



Experimentierartikel: mehr Spielraum für Ideen

Am 14. September 2018 schickte der Bundesrat ein erstes Massnahmenpaket in die Vernehmlassung, um dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu begegnen. Als eine der Massnahmen schlägt er einen sogenannten Experimentierartikel vor. Im Interview äussert sich der Managed-Care-Pionier Felix Huber zum geplanten Artikel.

Mitteilungen der SGGP	4
Aus den eidgenössischen Räten	5
Experimentierartikel: mehr Spielraum für Ideen	6
SCHWEIZ	
Mehr ist nicht immer ein Plus. Gemeinsam entscheiden	8
Der Bachelorstudiengang Gesundheitsförderung und Prävention	10
Die Schweiz zahlt hohen Preis für nicht-übertragbare Krankheiten	12
La Suisse peut donner une piste pour résoudre la crise des opioïdes	14
Un sénior vaudois sur six bénéficie de soins à domicile	15
FRANKREICH	
Ma santé 2022	16
Les téléconsultations médicales désormais remboursées	17
EU	
Adolescents drink less, although levels of alcohol consumption are still dangerously high	18
DEUTSCHLAND	
Schweizer Pionierin der Pflegeausbildung	20
Für ethische Konflikte in der Pflege sensibilisieren	22
UK	
National conversation with health and care staff begins	24
£240 million social care investment to ease NHS winter pressures	24
USA	
FDA advances investigation into whether more than 40 e-cigarette products are being illegally marketed and outside agency's compliance policy	26
INTERNATIONALES	
G20 acknowledges the importance of health for sustainable development	28
Low quality healthcare is increasing the burden of illness and health costs globally	29
NEUERSCHEINUNGEN	31

Ausgabe 3/Oktober 2018

Die Gesundheitspolitischen Informationen/Politique de la santé : Informations (GPI) erscheinen 4-mal jährlich.

Die GPI sind das offizielle Organ der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP).

ISSN Nr. 1420-5947

Druck: Fairdruck AG

Titelbild: pixabay.com

SGGP/SSPS

Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik

Société suisse pour la politique de la santé

Società svizzera per la politica della salute

Swiss Society for Health Policy

Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

Tel. +41 31 313 88 66, Fax +41 31 313 88 99

E-Mail Sekretariat: info@sggp.ch

E-Mail Redaktion: redaktion@sggp.ch

Website: www.sggp.ch



Innovationen für mehr Qualität und Effizienz

Liebe Mitglieder,
Sehr geehrte Damen und Herren,

Unser Gesundheitssystem ist puncto Zugang vielleicht das Beste der Welt: Jedermann bekommt rasch medizinische Hilfe. Eigentliche Warteschlangen kennen wir nicht. Gar nicht zum Besten steht es hingegen um die Kosten: Nach den USA bezahlen wir am meisten für die Gesundheit. Wenn wir wenigstens bei der Qualität weltweit führend wären, könnten wir vielleicht ein Auge zudrücken. Dem ist aber leider nicht so: Zu oft wird bei uns die Qualität gar nicht gemessen. Aufgrund wissenschaftlicher Studien müssen wir sogar davon ausgehen, dass bei vielen Operationen die Fallzahlen zu tief sind, um die bestmögliche Qualität zu garantieren.

Viele Neuerungen, die seit KVG-Einführung Linderung bei den Kosten versprochen, führten zu noch mehr Ausgaben. Wir sind deshalb gut beraten, Neues zuerst sur terrain auf Qualität und Effizienz zu testen – bevor wir es definitiv ins Gesetz schreiben. Das enge Korsett des KVG ist für solche Experimente aber wenig geeignet. Dies zeigen u.a. die Probleme bei einem vielversprechenden Pilotversuch in der Ostschweiz: Der Kanton Glarus möchte auf seinem Territorium die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen testen, stösst aber auf eine Vielzahl rechtlicher Probleme. Der Projektstart hat sich erheblich verzögert. Der neue Experimentierartikel soll solche Innovationen erleichtern. Damit in Zukunft nicht die Kosten, sondern Qualität und Effizienz steigen.

