



Gastkommentar

Dr. Tanja Volm erklärt, warum Gendermedizin keine Frauenmedizin ist. Seite 2



Gesundheitskosten

Die Schweizer sind trotz hoher finanzieller Belastung sehr zufrieden mit dem Gesundheitswesen. Seite 3



Spitäler in der Krise

Immer mehr Schweizer Spitäler schreiben rote Zahlen. Ursache ist unter anderem die hiesige Spitalstruktur. Seite 4

POLITIK + PATIENT

20. Jahrgang
Herausgeber: Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG
Politik + Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung
Verantwortlich für die Redaktion: Marco Tackenberg, Markus Gubler, Andrea Renggli; forum | pr
Layout: Claudia Bernet, Bern
Druck: Stämpfli AG

VEDAG Verband
Deutschschweizer
Ärztgesellschaften

Politik

Einheitliche Finanzierung: eine nötige Reform

Die Reform zur einheitlichen Finanzierung ist wichtig für das Gesundheitswesen. Worum geht es? Wer ist dafür, wer dagegen? Und weshalb?



Durch die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen werden integrierte Versorgungsmodelle für Krankenversicherer attraktiver, weil sie nicht nur investieren müssen, sondern auch gleichermassen die Kostenvorteile erhalten.

Bild: iStock

Worum geht es?

Das Parlament hat Ende 2023 nach 14 Jahren intensiver Beratung die KVG-Änderung zur einheitlichen Finanzierung verabschiedet. Weil das Referendum ergriffen wurde, wird das Schweizer Stimmvolk am 24. November darüber abstimmen.

Wo liegt das Problem?

Manche Behandlungen oder Operationen werden durch den Fortschritt in der Medizin heute ambulant durchgeführt, während früher ein Spitalaufenthalt über Nacht nötig war. Im aktuellen System muss die

Fortsetzung auf Seite 2

Gesundheitswesen

Keine Experimente

Die Kostenbremse-Initiative und die Prämien-Entlastungsinitiative hatten das Potenzial, unserem Gesundheitswesen längerfristigen Schaden zuzufügen. Beide Vorlagen wurden im Juni an der Urne verworfen. Im Vorfeld hatten sich die Verbände von Spitätern, Ärzteschaft, Apothekern, Physiotherapeuten, Spitex oder der Pflegenden gegen die Kostenbremse engagiert – aus Überzeugung, dass ein Kostendach im Gesundheitswesen nicht zum Besten der Patientinnen und Patienten ist. Wenn das Budget aufgebraucht ist, würden Behandlungen verschoben, oder es würden jene Patienten bevorzugt, die eine Zusatzversicherung haben. Selten waren die Leistungserbringer so geeint. Ihre Botschaft konnten sie glaubwürdig vermitteln, wie das klare Verdikt an der Urne zeigt.

Die Stimmbevölkerung hat deutlich gemacht, dass sie keine staatlich verordneten Leistungskürzungen oder Rationierungen akzeptiert. Und sie will keine fiskalpolitischen Experimente im Gesundheitswesen.

Bei beiden gescheiterten Gesundheitsinitiativen kommt nun der vom Parlament beschlossene Gegenvorschlag zum Zug, sofern kein Referendum zustande kommt. Eine unverbindliche Kostenbremse sowie Qualitätsziele werden im Krankenversicherungsgesetz verankert. Und die Prämienverbilligungen werden zulasten der Kantone moderat steigen. Beide Gegenvorschläge schaffen eine solide Grundlage für künftige Reformen, die kostendämpfend wirken, und trotzdem dem Arzt-Patienten-Verhältnis nicht schaden. Sollte die Stimmbevölkerung die einheitliche Finanzierung von Gesundheitsleistungen annehmen, wäre es von Vorteil, dass die Prämienverbilligung bereits zuvor verbindlicher geregelt wurde.

