

Inhaltsverzeichnis

SPITÄLER

NE – Une prise en charge individualisée des patients âgés

 Arcinfo | 23.10.2023

SG – Stellenabbau: «Es fühlt sich an wie ein Box in die Magengrube»

 Radio SRF 1 | 19.10.2023

SG – «Nun muss der Kanton handeln»

 St. Galler Tagblatt | 20.10.2023

Spitalinfektionen: «Pneumonieprävention ist Teamarbeit» - Interview

 Schweizerische Ärztezeitung | 19.10.2023

VD – Le CHUV veut étendre le télésoin des patients après une opération

 ICT Journal | 18.10.2023

ZH – Pilotprojekt an Zürcher Stadtspitälern gestartet

 Radio SRF 1 | 17.10.2023

VS – Le Tribunal fédéral refuse des salles d'opération

 Le Nouvelliste | 20.10.2023

BS – USB: Basler Campus Gesundheit muss warten

 Basler Zeitung | 19.10.2023

SG – KSSG: «Wir müssen intelligenter arbeiten» - Interview

 St. Galler Tagblatt | 19.10.2023

SG – St. Galler Spitäler sollen unabhängiger werden

 Südostschweiz Glarner Nachrichten | 21.10.2023

HEILKUNDE

Erster Winter nach der Pandemie: Das neue Coronavirus braucht keine Sonderbehandlung mehr - Kommentar

 nzz.ch | 21.10.2023

Personalisierte Medizin: «Das enorme Potenzial klug nutzen» - Interview

 Schweizerische Ärztezeitung | 19.10.2023

Starke Grippewelle kommt auf uns zu

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 20.10.2023

DIVERSES

Länger leben, länger krank?

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 23.10.2023

ChatGPT va-t-il remplacer les médecins?

 RTS La 1ère | 18.10.2023

GESUNDHEITSPOLITIK SCHWEIZ

Philomena Colatrella: «Man muss Fehlanreize eliminieren und unser Gesundheitssystem effizienter machen» - Interview

La Suisse est à court de médicaments

 [blick.ch \(fr\)](#) | 21.10.2023

Das E-Patientendossier scheidet die Geister

 [blick.ch \(de\)](#) | 20.10.2023

Le dossier électronique du patient divise

 [blick.ch \(fr\)](#) | 20.10.2023

«Le Conseil fédéral demande aux physiothérapeutes de bâcler le travail»

 24 heures | 20.10.2023

«Ich sehe nicht, wie diese bürokratische Übung die Qualität steigern soll»

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 20.10.2023

Bundesrat will Wechsel der Krankenkassen erleichtern

 HZ Insurance | 19.10.2023

Premier volet du programme de maîtrise des coûts de la santé du Conseil fédéral

 [agefi.com](#) | 19.10.2023

Changer plus facilement de modèle d'assurance

 24 heures | 19.10.2023

«Das BAG müsste bei manchen Krankenkassen den Stecker ziehen»

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 19.10.2023

Physiothérapeutes furieux contre le passage de 30 à 20 minutes des séances

 RTS 1 | 18.10.2023

Preisüberwacher Stefan Meierhans über Fehler im Gesundheitssystem - Kommentar

 [blick.ch \(de\)](#) | 17.10.2023

Willkürlicher Tarifeingriff bei der Physiotherapie - Gastkommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 20.10.2023

Vermehrt Knappheit bei Medikamenten - auch Antibiotika betroffen

 Tages-Anzeiger | 18.10.2023

Steigende Krankheitskosten nicht nur bei Älteren, sondern auch bei Jüngeren

 K-Tipp | 18.10.2023

KRANKENKASSEN

«Les caisses maladie n'ont plus intérêt à être les moins chères»

 [blick.ch \(fr\)](#) | 22.10.2023

De nombreux pièges relevés dans les listes de médecins de famille des assurances maladie

 RTS 1 | 21.10.2023

«Die Vertragsfreiheit sollte nicht als Ladenhüter abgetan werden» - Gastkommentar

 Medinside | 21.10.2023

Les assurances maladies freinent les soins psychiatriques

 [blick.ch \(fr\)](#) | 18.10.2023

Krankenkasse bremst psychiatrische Pflege

Fordern Krankenkassen gezielt zu hohe Prämien?

 blick.ch (de) | 22.10.2023

Drei Monatsprämien alleine für die Verwaltung: «Das BAG müsste bei manchen Krankenkassen den Stecker ziehen»

 nzz.ch | 18.10.2023

KANTONAL / REGIONAL

GE – La santé au coeur de la campagne

 Le Courrier | 20.10.2023

AG – Was tun gegen den Ärztemangel?

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 18.10.2023

PFLEGEINSTITUTIONEN

TI – Cure a domicilio, una giungla

 Corriere del Ticino | 20.10.2023

PHARMA

Im Schaufenster stehen vor allem unwirksame Medikamente

 Medinside | 18.10.2023

Warum die Schweiz oft hintenansteht

 Tages-Anzeiger | 17.10.2023

Grosser Ärger wegen kleiner Gebühr

 Tages-Anzeiger | 23.10.2023

PSYCHIATRIE/PSYCHOLOGIE

So misst der ANQ den Behandlungserfolg in der Psychiatrie

 Medinside | 17.10.2023

NE – Une prise en charge individualisée des patients âgés

 Arcinfo | 23.10.2023

L'objectif de la consultation ambulatoire du RHNE, est de dépister les fragilités des seniors et de proposer des mesures individualisées de prise en charge afin de préserver leur autonomie.

Brigitte Rebetez

Si la longévité progresse dans toute la Suisse, elle est particulièrement marquée en pays neuchâtelois. Selon les chiffres de l'OFS, notre canton concentre le plus grand nombre de centenaires, juste après le Tessin. Il en totalisait 40 à fin 2022, le double de la moyenne nationale. Mais vivre plus longtemps constitue aussi un défi.

C'est précisément le cœur de métier de la consultation de gériatrie ambulatoire du Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNE). Développée progressivement, la structure sera formalisée début 2024, sur les sites hospitaliers de La Chaux-de-Fonds et Pourtalès, à Neuchâtel, avec un secrétariat, une page internet et un formulaire donnant la possibilité aux médecins traitants de faire une demande de consultation en ligne.

Elle rassemble trois gériatres, les docteurs Yolanda Espolio Desbaillet, Mariangela Gagliano et Laure Poudens, qui estiment qu'il y a de gros préjugés à l'égard de leur spécialité. «Les patients pensent que le gériatre est là pour les envoyer au home... Mais la gériatrie, c'est bien avant l'entrée en EMS!»

Rester à domicile

«Avec l'âge, il faut composer avec deux éléments: des incapacités qui s'installent et la volonté des patients de rester à domicile», expose la docteure Espolio Desbaillet. «Notre rôle est de dépister les ressources et les difficultés éventuelles nous permettant d'élaborer le projet de soins personnalisé, afin d'instaurer une prise en charge bio-psycho-sociale sur mesure.»

A la consultation, les gériatres examinent le patient sous toutes ses facettes en réalisant une évaluation gériatrique globale. Cet examen standardisé permet d'identifier les besoins de la personne et de comprendre quelles sont ses priorités. «Nous pouvons ensuite définir ensemble sur quels axes intervenir, de manière pluridisciplinaire», détaille la gériatre.

«Je pourrai faire des propositions portant sur des traitements, de l'ergo-ou de la physiothérapie, les interactions sociales, la limitation souhaitée dans le domaine des soins, les directives anticipées... On s'occupe de la complexité des situations de chacun, en tenant compte des aspirations du patient, de sa famille et de l'éthique.»

Selon la docteure Mariangela Gagliano, cet examen «permet d'être à l'écoute du patient et de mettre en place une prise en charge individualisée, sur mesure, qui tient compte de ses problématiques de santé, de ses valeurs et de son environnement. L'évaluation est parfois longue, mais le jeu en vaut la chandelle». La

consultation donne lieu à un rapport avec différentes propositions d'adaptation de la prise en charge, toutes discutées avec le patient et ses proches.

Agir à temps

A qui s'adresse cette consultation? «La pyramide des âges, chez les seniors, se compose d'environ 60% de personnes robustes, de 25% qui sont vulnérables et de 15% de dépendantes», énumère la docteure Espolio Desbaillet. «La consultation est ouverte à toute la population qui souhaite des conseils sur le bien vieillir, mais s'adresse principalement à la catégorie médiane.»

Mieux vaut consulter trop tôt que trop tard! «Construire un plan de soins anticipé permet d'éviter d'agir dans l'urgence. L'objectif étant d'intervenir avant que le patient ne soit dépendant et vulnérable. Car lorsque l'on est vulnérable, une chute ou une opération peut faire basculer le patient dans la catégorie suivante.»

Pour affiner l'approche médico-psycho-sociale, «nous avons une boîte à outils», image la docteure Gagliano. «Elle nous permet d'évaluer l'état de santé, la nutrition, la cognition, le moral, la mobilité, la continence, les troubles sensoriels et l'environnement social.»

Dépister la polymédication

Dans la mesure où les maladies chroniques augmentent avec l'âge, le rôle des gériatres consiste aussi à dépister la polymédication. Au-delà de cinq molécules, il y a un risque accru d'effets indésirables, d'autant qu'ils peuvent se produire à des doses plus faibles que chez un individu plus jeune.

Selon la docteure Espolio Desbaillet, «c'est un problème fréquent! Nous analysons quels sont les incompatibilités et les effets secondaires, afin d'effectuer un tri. Nous prenons également en compte les attentes du patient, qui conduiront peut-être à privilégier un traitement plutôt qu'un autre.» Les conclusions sont transmises au médecin traitant, puisque la consultation de gériatrie ambulatoire intervient en deuxième ligne.

Selon leur parcours clinique, les patients peuvent être adressés à la consultation de gériatrie ambulatoire par leur médecin généraliste ou d'autres intervenants du réseau de santé. «Il arrive qu'une personne soit référée par un cardiologue ou un chirurgien avant une opération lourde, dans le but de le mettre en condition au préalable», indique la docteure Mariangela Gagliano.

Si le vieillissement démographique n'est pas récent, la gériatrie est pour sa part une jeune spécialité médicale, avec une trentaine d'années au compteur. A titre de comparaison, la pédiatrie est déjà centenaire. Pour la docteure Espolio Desbaillet, «la médecine gériatrique a tout pour se développer et prendre de l'importance dans le futur».

Yolanda Espolio Desbaillet, Mariangela Gagliano et Laure Poudens (de gauche à droite), les trois spécialistes actives à la consultation de gériatrie ambulatoire.

Les objectifs de l'oncogériatrie

L'incidence des cancers augmentant avec l'âge, l'oncogériatrie vise à adapter les soins oncologiques au patient senior. Cette discipline ne se conçoit qu'en combinant l'expertise de l'oncologue à celle du gériatre. Un questionnaire de screening permet à l'oncologue de définir quel patient doit avoir recours au gériatre. «Notre rôle est d'évaluer si les symptômes du patient sont en lien avec son cancer ou avec des vulnérabilités préexistantes liées à son âge», détaille la docteure Laure Poudens.

Après une évaluation gériatrique et oncogériatrique, «c'est la classification de Balducci qui nous permet d'orienter nos propositions thérapeutiques. L'avis du patient ou de son représentant thérapeutique est important à prendre en compte, sans oublier celle du médecin de famille.» C'est ensuite au tumorboard, où sont réunis les spécialistes du cancer, qu'un plan personnalisé de soins sera établi, puis discuté avec le patient.

«Nous examinons si une polychimiothérapie est bénéfique pour la personne âgée ou si, à l'inverse, elle altère trop sa qualité de vie. Une réhabilitation peut permettre d'optimiser l'état du patient avant un traitement ou durant les intercures», explique la docteure. «Dans le cas d'une personne fragile atteinte d'un cancer avancé, nous privilégions la mise en place de soins palliatifs. Quels que soient le stade du cancer et le profil du patient âgé, nous adaptons une prise en charge personnalisée et évolutive. Le credo de cette discipline étant 'primum no nocere'» (en premier, ne pas nuire).»



Inhaltsart
Bericht

Kanton
SG

Region
Ostschweiz (GL, AR, AI, SG,
GR, TG, FL)

Sendung
Regionaljournal Ostschweiz

Topic Dossiers
SR4 - Fürstenland
Toggenburg (Wil, Wattwil)
SR3 - Spital Linth (Uznach)
SR1 - KSSG, Rorschach,
Flawil
Spitalwesen Ostschweiz
Pflegepersonal

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

SG – Stellenabbau: «Es fühlt sich an wie ein Box in die Magengrube»

 Radio SRF 1 | 19.10.2023

Drei Wochen nach der Bekanntgabe, dass es bei den St. Galler Spitälern zu einem Stellenabbau kommt, wurden erste Kündigungen ausgesprochen. Dies sorgt beim Spitalpersonal für Wut, Verunsicherung und Protest. Wir haben mit Direktbetroffenen gesprochen.

 [Audio starten, Start: 01:03, Ende: 12:30](#)

SG – «Nun muss der Kanton handeln»

 St. Galler Tagblatt | 20.10.2023

Der Kanton soll die St.Galler Spitäler entlasten und die Immobilien wieder übernehmen: Das fordert die SP.

Regula Weik

Die St. Galler Spitäler sind eine riesige Baustelle. Finanziell und baulich. Das eine hängt auch mit dem anderen zusammen. Die Spitäler laufen finanziell am Limit. Die Tarife decken ihre Kosten nicht. Das ist bekannt und gilt schweizweit. Bei den St. Galler Spitälern kommen gewaltige Investitionen obendrauf – als Folge eines jahrelangen Baumoratoriums. Wenige Jahre, nachdem dieser Investitionsstopp aufgehoben worden war, wurden die Spitalimmobilien an die Spitalverbunde übertragen – «und damit auch die Verantwortung für das Aufholen des politisch gewollten Investitionsstaus», wie die St. Galler SP festhält. Diese massiven Investitionen sind denn auch in der Bilanz der Spitäler angekommen. Sie spüren diese deutlich. Die hohen Abschreibungen belasten die Rechnung – «wir müssen einen ordentlichen Ertrag erwirtschaften, um nicht in ein neues finanzielles Debakel hineinzulaufen», sagte Stefan Kuhn, Verwaltungsratspräsident der St. Galler Spitäler, im Interview mit dieser Zeitung. Er äusserte sich im Gespräch zur heftigen Kritik am Abbau von 440 Stellen und zu den Hintergründen.

In den Fallpauschalen sei zwar ein Basisbeitrag für die notwendigen Investitionen in die Infrastruktur enthalten. «Doch es herrscht breiter Konsens, dass dieser Anteil zu tief ist», so die SP in ihrer Medienmitteilung. Im Fall der St. Galler Spitäler, die einen jahrzehntelangen Nachholbedarf finanzieren müssten, sei er sogar «gravierend zu tief».

Es brauche jetzt die Bereitschaft des Kantons, seine Spitäler zu unterstützen und die öffentliche Gesundheitsversorgung langfristig zu sichern. «Der Kanton hat durchaus Handlungsspielraum.» Es sei unbestritten, dass die Spitäler finanziell am Limit liefen. Die Lösung könne aber nicht ein Stellenabbau mit ungewissen Folgen für die Versorgungssicherheit im Kanton sein.

Rückkehr zum früheren System

Aus Sicht der SP führt der «Königsweg» zurück zum System der Nutzungsentschädigung: «Der Kanton kommt wieder in den Besitz der Spitalliegenschaften und vermietet diese an die Spitalverbunde.» Der Kanton habe damit statt wackliger Darlehen wieder einen echten Wert. «Und er übernimmt die Verantwortung für die Immobilien und für die von der Politik erzwungene jahrelange Verweigerung der Erneuerung der Spitalinfrastruktur.» Damit würden die Spitalverbunde deutlich entlastet und könnten ihre Budgets wieder ins Lot bringen.

In einem aktuellen Vorstoss fragt die SP die Regierung, wie sie eine Rückübertragung der Spitalimmobilien an den Kanton beurteilt. Und sie nimmt darin auch das Thema der Vorhalteleistungen auf. Die öffentlichen Spitäler müssten die Notfall- und Grundversorgung sichern, Spitzen auffangen können und auch komplexe Fälle bei ungenügender Abgeltung behandeln. Die SP will nun von der Regierung wissen, ob sie bereit ist, die Abgeltung dieser Vorhalteleistungen zu überprüfen.

Protestaktion am Kantonsspital

Kommenden Montag findet am Kantonsspital St. Gallen eine Protestaktion gegen die Massenentlassung statt. Dazu aufgerufen haben Spitalmitarbeitende, breit unterstützt von Gewerkschaften und Personalverbänden. Es dürfe keine Entlassungen «auf Kosten der Gesundheit von Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten» geben. **(rw)**

Spitalinfektionen: «Pneumonieprävention ist Teamarbeit» - Interview

 Schweizerische Ärztzeitung | 19.10.2023

Lungenentzündungen sind bei Spitalpatientinnen und -patienten eine häufige Komplikation. Das Universitätsspital Zürich hat mit einem ganzen Bündel an Präventionsmassnahmen einen Erfolg erzielt. Aline Wolfensberger spricht im Interview über die Wirkung – und darüber, was bei der Umsetzung hilft.

Simon Koechlin

Frau Wolfensberger, laut Studien holt sich ungefähr eine Patientin oder ein Patient von hundert im Spital eine Lungenentzündung. Weshalb ist das Risiko so gross?

Lungenentzündungen sind – nach Wundinfektionen – die zweithäufigste spitalerworbene Infektion in Punktprävalenzerhebungen [1]. Es gibt zwei grosse Gruppen: Am stärksten gefährdet sind Menschen auf der Intensivstation, die intubiert wurden. Die Intubation und das Liegen des Tubus führen dazu, dass Erreger leichter in die Lunge gelangen.

Und die andere Gruppe?

Das sind alle anderen Spitalpatientinnen und -patienten. Bei ihnen gibt es verschiedene Risikofaktoren: Ältere Menschen sind gefährdeter. Ebenso Menschen, die zum Beispiel bettlägerig sind, ein vermindertes Bewusstsein oder Schluckstörungen haben.

Beim Verschlucken gelangen Erreger in die Lunge?

Ja, das ist die häufigste Infektionsart. Oft unbemerkt. Mikroaspirationen befördern Erreger aus dem Mund-Halsbereich in die Lunge. Schutzreflexe dagegen sind bei Menschen im Spital oft vermindert. Sie können nicht aufstehen, nicht tief durchatmen, nicht richtig husten und so wieder hinausschaffen, was sich in die Lunge verirrt.

Was sind die Folgen?

