfreiheit- und vielfalt verpflichtet ist. In diesem Sinne bedankt sich die Redaktion der *Synapse* ausdrücklich

bei Dr. Jürg Sommer und Dr. Sven In-
äbnit für ihre Beiträge zum Thema Da-
tenschutz. In der nachfolgenden Replik
geht die Redaktion der *Synapse* auf die
Kritik in den beiden Leserbriefen nä-
her ein.

Es ist für die Redaktion beruhigend zu
hören, dass Artikel 15 des Spitalversor-
gungsgesetzes angepasst wurde. Aus
unserer Sicht war insbesondere Absatz
4 stossend. Von Seiten unseres Rechts-
dienstes, den wir im Rahmen des Ver-
nehmlassungsverfahrens angefragt
hatten, lagen uns folgende Informati-
onen vor betreffs Artikel 15 in seiner
ursprünglichen Fassung, wie er in die
Vernehmlassung gegeben wurde:

1. Vorrang des Bundesrechts für die Definition von Pflichtleistungen

Zum ganzen § 15 des Spitalversorgungs-
gesetzes BL: Das Bundesrecht regelt im
KVG und seinen Ausführungserlassen
abschliessend die Leistungen der ob-
ligatorischen Krankenpflegeversiche-
rung: In Art. 25 Allgemeine Leistungen
bei Krankheit. Gemäss Art. 33 ist allein
der Bund befugt, die Pflichtleistungen
näher zu umschreiben. Kantonale Defi-
nitionen der Spitalbedürftigkeit durch
den Erlass von Listen betreffend ambu-
lante Operationen sind damit bundes-
rechtswidrig.

2. Vorrang des Bundesrechts für die Kontrolle der stationären Behandlungen

Das Bundesrecht regelt in Art. 49 KVG
und Art. 59a KVV abschliessend die
Verfahren der Rechnungskontrolle.
Eine national einheitliche Kodierkon-
trolle ist auch aus Sicht der Gesund-
heitsdirektoren der richtige Weg, die
Leistungen des Spitals zu prüfen, je-
denfalls äusserte sich Herr Conti 2009
so. Zudem hat das Bundesrecht als
weitere Kontrolle die Übermittlung des
Medical Data Sets an eine zertifizierte
Datenannahmestelle der Versicherer
vorgeschrieben. Das Bundesrecht hält
in KVV 59a Abs. 3 abschliessend fest:
«Es muss sichergestellt werden, dass
ausschliesslich diese Datenannahme-
stelle Zugang zu den medizinischen
Angaben erhält.»

Die abschliessende Regelung im Bundes-
recht schliesst eine weitere – dritte! –
Kontrollschiene der stationären Spital-
behandlungen durch Einsichtnahme
des Kantons in die Patientenunterlagen
aus. Eine solche dritte Kontrolle wäre
nicht geeignet, nicht erforderlich, nicht

verhältnismässig und zudem bundes-
rechtswidrig.

3. Arztgeheimnis

Zum Arztgeheimnis wird im Weiteren
durch den Rechtsdienst festgehalten:
Der Arzt muss auch bei der Behandlung
im Spital das Arztgeheimnis wahren.
Die Gesundheitsdirektion darf auch
nicht als Hilfsperson des Arztes von den
geheimhaltungspflichtigen Tatsachen
erfahren, denn als Hilfsperson gilt nur,
«Wer bei der Berufstätigkeit eines der
genannten (Haupt-) Geheimnisträgers
in der Weise mitwirkt, dass er grund-
sätzlich von den dabei wahrgenom-
menen Tatsachen ebenfalls Kenntnis
erhält». (Basler Kommentar 2013, StGB-
Niklaus Oberholzer, Art. 321 N 10). Die
Gesundheitsdirektion wirkt nicht bei
der Patientenbehandlung mit. Neben-
bei wird der Kantonsarzt im Gesetz gar
nicht spezifiziert. Wird das auf Verord-
nungsebene geschehen?

Wir hoffen somit, dass die Einwände,
welche durch unseren Rechtsdienst for-
muliert wurden, nach Bearbeitung des
Gesetzes im Landrat nun hoffentlich ge-
genstandslos geworden sind, wobei uns
leider die aktuellste Version des Spital-
versorgungsgesetzes nicht vorliegt.