Krankenkasse beim ambulanten Eingriff die kompletten Kosten bezahlen, beim stationären Eingriff jedoch nur 45 Prozent. Die restlichen 55 Prozent werden durch den Kanton getragen. Das bedeutet: Obwohl die ambulante Operation kostengünstiger ist, belastet sie den Prämienzahler stärker. Das wird mit der Reform der einheitlichen Finanzierung ändern. Künftig soll für ambulante und stationäre Behandlungen der gleiche Verteilschlüssel gelten: Prämienzahler resp. Krankenkassen übernehmen 73,1 Prozent der Gesundheitsausgaben (nach Abzug der Franchise und des Selbstbehalts der Versicherten), die Kantone 26,9 Prozent. In einem zweiten Schritt wird auch die Finanzierung der Pflegeleistungen in der Schweiz vereinheitlicht. Pflegebedürftige werden weiterhin Beiträge leisten, deren Höhe der Bundesrat festlegt.

Welche Auswirkungen hätte die Reform?

Dank der einheitlichen Finanzierung kann die Gesundheitsversorgung effizienter gestaltet und die koordinierte Versorgung gefördert werden. Durch den neuen Verteilschlüssel werden integrierte Versorgungsmodelle für Krankenversicherer attraktiver, weil sie nicht nur investieren müssen, sondern auch gleichermaßen die Kostenvorteile erhalten. Daraus ergibt sich eine win-win-win-Situation für alle Beteiligten: für die Behandelten, für die Behandelnden und für die Kostenträger.

Was bedeutet die Änderung für die Gesundheitskosten und die Prämien?

Einerseits fördert die einheitliche Finanzierung ambulante Behandlungen, die kostengünstiger sind als stationäre. Andererseits können die Krankenversicherer Kostenvorteile in Form von Prämienrabatten weitergeben. Modelle der integrierten Versorgung werden so für Prämienzahlende attraktiver und erreichen vermehrt chronisch Kranke, die den grössten Kostenanteil ausmachen und besonders von der optimalen Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsfachpersonen profitieren. Das Kostendämpfungspotenzial ist somit gross.

Und für die Patienten?

Durch den Systemwechsel würde der Anreiz gefördert, Behandlungen ambulant statt stationär durchzuführen. Das ist sowohl aus medizinischer Sicht wie auch aus Sicht der meisten Patienten wünschenswert. Die Qualität der Behandlungen und der Zugang zum Gesundheitssystem bleiben erhalten.

Was wären die Folgen für die Ärzteschaft?

In erster Linie bedeutet die Reform bessere Rahmenbedingungen, weil ärztliche Entscheidungen weniger aus betriebswirtschaftlichen Gründen beeinflusst werden. Die Förderung der integrierten Versorgung er-

möglicht ein effizienteres und interprofessionelles Arbeiten. Dies trägt zur Linderung des Fachkräftemangels bei – und auch zur Qualitätssteigerung, weil Rabatte in diesen Modellen häufig in die Qualitätsentwicklung investiert werden.

Wer ist für die Reform der einheitlichen Finanzierung?

Neben dem Bundesrat und dem Parlament unterstützt eine Mehrheit der Parteien die Reform. Zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten sowie ihren Berufsverbänden spricht sich eine breite Allianz von Organisationen aus dem Gesundheitswesen dafür aus, unter anderem aus dem Pflegebereich wie die Spitex, Pflegeheime, Spitäler und Kliniken, die Apothekerschaft, der Krankenkassenverband Curafutura und Vertreter der Industrie. Damit ist das ganze Spektrum an Perspektiven der Gesundheitsbranche abgedeckt

Und wer engagiert sich dagegen?

Die Gewerkschaft der Angestellten im öffentlichen Dienst (VPOD) hat das Referendum gegen die einheitliche Finanzierung lanciert. Der VPOD befürchtet, dass durch die Integration der Pflegefinanzierung entweder die Krankenkassenprämien oder die Selbstzahlungen der Heimbewohner steigen. Das führe zu Kostendruck, worunter die Bewohnerinnen und Bewohner, die Prämienzahler und das Personal leiden müssten. Unterstützt wird das Referendum vom Schweizerischen Gewerkschaftsbund (SGB).