Das Spektrum der Lungenentzündungen reicht von milden bis zu schweren Verläufen, die einen Aufenthalt in der Intensivstation nötig machen oder gar zum Tod führen. 20 bis 30 Prozent der Leute mit einer spitalerworbenen Lungenentzündung sterben, an oder mit der Lungenentzündung.

Wie behandelt man die Pneumonien?

In der Regel verabreicht man Antibiotika, meist für ein paar Tage. Virale Formen von Pneumonien sind seltener.

In einer Studie [2] am Universitätsspital Zürich haben Sie untersucht, wie sich das Risiko für Pneumonien bei nicht beatmeten Patientinnen und Patienten (nvHAP) mindern lässt. Wie gingen Sie vor?

Im Zuge eines spitalweiten Projekts zur Reduktion von spitalerworbenen Infektionen, haben wir nach Guidelines zur Prävention von nvHAP gesucht, fanden aber praktisch nichts. Wir durchforsteten die

Literatur nach wirkungsvollen und umsetzbaren Massnahmen. So stellten wir ein Bündel von fünf Präventionsmassnahmen zusammen: regelmässige Mundpflege; Erkennen und Behandeln von Schluckschwierigkeiten; Mobilisierung; Absetzen nicht notwendiger Magensäureblocker; Atemtherapie.

Das Projekt lief auf neun chirurgischen und medizinischen Spitalkliniken. War das Problem überall gleich gross?

Nein. Es gibt Kliniken, in den nvHAP häufiger vorkommen als in anderen. Das hängt in erster Linie mit dem Patientengut zusammen. Liegen auf einer Klinik zum Beispiel viele ältere, polymorbide oder neurologisch beeinträchtigte Menschen, oder werden auf einer Klinik grosse Operationen durchgeführt, gibt es dort eher mehr Pneumonien.

Sie fanden einen deutlichen Rückgang der Pneumonien um 31 Prozent. Hatten Sie das erwartet?

Erhofft. Bei anderen spitalerworbenen Infektionen gibt es mehr Daten dazu, wie man sie verhindert. Von dort wusste man, dass solche Bündel-Massnahmen zu einer Reduktion von 30 bis 60 Prozent [3] führen können.

Sie haben für die Studie nicht nur die Wirkung der Massnahmen, sondern gleichzeitig auch die Implementierung untersucht. Weshalb?

Wir wollten wissen, ob und unter welchen Umständen die Umsetzung wie gut gelingt. Diese Information wollten wir den Leserinnen und Lesern der Publikation mitgeben, damit ähnliche Qualitätssicherungsprojekte leichter umgesetzt werden können.

Was fanden Sie?

Wir identifizierten vier Determinanten: Kliniken, die vorher schon mehr in nvHAP-Prävention investierten, hatten es in der Umsetzung einfacher. Ebenso half es, wenn die Mitarbeitenden der Klinik Lungenentzündungen als relevantes Risiko ihrer Patienten wahrnahmen. Die Implementierung gelang besser mit gut ausgewählten, motivierten, engagierten Persönlichkeiten, die ein Ansehen und einen guten Kontakt zum Team hatten. Und wir sahen, dass räumliche Aspekte wichtig sind.

Inwiefern?

Kürzere Wege vereinfachen die Umsetzung. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist essenziell. Manchmal ist es wie bei einem Pingpongspiel: Die Pflegerin screent den Patienten auf Schluckstörungen. Das Resultat kommt zur Ärztin, die eine Verordnung für eine genauere Abklärung macht. Diese wird vom Physiotherapeuten durchgeführt. Und so weiter.

Wie wichtig ist es, die Patientinnen und Patienten zu sensibilisieren?

Wir machten das für die Mundpflege bewusst, indem wir Aufkleber mit Zahnputzhinweisen für Badezimmer Spiegel zu Verfügung stellten. Ich glaube, hier besteht Potenzial, auch bei Angehörigen. Man könnte sie etwa ermuntern, beim Spitalbesuch eine Patientin oder einen Patienten mit auf einen Spaziergang zu nehmen, statt am Spitalbett zu bleiben. Mobilisation ist eine wichtige Präventionsmassnahme, nicht nur für Pneumonien.

Was ist Ihr wichtigster Rat an Spitäler, um Pneumonien zu vermeiden?

Sie sollten die Kliniken und Abteilungen identifizieren, in denen nvHAP häufig vorkommen – dort lohnt es sich zu investieren. Dann die Implementierung gut vorbereitet und zugeschnitten auf die Bedürfnisse der Klinik durchführen. Und den interprofessionellen Aspekt berücksichtigen: Pneumonieprävention ist Teamarbeit. Was hilft: Seit letztem Jahr gibt es nun Guidelines [4], an denen man sich orientieren kann. Sie empfehlen, Mundpflege, Mobilisation, Screening von Schluckstörungen und das Verhindern viraler, respiratorischer Infekte zu priorisieren.

Die Studie

Mit einem Bündel von Massnahmen (siehe Interview) gelang es im Universitätsspital Zürich, die Fälle von Lungenentzündungen bei nicht beatmeten Spitalpatientinnen und -patienten (nvHAP) um 31 Prozent zu senken. Das Team um Aline Wolfensberger, Lauren Clack und Hugo Sax beschreibt einen Rückgang der Infektionsrate von 1,42 Fällen auf 0,9 Fälle pro 1000 Patiententage. Erfolgsfaktoren für die Umsetzung waren Übereinstimmung der Intervention mit bestehenden Aktivitäten, die wahrgenommene Anfälligkeit der Patientinnen und Patienten für Pneumonien, die Persönlichkeit der involvierten Personen und die räumliche Nähe verschiedener Berufsgruppen.

PD Dr. med. Aline Wolfensberger ist Oberärztin meV und Privatdozentin an der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene im Universitätsspital Zürich. Zudem forscht sie am Institut für Implementation Science in Health Care an der Universität Zürich.

VD – Le CHUV veut étendre le télésuivi des patients après une opération

 ICT Journal | 18.10.2023

Le CHUV emploie une application pour poser des questions et ainsi suivre à distance les patients de certaines spécialités après leur hospitalisation. Convaincu des atouts du système, l'hôpital compte étendre son usage et envisage d'utiliser également des dispositifs connectés.

Rodolphe Koller

En 2021, le CHUV lançait CHUV@home, une application permettant de faire un suivi des patients à distance après une intervention en chirurgie viscérale. Depuis, l'application s'est étendue à sept autres spécialités et quelque 1800 personnes y ont déjà eu recours, explique l'établissement hospitalier qui compte développer encore son usage, notamment en pré-anesthésie.

L'application CHUV@home repose principalement sur des sondages ciblés conçus pour les différentes spécialités. Pendant environ une semaine après leur départ de l'hôpital, les patients répondent aux questions et renseignent par exemple leur température, leur douleur ou l'évolution d'une cicatrice. L'application permet aussi d'envoyer des photos – toutes les données étant transmises puis stockées de façon sécurisée, indique l'hôpital universitaire.

A partir de ces informations, l'application génère des alertes en cas de problème et l'équipe de cinq infirmières assurant le télésuivi se charge de contacter rapidement le patient ou le médecin responsable.

Détection précoce

Le suivi à distance permet notamment à son personnel soignant de réagir de façon précoce à d'éventuelles complications en organisant un rendez-vous avec le service approprié avant que le problème ne s'aggrave, ce qui évite également que le patient ne se rende aux urgences. «Par exemple, une personne qui ne supportait pas ses médicaments a pu recevoir rapidement une nouvelle ordonnance pour un traitement alternatif», explique l'infirmière Mme Accrombessi Adjaoute.

Contacté par la rédaction, François Décaillet, infirmier chef du projet CHUV@home, ajoute qu'avec l'application, les médecins sont aussi davantage rassurés et disposés à laisser un patient retourner à domicile. A la question de savoir si les patients peuvent refuser ce télésuivi, le responsable explique que le système n'est pas contraignant, tout en soulignant «qu'on insiste un peu plus dans certaines filières».

Dispositifs connectés

Si le télésuivi mis en place par le CHUV repose aujourd'hui sur les réponses données par les patients via l'appli, des projets existent d'exploiter des dispositifs connectés pour saisir des données directement sur les patients.

L'hôpital de Bâle a expérimenté récemment un système utilisant divers capteurs portatifs pour surveiller le rythme cardiaque et respiratoire des patients hospitalisés. Réalisé en collaboration avec Cisco et Leitwert, le proof-of-concept utilise les points d'accès existants de la téléphonie IP, tandis qu'une gateway permet aux appareils de recevoir via Bluetooth les données de santé produites par les capteurs d'un wearable. Pour l'établissement hospitalier, le système aurait l'avantage de permettre un suivi permanent plutôt que ponctuel et d'éviter au personnel soignant d'aller prendre ces mesures plusieurs fois par jour, parfois en ayant à réveiller le patient.

De tels dispositifs pourraient-ils servir au suivi des patients à domicile? François Décaillot indique que le CHUV y réfléchit, notamment pour les services de cardiologie. En France, les pouvoirs publics ont d'ailleurs expérimenté il y a quelques années l'emploi de balances connectées associées à des tablettes pour télésuivre un millier de patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Avec toutefois des résultats mitigés: le risque d'une première hospitalisation pour cette cause a été significativement réduit, mais pas le risque de décès.

ZH – Pilotprojekt an Zürcher Stadtspitälern gestartet

 Radio SRF 1 | 17.10.2023

Interkulturelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher sollen in den Gesundheitseinrichtungen der Stadt Zürich mithelfen, dass fremdsprachige Patientinnen und Patienten besser verstanden werden. Sie sollen aber mehr als nur übersetzen. Für den neuen Dienst hat das Parlament 2,4 Mio Franken bewilligt.

 [Audio starten, Start: 00:35, Ende: 03:15](#)

VS – Le Tribunal fédéral refuse des salles d'opération

 Le Nouvelliste | 20.10.2023**Jean-Yves Gabbud**

La décision est définitive. Le Tribunal fédéral donne raison à l'Etat du Valais dans le litige qui l'opposait à la société Clinique CIC. L'enjeu: l'ouverture de quatre salles de chirurgie ambulatoire dans la clinique de Collombey-Muraz.

Le canton a refusé que ces salles d'opération soient reconnues et soient de ce fait couvertes par l'assurance obligatoire des soins. Dans son arrêt daté du 20 septembre, le Tribunal fédéral approuve donc cette manière de faire.

L'arrêt du TF mentionne le fait que dans la région il y a «29 salles de chirurgie ambulatoire dans un rayon de 25 kilomètres», dans lequel se trouve notamment l'Hôpital Riviera-Chablais à Rennaz.

La densité se monte ainsi à 11,2 salles d'opération pour 100 000 habitants, contre 10,4 en moyenne valaisanne et 12,5 dans le canton de Vaud voisin. A titre de comparaison, cette densité n'est que de 8,4 à Fribourg.

Les juges fédéraux ont approuvé l'argumentation du Tribunal cantonal qui disait que le taux d'occupation des salles déjà disponibles dans la région s'élève à 76% (au premier semestre 2021), «ce qui démontre qu'il existe encore un potentiel d'augmentation du nombre d'interventions».

Pour limiter les coûts

Le conseiller d'Etat Mathias Reynard est satisfait de la décision du TF. «Elle confirme le fait que le Conseil d'Etat dispose de la compétence pour réguler les équipements lourds» dans le canton. Une manière «de limiter l'augmentation des coûts de la santé».

A chaque demande, une commission analyse les besoins. C'est ensuite sur cette base que le Conseil d'Etat décide. La construction de la clinique CIC de Collombey-Muraz s'est achevée en été 2021. Après quelques mois d'exploitation, elle a fermé ses portes le 27 mars 2023 et transféré ses activités à la clinique de Saxon.

Que va-t-il se passer maintenant? Clinique CIC ne le sait pas encore.

«La décision transmise ne va malheureusement pas dans le sens d'une exploitation de l'intégralité de nos salles d'opération. Nous prenons actuellement le temps d'étudier cette décision en détail quant à sa portée», indique Elise Raynal, directrice communication et expérience patient chez Clinique CIC Suisse.

Clinique CIC dispose actuellement de deux établissements en activité, l'un à Montreux et l'autre à Saxon. Depuis juillet 2022, Vivalto Santé, le troisième groupe d'hospitalisation privée en France, en est devenu son actionnaire majoritaire en acquérant 75% des actions.



La clinique CIC de Collombey-Muraz a ses portes fermées. clinique CIC (archives)

BS – USB: Basler Campus Gesundheit muss warten

 Basler Zeitung | 19.10.2023

300 Millionen teurer als geplant - Der Grosse Rat will nicht über das 1,7-Milliarden-Projekt beraten, ehe die Finanzierung gesichert ist.

Leif Simonsen

Die Vorzeichen haben sich geändert. Der geplante «Campus Gesundheit» des Unispitals Basel (USB) wird teurer als geplant. Statt der ursprünglich erwarteten 1,4 Milliarden Franken wird das Jahrzehnteprojekt gemäss neusten Schätzungen 1,7 Milliarden kosten. Grund ist unter anderem, dass die Inflation die Mitarbeiter- und Materialkosten in die Höhe steigen lässt.

Weil das Unispital diese Summe nicht aufbringen kann, will ihm der Regierungsrat unter die Arme greifen. Er will dem USB ein verzinsliches Darlehen von 300 Millionen Franken gewähren. Darüber muss der Grosse Rat erst noch beraten. Gestern Morgen hätte das Parlament nun über den - in puncto Baukosten obsoleten - Bebauungsplan des «Campus Gesundheit» debattieren sollen. Doch eine Pol-zu-Pol-Allianz von Grünen, SP und SVP war der Meinung, dass dieser Plan nicht genehmigt werden könne, ehe die Finanzierung gesichert sei.

Grossrätin Fleur Weibel (Grüne) sagte: «Es gibt viele Bedenken. Können die umfangreichen Bauinvestitionen gestemmt werden? Welche Auswirkungen hat der Gewinnmaximierungsdruck auf den Betrieb des Spitals?» Solche Fragen müssten geklärt werden. Der Regierungsrat stellte sich gegen den Verschiebungsantrag. Gesundheitsdirektor Lukas Engelberger (Mitte) sagte, dadurch würde nur Zeit verloren gehen, ohne dass etwas gewonnen wäre. «Es ist höchst unwahrscheinlich, dass man bei diesem Projekt auf neue Konzepte kommt. Man kann den Entscheid vertagen, aber ersparen kann man ihn sich nicht.» Man verliere nur wertvolle Zeit.

Trotz der mahnenden Worte entschied der Grosse Rat letztlich deutlich (mit 60:32 Stimmen), das Traktandum «Campus Gesundheit» abzusetzen. Die Debatte zum Bebauungsplan soll erst geführt werden, wenn das 300-Millionen-Darlehen an das Unispital abgesegnet ist. Dass das Parlament dieses Darlehen gewähren wird, scheint sicher. LDP-Gesundheitspolitiker Raoul Furlano sagte gegenüber der BaZ, dass es wohl alternativlos sei - und er davon ausgehe, dass die meisten Fraktionen dafür stimmen würden.

Fehlt der Anreiz zum Sparen?

Furlano mahnte die Regierung aber an, Klartext zu sprechen. «Seien wir ehrlich: Das Unispital wird nicht in der Lage sein, dieses Geld zurückzubezahlen», sagte er. Man müsse es als eine Art Nachtragskredit betrachten. «Und es wird nicht der letzte sein.»

Nicht einmal die Vereinigung der Basler Privatspitäler opponiert grundsätzlich gegen das 300-Millionen-Darlehen. In einer Medienmitteilung schreibt sie lediglich, dass der Anreiz zum Sparen fehle. Dies, da das Unispital auf eine Rückzahlung verzichten könne, sollte es in eine finanzielle Schieflage geraten.

«Wenn Kantone ihre eigenen Spitäler zunehmend mittels Sonderkrediten finanzieren, werden die Rahmenbedingungen sehr unfair.» Statt sich grundsätzlich gegen eine staatliche Unterstützung von Spitälern zu wehren, fordert die Vereinigung aber, dass der Kanton auch den Privatspitälern «bei zukünftigen grossen Bauvorhaben» unter die Arme greifen solle.

Der politische Widerstand gegen die Spitalsubventionen: Er scheint gebrochen.

SPITÄLER

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

SG – KSSG: «Wir müssen intelligenter arbeiten» - Interview

 St. Galler Tagblatt | 19.10.2023

Stefan Kuhn, Verwaltungsratspräsident der St.Galler Spitäler, zur Kritik an der Massenentlassung, zu Hintergründen und Fehlern.

Regula Weik

Sie sind derzeit der wohl am meisten kritisierte Verwaltungsratspräsident. Wie leben Sie damit?

Stefan Kuhn: Ich habe gelernt, mit Kritik umzugehen. Zudem erhielten wir auch positive Rückmeldungen aus der ganzen Deutschschweiz – dafür, dass wir etwas gegen die schwierige Situation der Spitäler unternehmen.

Verstehen Sie, dass die Volksseele und jene des Spitalpersonals kocht?

Ich verstehe das. Aber wir waren aufgrund der Halbjahreszahlen gezwungen, zu reagieren. Wir haben ein Defizit von über 50 Millionen Franken. Der Jahresabschluss wird nicht gut sein.

Und deshalb müssen gleich 440 Stellen weg?

Es war ein schwieriger Prozess. Solch ein Entscheid ist gut überlegt. Und ja, der Schritt ist nötig. Wir hatten bereits 2022 Massnahmen eingeleitet, um das Ergebnis der Spitäler zu verbessern. Doch das reichte nicht.

Kein anderes Schweizer Spital baut Stellen ab. Weshalb geht es den St. Galler Spitälern derart schlecht?

Andere Spitäler streichen auch Stellen, schliessen Abteilungen, sie kommunizieren es einfach nicht so offensiv und ehrlich wie wir.

Eine Massenentlassung gibt es nirgendwo sonst.

Wir sind gezwungen, den Personalbestand den tatsächlichen Patientenfrequenzen anzupassen und Sachkosten zu senken. St. Gallen hatte zudem jahrelang ein Baumatorium. Als Folge davon stehen massive Investitionen an – und hohe Abschreibungen. Diese belasten die Rechnung. Wir müssen einen ordentlichen Ertrag erwirtschaften, um nicht in ein neues finanzielles Debakel hineinzulaufen.

Tatsächliche Frequenzen? Laufen den St. Galler Spitälern die Patienten davon?

Nein, das nicht. Deren Zahl ist ziemlich konstant. Aber es wurden zu positive Annahmen getroffen, wie sich die Patientenzahlen entwickeln würden.

Da wurden in der Vergangenheit Fehler gemacht?