Des innovations pour plus de qualité et d'efficacité

Chère membre, cher membre,
Madame, Monsieur,

En qui concerne l'accès aux soins, notre système de santé est peut-être l'un des meilleurs au monde : chacun et chacune reçoit rapidement une assistance médicale, nous ne connaissons pour ainsi dire pas les files d'attente. En ce qui concerne les coûts, en revanche, nous sommes bien moins lotis : après les Américains, nous sommes ceux qui payons le plus pour la santé. Si nous étions leaders mondiaux en termes de qualité, nous pourrions encore éventuellement fermer un œil, mais il n'en est rien, malheureusement. Chez nous, la qualité n'est souvent même pas mesurée. Si l'on en croit des études scientifiques, nous devons nous contenter d'admettre que pour de nombreuses opérations, le nombre des cas est simplement trop faible pour garantir la meilleure qualité possible. De multiples nouveautés qui, lors de l'introduction de la LAMal, nous semblaient prometteuses pour faire baisser les coûts ont en réalité engendré une augmentation des dépenses. Il serait donc judicieux de tester la qualité et l'efficacité des nouveautés sur le terrain avant de les inscrire définitivement dans la loi. L'étroite marge de manœuvre que la LAMal laisse pour de telles expérimentations n'est cependant guère appropriée. J'en veux notamment pour preuve les problèmes rencontrés dans le cadre d'un projet pilote prometteur en Suisse orientale : le canton de Glaris souhaite tester le financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières sur son territoire mais se trouve confronté à moult problèmes juridiques. Le lancement du projet a été considérablement retardé. Le nouvel article dédié à l'expérimentation devrait simplifier de telles innovations. Afin qu'à l'avenir, ce soient la qualité et l'efficacité qui augmentent, et non les coûts.

Heinz Brand
Nationalrat & Präsident Santésuisse
Conseiller national & président de Santésuisse

Aus der Geschäftsstelle

PFLEGETAGUNG

Die Pflege in Bundesbern | Les soins de santé dans la Berne fédérale Besichtigung des Bundeshauses

**Donnerstag, 22. November 2018, 12.30 – 15.30 Uhr,
Novotel Bern Expo, Am Guisanplatz 2, 3014 Bern**

Die professionelle Pflege beschäftigt «Bundesbern» mehr denn je. Beim Thema Gesundheitsberufegesetz wird über die Berufsausübung, die Berufspflichten und die Kompetenzen diskutiert. Bei der Debatte um die Pflegefinanzierung geht es um die Abgeltung von Pflegeleistungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Die Pflegefachpersonen selbst haben mit ihrem Berufsverband die eidgenössische Volksinitiative für eine starke Pflege eingereicht. Das Parlament setzt sich in den nächsten Monaten intensiv damit auseinander.

Erfahren Sie mehr über diese, für die Pflege zentralen Themen in der Gesundheitspolitik, hören Sie, welche Anliegen und Forderungen die jungen Pflegefachpersonen diesbezüglich an die Politik haben, und diskutieren Sie selbst mit.

**16.30 – 17.45 Uhr, Bundeshaus, Bern
(Teilnehmerzahl beschränkt!)**

Im Anschluss an die Tagung besteht die Möglichkeit, unter Führung des Präsidenten der SGGP, Jean-François Steiert, das Bundeshaus zu besuchen. Mit einem Apéro in der Galerie des Alpes schliesst die Tagung.

Anmeldung

Anmeldungen werden bis am 15. November 2018 entgegengenommen. Das Online-Anmeldeformular finden Sie unter www.sggp.ch.

Weitere Informationen

Alle weiteren Informationen zur Pfl egetagung finden Sie online unter www.sggp.ch.

TAGUNGRÜCKBLICK VOM 6. SEPTEMBER 2018



Die wichtigste und wirksamste Reform seit Einführung des KVG: Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen

Eröffnet wurde die Tagung von Pius Gyger, Mitglied des Vorstandes der SGGP. Er stellte in seinem Eintretensvotum zwei Fragen: Sind die Ziele für die Reform richtig gesetzt? Wird die Gesundheitsversorgung mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen wirklich verbessert? Sodann folgten die Positionen der verschiedenen Player im Gesundheitswesen. Den Anfang machte Dr. Thomas Heiniger, Präsident der GDK und Gesundheitsdirektor des Kantons Zürich, der die Position der Kantone darlegte. Die Kantone lehnen die EFAS-Vorlage (einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen) ab, da sie das Hauptziel verfehle, nämlich die Systemkosten zu senken und das Versorgungssystem als Ganzes zu optimieren, wie Heiniger ausführte. Aus Sicht der Kantone müsse ein neues Finanzierungsmodell unter anderem für die Kantone kostenneutral umsetzbar sein und den Kantonen Instrumente zur Steuerung des ambulanten Versorgungsangebotes bieten. Au-