Gendermedizin ist keine Frauenmedizin

Sei es in der Prävention, in der medizinischen Diagnostik und Therapie, in der Wahrnehmung von Gesundheitsleistungen oder in Forschung und Medikamentenentwicklung – allzu lange wurde nicht ausreichend berücksichtigt, dass Männer und Frauen sowohl in ihren biologischen Eigenschaften als auch in ihren sozialen «Rollen» nicht gleich sind. Männer gehen seltener zur Vorsorgeuntersuchung, haben eine kürzere Lebenserwartung und bekommen weniger Autoimmunerkrankungen als Frauen. Frauen haben schlechtere Chancen, einen Herzinfarkt zu überleben, sind für einen Grossteil der häuslichen Pflege zuständig und verbringen mehr Lebensjahre in Krankheit. Männer und Frauen brauchen eine «gleich gute» Behandlung – aber sie brauchen häufig nicht die «gleiche» Behandlung.

Das Stereotyp in der medizinischen Forschung ist bis heute der hellhäutige jüngere schlanke Mann. Wer von diesem Stereotyp abweicht, muss damit rechnen, Medikamente oder Therapien zu erhalten, die nicht wirklich passend sind. Wird Forschung vor allem «mit» Männern gemacht, dann sind die Ergebnisse auch überwiegend «für» Männer nutzbar. Für Frauen – die aufgrund ihres hormonellen Zyklus und ihres «weiblichen» Stoffwechsels andere Voraussetzungen haben, fehlen daher entsprechende Daten.

Die sogenannte Gendermedizin ist keine Frauenmedizin. Es ist eine Medizin, die den individuellen Bedürfnissen von Menschen unterschiedlichen Geschlechts Sorge trägt. Daher sollten wir eher von einer geschlechts-spezifischen Medizin sprechen. Dies ist kein neues Fachgebiet, sondern eine geschlechtsbezogene Sichtweise, die in jedem medizinischen Fachgebiet ihre Relevanz hat. Ärztinnen und Ärzte und weitere medizinische Fachpersonen sollen dabei – neben vielen anderen Parametern – auch das Geschlecht des behandelten Menschen berücksichtigen.

Gendermedizin nützt allen Menschen unterschiedlichen Geschlechts. Daher ist Gendermedizin eine sehr moderne Medizin. Die Schweiz sollte und kann hier in den nächsten Jahren eine Vorreiterrolle einnehmen.

Tanja Volm, KD Dr. med., Universität Luzern, Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin

Der Gastkommentar gibt die persönliche Meinung der Autoren wieder, die von der Haltung der Ärzteschaft und der Redaktion abweichen kann.



In Ländern mit hohem Wohlstandsniveau steigen die Gesundheitskosten. Zu den Kostentreibern zählt unter anderem der technische Fortschritt in der Medizin. Bild: iStock

Gesundheitskosten

Hohe Kosten, hohe Qualität

Wie in vielen Industriestaaten wachsen auch in der Schweiz die Gesundheitsausgaben. Schweizer Patientinnen und Patienten sind aber trotz hoher finanzieller Belastung sehr zufrieden mit dem Gesundheitswesen. Dies belegen jüngste Zahlen.

Arztbesuche, Spitalaufenthalte, Langzeitpflege, Medikamente: Die Gesundheitsausgaben in der Schweiz sind in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen. Mit dieser Entwicklung steht unser Land nicht allein da. Das zeigen neuste Zahlen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Der OECD sind 38 Industriestaaten angeschlossen. 2015 beliefen sich die Gesundheitsausgaben der OECD-Länder im Schnitt auf 8,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP), 2022 waren es 9,2 Prozent. Im internationalen Vergleich rangiert die Schweiz weit vorne. Nur fünf OECD-Länder wenden gemessen am BIP noch mehr Geld für ihre Gesundheitssysteme auf: die USA und Japan sowie die Nachbarstaaten Deutschland, Frankreich, Österreich. Grossbritannien und die Schweiz geben gleich viel Geld für die Gesundheitsversorgung aus (2022: 11,3 Prozent des BIP).