Ich will nicht allfällige Fehler früherer Verantwortlicher ausbreiten. Es geht jetzt darum, aus der schwierigen Situation herauszufinden und die Spitäler zu gesunden. Hinzu kommt die generelle Entwicklung hin zu ambulanten Behandlungen. Damit verdienen wir weniger Geld als mit stationären.

Lief es den St. Galler Spitälern schlecht, eilte ihnen der Staat zu Hilfe. Haben sie nie richtig geschäftig gelernt?

Es mag sein, dass man deshalb langsamer reagiert hat. Nun aber spüren wir den Druck der Politik und des Kantons. Haben wir erst einmal unsere Hausaufgaben gemacht, können wir aus einer stärkeren Position und fordernder in Verhandlungen einsteigen, sei es mit Krankenkassen oder bei Leistungsaufträgen mit der Regierung.

Das Stimmvolk half im Frühsommer den Spitälern mit 160 Millionen zur Sanierung ihrer Finanzen. Nun dieser Stellenabbau. Haben Sie die Steuerzahlenden verschaukelt?

Definitiv nicht. Das Geld war für die Erhöhung des Eigenkapitals beziehungsweise die Ausfinanzierung der Spitäler nötig. Das hat nichts mit der aktuellen Situation, der Belastung durch die Abschreibungen, zu tun.

Sie wollen beim Pflegepersonal und den Ärztinnen und Ärzten abbauen. Das versteht absolut niemand. Erklären Sie es uns?

Wir streichen vor allem in den Supportbereichen und der Verwaltung Stellen. Zur Pflege: Wer Pflege hört, denkt an die Pflege am Bett. Pflege ist vielschichtig: Pflegeadministration Pflegeentwicklung, Aus- und Eintrittsmanagement und so weiter. Primär geschieht der Abbau in der Pflege bei diesem Überbau.

Wie viel machen diese Organisations- und Entwicklungsbereiche im gesamten Pflegebereich aus?

Rund zehn Prozent.

Bei der Pflege am Bett wird nicht abgebaut?

Wenig.

Ist das eine reine Schutzbehauptung?

Nein, dem ist so. Da können Sie uns beim Wort nehmen. Auch bei den Ärztinnen und Ärzten werden es wenige Stellen sein.

Verschlechtert sich die Qualität der Pflege?

Patientinnen und Patienten erhalten künftig gleich viel Pflege wie heute. Die Zeit, die Pflegenden am Bett des Patienten verbringen, darf und wird nicht einbrechen.

Bereits heute fehlen Fachkräfte. Muss das wenige Personal nun noch schneller arbeiten?

Es geht nicht darum, schneller zu arbeiten, aber «intelligenter». Das ist heikel, ich weiss, und wird nicht gerne gehört. Verwaltungsrat und Geschäftsleitungen sind sich einig: Wir haben eine gewisse Ineffizienz im System.

Das müssen Sie erklären.

Gewisse, vermeintlich gute Prozesse, die seit Jahren gleich ablaufen, sollen hinterfragt werden. So wie dies in anderen Branchen auch geschieht. Und die Spitäler müssen mittelfristig endlich digitaler werden: Doppelte Erfassungen, redundante Datenbearbeitung von Hand müssen wegfallen.

260 Mitarbeitende werden alleine am Kantonsspital abgebaut. Wann hat das Personal Klarheit, welche Stellen gestrichen werden?

Ende Monat. Es fanden bereits zahlreiche Gespräche statt, auch darüber, wo ein Abbau über Fluktuationen erfolgen kann und wo es Kündigungen geben wird.

Wie viele Kündigungen werden es sein?

Am Kantonsspital rechnen wir damit, 20 bis 25 Prozent der Stellen über Fluktuationen abbauen zu können, in Grabs werden es bis zu 50 Prozent sein.

Weshalb dieser Unterschied?

An den Spitälern Altstätten und Grabs werden jetzt 80 Stellen abgebaut, weitere 45 dann 2027, wenn Altstätten geschlossen wird.

Ende Oktober weiss also jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter, ob sie weiterarbeiten kann oder ob ihm gekündigt wird?

Am Kantonsspital kann es sich bis in den November hineinziehen. An den Standorten Wil, Uznach, Altstätten und Grabs haben Ende Oktober alle Mitarbeitenden Gewissheit.

Die Stations- und Fachleitungen Pflege des Kantonsspitals fordern in einem offenen Brief einen Stopp der Sparmassnahmen. Prüfen Sie das?

Wir haben Verständnis für den offenen Brief. Ein Stopp ist aber keine Option. Wir dürfen nicht vergessen: 95 Prozent der Mitarbeitenden bleiben. Wir brauchen sie, heute und auch in Zukunft. Dafür benötigen die Spitäler eine gute Finanzbasis. 60 Prozent des Aufwands sind Personalkosten. Mit den 5 Prozent der Mitarbeitenden, von denen wir uns trennen, wollen wir achtsam umgehen. Wir sind mit der Personalkommission und den Sozialpartnern im Austausch.

Sie haben das Personal gebeten, die Spitalleitung mit Ideen für Einsparungen zu unterstützen. Wissen Sie selber nicht, wo gespart werden kann?

Meine Erfahrung als Unternehmer ist: In solchen Situationen werden viele Mitarbeitende kreativ und sind offen, bestehende Prozesse zu hinterfragen: Was kann besser, was einfacher, was fehlerfreier gelöst werden. Dies wünsche ich mir auch von den Spitalmitarbeitenden.

Sie wollen auch beim Sachaufwand sparen: Wird der Verband nun noch alle drei Tage gewechselt? Werden Patientenzimmer im Winter nicht mehr beheizt?

Sicher nicht! Aber künftig wird beispielsweise das Kantonsspital zentral für alle Standorte den Einkauf tätigen. Bis anhin kaufte jedes Spital selber ein. Und es gibt eine Sortimentsbereinigung.

Sparpotenzial birgt auch die Fusion der vier Spitalverbunde, weniger Verwaltungsräte, weniger Geschäftsleitungen. Wann ist es so weit?

Das Kantonsparlament wird die Vorlage nächstes Jahr beraten, auf 2025 soll die neue Organisation in Kraft treten – aus vier wird ein Spitalverbund mit einer Geschäftsleitung und einem Verwaltungsrat.

Die St. Galler Spitäler beschäftigen rund 9000 Mitarbeitende. Beschädigen Sie mit diesem Abbau nicht den Ruf eines der wichtigsten Arbeitgeber in der Ostschweiz?

Das glaube ich nicht. Wir sind weiterhin ein verlässlicher und attraktiver Arbeitgeber. Ein Beispiel: Die Pensionskassenleistungen sind überdurchschnittlich, sie sind nicht paritätisch finanziert wie in andern Branchen, der Kanton zahlt mehr als der Arbeitnehmer.

Sie bauen Personal ab, können weniger Betten betreiben: Wie soll diese Rechnung aufgehen?

Wir wollen nicht mehr Betten betreiben. Wir wollen sie wirtschaftlicher betreiben, sprich besser auslasten.

Heute stehen zu viele Betten einen halben oder einen ganzen Tag leer?

Exakt. Solche Lücken wollen wir künftig vermeiden.

Kann es künftig passieren, dass es kein freies Bett mehr gibt?

Nein. Es wird immer freie Betten geben für Notfälle und Unfälle. Dazu sind wir verpflichtet. Wir werden nie ein gleich dichtes Bettenmanagement betreiben können wie eine Privatklinik, die nur Wahleingriffe vornimmt.

Den Privatkliniken wurde kürzlich vorgeworfen, sich um die Ausbildung von Assistenzärzten zu foutieren. Sparen Sie da nun auch?

Die Ausbildung zu schröpfen, wäre am falschen Ort gespart. Es werden keine Ausbildungsstellen gestrichen. Wir sind ein wesentlich grösserer Ausbilder als die Privatkliniken, derzeit beschäftigen wir 370

Assistenzärzte. Einen Obolus muss der Aus- und Weiterbildungsbereich leisten – bei Organisationsaufgaben ähnlich der Pflege.

Wann werden die Spitäler finanziell stabil sein?

Unser Ziel ist eine schwarze Null bis 2027. Das fordert auch die Regierung. Das müssen wir erreichen. Wir müssen unsere Abschreibungen selber verdienen können.

Sie sind seit Frühling Verwaltungsratspräsident. Gab es einen Moment, in dem Sie daran dachten, Ihr Amt niederzulegen?

Als ich 2021 in den VR gewählt wurde, war die Standardreaktion vieler: «Lieber du als ich.» Ich habe es nie bereut, auch nicht die Zusage fürs Präsidium. Aber ich gebe gerne zu: Die Situation ist zeitweilig belastend.

Zur Person

Der St. Gallener Stefan Kuhn führte viele Jahre das Familienunternehmen K+D AG. 2019 verkaufte er das Stammhaus, den Bereich Pharmaverpackungen, behielt aber die K+D Immo AG sowie die K+D Valueinvest AG. Er engagiert sich für «Cargo sous terrain», ist Mitglied des Universitätsrats und seit Frühling Präsident des Spitalverwaltungsrats. Der 59-jährige Familienvater erholt sich beim Lesen, Schwimmen, Skifahren. (rw)

Spital-Präsident sagt, wo gespart wird

Seitenzahl

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Mitarbeitende und Bevölkerung haben mit Empörung und Unverständnis auf den geplanten Abbau von 440 Stellen an den St. Galler Spitälern reagiert. Stefan Kuhn, Präsident des Spitalverwaltungsrats, nimmt im Interview Stellung zur Kritik und erklärt die Hintergründe. Verwaltungsrat und Geschäftsleitungen hätten «eine gewisse Ineffizienz im System» festgestellt. «Gewisse, vermeintlich gute Prozesse, die seit Jahren gleich ablaufen, sollen hinterfragt werden», sagt Kuhn. So wie dies in anderen Branchen auch geschehe. Und die Spitäler müssten mittelfristig endlich digitaler werden. Auf die Frage, wie gross der angekündigte Abbau bei der Pflege sein wird, antwortet Kuhn: «Bei der Pflege am Bett wird wenig abgebaut.» Auch bei den Ärztinnen und Ärzten würden es wenige Stellen sein. (rw)

SG – St. Galler Spitäler sollen unabhängiger werden

 Südostschweiz Glarner Nachrichten | 21.10.2023

Gesundheitsversorgung - Die vier St. Galler Spitalverbunde sollen zu einem fusionieren und mehr unternehmerischen Spielraum bekommen. Die St. Galler Regierung hat die entsprechenden Anpassungen des Gesetzes über die Spitalverbunde verabschiedet. Bevor das Gesetz voraussichtlich Anfang 2025 in Kraft treten kann, wird noch der Kantonsrat über dieses beraten.

Die gesetzlichen Anpassungen seien notwendig, um auf die Defizite der St. Galler Spitäler reagieren zu können. Dies schrieb das St. Galler Gesundheitsdepartement am Freitagmorgen in einer Mitteilung. Der Gesetzesentwurf sieht unter anderem vor, dass der Verwaltungsrat des neuen Verbunds mehr Kompetenzen für die Festlegung von Standorten der Spitäler sowie der Gesundheits- und Notfallzentren erhalten soll.

Durch die Fusion der vier Spitalregionen mit Spitälern in St. Gallen, Grabs, Altstätten, Uznach und Wil hofft die St. Galler Regierung, jährlich 7 bis 14 Millionen Franken zu sparen. Die Reorganisation sei wichtig für die finanzielle Gesundheit der Spitäler. Diese schrieben im vergangenen Jahr Verluste von total rund 53 Millionen Franken. Ende September hatten die St. Galler Spitalverbunde bekannt gegeben, dass in den kommenden fünf Jahren rund 440 Stellen abgebaut werden sollen. **(sda)**

Erster Winter nach der Pandemie: Das neue Coronavirus braucht keine Sonderbehandlung mehr - Kommentar

 [nzz.ch](https://www.nzz.ch) | 21.10.2023

Das einstige Pandemievirus hat sich eingereiht in die lange Liste der respiratorischen Krankheitserreger. Wie wir uns vor ihnen schützen, ist eine Frage der Selbstverantwortung.

Alan Niederer

Kaum ist die Sommerhitze vorbei, macht Corona wieder von sich reden. Erneut diskutieren wir über neue Virusvarianten, steigende Fallzahlen, angepasste Impfstoffe und die behördlichen Empfehlungen, wer sich im Herbst gegen Sars-CoV-2 impfen lassen soll. Daran ist nichts falsch. Das immer noch grosse Interesse am Thema dürfte eine Art Nachwirkung sein. Denn die Pandemie war ein Schock. Ein Jahrhundertereignis, das uns schmerzhaft gezeigt hat, was es bedeutet, einem Virus hilf- und schutzlos ausgeliefert zu sein.

Diese Zeit ist vorbei. Schon länger. So hat die Weltgesundheitsorganisation bereits Anfang Mai die Pandemie für beendet erklärt. Ein Jahr vorher hat die Schweiz ihre «besondere Lage» – und damit die Isolationspflicht für infizierte Personen und die Maskenpflicht im öffentlichen Verkehr und in Gesundheitseinrichtungen – aufgehoben. Das alles sind starke Zeichen dafür, dass die Gefahr gebannt ist und wir unser altes Leben zurückhaben.

Diese Einschätzung basiert auf einer wichtigen Entwicklung in unserem Körper: So ist unsere Immunität heute so gut, dass aus dem einst gefährlichen Pandemievirus ein gewöhnlicher Krankheitserreger geworden ist. Damit hat sich Sars-CoV-2 in die lange Liste von Viren eingereiht, die mehr oder weniger saisonal in der Bevölkerung zirkulieren und im Ansteckungsfall eine mehr oder weniger starke Atemwegserkrankung auslösen. Auf dieser Liste stehen auch Influenzaviren, Rhinoviren, andere Coronaviren, Adenoviren, RS-Viren, um nur ein paar häufige zu nennen.

Diese Vielzahl an respiratorischen Erregern macht deutlich, dass eine Fokussierung auf das einst neue Coronavirus nicht mehr gerechtfertigt ist. Der Erreger braucht keine Sonderbehandlung mehr. Auch keine «kostenlosen» Corona-Tests, wie sie die Stadt Zürich ihrer Bevölkerung offeriert. Für den Einzelnen mögen die Tests kostenlos sein, jemand muss sie aber bezahlen. Wichtiger als symbolische Einzelmassnahmen gegen einen alten Feind ist die Vermittlung von etablierten Schutz- und Verhaltensmassnahmen gegen alle Auslöser von Atemwegserkrankungen.

Dies muss aber mit Augenmass erfolgen. Übertreiben es die Gesundheitsbehörden mit ihren Vorsichtsmassnahmen und propagieren eine Null-Risiko-Kultur, dann lösen sie in breiten Bevölkerungskreisen zu Recht Abwehrreflexe aus – gegen die Medizin und die Behörden. In diesem Bereich leistet die Schweiz gute Arbeit. Anders als in den USA, die den Corona-Impf-Booster mit der Giesskanne über die Bevölkerung ausbringen, wird er hierzulande – genauso wie die Grippeimpfung – vor allem Personen mit erhöhtem Risiko für eine schwere Erkrankung ans Herz gelegt. Dieser Grundsatz dürfte auch bei der Impfung gegen RS-Viren zur Anwendung kommen, der wahrscheinlich nächsten Schutzimpfung, die in der Schweiz zugelassen wird.

Wer die Risikopersonen sind, die am meisten von einer Impfung gegen respiratorische Viren profitieren, haben wir in der Pandemie intensiv diskutiert. Neben Personen mit schweren vorbestehenden Krankheiten

sind das vor allem ältere Menschen. Wann aber ist man alt und sollte sich impfen lassen? Dass es auf diese einfache Frage in Bezug auf den Corona-Booster keine eindeutige Antwort gibt – in der Schweiz gehört man offiziell ab 65 Jahren in diese Gruppe, in Deutschland schon fünf Jahre früher –, macht deutlich, dass Medizin keine exakte Wissenschaft ist.

Wir sollten uns deshalb von der in der Pandemie genährten Illusion verabschieden, Experten und Behörden könnten alle unsere Fragen auf die dritte Stelle nach dem Komma beantworten. Es ist Zeit, wieder mehr Selbstverantwortung für Gesundheitsfragen zu übernehmen. Das gilt nicht nur für die Impffrage, sondern auch für Fragen wie: Wie lange soll ich bei einer Erkältung zu Hause bleiben? Soll ich mich noch auf das Coronavirus testen lassen? Und wann und wo ist es allenfalls angebracht, eine Maske zu tragen? Wer bei solchen Fragen unsicher oder besorgt ist, sollte nicht bei den Behörden nach Antworten suchen, sondern seine persönliche Situation mit dem eigenen Arzt besprechen.

Personalisierte Medizin: «Das enorme Potenzial klug nutzen» - Interview

 Schweizerische Ärztzeitung | 19.10.2023

Sie ist eine Hoffnungsträgerin: Dank der personalisierten Medizin soll das Individuum im Zentrum der Behandlungen stehen. Der Pädiater Urs Frey, Leiter des Swiss Personalized Health Network, gibt einen Überblick, was personalisierte Medizin genau ist und wie sie in Zukunft aussehen wird.

Adrian Ritter

Urs Frey, für personalisierte Medizin und Präzisionsmedizin gibt es keine allgemeingültigen Definitionen. Wie verwenden Sie diese Begriffe?

Früher fanden Behandlungen nach dem Prinzip «one size fits all» statt: Alle Patientinnen und Patienten mit einer bestimmten Krankheit erhalten dieselbe Therapie. Seit etwa 30 Jahren kann die Forschung zunehmend zeigen, dass dies nicht die beste Lösung ist. Menschen reagieren oft unterschiedlich auf dieselbe Behandlung. So entstand die stratifizierte Medizin. Dabei versucht man, Menschen mit derselben Erkrankung aufgrund gewisser Biomarker oder etwa des genetischen Profils in Untergruppen zu gliedern – und entsprechend unterschiedlich zu behandeln. Ich nenne dies die erste Stufe von Präzisionsmedizin.

Die zweite Stufe wäre dann die individuell unterschiedliche Behandlung – also personalisierte Medizin?

Genau. Bisher ist dies erst bei wenigen Krankheiten möglich. Die Onkologie ist dabei Vorreiterin. Dank neuen und genaueren Biomarkern geht die Entwicklung auch in anderen Medizinbereichen in Richtung individualisierte Therapie. Klar ist: Wir behandeln Patientinnen und Patienten heute nicht mehr gemäss dem Prinzip «one size fits all». Die stratifizierte Medizin ist heute zunehmend Standard. Jede Untergruppe erhält eine Therapie gemäss ihren spezifischen Eigenschaften.