serdem müsse eine Nationale Tariforganisation für ambulante Tarife realisiert werden, an der auch die Kantone beteiligt sind, wie Heiniger erläuterte. Ferner müssten Pflegeheime und Spitex für eine echte Verbesserung der Versorgungsorganisation (betrifft nur KVG-Leistungen) miteinbezogen werden. Seine Nachrednerin, Verena Nold, Direktorin von santésuisse, konnte sich dieser Forderung jedoch nicht anschliessen. So gehöre die Pflege ganz klar nicht in den Umlagetopf, denn alt sei nicht gleich krank. santésuisse könne die Monismus-Vorlage grundsätzlich unterstützen, sie sei zentral für das Gesundheitswesen, allerdings brauche es Zusatzmassnahmen, um Fehlanreize zu verhindern. So unter anderem neue Tarife (Pauschaltarife) und angepasste Spitalinfrastrukturen an die neue ambulantisierete Welt, wie Verena Nold weiter ausführte. Auch der Redner der FMH, Jürg Unger-Köppel, sprach sich im Namen der Leistungserbringer grundsätzlich für die EFAS-Vorlage aus. Sie sei ein taugliches Mittel, um Fehlanreize zu vermeiden und die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich sowie die integrierte Versorgung zu fördern. Zentral ist aus Sicht der FMH jedoch, dass der Entscheid, ob ambulante oder stationäre, immer bei der zuständigen Ärztin beziehungsweise beim zuständigen Arzt liegt. Jürg Unger-Köppel schloss seine Präsentation mit zwei kurzen und knappen Forderungen: Die Einführung solle sobald als möglich erfolgen und die Prozesse einfach – und damit auch preisgünstig – gehalten werden. In der anschliessenden Podiumsdiskussion stiessen zwei weitere Akteure zur Runde: Saskia Schenker des Krankenkassenverbandes Curafutura sowie Martin Bienlein des Spitalverbandes H+. Die Diskussion drehte sich schweremühtig um die Fragen, ob die EFAS tatsächlich zu Kosteneinsparungen führt, ob mit der EFAS Fehlanreize beseitigt werden und ob die Pflege mit dazu gehört. Jean-François Steiert, Präsident der SGGP, oblag es schliesslich, das Schlusswort zur Tagung zu formulieren. Sein Fazit: Es gebe wohl kaum einen Reformbereich im Gesundheitswesen, der nicht mit EFAS in Verbindung gebracht werden könne.

Aus den eidgenössischen Räten: Herbstsession 2018

Im Nationalrat behandelt

Kt.Iv. GE. Für eine gerechte Verwaltung der KVG-Reserven (17.306) **Kt.Iv. JU. Für einen Transfer der Reserven der KVG-Versicherten bei einem Kassenwechsel (17.319)**

Der Grossrat des Kantons Genf hatte die Bundesversammlung aufgefordert, dahingehend gesetzgeberisch tätig zu werden, dass zum einen der Anteil der Reserven einer versicherten Person, welche die Krankenkasse wechselt, an die neue Kasse überwiesen wird; zum anderen soll wie beim gesetzlichen Minimum ein Betrag für die Maximalreserven festgelegt werden. Der Kanton Jura wollte mit seiner Standesinitiative (17.319) die Bundesversammlung auffordern, das KVG so zu ändern, dass die bei einer Krankenkasse gebildeten Reserven bei einem Kassenwechsel zum neuen Versicherer transferiert werden.

Der Rat gab den beiden Standesinitiativen keine Folge – mit 130 zu 58 Stimmen (17.306) und mit 129 zu 59 Stimmen bei 1 Enthaltung (17.319). Der Ständerat hatte bereits in der Frühjahrsbeziehungsweise Sommersession 2018 beschlossen, den Standesinitiativen keine Folge zu geben. Diese sind somit erledigt.

Kt.Iv. BE. Ärztliche Weiterbildungsfinanzierung (17.309)

Der Kanton Bern hatte mit seiner Standesinitiative eine Bundeslösung im Zusammenhang mit der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen angestrebt. Dies, da aufgrund der Ergebnisse der zweiten Vernehmlassung nicht auszuschliessen sei, dass nicht alle Kantone der «Interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (WFV)» beitreten würden. Der Nationalrat gab der Standesinitiative des Kantons Bern oppositionslos keine Folge. Zuvor hatte bereits der Ständerat keine Folge gegeben. Die Standesinitiative ist damit erledigt.