Es zeigt sich: In Ländern mit vergleichbarem Wohlstandsniveau entwickeln sich die Ausgaben ähnlich. Zu den Kostentreibern zählen die alternde Bevölkerung, der zunehmende Wohlstand sowie der technische Fortschritt in der Medizin.

Mischsystem statt staatlicher Finanzierung

Die steigenden Gesundheitskosten hängen also offenbar nicht mit dem Finanzierungssystem zusammen. In den meisten europäischen Ländern decken näm-

lich Staat und obligatorische Krankenversicherungen rund 80 Prozent der Gesundheitskosten ab. Die Kosten werden solidarisch finanziert – über einkommensabhängige Prämien. Nicht so in der Schweiz. Wir kennen ein Mischsystem aus staatlichen, obligatorischen und individuellen Zuschüssen. Im Jahr 2021 wurden gemäss Zahlen der OECD 68 Prozent der Gesundheitsausgaben über Steuern und obligatorische Prämien finanziert. Den Rest bezahlten die Patientinnen und Patienten privat über Selbstzahlungen oder in Form von Zusatzversicherungen.

Einkommensschwache werden gezielt unterstützt

Die Versicherten in der Schweiz bezahlen eine Kopfprämie, die für alle gleich hoch ist. Als solidarischen Ausgleich erhalten Einkommensschwache gezielt Unterstützung – durch individuelle Prämienverbilligungen, die Bund und Kantone entrichten. Im Jahr 2022 profitierte jeder vierte Versicherte von einer Prämiensubvention. Die Gesamtsumme der Verbilligung betrug rund 5,4 Milliarden Franken. Gut die Hälfte davon entfiel auf den Bund, den Rest zahlten die Kantone.

Umverteilung von reich zu arm

Unlängst wurde wieder Kritik an der «unsolidarischen Finanzierung» der Gesundheitsleistungen in der

Schweiz laut. Diese greift aber zu kurz. Denn: Vermögende zahlen über Steuern markant mehr ins Gesundheitswesen ein als einkommensschwache Personen. So verteilt das Schweizer Gesundheitssystem von reicheren zu ärmeren Haushalten um, auch wenn internationale Statistiken dies nicht klar zum Ausdruck bringen. Jüngst wurde die solidarische Finanzierung gar ausgebaut – dank dem indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative. Damit werden Kantone, welche künftig die Prämien zu wenig verbilligen, stärker zur Kasse gebeten. Um total 360 Millionen Franken müssen die Kantone ihren Anteil an den Verbilligungen erhöhen. So wird die Politik jener Kantone korrigiert, die in den letzten Jahren bei den Verbilligungen bewusst knauserten.

Bestnoten für das Gesundheitswesen

Vom Kostendruck abgesehen erhält unser Gesundheitswesen Bestnoten. Patientinnen und Patienten schätzen den einfachen Zugang zu medizinischen Leistungen und die kurzen Wartezeiten. Im jüngsten OECD-Bericht (2022) zeigen sich 94 Prozent der Befragten zufrieden mit der Qualität des Schweizer Gesundheitswesens. Das ist der beste Wert unter allen 38 Staaten. Und auch im Schweizer Gesundheitsmonitor 2024 beurteilen rund drei Viertel der Befragten die Qualität des Schweizer Gesundheitswesens als gut oder sogar sehr gut.

Doch damit die Versorgungsqualität hoch bleibt, sind Investitionen zur Stärkung des Gesundheitspersonals dringend nötig. So gehen zum Beispiel viele Hausärztinnen und Hausärzte in den kommenden Jahren in den Ruhestand. Nicht wenige davon ohne geregelte Nachfolge. Deshalb hat der Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Schweiz unlängst eine Petition gestartet. Er verlangt vom Bund ein «Impulsprogramm Hausarztmedizin» mit Finanzmitteln in Millionenhöhe.