Aber das Ziel ist, in Zukunft jeden Menschen personalisiert zu behandeln?

Die Vision ist, dies bei möglichst vielen Krankheiten tun zu können. Wobei es auch Erkrankungen gibt, bei denen es nicht nötig ist – weil die stratifizierte Medizin schon gute Resultate bringt. Dort, wo eine individuell angepasste Behandlung nötig ist, gibt es schon beachtliche Erfolge. Ein eindrückliches Beispiel ist für mich als Pädiater die zystische Fibrose. Früher verstarben Kinder mit dieser Diagnose oft sehr jung. Kann der Gendefekt identifiziert werden, verfügen wir heute über individuell daran angepasste Therapien. Entsprechend können diese Kinder ein fast normales Leben führen. Andere Krankheiten sind in ihrer Pathogenese viel komplexer – etwa hinsichtlich Genetik und Epigenetik. Entsprechend wird es wahrscheinlich noch lange dauern, bis wir hier individualisierte Behandlungen anbieten können. Aber ich habe grosse Hoffnungen, dass wir dank Fortschritten in der Forschung in den nächsten 30 Jahren Krankheiten immer spezifischer behandeln werden können.

Wenn in Zukunft das Individuum in der Medizin im Zentrum stehen soll: Braucht es die stratifizierte Medizin dann noch – beispielsweise die Gendermedizin?

Das Geschlecht ist in der personalisierten Medizin ein wichtiger Faktor neben anderen. Der Forschungsbedarf ist dabei noch gross, denn zu lange wurden Geschlechtsunterschiede vernachlässigt.

Insofern braucht es die Gendermedizin auch weiterhin, nur schon zur Klärung der noch offenen Fragen. Auch andere Kriterien für Untergruppen werden in der individualisierten Betrachtung weiterhin eine zentrale Rolle spielen – etwa das Alter.

Insgesamt: Welche Vorteile hat die personalisierte Medizin?

Mit den zukünftigen Fortschritten unter anderem in der Genetik und anderen Omics-Bereichen werden wir Krankheiten und ihre Entstehung noch besser verstehen. Dadurch können wir sie erstens vermehrt präventiv verhindern – beispielsweise durch die Anpassung der Ernährung bei einem erhöhten Risiko für gewisse Stoffwechselkrankheiten. Zweitens wird die Diagnostik genauer sein, sodass sich Krankheiten frühzeitig erkennen und damit auch früher behandeln lassen – was immer mit einem besseren Outcome verbunden ist. Drittens werden Therapien spezifischer und wirksamer sein. Entsprechend haben sie auch weniger Nebenwirkungen und unnötige Behandlungen lassen sich besser vermeiden. Und viertens wird die Prognostik und das Monitoring von Krankheiten einfacher werden. Das Potenzial der stratifizierten und personalisierten Medizin ist enorm. Es lässt sich heute noch gar nicht abschätzen, was alles möglich sein wird.

Welche Fortschritte muss die Forschung machen, damit die erwähnten Vorteile möglich werden?

Es gilt noch viele offene Fragen zu klären. Wir wissen heute schon viel über einzelne Faktoren im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Aber wir verstehen ihre Wechselwirkungen noch zu wenig – wie also Aspekte wie Genetik, Stoffwechsel, Umwelt und andere zusammenhängen. Aber die Forschung macht grosse Fortschritte. Nur ein Beispiel: Wir können heute anhand der Atemluft von Kindern mit Epilepsie messen, wie gut ihre Medikamente wirken. Und solche Fortschritte finden in vielen Bereichen statt. Was die personalisierte Medizin noch alles ermöglichen wird, ist aber nicht nur von der weiteren technologischen Entwicklung abhängig, sondern auch von Kosten-Nutzen-Abwägungen.

Die personalisierte Medizin könnte zu einer Kostenexplosion führen?

Neue Technologien der Diagnostik und Therapie sind zum Teil teuer. Deshalb müssen wir dafür sorgen, dass sie möglichst sinnvoll eingesetzt werden. Bei unnötigen Untersuchungen besteht die Gefahr von Kostensteigerungen. Ein kluger Einsatz der personalisierten Medizin ist gefragt. Wir müssen die spezifischeren Therapien so nutzen können, dass die Kosten sogar sinken, weil unnötige Behandlungen wegfallen, Nebenwirkungen verhindert werden können und wir schneller zum Ziel kommen.

Inwiefern muss sich das Gesundheitswesen der Entwicklung in Richtung personalisierte Medizin anpassen?

Es braucht keinen grundsätzlichen Systemwechsel. Schon heute finden die nötigen Diskussionen statt, wie etwa mit neuen, teuren Behandlungen umzugehen ist. Wir brauchen neue Wirkungsnachweise für Therapien. Ein sinnvoller Trend dabei sind zum Beispiel PROMs – also die standardisierte Messung des Outcomes durch die Patientinnen und Patienten.

Wie wichtig sind Daten? Ist Datenmedizin gleichbedeutend mit personalisierter Medizin?

Ein grosser Teil der personalisierten Medizin beruht auf Daten. Für ein umfassendes Bild des Menschen braucht man eine gute Datengrundlage. Forschung im Sinne der personalisierten Medizin benötigt grosse Patientenpopulationen, was wiederum multizentrische Studien bedingt, insbesondere bei seltenen Krankheiten. Daten sind Mittel zum Zweck. Insofern ist Datenmedizin die Operationalisierung der personalisierten Medizin. Dies bedingt eine gute Dateninfrastruktur, was bisher in der Schweiz nicht gegeben war. Mit dem Swiss Personalized Health Network konnten wir in den vergangenen sechs Jahren grosse Fortschritte erzielen – in einem ersten Schritt bei der Vernetzung und dem Datenaustausch zwischen Universitätsspitalern. Später werden weitere Spitäler und vielleicht sogar Arztpraxen ins Datennetzwerk mit eingebunden werden.

Artikelserie Personalisierte Medizin

Dieses Interview ist Teil einer Artikelserie zur Personalisierten Medizin. Darin werden wir einen Blick in die Medizingeschichte werfen, Patientinnen und Patienten zu Wort kommen lassen, Innovationen beleuchten und die bisherigen Erfolge des Swiss Personalized Health Network vorstellen.

Ist die personalisierte Medizin eine «ganzheitlichere Medizin», indem sie möglichst alle Aspekte eines Menschen umfasst?

Personalisierte Medizin ist systemisch, indem sie ein möglichst ganzheitliches Bild des Menschen zu erstellen versucht. Dabei gilt es unter anderem psychische und soziale Faktoren mit zu berücksichtigen. Auch in der Zeit von «one size fits all» haben Ärztinnen und Ärzte den Menschen in seinem Gesamtzusammenhang zu sehen versucht – einfach ohne viele Biomarker. Insofern war eine «ganzheitliche» Medizin schon immer möglich.

Besteht vor lauter Technologien und Biomarkern heute eher die Gefahr eines zu technokratischen Blicks auf den Menschen?

Meiner Erfahrung nach ist das nicht der Fall. Im Gegenteil: Neue Technologien ermöglichen es, die Situation eines Menschen präziser zu erfassen. So kann man auch individueller auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten eingehen. Wenn man beispielsweise anhand von Biomarkern voraussehen kann, ob jemand auf eine Therapie ansprechen wird, ist es einfacher, die Person davon zu überzeugen, die entsprechenden Medikamente auch einzunehmen.

Ein grosser Teil der personalisierten Medizin beruht auf Daten. Wie ändert sich die Rolle des Arztes, der Ärztin mit der personalisierten Medizin?

Es wird Veränderungen geben, wobei diese heute schon stattfinden. Die Rolle von Arzt, Ärztin, Pflegenden und anderen medizinischen Fachpersonen als Wissensträger wird abgelöst von der Rolle als Fachperson, die gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten das verfügbare Wissen im Kontext einer Behandlung einordnen kann. Die Information und der Dialog werden noch wichtiger werden. Denn es gilt, Fragen rechtlicher, ökonomischer und gesellschaftlicher Art zu berücksichtigen: Wie gehen wir mit der immer grösseren Datenmenge um? Welche Diagnostik und Behandlung ist nötig, sinnvoll und kosteneffizient? Diese auch ethisch herausfordernden Fragen bedingen ein Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Patient. Insofern werden medizinische Fachpersonen nie durch Technik ersetzt werden können.

Sind die Ärztinnen und Ärzte auf die veränderte Rolle vorbereitet?

Immer besser. Im Medizinstudium und in der Weiterbildung finden entsprechende Themen wie der Umgang mit Daten, Künstlicher Intelligenz sowie ethische und rechtliche Fragen der personalisierten Medizin zunehmend Platz.

Welche ethischen Fragen stellen sich?

Einer der wichtigsten Aspekte ist die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten. Dabei ist etwa das Recht auf Wissen und Nicht-Wissen zentral – zum Beispiel im Zusammenhang mit Diagnostik und Screenings. Es muss auch sichergestellt sein, dass es nicht zu Diskriminierungen etwa aufgrund von festgestellten Risiken für Krankheiten kommt. Bezüglich solcher Fragen und auch hinsichtlich des Datenschutzes haben wir bereits gute gesetzliche Grundlagen. Ein vermehrtes gesellschaftliches Umdenken braucht es meines Erachtens bezüglich der Solidarität. Wenn wir – natürlich unter Beachtung des Datenschutzes – unsere Daten der Wissenschaft zur Verfügung stellen, können wir die Medizin insgesamt voranbringen. Ich hoffe, dass in Zukunft noch mehr Personen dazu bereit sind.

Stichwort Diagnostik: Werden genetische und Omics-Massenscreenings in Zukunft zum Standard werden?

Breit alles zu screenen, was machbar ist, ist nicht sinnvoll. Es gilt auch hier, Nutzen und Aufwand abzuwägen und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Wir sollten bei der

Diagnostik gezielt und hypothesengetrieben vorgehen. Einerseits aus Gründen der beschränkten Ressourcen und der Kosten. Und andererseits, um nicht Schaden anzurichten, etwa durch falsch-positive und falsch-negative Diagnosen.

Wie wichtig ist die Datensammlung durch Patientinnen und Patienten?

Wichtig ist, dass dies in einem medizinischen Kontext geschieht – also etwa Telemedizin vom Spital oder vom Hausarzt aus. Die reine «consumer diagnostic», dass also jede Person mit Smart Watches viele Daten über sich erhebt, ist wenig zielführend. Unstrukturiert erhobene Daten sind schwierig zu interpretieren. Es braucht eine klare Fragestellung und einen Kontext. Nur so können wir das grosse Potenzial der personalisierten Medizin gut nutzen.



Der Pädiater Urs Frey konnte in seinem Fachgebiet bereits beachtliche Entwicklungen bei individuell angepassten Behandlungen feststellen. © Christian Jaeggi



«Wir behandeln Patientinnen und Patienten heute nicht mehr gemäss dem Prinzip 'one size fits all'.» © Christian Jaeggi

Starke Grippewelle kommt auf uns zu

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 20.10.2023

Auf der Südhalbkugel haben die Influenzaviren rege zirkuliert und vor allem viele Kinder krank gemacht. Infektiologen erklären, was das bedeutet.

Bruno Knellwolf

In Australien ist Winter, wenn bei uns Sommer ist. Da Influenzaviren hauptsächlich im Winter zirkulieren, startet die Grippezeit dort ein halbes Jahr früher als bei uns. Das nutzen die Infektiologen in der nördlichen Hemisphäre.

«Die Influenzaaktivität auf der Südhalbkugel in den Sommermonaten gibt einen Hinweis für die Aktivität der Influenza auf der Nordhalbkugel im folgenden Winter», sagt Stefan Kuster, Leiter der Infektiologie am Kantonsspital St. Gallen.

Die Grippezeit in Australien war dieses Jahr heftig und startete früher als im Normalfall. Den Höhepunkt erreichte die Südhalbkugel schon Ende Juni und das ähnlich stark wie 2019. Und 2019 gilt als stärkstes Grippejahr Australiens. Somit könnte man leicht davon ausgehen, dass auch auf der Nordhalbkugel eine starke Grippewelle droht. Dazu sagt Professor Jan Fehr, Infektiologe an der Universität Zürich: «Das lässt sich nicht 1:1 ableiten. Viele Faktoren beeinflussen ein Infektionsgeschehen und sind regional sehr unterschiedlich.»

Eine Rolle spielen dabei die Zeit des Einbruchs der kalten Jahreszeit, dann die Immunität gegenüber Influenza und weiteren respiratorischen Viren. Diese Immunität steht auch in Bezug zur Strenge der Covid-19-Massnahmen in den Jahren zuvor. Denn diese haben wegen der Verhaltensänderungen der Menschen zu sozialer Distanz und Händehygiene geführt.

Auch die Grippe war gleichgeschaltet

Diese Massnahmen sind vorbei, und Fehr sagt deshalb: «Ich gehe davon aus, dass die regionalen Unterschiede wieder zunehmen werden nach der Covid-Pandemie.» Die Pandemie war nach dem Uni-Professor ein «Gleichschalter», weil fast alle Länder weltweit Massnahmen gegen Sars-CoV-2 durchführten. Diese Massnahmen wirkten auch gegenüber Influenza oder RS-Viren. Während der Pandemie gab es viel weniger Grippefälle in der Schweiz (siehe Grafik) und weltweit.

«Diese Gleichschaltung gibt es so nicht mehr», sagt Fehr. Im Gegensatz zu Australien hat die Schweiz die Massnahmen im letzten Jahr aber schon früher gelockert. Das könnte bei uns eine bessere Immunität gegenüber Influenza ergeben. «Ob dem auch so ist, wird sich aber erst zeigen», sagt Fehr. Kurz zusammengefasst sagt er, eine hohe Zahl an Influenza-Infektionen sei wahrscheinlich, aber nicht so ausgeprägt wie in Australien.

Auffällig war, dass in Australien hauptsächlich Kinder von der Grippe betroffen waren. Dort sprach man deshalb von einer «kindy flu». Da seien drei Faktoren zusammengekommen, sagt Fehr. Erstens sind auch die Kinder wegen der Schutzmassnahmen in der Pandemie kaum mit Influenza oder anderen

respiratorischen Viren in Kontakt gekommen. Ihnen fehlt deshalb eine Teilimmunität. «Gleichzeitig sind die Kinder generell auch nicht geimpft, und drittens können Viren bei Kindern besonders rasch kursieren», sagt der Infektiologe der Universität Zürich.

Erwachsene könnten mit einer Impfung einer Grippe vorbeugen. Seit dieser Woche ist die Influenza-Impfung in der Schweiz möglich. «Die jährliche Grippeimpfung ist für Menschen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko empfohlen. Dazu zählen solche ab 65 Jahren und Menschen mit chronischen Erkrankungen wie auch Schwangere», erläutert Simon Ming vom Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Der Grippeimpfstoff muss jedes Jahr auf neue Virenstämme angepasst werden, weil sich Influenza-Viren wie Corona- Viren laufend verändern. Allerdings legt die Weltgesundheitsorganisation WHO bereits im Februar für die nördliche Hemisphäre fest, welche Virenstämme in der neuen Grippeimpfung berücksichtigt werden müssen – also noch vor der Grippezeit in Australien. «Natürlich wäre man froh, man könnte dann erst den Impfstoff entwickeln, wenn klar ist, welches die in der Saison massgebenden Influenzastämme sind», sagt Professor Fehr. Das Problem sei aber, dass die Entwicklung sehr aufwendig sei und von der Herstellung bis zur Verimpfung einige Monate vergehen. «Ideal wäre, man hätte einen Impfstoff, welcher nicht mehr so abhängig von verschiedenen Stämmen ist. Daran wird intensiv geforscht.»

So ist auch nicht voraussehbar, wie hoch die Trefferquote des Grippeimpfstoffs jeweils wird. «Das ist jede Grippezeit sehr unterschiedlich. Letztes Jahr lag man nicht schlecht», sagt Fehr. Und Ming ergänzt, dass in der letzten Saison die zirkulierenden Stämme des Typs A zu einem grossen Teil abgedeckt waren. Ein Jahr zuvor funktionierte das weniger gut als letzte Saison, wogegen im Winter 2018/19 die Virenstämme fast vollständig abgedeckt waren.

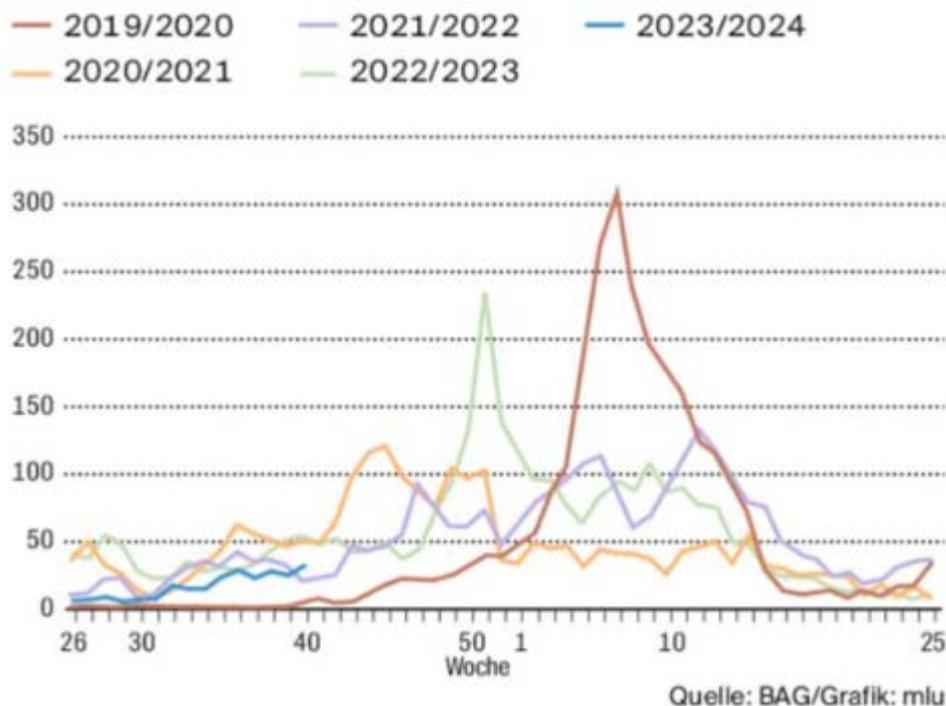
Hohe RS-Viren-Belastung im vergangenen Winter

Mehr zu reden als die Grippe gaben die RS-Viren. Die Schweiz erlebte eine ungewöhnlich frühe und starke RSV-Saison. Als Folge davon wurden in den Kinderspitälern in der Schweiz Rekordzahlen an Hospitalisationen verzeichnet. Somit stellt sich die Frage, ob RSV auch wieder im Anmarsch sei. «Bislang gibt es meines Wissens noch keine solchen Anzeichen», sagt Stefan Kuster. Allerdings sei RSV nicht meldepflichtig, und deshalb fehle eine detaillierte Übersicht.