Bezüglich Art. 9 ist es richtig, dass der
Datenschutz gewährleistet ist, insofern
nur anonymisierte Daten eingefordert
werden können. Von Seiten des Rechts-
dienstes wurde aber folgende Frage
gestellt: Benötigen die Kantone bei § 9
wirklich noch weitergehende Daten
von den Spitalern, notabene kostenlos,
als jene, welche bereits vom Bund im
Rahmen von Art. 23 und Art. 59a KVG
erhoben und den Kantonen zur Ver-
fügung gestellt werden? Diese Frage
ist wichtig, da gemäss Studien (VSAO)
schon heute Assistenzärztinnen und
-ärzte nur noch 20% der Arbeitszeit
den Patientinnen und Patienten wid-
men können. Papier scheint wichtiger
zu sein als Menschen. Dieselbe Kritik
ist übrigens auch von den Pflegeberu-
fen zu hören.

MEDIZIN STATT BÜROKRATIE! – so lautet
die berechtigte Kampagne des VSAO.

Leserschaft zur Differenzierung fähig

Wir sind der Meinung, dass unsere Le-
serinnen und Leser die nationale und
die kantonale Ebene auseinanderhal-
ten können. Wir bestätigen zudem,
dass Staatsvertrag und Spitalversor-

gungsgesetz kantonal und das EPD
(Elektronisches Patienten-Dossier) na-
tional geregelt sind. Allerdings kann es
als Schwäche des EPD ausgelegt wer-
den, dass es nicht national aufgebaut
wird, sondern durch regionale Stamm-
gemeinschaften. Was passiert mit mei-
nem EPD, wenn ich die Region wechsele?
Sind die regionalen Versionen kompa-
tibel? Zudem bestehen weiterhin hin-
sichtlich der Finanzierung und der Be-
nutzerfreundlichkeit grosse Bedenken.
Von ärztlicher Seite würde ein benut-
zerfreundliches EPD, mit dem effizient
gearbeitet werden könnte, unterstützt.
Voraussetzung dafür wäre eine intelli-
gente integrierte Schnittstelle zu den
Primärsystemen (sc. beim EPD handelt
es sich um ein «Sekundärsystem»). Dem
Datenschutz scheint formal in der Ge-
setzgebung auf Bundesebene genug
Rechnung getragen zu werden. Nur: ist
dies auch technisch realisierbar? Das
EPD entfaltet seinen Nutzen nur, wenn
seine Daten von zuverlässiger Qualität
sind und für die in die Behandlung in-
volvierten Ärztinnen und Ärzte sowie
viele weitere Berufsgruppen rasch ver-
fügbar sind. Eine «pdf-Wüste» wie in
Österreich, die dann auch noch kom-
merzialisiert wird, ist keine Lösung.
Ebenfalls ist ein Benutzerzwang keine
Lösung. Der Software-Anbieter weiss
dann, dass die Benutzer sich mit einer
Software von mässiger oder schlechter
Qualität zufrieden geben müssen. Die
Benutzer, das sind Patientinnen und
Patienten sowie Angehörige der Me-
dizinal- und Gesundheitsberufe, wer-
den zu ineffizientem Arbeiten (wegen
ineffizienter Software) verdammt sein.
Freie Marktwirtschaft funktioniert an-
ders. Es bestehen Befürchtungen, dass
nach Millionenverlusten durch Informa-
tikprojekte im VBS und in den Steuer-
verwaltungen ein solches Debakel nun
auch im EDI droht. Aus einem einfachen
Grund: Die Absicht ist zwar edel und
gut, aber es wurde wohl falsch aufge-
gleist: «*user unfriendly software*».

Wir sind gern zu einem weiteren kons-
truktiven Dialog auf kantonaler Ebene
bereit. Bei den Gremien der Ärzteschaft
auf Bundesebene ist diese Bereitschaft
auch vorhanden.

*Im Namen der Synapse-Redaktion:
Dres. T. Eichenberger und C. Quinto*