Weitere, im Nationalrat behandelte Geschäfte

- Mo. Ständerat (SGK). Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen aushandeln (17.3969); angenommen und überwiesen.
- Mo. SGK-NR. Schadenprävention und Umgang mit Schäden bei medizinischen Behandlungen (17.3974); die Motion geht an den Ständerat.
- Mo. SGK-NR. Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen (18.3387); die Motion geht an den Ständerat.
- Mo. SGK-NR. Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl (18.3388); die Motion geht an den Ständerat.
- Mo. SGK-NR. Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten (18.3709); die Motion geht an den Ständerat.
- Mo. SGK-NR. Ärztliche Abgabe von Cannabis als Medikament an chronisch Kranke. Tiefere Gesundheitskosten und weniger Bürokratie (18.3389); die Motion geht an den Ständerat.
- Mo. SGK-NR. MiGeL-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen (18.3710); die Motion geht an den Ständerat.
- Experimentierartikel als Grundlage für Studien zur regulierten Cannabis-Abgabe (vier gleichlautende Vorstösse 17.4111, 17.4112, 17.4113, 17.4114); die Motionen gehen alle an den Ständerat.



Foto: Parlamentsdienste, 3003 Bern

Im Ständerat behandelt

Mo. Stöckli. Recht auf einen Medikationsplan zur Stärkung der Patientensicherheit (18.3512)

Mit der Motion soll der Bundesrat beauftragt werden, dem Parlament eine Rechtsgrundlage zu unterbreiten, die für die Patientinnen und Patienten ein Anrecht schafft, einen elektronischen oder gedruckten Medikationsplan zu erhalten, sofern sie drei oder mehr Arzneimittel gleichzeitig einnehmen. Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

Der Ständerat hiess die Motion stillschweigend gut, sie geht damit an den Nationalrat.

Mo. Nationalrat (Tornare). Einzelverkauf von Medikamenten. Wagen wir den Versuch! (17.3942)

Der Bundesrat soll mit der Motion aufgefordert werden, die nötigen Grundlagen zu schaffen, um eine Testphase für den Einzelverkauf von Antibiotika zu ermöglichen und das Problem der Medikamentenverschwendung, das die Öffentlichkeit teuer zu stehen kommt, zu verhindern. Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

Nach dem Nationalrat hiess nun auch der Ständerat die Motion stillschweigend gut und schloss sich damit dem Antrag seiner vorberatenden Kommission (SGK-SR) an. Die Motion ist damit an den Bundesrat überwiesen.

Mo. Bischof. Sprunghafte Mehrbelastung der Kantone, Gemeinden und Spitexorganisationen beseitigen. Kosten für Pflegematerial anpassen (18.3425)

Der Bundesrat soll mit der Motion beauftragt werden, die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), die in Artikel 7a Absatz 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) festgelegt sind, spätestens auf 1. Januar 2019 zu erhöhen und damit an die effektive Pflegekostenentwicklung anzupassen. Stillschweigend hiess der Ständerat als Erstrat einen Ordnungsantrag von Josef Dittli (FDP/UR) gut, die Motion an die zuständige Kommission zuzuweisen. Somit geht die Motion zur Vorprüfung an die zuständige Kommission.

Weiteres, im Ständerat behandeltes Geschäft

Mo. Nationalrat (Herzog). ADHS ist keine Krankheit! Die wirklichen Ursachen müssen nun angepackt werden (15.4229); die Motion wurde abgelehnt und ist damit erledigt.

Experimentierartikel: mehr Spielraum für Ideen

Am 14. September 2018 schickte der Bundesrat ein erstes Massnahmenpaket in die Vernehmlassung, um dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu begegnen. Als eine der Massnahmen schlägt er einen sogenannten Experimentierartikel vor. Dieser soll es künftig erlauben, innovative Pilotprojekte zu realisieren, die sich kostendämpfend auswirken. Im Interview äussert sich der Managed-Care-Pionier Felix Huber zum geplanten Experimentierartikel und zeigt auf, wie er das Managed-Care-Modell als neues, innovatives Modell im Schweizer Gesundheitswesen erfolgreich eingeführt hat.



Interview mit Felix Huber, Mitgründer und Verwaltungsratspräsident von mediX und mediX zürich, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH

Interview geführt von: Sabine Graf

GPI: Sie haben das Managed-Care-Modell auch ohne Experimentierartikel erfolgreich im Gesundheitssystem verankert. Wie sind Sie vorgegangen? Wo lagen die Stolpersteine? Wie fielen die Reaktionen aus?