«Derzeit haben wir erst sehr vereinzelt RSV-Kinder am Kinderspital der Universität Zürich. Auch schweizweit ist es noch sehr ruhig», sagt Fehr. Eine Prognose für den Winter zu stellen, sei schwierig. «Da wir aber von RSV aus vorpandemischen Zeiten wissen, dass es oft jedes zweite Jahr eine stärkere Epidemie gibt und dazwischen ruhigere Jahre, nehme ich an, dass dieses Jahr die RSV-Zahlen eher nicht ganz so hoch sein werden.» Zudem hätten viele Kinder letztes Jahr eine gewisse Immunität gegen RSV aufgebaut.

Wöchentliche Anzahl der Konsultationen aufgrund grippeähnlicher Erkrankung

Hochgerechnet auf 100 000 Einwohner/innen, Stand 10. Okt. 2023



Gleichen tags erschienen in

- Bieler Tagblatt
- Appenzeller Zeitung
- Badener Tagblatt
- Bote der Urschweiz
- Zuger Zeitung
- Wiler Zeitung
- Werdenberger & Obertoggenburger
- Walliser Bote
- Toggenburger Tagblatt
- Thurgauer Zeitung
- Solothurner Zeitung
- Oltner Tagblatt
- Nidwaldner Zeitung
- Obwaldner Zeitung
- Luzerner Zeitung
- Limmattaler Zeitung
- Grenchner Tagblatt
- bz – Zeitung für die Region Basel
- Der Rheintaler

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

Länger leben, länger krank?

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 23.10.2023

Warum evidenzbasierte Prävention wichtig wird und welche Rolle die Digitalisierung dabei spielt

Elgar Fleisch

«Ich würde gerne gesund und munter eines natürlichen Todes sterben.» So oder so ähnlich lautet meistens die Antwort auf meine Frage, wie sich mein Gegenüber seine letzten Lebensjahre vorstellt. Ich habe diese Frage oft gestellt. Nie hat jemand geantwortet, dass er oder sie um jeden Preis besonders alt werden will. Keiner möchte eine lange chronische Krankheit am Lebensende in Kauf nehmen. Meine zweite Frage lautet dann immer: «Und wer hilft dir heute dabei, gesund zu bleiben, um dieses Ziel zu erreichen?» – «Eigentlich niemand.» Unser Gesundheitssystem ist offensichtlich für Kranke gebaut, die Hilfe brauchen, und nicht für Gesunde, die gesund bleiben wollen. Wie viel Geld würden die Leute in Gesundheit investieren? «Oh, wenn es wirklich etwas bringt, viel!»

Das war auch das Zielbild eines Ministerialbeamten aus Singapur, den ich im Rahmen des «Future Health Technology»-Programms des Singapore-ETH Center getroffen habe. Er nannte es ganz plastisch «falling off the cliff» – von der Klippe fallen. Es tritt dann ein, wenn sich Gesundheitsspanne (Wie lange lebe ich gesund?) und Lebensspanne (Wie lange lebe ich?) nicht wesentlich unterscheiden, das heisst, wenn die Anzahl der Jahre, die wir am Lebensende durch gesundheitliche Einschränkungen verlieren, gegen null geht.

Entwicklung der Medizin

Leider entwickelt sich die Welt heute in die andere Richtung, und dies, obwohl die Gesundheitsausgaben rund um den Globus rasant steigen. Es mangelt nicht an Anstrengung, vielmehr an einem Gesundheitssystem, das den heutigen Herausforderungen gewachsen ist. Denn diese haben sich massiv verändert.

Vor zirka hundert Jahren, als unser heutiges Gesundheitssystem in den Grundzügen entworfen wurde, starb die grosse Mehrzahl an akuten Krankheiten wie Grippe, Lungenentzündung und Tuberkulose. Die Menschen wurden im Durchschnitt 54 Jahre alt. Heute werden sie sehr viel älter, im Durchschnitt 84 Jahre.

Die Medizin hat sich in den letzten hundert Jahren grossartig entwickelt. Sie zählt zu den besten Investitionen der Menschheit. Allerdings ist sie gewissermassen Opfer des eigenen Erfolgs geworden. Heute stirbt die grosse Mehrheit an sogenannten nichtansteckenden oder chronischen Krankheiten. Dazu zählen Herzerkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen, Diabetes und neurodegenerative Erkrankungen wie Alzheimer. Anders als akute Krankheiten sind diese oft nicht über die Zeit heilbar, sondern eben chronisch, das heisst, man lebt mit ihnen für den Rest des Lebens.

Weil diese Krankheiten so lange dauern, verantworten sie nicht nur den Löwenanteil der Zuwächse an Jahren mit gesundheitlichen Einschränkungen und des damit verbundenen Leides. Sie verursachen unterdessen auch zirka 85 Prozent der globalen Gesundheitskosten, auch weil unsere Gesundheitssysteme

nicht auf sie ausgerichtet sind. Die Kosten werden aller Voraussicht nach mit der steigenden Überalterung weiterwachsen und sind ohne Effizienzsteigerung und Systeminnovation selbst für reiche Länder wie die Schweiz kaum mehr leistbar.

So viel zur Problemdarstellung. Wechseln wir nun auf die konstruktive Seite, wie sich das für einen Ingenieur gehört. Eine positive Eigenschaft von chronischen Krankheiten ist, dass ihr Ausbrechen oft nicht Gen-gegeben ist. Je nach Quelle und Krankheitsbild hängen bis zu 80 Prozent der Risikofaktoren vom gewählten Lebensstil ab, also von Nahrung, Bewegung, Schlaf, Stress und dem Umgang mit Suchtmitteln wie Tabak und Alkohol. Mit anderen Worten heisst das, dass ein Grossteil der Bürger ihres Gesundheitsglückes ein gutes Stück weit eigener Schmied sein können, wenn sich beim Thema Prävention die Dimensionen Wissen, Können, Wollen und Dürfen überlappen.

Eine zweite hilfreiche Entwicklung zeichnet sich ab: die Informationstechnologie (IT) als Sammelbegriff für Internet, künstliche Intelligenz sowie mobiles Computing inklusive Wearables und Sensoren. IT hat schon in vielen Branchen zu massiven Umbrüchen geführt, die wir regelmässig kurzfristig überschätzt und langfristig unterschätzt haben. Man denke nur an den Medienkonsum, ans Einkaufen, an Bankgeschäfte, die Informationsbeschaffung oder die Kommunikation. Genauso regelmässig ist bei diesen Umbrüchen der Konsument etwas mehr ins Zentrum des Geschehens gerückt und hat mehr Aufgaben übernommen.

Die IT-getriebenen Entwicklungen im Gesundheitswesen sind sehr vielfältig und befinden sich erst am Anfang. Einige Evolutionspfade kristallisieren sich jedoch bereits deutlich heraus. Zu ihnen zählen die Do-it-yourself-Medizin, die digital gestützte Patienten-Arzt-Beziehung, digitale Therapeutika sowie die digitale Medikamentenentwicklung. Sie liefern bereits heute zahlreiche leistbare und leicht zugängliche Werkzeuge für ein partizipatives, personalisiertes und präventives Gesundheitssystem. Digitale Gesundheitsdaten, gepaart mit Datensicherheit, bilden neben einer geeigneten tariflichen Incentivierung ein unentbehrliches Fundament zu alldem.

Die fachlichen Grundlagen für ein Präventions-offenes Gesundheitswesen wären also gegeben. Umso erstaunlicher ist es, dass Prävention auch heute noch eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Für sie geben wir nur etwa 3 Prozent unserer Kosten aus.

Prävention funktioniert nicht

In anderen Disziplinen ist das anders. Etwa in der Mobilität auf der Strasse und in der Luft. Wir statten unsere Fahrzeuge mit Sensoren aus, die alles Sicherheitsrelevante laufend überprüfen und uns so früh wie möglich warnen, um einen allenfalls gesundheitsschädlichen Unfall zu verhindern. Wir lassen unsere Autos nach der Stoppuhr präventiv warten und führen sie fast ohne Murren regelmässig vor. In der Prävention im Strassenverkehr haben sich über viele Jahre zahlreiche Routinen, Organisationen, Regulationen, Dienstleistungs-, Waren- und Geldflüsse etabliert.

Bei der Gesundheitsprävention ist dies bei weitem nicht so. Die Gründe dafür sind vielfältig und systemischer Natur – nicht nur, weil der Mensch wesentlich komplexer ist als ein vergleichsweise triviales Flugzeug. Die Ziele der Prävention mögen meist kompatibel mit den persönlichen Zielen der handelnden Personen im Gesundheitssystem sein – vom Patienten über die behandelnde Ärztin, die Versicherungsfachfrau, den Pfleger und die Pharmamanagerin bis hin zum Regierungsbeamten und dem universitären Forscher. Sie sind jedoch meist nicht kompatibel mit dem pfadabhängigen Kennzahlensystem der beteiligten Organisationen, die allesamt in ihrer eigenen Bilanzhülle und eigenen Währung einen Gewinn erzielen müssen, um ihre Weiterentwicklung nicht zu gefährden. Für jeden Teilnehmer gibt es handfeste Gründe, nicht ernsthaft auf Prävention zu setzen. Der Hauptgrund lautet bei den meisten: Prävention ist für sie heute kein belastbarer Business-Case. Am Ende scheitert es am finanziellen Abbild des Systems.

Worin liegt der Kern der Herausforderung? Hier ein Erklärungsversuch: Aus der Betriebswirtschaftslehre wissen wir, dass man nur managen kann, was man auch messen kann. Heute betrachten wir den Zustand «gesund» als Blackbox. Wir vermessen ihn nicht, sondern handeln erst, wenn sichtbare Zeichen von

Krankheit auftreten wie beispielsweise Fieber. Erst diese sichtbaren Zeichen sind unsere Eintrittskarte fürs Gesundheitssystem, das nun alle Hebel in Bewegung setzt, um uns wieder gesund zu machen.

Der Wandel von «gesund» zu «krank» ist jedoch nicht binär. Er erfolgt meist schrittweise, die Grenzwerte sind nicht in Stein gemeisselt und zudem individuell. In der Theorie ergibt es also Sinn, diese Blackbox mit Scheinwerfern auszuleuchten und den Gesundheitszustand auch bei Gesunden regelmässig zu vermessen. Vereinfacht ausgedrückt: Bewegt sich ein Biomarker (zum Beispiel Cholesterinspiegel, Blutzucker, Entzündungswerte, Blutdruck) massiv in Richtung «ungesund», so wird eine Intervention initiiert, bevor die Krankheit sichtbar ausbricht.

Handwerk des Gesundbleibens

Dazu braucht es erstens belastbare Biomarker, die als Eintrittskarte für den präventiven Teil des Gesundheitswesens anerkannt werden. Zweitens braucht es Gesundheitsinterventionen, die auf klinischer Evidenz basieren und kein Schlangenöl verkaufen. Als Schaltstelle dazwischen wirkt ein Empfehlungssystem, das mein aktuelles Set an Biomarkern in die effektivsten Interventionen übersetzt.

Klingt das zu sehr nach Zukunftsmusik? Seit zwei Jahren lasse ich zirka jedes halbe Jahr – natürlich auf eigene Kosten – ein Blutbild erstellen und lade das resultierende PDF-File auf die Website insidetracker.com einer Firma bei Boston, USA, hoch. Von dort erhalte ich gegen eine bescheidene Gebühr via eine schicke App die aufdatierten Zeitreihen meiner Blutmarker und vor allem Ernährungsempfehlungen, die deutlich über die bekannten Hausmittel wie Olivenöl hinausgehen, individuell auf mich zugeschnitten sind und ausschliesslich auf wissenschaftlichen Studien basieren. Klar, auch dort gibt es gute und weniger gute Studien. Auch diesen Unterschied versucht das Empfehlungssystem einzubeziehen. Es ist faszinierend zu sehen, ob und wie sich die Interventionen im nächsten Blutbild widerspiegeln. Der Regelkreis entfaltet seine verhaltensändernde Wirkung.

Das Neue kommt nicht nur aus den USA, sondern manchmal auch aus der Ostschweiz. Im Frühjahr 2023 hat Care.me mit Sitz in Winterthur seine erste Niederlassung in Zürich geöffnet. Care bietet einen im Vergleich zu insidetracker.com etwas umfangreicheren präventiven Gesundheitservice an, der ebenfalls das Prinzip Messen und Managen implementiert. Auch Care wendet sich an Selbstzahler und kann sich in den ersten Monaten einer robusten Nachfrage erfreuen (Anmerkung: Ich bin mit dem Unternehmen verbunden). Ähnliches gilt für zahlreiche weitere Unternehmen auf der ganzen Welt. Sie alle wollen ihre Kunden (nicht Patienten) beim gesunden Altern unterstützen können – unter welchem Label auch immer. Sie trainieren ihre Muskeln beim Gehen und haben gewiss noch viele schmerzliche Lehren vor sich. Einiges wird sich bewähren, vieles wird scheitern. Die Herausforderungen sind gross, die Chancen gewaltig.

Allen ist gemeinsam, dass eine minimale Anschlussfähigkeit gegenüber dem etablierten System gegeben sein muss und dass IT und Daten eine dominante Schlüsselrolle einnehmen. Beim Schweizer Ringen um die richtige Digitalisierung im Gesundheitswesen geht es daher nicht nur um Effizienzfragen oder Fragen der Mittelverteilung. Es geht auch um die Standortfrage für die zukünftige Gesundheitsindustrie.

Elgar Fleisch ist Professor an der ETH Zürich und Universität St. Gallen, Centre for Digital Health Interventions. Er wird mit Simon Hehli, Redaktor Inland der «Neuen Zürcher Zeitung», und anderen Experten am 7. November 2023 über das Thema «Digitaler Blindflug im Gesundheitswesen: Ende in Sicht?» diskutieren und erläutern, wie die Schweiz die Chancen der Digitalisierung voll ausnutzen kann. Informationen und Tickets: nzz.ch/live

DIVERSES

[Zurück zum Inhaltsverzeichnis](#)

ChatGPT va-t-il remplacer les médecins?

 [RTS La 1ère](#) | 18.10.2023

Débat entre Francois Bastardot, médecin spécialisé en médecine interne et en informatique clinique au CHUV. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la Revue médicale suisse, Samia Hurst, bioéthicienne à la Faculté de médecine de l'Université de Genève.

 [Commencer l' audio, durée: 17:45](#)

Philomena Colatrella: «Man muss Fehlanreize eliminieren und unser Gesundheitssystem effizienter machen» - Interview

 SonntagsZeitung | CSS | 22.10.2023

Versicherungen - Sie leitet eine der grössten Krankenkassen der Schweiz. Philomena Colatrella sagt, wie man Prämien senken kann, was sie von der Schliessung von Regionalspitälern hält und wie sie persönlich fit bleibt.

Martin Spieler

Seit sieben Jahren führen Sie die CSS. Wie halten Sie sich gesund?

Ich lese viel, improvisiere hie und da am Klavier und treibe gern Sport, jogge, spiele Tennis und wandere leidenschaftlich gern.

Was bedeutet Ihnen Gesundheit?

Gesundheit ist ein wertvolles Gut. Das wird einem immer dann bewusst, wenn es einem selbst oder anderen nicht gut geht. Darum ist es mir wichtig, einen Beitrag zu leisten zu einem guten und bezahlbaren Gesundheitssystem in unserem Land.

Mit einer Gesundheitsinitiative und zwei digitalen Portalen will die CSS ihre Kundinnen und Kunden zu einem gesünderen Lebensstil verhelfen. Was bringen diese Programme?

Sie motivieren mit einfachen Übungen, sich zu bewegen und Bewegung in den Alltag zu integrieren.

Trotz Präventionsmassnahmen vieler Krankenversicherer ist das Schweizer Gesundheitssystem krank. Die Prämien steigen 2024 erneut stark an.

Die Versorgung ist gut, aber zu teuer. Das ist sie aber nicht primär deshalb, weil wir alle älter werden, sondern weil die Fehlanreize ins Geld gehen, und wir das Potenzial der Digitalisierung zu wenig nutzen.

Das ist die Diagnose. Welche Therapie empfehlen Sie?

Im Gesundheitswesen herrscht Überversorgung. Deshalb sind alternativen Versicherungsmodelle wirksam, bei denen der Hausarzt als Coach und Koordinator die Patienten führt und auch einmal sagt, dass eine Behandlung nicht sinnvoll ist.

Damit eine Therapie erfolgreich ist, muss der Patient willig sein und diese unterstützen. Woran scheitern all die Bemühungen, die Gesundheitskosten zu bremsen?

An den gegensätzlichen Interessen und am Föderalismus, obwohl ich diesen im Grundsatz befürworte. Die Koordination zwischen Bund und Kantonen, den Kassen und Leistungserbringern ist komplex und macht das System ineffizient und träge.

Was fordern Sie von der Politik?

Die Umsetzung der laufenden Reformen. Das heisst, die Einführung des neuen Arzttarifs Tardoc als Ersatz des veralteten Tarmed. Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, um Fehlanreize im stationären Bereich zu eliminieren, die integrierte Versorgung und die Digitalisierung. Bei Letzterer ist das Hauptthema das Patientendossier, auf das wir schon viel zu lange warten.

Die Zürcher Regierungsrätin Natalie Rickli hat auch über eine Abschaffung der Grundversicherung nachgedacht. Wäre das eine gute Lösung?

Nein. Was folgt, wäre eine Zweiklassenmedizin. Menschen mit geringem Einkommen würden bei der Versicherung sparen und hätten keine oder eine ungenügende Versorgung, wenn sie krank werden. Man muss die Fehlanreize eliminieren und das System effizienter machen.

Müsste der Bundesrat das Patientendossier und dessen Umsetzung anordnen?

Es wäre gut, wenn der Bundesrat Standards festsetzen und anordnen würde, dass sämtliche Beteiligten das elektronische Patientendossier verwenden müssen. Derzeit müssen zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte noch nicht mitmachen. Ein Problem ist auch, dass es für Nutzer schwierig ist, ein Patientendossier einzurichten. Ich habe das selbst online versucht und bin gescheitert.

Was erhoffen Sie sich vom Nachfolger von Gesundheitsminister Alain Berset?