Wenn das Spital selber zum Notfall wird: Mehrere Schweizer Spitäler mussten im vergangenen Jahr grosse Verluste schreiben. Bild: Keystone

Stationäre Versorgung

Schweizer Spitäler in der Krise

Immer mehr Schweizer Spitäler stecken tief in den roten Zahlen. Experten schlagen Alarm, die Versorgung von Patienten sei gefährdet. Ursache sind unter anderem die Spitalstruktur der Schweiz und die Tarife.

Grosse Häuser wie das Universitätsspital Basel, die Insel-Gruppe in Bern, die St. Galler Spitäler oder das Universitätsspital Genf, aber auch mehrere kleine Regionalspitäler mussten im vergangenen Jahr grosse Verluste verbuchen. Es scheint, dass sie nicht mehr kostendeckend arbeiten können. Über die Gründe wird viel spekuliert. Fachkräftemangel, Energiekosten, Teuerung und Investitionen spielten sicher in vielen Fällen eine Rolle. Es gibt aber auch Gründe, die durch das Gesundheitssystem bedingt sind.

Engmaschige Versorgung

Zu diesen systembedingten Treibern der Spitalkrise gehört der Föderalismus. In der Schweiz gibt es über

250 Spitäler. Teilweise können Patienten innerhalb von 15 Minuten Autofahrt in verschiedenen Spitälern die gleiche Leistung beziehen. In Ländern wie den Niederlanden oder Dänemark, die eine vergleichbare Grösse und Bevölkerungsstruktur haben, gibt es nur rund 50 Krankenhäuser.

Schuld an dieser extrem engmaschigen Versorgung ist die Mehrfachrolle, die die Kantone in der Spitalversorgung innehaben: Sie sind Planer, Eigentümer, Arbeitgeber, Investor und Wirtschaftsförderer in einem. Damit ergeben sich Zielkonflikte, die den Wettbewerb zwischen den Spitälern verhindern. Teure Infrastruktur wird aufgebaut, aber nicht ausgenutzt.

Regionale Planung wäre effizienter

Diese Herausforderung liesse sich anpacken, wenn die Kantone einsehen würden, dass grössere Versorgungsregionen effizienter sind und auch eine bessere Versorgungsqualität bieten. Ansätze dazu gibt es zwar, etwa in der Ostschweiz oder im Raum Basel. Allzu oft scheitern die Projekte aber an der Politik oder am Widerstand der Bevölkerung. Wenn es nämlich darum geht, einen unrentablen Spitalstandort zu schliessen – oder auch nur eine einzelne Spitalabteilung – ist lauter Protest absehbar.

Sollte die stationäre Versorgung dereinst tatsächlich in grösseren Regionen und über die Kantonsgrenzen hinaus geplant werden, wäre die Kompetenzfrage als erste zu klären. Die Vertreter der Kantone müssten zusammensitzen und die Versorgung für die ganze Schweiz planen.

Die Lage hat sich verschärft

Ein zweites grosses Problem der Spitäler sind die Tarife. Die stationären Leistungspauschalen sind kaum mehr kostendeckend. Und wie in der ambulanten Arztpraxis gilt auch im spitalambulantem Bereich noch bis Ende 2025 der veraltete Tarif TARMED, der die aktuelle Medizin längst nicht mehr spiegelt. Manche Leistungen werden zu hoch vergütet, andere viel zu tief. Da die Tarife nicht an die Teuerung angepasst wurden, hat sich die Lage gemäss dem Spitalverband Hplus in den letzten Jahren deutlich verschärft. Die neue Spitalfinanzierung sollte eigentlich bewirken, dass die Spitäler ihre langfristigen Investitionen aus den Erträgen decken können. Das ist aber kaum mehr möglich, wenn sie chronisch unterfinanziert sind. Der Verband Hplus fordert deshalb eine sofortige Anhebung der Tarife um fünf Prozent sowie künftig eine klar geregelte Anpassung an die Teuerung. Das wäre in allen Bereichen nötig – auch in ambulanten Praxen.