Felix Huber: Managed Care wurde in der Schweiz bereits 1990 eingeführt, also vor dem neuen KVG, das 1996 in Kraft trat. Es brauchte dafür eine Ausnahmegenehmigung von Bundesrat Flavio Cotti mit der Auflage einer wissenschaftlichen Begleitevaluati-on, die zwei Fragen zu beantworten hatte: Die neuen Modelle durften nicht zu einer Entsolidarisierung in der sozialen Krankenversicherung führen und mussten ihre Ergebnisqualität mit der Normalversorgung vergleichen. Man wollte also schon damals nicht, dass die Versicherungen ihre Produkte querfinanzierten. Beide Fragen konnten mit viel Verspätung 1997 mit Erfolg für die noch jungen Managed-Care-Modelle beantwortet werden. Managed Care konnte also 1990 nur mit einem Experimentierartikel starten.

Was wir anfangs 90er Jahre experimentiert hatten, floss direkt ins neue KVG rein. Nun waren die Modelle mit eingeschränkter Arztwahl und Prämienrabatten legalisiert. Seit 1990 experimentieren wir ständig und loten die Grauzonen der Reglementierungen aus. Ich nenne nur einige Beispiele: maximale Prämienrabatte, Einkauf und Distribution von Medikamenten, bezahlte Leistungen ausserhalb des KVG, Anstellung von Ärzten, Gründung von Ärzte-AGs, Vereinbarung und Weitergabe von Rabatten.

Ich habe das gesundheitspolitische Umfeld in der Schweiz immer als ziemlich tolerant empfunden. In der Politik haben wir mit einer guten Kontaktpflege zur Legislative viele unserer Ideen einbringen können. Bei den Behörden war es manchmal etwas mühsamer. Da mussten wir oft die Hilfe von Anwälten in Anspruch nehmen. Die Versicherer hatten meistens grosses Interesse an unseren Experimenten. Und die Ärzte mussten sich langsam an den Erfolg der neuen Versicherungsmodelle adaptieren ...

«Experimente dauern Jahre bis man genügend Erkenntnisse hat. Aber die gewonnenen Freiheiten würden eine neue Dynamik auslösen und die Kreativität befruchten.»

Warum braucht es nun einen solchen Experimentierartikel?

Ich befürworte einen Experimentierartikel, weil er uns Spielraum für die Testung von neuen Ideen gibt und ganz nach dem Prinzip «von unten nach oben» und «trial and error» das Feld öffnet. Wir brauchen auch für Managed Care eine Regulierung, damit es faire Marktbedingungen gibt. Aber manchmal verhindern diese Regeln gerade den Fortschritt. Bevor wir sie umstürzen, sollten wir zuerst mal Versuche laufen lassen.

Wie schätzen Sie das Innovations- und Einsparpotenzial eines Experimentierartikels ein?

Ich würde nicht zu viel davon erwarten. Experimente dauern Jahre, bis man genügend Erkenntnisse hat. Aber die gewonnenen Freiheiten würden eine neue Dynamik auslösen und die Kreativität befruchten. Vermutlich werden neun von zehn Versuchs- anordnungen scheitern. Aber der eine erfolgreiche Versuch wird uns weiterführen.

In welchen Bereichen des Gesundheitssystems würden aus Ihrer Sicht «Experimente» Sinn machen? In welchen nicht?

Zu aller erst die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Da erschliesst sich für gute hausärztliche koordinierte Versorgung Differenzierung zu den Pseudomodellen. Die guten Hausarztnetze werden dann endlich die günstigsten Prämien anbieten können. Dann sollte der Einkauf von Leistungen und die Verwendung von Rabatten dem freien Markt übergeben werden. Das war noch immer der beste Garant für Preis senkungen. Letztlich wollen wir unsere Produkte bei nachgewiesener besserer Qualität so günstig wie möglich gestalten. Wir brauchen Tarife für Medizinische Praxiskoordinatorinnen und Advanced Practice Nurses, um den Skillmix in den Gruppenpraxen zu beschleunigen.

Was sicher keinen Sinn macht sind reine Marketingangebote, wie sie die Versicherungen heute mit unlauteren Rabatten auf den Markt werfen und sie nach Ablauf der Schonzeit durch neue