Mut, um Innovationen zur Kostendämpfung möglich zu machen. Dass die Reformen rasch umgesetzt werden, schnelle Entscheide gefällt werden und die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorangetrieben wird.

Noch steigen die Kosten munter weiter - ebenso die Prämien. Auch die Reserven der Krankenkassen sind langsam aufbraucht. Droht bald ein Zusammenbruch unseres Gesundheitssystems?

Nein. Die Branche verfügt einstweilen auch nach dem Abbau der Reserven insgesamt über genügend Eigenkapital. Wie das nach der anstehenden Prämienrunde ausschaut, ist eine andere Frage.

Zur Kostensteigerung trägt auch bei, dass zu viel operiert wird, obwohl das nicht immer zwingend notwendig ist. Was kann dagegen unter- nommen werden?

Das Wichtigste ist die Patienteninformation. Das Angebot für Operationen ist in der Schweiz sehr hoch. Darum ermutigt die CSS ihre Versicherten, kostenlos eine Zweitmeinung einzuholen. Fünfzig Prozent unserer Kunden, die das tun, entscheiden, sich nicht operieren lassen.

Welche Schlüsse ziehen Sie daraus?

Dass man Operationen hinterfragen soll, zumal sie hohe Kosten verursachen.

Ein wichtiger Kostentreiber sind die Spitäler. Müsste man Regionalspitäler schliessen, um die Kosten zu senken?

Regionalspitäler sind nicht zwingend teurer. Man sollte vielmehr Operationen und Behandlungen auf jene Spitäler konzentrieren, die genügend Fallzahlen und die nötige Infrastruktur haben, und die wirtschaftlich arbeiten. Im Spitalbereich hat noch keine echte Konsolidierung stattgefunden.

Ein Problem ist auch, dass viele statt zum Hausarzt direkt ins Spital oder zu Fachärzten gehen.

Das stimmt. Darum ist es wichtig, dass man die integrierte Versorgung stärkt. Gemeint sind die alternativen Versicherungsmodelle, wo der Hausarzt oder der Telemediziner die Behandlung koordiniert. Siebzig Prozent unserer Kundschaft ist bereits in diesen Modellen versichert.

Welchen Beitrag leisten Sie als Krankenversicherer, damit die Kosten und die Prämien nicht weiter steigen?

Wir haben zwei Hebel, um die Kosten zu beeinflussen. Zum einen machen wir eine rigide Leistungskostenkontrolle. Wir prüfen 25 Millionen Rechnungen pro Jahr und haben die Automatisierung erhöht, um die Kosten im Griff zu behalten. Im letzten Jahr haben wir damit 743 Millionen Franken an

ungerechtfertigten Kosten verhindert. Und zweitens engagieren wir uns, damit unsere Verwaltungskosten tief bleiben. Die CSS gehört zu den effizientesten Krankenversicherungen der Schweiz.

Die CSS versichert über 1,6 Millionen Menschen und ist in der Grundversicherung Marktführerin. Was unternehmen Sie, damit Sie angesichts steigender Prämien nicht Kunden an die Konkurrenz verlieren?

Wir wollen die Prämienlast so gering wie möglich halten. Darüber hinaus ist es wichtig, dass man als Versicherer verlässlich ist, einen guten Kundenservice und bedürfnisgerechte Produkte und Dienstleistungen anbietet. Wir haben eine hohe Loyalität und investieren viel in die Kundenbindung.

Im letzten Jahr ist der Gewinn der CSS wegen der gestiegenen Kosten auf die Hälfte zurückgegangen. Droht in diesem Jahr eine weitere Gewinnerosion?

Wir möchten den Gewinn auf dem bisherigen Niveau halten. Die Nachfrage ist im Zusatzversicherungsgeschäft gut.

Wo sehen Sie für die CSS Wachstumspotenzial?

Wir streben Kundenwachstum mittels innovativer Produkte - etwa im Bereich der Zusatzversicherungen - an. Diese sollen modularer werden und Mehrleistungen beinhalten, die in der Grundversicherung nicht abgedeckt werden - zum Beispiel neuartige Therapien und Medikamente.

Die CSS betreibt 98 Agenturen: Werden Sie dieses Netz weiter ausbauen?

Die Nähe und die persönliche Ansprache zu den Kunden sind uns wichtig, in der ganzen Schweiz und auch in den Randregionen. Wir planen jedoch, weder Agenturen auszubauen noch abzubauen. Vielmehr sind wir daran, die Agenturen zu modernisieren.

Im Sommer haben die Berner Krankenkasse Atupri und die Visana ihren Zusammenschluss bekanntgegeben. Welche Konsequenzen hat dies für Ihr Unternehmen?

Der Zusammenschluss hat für uns keine Auswirkungen.

Wird es im Markt der Krankenversicherer zu einer weiteren Konsolidierung kommen?

Ja. Die aufsichtsrechtlichen Auflagen und die Digitalisierung führen dazu, dass es zu einer weiteren Konsolidierung bei den Krankenversicherern kommen wird. Wir haben in der Schweiz zurzeit 31 Krankenversicherer. Diese Zahl wird sicher sinken.

Wie stark?

Ich erwarte, dass wir in zehn Jahren nur noch 15 bis 20 Krankenversicherer haben. Den Versicherten bringt dies aber nur einen Vorteil, wenn Kassen integriert und Synergien genutzt werden, damit die Kosten sinken und eine moderate Prämie daraus resultiert.

Die CSS wurde 1899 unter dem Namen Christlich Soziale Schweiz als Selbsthilfe-organisation gegründet. Heute ist die CSS ein Gross-unternehmen mit 2700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Was ist vom ursprünglichen christlichen Engagement geblieben?

Wir sind heute konfessionell neutral. Geblieben sind aber die Werte: Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung. Das ist stark bei uns verankert.

Wie leben Sie als CEO dieses Engagement?

Konsequent. Unsere Werte manifestieren sich in unserer Unternehmenskultur und unserem Ziel, ein bezahlbares Gesundheitssystem zu erhalten.

Seit über 20 Jahren bei der grössten Krankenkasse

Die Juristin Philomena Colatrella arbeitet seit 1999 bei der CSS. Zu Beginn war sie als Rechtsanwältin, später als General Counsel und Compliance Officer tätig. 2012 wurde sie zur Generalsekretärin und stellvertretenden CEO der CSS Gruppe ernannt. Vier Jahre später übernahm sie den Vorsitz der Konzernleitung. www.css.ch



«Ich treibe gern Sport, jogge, spiele Tennis und wandere leidenschaftlich gern.» Philomena Colatrella, CEO der CSS. Foto: Keystone

La Suisse est à court de médicaments

 [blick.ch](https://www.blick.ch) (fr) | 21.10.2023

Des médicaments importants manquent en Suisse. Un produit courant sur trois est en pénurie, et chaque semaine, la liste s'allonge.

Tobias Ochsenbein

La Suisse est à court de médicaments. Actuellement, le site Internet drugshortage.ch fait état de 948 pénuries de médicaments pour la Suisse, comme l'écrivent les journalistes de [CH Media](#). En d'autres termes, près d'un médicament courant sur trois fait l'objet d'une pénurie.

Pire: la liste s'allonge chaque semaine. Elle comprend des tranquillisants, des somnifères, des antibiotiques, des analgésiques, des médicaments contre le diabète et des antihypertenseurs.

La Suisse n'a pas de service officiel

Le problème, c'est qu'il n'existe pas d'organisme officiel en Suisse qui puisse prévoir les éventuelles insuffisances et s'attaquer aux pénuries naissantes. La seule personne en Suisse qui dispose d'un aperçu complet de la situation des médicaments est Enea Martinelli.

Pharmacien-chef de l'hôpital d'Interlaken et vice-président de l'association de pharmaciens Pharmasuisse, Enea Martinelli recense les pénuries de livraison et d'approvisionnement depuis huit ans et gère le site Internet. Le fait que la liste des lacunes doive être gérée de manière privée est une preuve d'indigence pour la Suisse, déclare-t-il à CH Media.

Mais il n'existe pas de solutions simples. Enea Martinelli exige donc de la Confédération qu'elle reconnaisse enfin ces goulets d'étranglement comme un problème. Cela implique par exemple que la Suisse procède à sa propre évaluation de la situation d'approvisionnement. L'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE) tient certes sa propre liste. Mais celle-ci n'a qu'une pertinence limitée, car les médicaments n'y sont répertoriés que de manière sélective.

Une task force à l'œuvre

Il existe plusieurs raisons à la pénurie, mais elles sont souvent de nature économique. Il se peut par exemple que seuls quelques fabricants trouvent encore un intérêt à produire une substance active. Si ceux-ci disparaissent, c'est toute la chaîne d'approvisionnement qui s'effondre. La production de médicaments dont le brevet a expiré n'est généralement plus rentable financièrement pour les entreprises pharmaceutiques.

Au début de l'année, la Confédération avait tout de même créé une task force qui a mis en place quelques mesures d'urgence. Les autorités étudient également d'autres mesures. Mais il faudra du temps pour que les choses bougent vraiment: ce n'est qu'au printemps de l'année prochaine qu'un rapport sera présenté au Conseil fédéral pour lui indiquer ce qui pourrait être fait.

Das E-Patientendossier scheidet die Geister

 [blick.ch \(de\)](#) | 20.10.2023

Zentral oder dezentral?

Der Bundesrat will dem Elektronischen Patientendossier (EPD) mit einer umfassenden Revision des entsprechenden Gesetzes zum Durchbruch verhelfen. Bei Parteien und Akteuren wird die Forderung laut, es zentral an einer Stelle zu verwalten.

Das elektronische Patientendossier (EPD) ist ein Ladenhüter. [Die bundesrätliche Vorlage soll dem wenig verbreiteten Instrument Beine machen.](#) In der Vernehmlassung äussern gewichtige Kreise jetzt allerdings Zweifel: Sie halten es für wenig sinnvoll, dass weiterhin acht Betreiber das Dossier dezentral führen sollen. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz kritisiert, das habe bisher nicht funktioniert. Eine Zentralisierung in einer Hand dränge sich auf.

Andere Punkte der Revision sind weniger umstritten, wie die am Donnerstag abgeschlossene Vernehmlassung zu der Vorlage ergab. Einzig die SVP meldet Frontalopposition an. Mehrheitlich stimmen die Stellungnahmen darin überein, dass es mit dem EPD vorwärtsgehen müsse. Wenig bestritten ist das Obligatorium für das Führen eines EPD durch alle Leistungserbringer.

Viel Kritik an Stammgemeinschaften

Grösstenteils klar ist die Zustimmung zur automatischen und kostenlosen Erstellung eines solchen Dossiers für alle obligatorisch Krankenversicherten. Gegen die Opt-Out-Möglichkeit durch einen Widerspruch beim Kanton gibt es ausser bei der SVP keinen Widerstand. Ebenso sollen die Daten der Forschung in anonymisierter Form zur Verfügung stehen.

Kritik wird an den Stammgemeinschaften laut. Diese verwalten die Dossiers und betreiben die EPD-Systeme. Der Bundesrat will diese beibehalten und mittels einer Übergangsförderung bis zum Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier unterstützen.

Deutlich fällt die Kritik bei der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) aus. Der dezentrale Weg bewährte sich demnach nicht. Das EPD müsse zentral und einheitlich gesteuert und finanziert werden, fordert die Konferenz. Die derzeit acht EPD-Betreiber – fünf regionale und drei nationale – will die GDK fusionieren. Bleiben sie erhalten, brauchen sie klare Vorgaben, fordert die GDK.

Ärzte verlangen Beweise für Nützlichkeit des EPD

Der Krankenkassenverband Santésuisse unterstützt die Finanzierung, wonach die Kantone gleich viel zahlen wie der Bund. Die Vergütung als Pauschale pro EPD setze Anreize für die weitere Verbreitung des Dossiers und Sorge für Kosteneffizienz bei den Stammgemeinschaften.

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) verlangt rasch konkrete Beweise für die Nützlichkeit des EPD. Die Vorlage enthalte kaum Anreize für die freiwillige Verwendung, stattdessen aber unverhältnismässige Strafbestimmungen, bemängelt sie.

Das Konzept für den Zugriff auf die Daten sei für die Bevölkerung zu kompliziert. Die Stammgemeinschaft, welcher sie sich anschliessen, sollen die Ärztinnen und Ärzte frei wählen dürfen. Zudem müssten sie für ihren Aufwand entschädigt werden.

SVP will Vorlage bachab schicken

Strikt gegen die Revision stellt sich die SVP. Die Vorlage zeige ein absolutistisches Staatsverständnis, das aus «moralistischen Gründen» in die persönliche Freiheit eingreife. Solange die Widerspruchslösung mit dem Eintrag in ein Widerspruchsregister in der Vorlage bleibt, werde die SVP jede Gesetzesänderung kategorisch ablehnen.

Alle hätten ein Recht auf den Schutz ihrer persönlichen Daten. Aufgrund des Registers bei den Kantonen könnten Dossierverweigerer öffentlich an den Pranger gestellt werden.

Einfach zugänglich bei höchstem Sicherheitsstandard: Das muss das EPD für die SP sein. Dabei sollen die Daten für Patientinnen und Patienten verständlich sein. Deshalb wäre zu prüfen, ob Patientenorganisationen mittels Leistungsauftrag entsprechende Dienste anbieten könnten. Mehrere Stammgemeinschaften braucht es gemäss SP nicht. Das schüre nur den Wettbewerb und steigere die Kosten.

«Konstruktionsfehler» Stammgemeinschaften

Eine klare Kompetenzregelung zwischen Bund und Kantonen begrüsst die Mitte, zweifelt aber, ob das mit der Revision gelingt. Die Kantone dürften sich für eine regionale Stammgemeinschaft entscheiden. So stelle sich die Frage, ob die nationalen Betreiber lebensfähig bleiben.

Die Grünen bedauern, dass die Vorlage einen wesentlichen Konstruktionsfehler des EPD nicht ausmerze: das System der einzelnen Stammgemeinschaften. Eine Zentralisierung dränge sich auf.

Die Grünliberale Partei fordert ein nutzerorientiertes und datenbasiertes EPD, statt am «jetzigen Modell herumzubasteln». Die Revision sei höchstens ein Denkanstoss. **(SDA/oco)**

Le dossier électronique du patient divise

 [blick.ch \(fr\)](#) | 20.10.2023

Le projet de Dossier électronique du patient (DEP) doit être accéléré, selon la volonté du Conseil fédéral. Les professionnels de la santé ainsi que les partis politiques ne sont pas tous si enthousiastes.

Le Conseil fédéral veut donner un coup d'accélérateur au dossier électronique du patient (DEP) en procédant à une révision complète de la loi ad hoc. Partis et professionnels de la santé se demandent s'il ne vaut pas mieux confier la gestion des données à un service central plutôt qu'aux huit sociétés d'exploitation actuelles.

D'autres points de la révision sont moins controversés, comme le montre la consultation qui s'est achevée jeudi. Seule l'UDC fait front.

Le DEP doit aller de l'avant

La majorité des prises de position s'accordent sur le fait que le DEP doit aller de l'avant, selon les réponses consultées par Keystone-ATS. L'obligation pour tous les fournisseurs de prestations de tenir un DEP est peu contestée.

La plupart des acteurs approuvent la création automatique et gratuite d'un dossier électronique pour toutes les personnes couvertes par l'assurance maladie obligatoire. La possibilité pour un assuré de s'y opposer (opt-out) est également bien accueillie, sauf par l'UDC. Celle-ci refuse qu'un opposant soit ensuite enregistré comme tel.

Approbation globale aussi pour mettre les données à la disposition de la recherche sous forme anonymisée.

La CDS pour une gestion centralisée

Des voix s'élèvent en revanche contre les huit communautés de référence qui permettent le stockage de données et qui gèrent les DEP. Le Conseil fédéral veut les maintenir et les soutenir par un financement transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi révisée sur le DEP.

La Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) estime que la voie décentralisée n'a pas fait ses preuves. Le DEP doit être piloté et financé de manière centralisée et uniforme. La CDS souhaite fusionner les huit exploitants actuels de DEP (cinq régionaux et trois nationaux). S'ils sont maintenus, ils ont besoin de directives claires, exige la CDS.

Des preuves rapides et concrètes

L'association des caisses-maladie Santésuisse soutient le principe de financement selon lequel les cantons paient autant que la Confédération. Rémunérer le DEP par forfait aide à propager sa pratique et contribue à l'efficacité des coûts chez les exploitants.

La Fédération des médecins suisses (FMH) exige des preuves rapides et concrètes de l'utilité du DEP. Elle déplore que le projet ne contienne guère d'incitations à l'utilisation volontaire du DEP, mais plutôt des sanctions disproportionnées contre les prestataires qui ne s'affilient pas.

Le concept d'accès aux données est trop compliqué pour la population, ajoute la FMH. Les médecins doivent pouvoir choisir librement la communauté de base à laquelle ils s'affilient. De plus, ils doivent être indemnisés pour leur effort.

L'UDC craint une mise au pilori

L'UDC s'oppose fermement à la révision. Le parti estime que le projet est une conception d'Etat absolutiste qui porte atteinte à la liberté individuelle. L'impopulaire et mal ficelé DEP est imposé par la contrainte, accuse l'UDC.

Tant que l'opt-out avec inscription dans un registre des oppositions est maintenu dans le projet, l'UDC refusera catégoriquement toute modification de la loi.

Tout le monde a droit à la protection de ses données personnelles. Par le biais de ce registre tenu par les cantons, les personnes qui refusent un dossier pourraient être mises au pilori publiquement.

Un accès facile

Pour le PS, le DEP doit être d'accès simple avec un standard de sécurité maximal. Les données doivent être compréhensibles pour les patients. C'est pourquoi il faut examiner si les organisations de patients pourraient proposer un tel service par le biais d'un mandat de prestations. Selon le PS, il n'est pas nécessaire de disposer de plusieurs communautés de référence, cela ne fait qu'attiser la concurrence et augmenter les coûts.

Le Centre salue la réglementation claire des compétences entre la Confédération et les cantons, mais doute que la révision y parvienne. Les cantons opteraient probablement pour une communauté de référence régionale. La question se pose donc de savoir si les opérateurs nationaux resteront viables.

Les Verts regrettent que le projet n'élimine pas le défaut essentiel du DEP, qui est à leurs yeux le système des communautés de référence. Une centralisation s'impose.

Le PVL demande un DPE orienté vers les utilisateurs plutôt que de «bricoler» sur le modèle actuel. Le projet de révision est tout au plus une incitation à la réflexion. **(ATS)**

«Le Conseil fédéral demande aux physiothérapeutes de bâcler le travail»

 24 heures | 20.10.2023

La volonté du gouvernement d'instaurer une séance de base raccourcie à vingt minutes indigné la profession, qui craint pour elle et pour les patients.

Romarc Haddou

Imaginez une séance de physiothérapie de vingt minutes, à laquelle il faudrait déjà retrancher cinq minutes de gestion administrative. Les raideurs lombaires, les séquelles d'entorses et les douleurs postopératoires auraient de beaux jours devant elles.

C'est en tout cas ce que dénoncent les physiothérapeutes, après que le Conseil fédéral a mis en consultation une adaptation de la structure tarifaire de la profession. Le gouvernement entend «améliorer la transparence pour les patients» et aboutir à «une meilleure maîtrise des coûts».

Sur le principe, les physios n'y sont pas opposés. Mais, selon eux, cela ne peut pas passer par l'instauration d'une séance de base d'une durée de vingt minutes. D'après PhysioSwiss, cette proposition serait même «fatale» à la profession et aux patients.

Inquiétude

Pour comprendre, résumons la structure actuelle. Il existe deux grandes positions tarifaires: la séance classique et la séance complexe. La première dure généralement trente minutes et la seconde quarante-cinq minutes. Sauf que la loi ne l'indique pas. Elle renseigne sur le contenu des séances, pas sur la durée, laissant une certaine marge de manœuvre aux professionnels. Notons qu'il appartient normalement aux partenaires tarifaires (faïtière et assureurs maladie) de s'entendre sur les tarifs, mais qu'ils n'y sont pas parvenus, raison pour laquelle le Conseil fédéral intervient.

Alors que tout le monde est d'accord pour intégrer une composante temporelle dans la loi, le gouvernement a mis deux variantes en consultation. La première prévoit de formaliser la durée des consultations classiques (trente minutes) et complexes (quarante-cinq minutes) tout en ajoutant une consultation courte (vingt minutes). La seconde prévoit de remplacer les forfaits actuels par un forfait de base (séance de vingt minutes minimum) avec, en sus, un tarif pour chaque tranche de cinq minutes supplémentaires.

«Le Conseil fédéral imagine qu'une séance de vingt minutes comprendra cinq minutes pour consulter le dossier du patient et préparer la salle puis quinze minutes pour les examens, les exercices et les conseils. C'est impossible, on nous demande de bâcler le travail», s'étrangle Thierry Smets, président de PhysioVaud. L'autre faïtière, l'Association suisse des physiothérapeutes indépendants, est tout aussi inquiète et travaille en ce moment à une réponse au Gouvernement. Les physiothérapeutes craignent une prise en charge au rabais (voir témoignages) et soulignent qu'ils ont de plus en plus de mal à s'en sortir

face à des frais fixes en hausse et des revenus qui stagnent. «Depuis 1997, l'Indice des prix à la consommation a augmenté de 17% tandis que la rémunération de la branche a été rehaussée de 8% seulement», observe le président de la faïtière.

Vision à court terme

Multiplier les séances de vingt minutes n'aurait «aucun sens» puisque cela multiplierait le travail administratif qui «correspond à 20% de la charge de travail et qui n'est pas rémunéré». «Et le prix d'une séance de vingt minutes serait abaissé à 32 fr. contre 48 fr. pour une séance simple et 77 fr. pour une séance complexe, actuellement, dans le canton de Vaud», chiffre Thierry Smets. Pour lui, «cela reviendrait à condamner de nombreux cabinets».

Plus généralement, les physiothérapeutes y voient une stratégie contre-productive pour les coûts de la santé. «Le volume des prestations augmente parce que la hausse démographique est doublée d'une volonté politique de maintien à domicile et de soins ambulatoires. Entre 2010 et 2020, le nombre de consultations physio a presque doublé en Suisse, comme les soins à domicile, poursuit Thierry Smets. Le modèle de santé est global et nos coûts génèrent des économies dans d'autres secteurs. Affaiblir la physio signifie des patients mal soignés et une hausse des consultations médicales. C'est un mauvais calcul.»

Corentin Fazan, responsable Espace Santé, Aigle

Seitenzahl
5

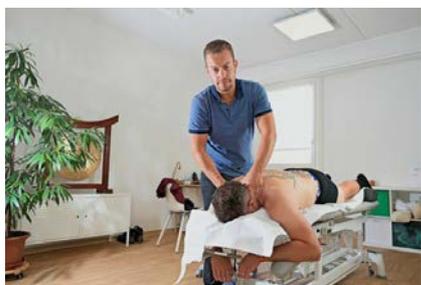
Seitenzahl
Bericht

«C'est vrai qu'il y a un petit flou dans la structure tarifaire actuelle, mais il y a surtout de vrais risques à instaurer cette séance de vingt minutes. Le Conseil fédéral semble considérer que ce serait la nouvelle base et il faudrait probablement justifier les séances de trente minutes devant les assureurs. Or, dans mon cabinet, une demi-heure est nécessaire pour 99% des patients. Le salaire d'un physiothérapeute oscille entre 5000 et 7000 francs bruts mensuels. C'est correct, mais il y a une pression temporelle et de rentabilité forte. Les frais ont augmenté, que ce soit les loyers, le matériel ou l'électricité, et on ne peut pas se permettre d'avoir 3 annulations dans la journée, sinon on est en difficulté.

Ça fait quelques années que la charge administrative augmente, parce qu'il faut justifier les traitements à outrance, alors que notre rémunération ne bouge pas. C'est donc une partie significative du travail qui est «bénévole». Et, alors que nous nous battons pour que la valeur du point tarifaire soit rehaussée (ndlr: les négociations entre la faïtière et les assurances ont échoué), le Conseil fédéral considère qu'il faut plutôt diminuer nos revenus. Franchement, je suis inquiet pour l'avenir de mon cabinet.

La physiothérapie permet d'éviter de nombreuses opérations et des traitements médicaux plus lourds et plus coûteux. C'est une spécialité peu chère et efficace sur qui on fait peser davantage de responsabilités pour décharger les hôpitaux mais qu'on refuse de rémunérer à sa juste valeur. On se plaint que les coûts de la santé explosent, mais on a délaissé la prévention et on s'attaque maintenant à la physio, c'est complètement aberrant.»

Physiothérapeute à l'Espace Santé d'Aigle, Corentin Fazan souligne que 99% de ses patients ont besoin d'une séance de trente minutes.



Physiothérapeute à l'Espace Santé d'Aigle, Corentin Fazan souligne que 99% de ses patients ont besoin d'une séance de trente minutes.

Noémie Larsen Pasquier, Swiss Talent Project Center, Chailly-Montreux

Seitenzahl
5

Seitenzahl
Bericht

«Quelle place resterait-il pour la partie «traitement» lors d'une séance de vingt minutes? Certaines étapes sont incompressibles, notamment l'accueil du patient, l'échange sur son évolution et la prise du prochain rendez-vous. À supposer que le patient n'ait pas de problème de mobilité pour se déshabiller, il resterait environ dix minutes de traitement. Nous travaillons avec des humains, et cela ne peut pas être réduit à un travail à la chaîne.

Les durées d'hospitalisation étant réduites, la physiothérapie qui était dispensée par les hôpitaux et les centres de rééducation est désormais assumée par les physios indépendants. Ces derniers doivent donc prendre en charge plus de patients et qui sont en moins bon état général.

La variante proposée par la Confédération et consistant à allonger la séance de base par tranches de cinq minutes n'est pas réaliste. Aujourd'hui déjà, les assurances nous soupçonnent de tricher et nous demandent de justifier le moindre traitement. Je travaille beaucoup avec des patients qui présentent des atteintes neurologiques, qui nécessitent des séances dites «complexes», et je dois déjà me battre pour que les assurances les acceptent.

J'ai fait le choix de louer un espace dans un centre dédié à la santé et au sport, pour diminuer les charges et les frais et afin de limiter le nombre de patients que je traite quotidiennement, dans l'objectif de dispenser des traitements de qualité. La nouvelle loi m'obligerait à augmenter d'un tiers le nombre de traitements quotidiens. Sachant que plus de soixante minutes par jour, liées aux rapports des patients, ne sont pas rémunérées.

Si cette nouvelle tarification devait entrer en vigueur, j'envisagerais sérieusement une reconversion. Le danger de cette tarification est l'introduction d'une santé à deux vitesses, qui malheureusement ne profiterait qu'aux patients en mesure de se payer du temps de traitement additionnel.»



Si la nouvelle tarification entre en vigueur, Noémie Larsen Pasquier (ici au Swiss Talent Project Center de Chailly-Montreux) affirme qu'elle envisagera une reconversion.

Les physios refusent de brader leurs prestations

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Santé - Au nom de la maîtrise des coûts, le Conseil fédéral a mis en consultation une adaptation de la structure tarifaire de la physiothérapie. Il veut instaurer une séance de base de vingt minutes à 32 fr.

Colère - Les physiothérapeutes sont vent debout contre cette proposition et refusent de «bâcler leur travail». D'après PhysioSwiss, cette proposition serait même «fatale» à la profession et aux patients.

Témoignage - Physiothérapeute à Chailly-Montreux, Noémie Larsen Pasquier estime que la nouvelle tarification l'obligerait à augmenter d'un tiers le nombre de traitements quotidiens.

«Ich sehe nicht, wie diese bürokratische Übung die Qualität steigern soll»

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 20.10.2023

Hohe Kosten und grosser Aufwand – ein neues Zulassungsverfahren für Ärzte sorgt für Ärger im Gesundheitswesen

Jan Hudec

Ein Arzt würde das Gesundheitswesen wohl als polymorbid bezeichnen. Soll heissen, dass es gleich an mehreren Problemen leidet: Die Kosten steigen gerade wieder steil an und mit ihnen die Krankenkassenprämien. Zugleich fehlt es an Pflegefachkräften sowie Ärztinnen und Ärzten. Und diverse Spitäler kämpfen zudem auch noch mit hohen Defiziten.

Wie die Probleme gelöst werden sollen, ist umstritten. Einer der am wenigsten strittigen Ansätze besteht darin, unnötige Bürokratie abzubauen. Zumindest in einem Bereich scheint es derzeit aber in eine andere Richtung zu gehen. Dies zeigt ein Beispiel der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten, welche Spitälern und Behörden enormen Aufwand bereitet und hohe Kosten verursacht – und dies bei unklarem Nutzen.

Das Problem lässt sich gut am Beispiel des Zürcher Universitätsspitals illustrieren. Das Unispital betreibt im Circle am Flughafen Zürich seit drei Jahren ein ambulantes Zentrum. Dort arbeiten unter anderem Hautärzte, Krebs- und Nierenspezialisten. Sie alle sind im Unispital angestellt. Weil der Circle aber als eigenständiger Standort gilt, brauchen die in der Aussenstation eingesetzten Ärztinnen und Ärzte eine separate Bewilligung, auch wenn sie nur ab und an im Circle arbeiten. Bisher ging das alles recht unkompliziert. Die nötigen «Assistenzbewilligungen» konnte das Spital quartalsweise als Sammelbewilligung beantragen.

Doch seit Anfang Jahr ist das vorbei. Alle Fachärzte am Circle brauchen nun eine persönliche Bewilligung. Betroffen davon sind laut Aussagen des Spitals rund 650 Ärztinnen und Ärzte, die selbst dann das Verfahren durchlaufen müssen, wenn sie nur sporadisch am Flughafen und sonst meist am Hauptstandort des Spitals eingesetzt werden.

Das Verfahren ist aufwendig und teuer. Während die Sammelbewilligung jeweils rund 6000 Franken kostete, werden nun pro Arzt 1000 Franken fällig. Zudem hat sich der administrative Aufwand fürs Spital verdoppelt. Musste das Spital vorher 45 Minuten pro Arzt aufwenden, sind es neu 90 Minuten. Bei mehreren hundert Betroffenen summiert sich das. Wegen personeller Wechsel müssen zudem jeden Monat wieder neue Bewilligungen angefordert werden.

Elf neue Stellen nötig

Und das ist nur die eine Seite. Denn auch die Behörden haben deutlich mehr zu tun mit dem neuen Verfahren. Vollziehen müssen die neuen Vorgaben des Bundes die Kantone. In Zürich ist das Amt für Gesundheit zuständig, das bei der Gesundheitsdirektion angesiedelt ist.

Auf Anfrage sprechen die Zuständigen von einem «erheblichen Mehraufwand», den der Kanton nun mit der Prüfung all dieser Gesuche betreiben müsse. Das zeigt sich nur schon an deren schierer Zahl. Im Jahr 2019 hat der Kanton Zürich noch rund 800 Berufsausübungsbewilligungen erteilt, im laufenden Jahr sind es schon über 1500.

Weil der Bund daneben auch noch ein neues Zulassungsverfahren geschaffen hat (dabei geht es um Voraussetzungen, damit Ärzte über die Krankenkassen abrechnen dürfen), musste der Kanton noch 860 weitere Gesuche prüfen, die es früher in dieser Form gar nicht gegeben hatte.

Um mit dem Aufwand zurechtzukommen, hat der Kanton in mehreren Schritten elf neue Vollzeitstellen in der Gesundheitsdirektion geschaffen. Ab 2024 soll dies jährliche Kosten von 1,74 Millionen Franken nach sich ziehen. Der Mehraufwand entfällt zwar nicht ausschliesslich auf die neuen Zulassungs- und Bewilligungskriterien – so haben die Behörden beispielsweise auch mehr zu tun, weil schlicht die Zahl der Ärztinnen und Ärzte stetig steigt. Doch die neuen Auflagen des Bundes sind der zentrale Faktor für den Mehraufwand.

Zeitweise waren die Experten in der Gesundheitsdirektion derart überlastet, dass die Bearbeitung der Gesuche bis zu zehn Wochen dauerte. Mit den neuen Stellen soll die Wartezeit für die Ärztinnen und Ärzte nun verkürzt werden.

Das Unispital ist skeptisch

Weil die Arbeitslast so hoch war, musste das Amt auch seine Kontrolltätigkeit zurückfahren, wie es in einem Regierungsratsbeschluss vom April dieses Jahres heisst. Statt der präventiven Kontrollen, die für ein funktionierendes Gesundheitswesen unabdingbar seien, «erfolgen die Interventionen oft erst reaktiv auf entsprechende Verdachtsmeldungen hin». Und darunter leide letztlich die Qualität der Gesundheitsversorgung.

Das ist insofern pikant, als der Bund mit den neuen Zulassungs- und Bewilligungskriterien eigentlich das Ziel verfolgte, die Qualität zu steigern. Unispital und Gesundheitsdirektion sind ohnehin skeptisch, ob die Neuerung überhaupt geeignet ist, die Qualität zu verbessern. Das Spital drückt es auf Anfrage diplomatisch aus: Zusätzliche Bewilligungen, die nur eingeholt werden müssten, weil jemand an verschiedenen Standorten tätig sei, trügen «nicht zwingend zur Qualitätssicherung» bei. Auch der Kanton äusserst sich kritisch. Ob durch den Mehraufwand für die neuen Verfahren tatsächlich eine merkliche Qualitätssteigerung erreicht werden könne, sei mindestens fraglich.

Weniger zurückhaltend kritisiert die FDP-Nationalratskandidatin Bettina Balmer das Vorgehen. «Wir haben wirklich schon genügend Probleme im Gesundheitswesen, es ist nicht nötig, dass wir noch neue schaffen.» Balmer ist selbst Ärztin und kann nicht nachvollziehen, warum die Bewilligungspraxis derart verkompliziert wurde. Wenn man den Facharztstitel erhalte, müsse man ja schon beweisen, dass man sein Handwerk beherrsche. Und wenn man von einem Spital angestellt werde, werde man ebenfalls auf Herz und Nieren geprüft. Zudem würden auch die Spitäler von den Gesundheitsbehörden kontrolliert. Das müsste ja eigentlich reichen.

Und falls man mit dem Ergebnis all dieser Kontrollinstanzen nicht zufrieden sei, dann müsse man dort ansetzen, statt den Kontrollapparat weiter aufzublähen. «Ich sehe nicht, wie diese bürokratische Übung die Qualität steigern soll», sagt Balmer. Solche Ausgaben müssten gestoppt werden. «Das Geld würden wir besser dafür verwenden, dringend benötigte Pflegefachkräfte und Ärztinnen und Ärzte anzustellen. Das würde ganz sicher mehr zur Qualitätssteigerung beitragen.»

Das Bundesamt für Gesundheit hingegen ist überzeugt davon, dass die neuen Massnahmen die Qualität verbessern. Insbesondere das Zulassungsverfahren für die Abrechnung über die Krankenkasse diene unmittelbar der Patientensicherheit. Denn mit dem Verfahren sei unter anderem strenger geregelt, wie gut ein Arzt eine der Landessprachen beherrschen beziehungsweise wie er dies nachweisen müsse. Zudem gewährleiste das neue Verfahren, dass sämtliche Gesuchsteller gleich behandelt würden. Der Nutzen sei denn im Parlament auch unbestritten gewesen.

Das neu eingeführte Zulassungsverfahren könne zudem mit demjenigen zur Berufsausübungsbewilligung koordiniert werden. Damit könne der Initialaufwand erheblich reduziert werden. Es liege im Ermessen der Kantone, wie sie konkret die Zulassungskriterien überprüften.



Alle Fachärzte am Circle im Flughafen Zürich brauchen nun eine persönliche Bewilligung. Der administrative Aufwand des Zürcher Universitätsspitals ist damit massiv gestiegen. Gaëtan Bally / Keystone



Bettina Balmer Ärztin und Nationalratskandidatin der FDP

Bundesrat will Wechsel der Krankenkassen erleichtern

 HZ Insurance | 19.10.2023

Das Krankenkassenmodell zu ändern, soll künftig auch unterjährig möglich werden. Der Bundesrat will dazu eine Verordnung anpassen.

Wer das Krankenkassenmodell ändern will, soll dies in gewissen Fällen künftig auch unterjährig tun können. Der Bundesrat hat am Mittwoch eine entsprechende Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung in die Vernehmlassung geschickt.

Kann zu finanziellen Problemen führen

Gemäss der aktuellen Gesetzgebung können Versicherte, die sich für eine Wahlfranchise über 300 Franken und die freie Wahl der Leistungserbringer entschieden haben, ihr Versicherungsmodell nicht unterjährig wechseln. Dies kann laut dem Bundesrat zu finanziellen Problemen führen, zum Beispiel bei einem Umzug in einen Kanton mit höheren Prämien, bei Arbeitslosigkeit oder wenn man eine Weiterbildung anfängt.

Modell mit eingeschränkter Wahl

Künftig möchte der Bundesrat das System flexibler gestalten. Versicherte, die eine Versicherung mit Wahlfranchise und freier Wahl der Leistungserbringer abgeschlossen haben, sollen unterjährig in ein Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer wechseln können, um weniger Prämien bezahlen zu müssen.

Nicht mehr separat verrechnen

Weitere Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffen die Rechnungsstellung von Laboranalysen. In Zukunft sollen Laboranalysen, wenn es von den Tarifpartnern ausgehandelte Pauschalen für bestimmte ambulante Behandlungen gibt, in diesen Pauschalen enthalten sein und nicht mehr separat verrechnet werden, wie der Bundesrat mitteilte.

Bei Berechnung der Prämienverbilligung berücksichtigen

Zudem sollen die Versicherer verpflichtet werden, den Kantonen den Betrag des den Versicherten gewährten Prämienausgleichs zusätzlich zur genehmigten Prämie mitzuteilen. Durch diese Anpassung können die Kantone laut dem Bundesrat diesen Ausgleichsbetrag bei der Berechnung der Prämienverbilligung berücksichtigen.

Alle ambulanten Leistungserbringer zulassen

Schliesslich sollen alle ambulanten Leistungserbringer, die als natürliche Personen ihre Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ausüben können, auch als Organisationen zugelassen werden - neu auch Apothekerinnen und Apotheker sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Die Vernehmlassung dauert bis am 1. Februar 2024. **(awp/hzi/hoh)**

Premier volet du programme de maîtrise des coûts de la santé du Conseil fédéral

 agefi.com | 19.10.2023

Le gouvernement a ouvert mercredi une consultation portant notamment sur le changement de modèle d'assurance en tout temps et la communication entre assureurs et cantons.

Il devrait être possible de changer de modèle d'assurance maladie en cours d'année aussi, pour profiter d'une option alternative plus avantageuse. Le Conseil fédéral a ouvert mercredi une consultation sur le premier volet du programme de maîtrise des coûts de la santé.

Actuellement, les assurés qui ont choisi une franchise à option supérieure à 300 francs et le libre choix de fournisseurs de prestations ne peuvent pas changer de modèle d'assurance en cours d'année et doivent attendre la fin de l'année civile. Contrairement aux assurés qui ont opté pour une assurance avec une franchise ordinaire de 300 francs, qui eux peuvent changer de modèle en tout temps.

Cela peut poser des problèmes financiers, par exemple, si l'on déménage dans un canton où les primes sont plus élevées, en cas de chômage ou si l'on entame une formation continue, constate le gouvernement dans un communiqué. L'ordonnance sur l'assurance maladie doit donc être adaptée, afin de permettre aux autres catégories d'assurés d'opter en cours d'année pour un modèle du type médecin de famille, HMO ou premier conseil par téléphone, plus avantageux.

Facturation des analyses de laboratoire

Le Conseil fédéral met également en consultation une modification qui concerne la facturation des analyses de laboratoire. A l'avenir, lorsque des forfaits – négociés par les partenaires tarifaires – pour certains traitements ambulatoires existent, les analyses de laboratoires devront être incluses dans ces forfaits et plus facturées séparément.

Une autre modification concerne la communication entre les assureurs et les cantons. Elle vise à obliger les assureurs à communiquer aux cantons le montant de la compensation des primes accordée aux assurés, en plus de la prime approuvée. Cette adaptation permettra aux cantons de tenir compte de ce montant compensatoire lors du calcul de la réduction des primes.

Enfin, dans le droit en vigueur, tous les fournisseurs de prestations ambulatoires admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en tant que personnes physiques peuvent aussi l'être en tant qu'organisations, à l'exception des pharmaciens et des dentistes. Le Conseil fédéral entend désormais admettre ces deux catégories en tant qu'organisations.

La procédure de consultation dure jusqu'au 1er février 2024. **(ATS)**

Changer plus facilement de modèle d'assurance

 24 heures | 19.10.2023

Il devrait être possible de changer de modèle d'assurance maladie en cours d'année aussi, pour profiter d'une option alternative plus avantageuse. Le Conseil fédéral a ouvert mercredi une consultation sur le premier volet du programme de maîtrise des coûts de la santé. Berne met aussi en consultation notamment une modification qui concerne la facturation des analyses de laboratoire. À l'avenir, lorsque des forfaits – négociés par les partenaires tarifaires – pour certains traitements ambulatoires existent, les analyses de laboratoires devront être incluses dans ces forfaits et non plus facturées séparément. **ATS**

Gleichenfalls erschienen in

- Tribune de Genève

«Das BAG müsste bei manchen Krankenkassen den Stecker ziehen»

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 19.10.2023

Bei den Verwaltungskosten gibt es grosse Unterschiede – mehr als 250 Franken pro Person und Jahr halten Experten für nicht gerechtfertigt

Michael Ferber

Nach dem Schock bei den Krankenkassenprämien – sie steigen im kommenden Jahr im Durchschnitt um 8,7 Prozent – rücken die Verwaltungskosten der Kassen in den Fokus. Im Schnitt betragen diese 5,1 Prozent der Prämien, das entspricht 193 Franken 50 pro versicherte Person pro Jahr. Dies zeigt eine Analyse des Online-Vergleichsdiensts Comparis.

Damit haben die Kassen ihre Verwaltungskosten im Vergleich mit dem Vorjahr sogar leicht gesenkt. Es gibt aber auch Negativbeispiele: Bei der Krankenkasse Institut Ingenbohl beträgt der Verwaltungsaufwand pro versicherte Person 949 Franken. Weitere Anbieter mit hohen Verwaltungskosten sind die Krankenkasse Birchmeier mit 462 Franken oder die Krankenkasse Stoffel Mels mit 411 Franken pro versicherte Person.

«Man sollte hier knallhart einen Schnitt machen», sagt der Berner Gesundheitsökonom Heinz Locher. Kosten von 200 bis maximal 250 Franken pro versicherte Person hält er noch für gerechtfertigt. «Kassen, die darüberliegen, sollten die Prämien nicht genehmigt bekommen», sagt er.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) könnte Kassen mit besonders hohen Verwaltungskosten die Bewilligung zur Durchführung der Grundversicherung entziehen, sagt Felix Schneuwly von Comparis. «Das BAG müsste bei manchen Krankenkassen den Stecker ziehen.» Bei der effizienten und günstigen Krankenkasse Turbenthal sei dies 2018 passiert, weil sie die Aufsichtsdaten nicht digital habe liefern wollen.

Der BAG-Sprecher Andrea Arcidiacono teilt dazu mit, die rechtlichen Hürden für einen Bewilligungsentzug aufgrund von unverhältnismässigen Verwaltungskosten seien sehr hoch. Die Forderungen von Locher und Schneuwly seien nachvollziehbar, entbehrten in dieser absoluten Form aber gegenwärtig einer rechtlichen Grundlage. Bis heute habe das BAG noch keinem Krankenversicherer aufgrund zu hoher Verwaltungskosten die Bewilligung entzogen.

Kleine Kassen sind innovativer

Im Falle des Spitzenreiters bei den Verwaltungskosten, der Krankenkasse Institut Ingenbohl, wird sich hier ohnehin bald etwas tun: Die Kasse wird per Anfang 2024 mit der Einsiedler Krankenkasse fusionieren, wie der Geschäftsführer Kurt Zwahlen auf Anfrage mitteilt. Durch die Fusion dürften die Verwaltungskosten sinken, meint er. Er verweist darauf, dass die Krankenkasse jüngst nur noch einen Versichertenbestand von rund 500 Personen hatte. «Das kann man nicht mehr eigenständig weiterführen», sagt er.

Auffällig ist, dass unter den Kassen mit hohen Verwaltungskosten einige kleinere Krankenkassen sind. «Viele kleine Kassen sind wirtschaftlich nicht überlebensfähig», sagt Locher. Sie profitierten davon, dass die grossen Kassen die Dienstleistungen des Verbands Santésuisse und seiner Tochtergesellschaft Tarifsuisse quasi allein bezahlten. Darunter fallen beispielsweise die Entwicklung von Tarifstrukturen oder der Einkauf von Leistungen. Locher sieht hier eine Art Quersubventionierung der kleinen Kassen: «Einige davon werden so künstlich am Leben erhalten.»

Klein sei aber nicht automatisch teuer und schlecht. Kleinere Krankenkassen müssten innovativer als grössere sein, wenn sie eine Existenzberechtigung haben wollten, sagt der Gesundheitsökonom. Innovation zeige sich bei Produkten, in der Informationstechnologie, bei der Servicequalität, der Kundenfreundlichkeit oder im Bereich Gesundheitsvorsorge.

Konsolidierung setzt sich fort

Auch Felix Schneuwly sieht im Markt kleinere Kassen, die konkurrenzfähig sind. Diese seien zumeist Nischenanbieter oder regional gut vernetzt. Fest stehe aber, dass die Hürden für Krankenkassen höher würden, es brauche beispielsweise immer mehr medizinisches Know-how.

Laut einer Statistik des BAG gab es im Jahr 2021 in der Schweiz noch 50 Krankenversicherer, im Jahr 2005 waren es noch 85 gewesen. Schneuwly rechnet damit, dass sich die Konsolidierung in den kommenden Jahren fortsetzt. Es gebe aber keinen Grund, dass der Staat die Strukturbereinigung vorantreibe, betont er.

Laut Comparis gehören einige grosse und mittelgrosse Anbieter zu jenem Viertel der Krankenkassen mit den höchsten Verwaltungskosten. «Dies ist eigentlich erstaunlich, zumal die Krankenversicherung ein Massengeschäft ist», sagt Schneuwly. Als Beispiele nennt der Vergleichsdienst die Krankenkassen KPT, Mutuel Assurance Maladie und Vivao Sympany.

Die effizientesten Anbieter waren gemäss der Analyse die Krankenkasse Luzerner Hinterland mit 105 Franken pro versicherte Person, die Walliser Sodalıs-Gesundheitsgruppe mit 121 Franken sowie die CSS-Tochter Arcosana mit 139 Franken.

Bei den Krankenkassen-Holding-Gesellschaften lag die CSS mit Verwaltungskosten von 156 Franken pro versicherte Person vorne, dann folgten Visana mit 161 Franken und Swica mit 194 Franken. Teurer waren die Groupe Mutuel mit 250 und Sympany mit 270 Franken.

Gesamtkosten ausschlaggebend

Reto Dietschi, Berater in den Bereichen Gesundheitswesen und Krankenversicherung, hält die Verwaltungskosten indessen für begrenzt aussagekräftig: «Mir als Prämienzahler ist es eigentlich egal, welche Verwaltungskosten meine Krankenkasse hat, solange sie mir eine günstige Prämie und einen guten Service bietet.» Die Versicherer mit den tiefsten Verwaltungskosten hätten nicht immer die niedrigsten Prämien.

Entscheidend sei letztlich, wie hoch die Gesamtkosten der Krankenkassen seien. An diesen machten die Verwaltungskosten lediglich rund 5 Prozent aus. Viel wichtiger seien die Leistungskosten, und die Kassen sollten sich aus Dietschis Sicht besser darum kümmern – etwa indem sie qualifiziertes Personal anstellten, um zu prüfen, ob die medizinischen Behandlungen im Einzelfall wirtschaftlich und zweckmässig seien. «Es gibt im System jede Menge missbräuchlicher Leistungen, die man mit intelligenten Systemen identifizieren kann», sagt er.

Die dafür nötigen, medizinisch qualifizierten Fachleute kosteten natürlich auch etwas, sparten aber ein Mehrfaches davon an Leistungskosten ein. «Es verhält sich etwa so wie bei Steuerkommissären: Jeder

Steuerkommissär bringt ein Vielfaches dessen ein, was er die Steuerverwaltung an Lohn kostet», sagt Dietschi.

Physiothérapeutes furieux contre le passage de 30 à 20 minutes des séances

▶ RTS 1 | 18.10.2023

La révision de la structure tarifaire en matière de physiothérapie mise en consultation le mois dernier par le Conseil fédéral suscite des crispations croissantes. Une pétition pour dénoncer une baisse de la qualité des soins a déjà recueilli plus de 100'000 signatures.

Vincent Cherpillod

Les coûts liés à la physiothérapie ont explosé en 10 ans: alors que les coûts de santé globaux ont progressé de 2,8% par an, ceux de la physio ont bondi de 6,9%. Assez pour pousser le Conseil fédéral à intervenir. Il propose notamment de réduire la durée de base des séances de physio de 30 à 20 minutes.

Interrogée dans le 12h45 de la RTS mercredi, Florence van Parys s'insurge: "Je ne sais pas comment j'arriverai à soigner de manière correcte un patient en 20 minutes. En sachant que le patient arrive dans la pièce, doit parfois se déshabiller ou se changer avant qu'on puisse le soigner... Et après, il se rhabille et il quitte les lieux. Chapeau à celui qui y arrive en 20 minutes!", a dénoncé la physiothérapeute.

Sollicité par la RTS, l'Office fédéral de la santé publique a répondu qu'il souhaitait uniformiser la durée des séances, laissée aujourd'hui au libre choix des physiothérapeutes. Il s'agit non pas de raccourcir leur durée mais d'indiquer clairement la durée minimale des consultations, défend-il.

La faute au vieillissement de la population...

L'explosion des coûts de la physiothérapie n'est pas contestée par les quelque 20'000 professionnels du pays. Mais pour eux, elle est logique compte tenu de la démographie et du vieillissement de la population.

"Dans la période concernée, il y a eu une augmentation d'un million de personnes, et au niveau démographique, un vieillissement de la population. Il ne faut pas oublier que les gens qui sont nés pendant le baby-boom sont arrivés à 60 ans à partir de 2006", défend le président de Physioswiss Jura Rafael Ferreira.

...ou au surnombre de physiothérapeutes?

Nouvelle riposte de l'OFSP: si les coûts ont augmenté, c'est parce que le nombre de physiothérapeutes en exercice a presque doublé en 10 ans. "Ce nombre a augmenté de manière supérieure à la moyenne par rapport à l'ensemble des fournisseurs de prestations", pointe l'instance.

Le projet du Conseil fédéral est en consultation jusqu'au 17 novembre, date à laquelle les physios déposeront une pétition demandant son retrait. Elle a déjà recueilli plus de 110'000 signatures.

 Commencer la vidéo, durée: 02:12

Preisüberwacher Stefan Meierhans über Fehler im Gesundheitssystem - Kommentar

 [blick.ch \(de\)](https://www.blick.ch/de) | 17.10.2023

Bis zu 150 Millionen Franken – diesen Betrag hätte der Bundesrat zugunsten unserer Krankenversicherungen sparen können – ohne, dass es Kranke je gemerkt hätten. Doch leider sass die Lobby wieder am längeren Hebel.

Stefan Meierhans

Die Krankenkassenprämien werden immer mehr preislich zum Luxusgut. Deshalb ist es so wichtig, dass möglichst alle kostspieligen Fehler und Fehlanreize aus dem System beseitigt werden. Davon gibt es viele und das zu ändern ist unglaublich schwierig, denn die Lobby verteidigt ihre Pfründe mit aller Vehemenz.

Hier die neueste Wendung in der alten Geschichte namens: Gewinnmaximierung mittels Zulassungsjonglieren bei Medis. Statt dem sich abzeichnenden Happy End für unsere Gesundheitskosten passiert ... wieder mal nichts.

Worum gehts? Um ein eindrückliches Beispiel: Die weitverbreitete Augenkrankheit feuchte AMD (feuchte altersbedingte Makula-Degeneration) kann wirksam behandelt werden. Theoretisch stehen teure Medikamente, die alle zwischen 600 und 1000 Franken (pro Injektion!) kosten, und ein Mittel namens Avastin, das «nur» zwischen 50 und 100 Franken pro Injektion kostet, zur Verfügung. Die Wirkung ist bei allen Medikamenten gleich gut.

Sowohl das in diesem Fall günstige Avastin als auch das viel teurere Medi Lucentis (das für die feuchte AMD-Behandlung zugelassen ist) wurden von Roche entwickelt. Avastin wurde ursprünglich als Krebsmedikament entwickelt und zugelassen. Die Wirksamkeit bei feuchter AMD ist sozusagen ein Zusatznutzen.

Weil die Pharmaindustrie kein Interesse hat, das günstige Medi statt dem teuren zu verkaufen, hat Roche der Verwendung einen Riegel geschoben, indem es nie eine Zulassung für Avastin als Augenmedikament beantragt hat.

Das ist sehr schlecht für uns, denn die Krankenkassen dürfen in der Regel nur die für die Krankheit zugelassenen Medikamente vergüten. Ausnahmen, den sogenannten «Off-Label-Use», kann es nur dann geben, wenn kein anderes wirksames Medikament zur Verfügung steht.

Im genannten Fall gibt es aber andere Medis und somit kann Roche ganz legitim verhindern, dass das günstigere Avastin für die feuchte AMD-Behandlung genutzt wird.

Auf bis zu 150 Millionen Franken pro Jahr schätzte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2022 das Sparpotential nur hierfür. Und dieses Beispiel ist sicherlich kein Einzelfall.

Deshalb hatte ich vorgeschlagen, dass für die Vergütung beim Off-Label-Use auch das Wirtschaftlichkeitskriterium eine Rolle spielen soll. Im Klartext: Medikamente sollten auch dann von der Krankenkasse vergütet werden können, wenn sie nicht nur wirksam, sondern auch günstiger sind als zugelassene Alternativen. Schliesslich ist das Kostensparen nicht nur dringend nötig, sondern auch im Krankenversicherungsgesetz verankert.

Das BAG hat das Wirtschaftlichkeitskriterium letztes Jahr in seine Verordnungsänderung aufnehmen wollen. Leider wurde dieser sinnvolle Änderungsvorschlag – wohl nach intensiver Lobbyarbeit – wieder beerdigt.

Der Bundesrat hat es verpasst, auf diese Bestimmung zu bestehen. Damit wird auf die Realisierung eines grossen Sparpotentials verzichtet, welches ohne Qualitätsverlust hätte umgesetzt werden können. Für mich ist das nicht nachvollziehbar.

Willkürlicher Tarifeingriff bei der Physiotherapie - Gastkommentar

 Neue Zürcher Zeitung NZZ | 20.10.2023

Mirjam Stauffer

Seit Jahren kämpft die Physiotherapie für eine Tarifierhöhung und für eine revidierte Tarifstruktur. Die Verhandlungen verliefen 2016 ergebnislos, obwohl die Tarifstruktur schon da längst veraltet und eine Aktualisierung überfällig war. Nach der Pandemie konnten die Verhandlungen wieder aufgenommen werden. Leider wurde das Prozedere von den Krankenversicherern einseitig verschleppt, beziehungsweise gar abgebrochen. Nun will das BAG im Namen des Bundesrates einen Tarifeingriff vornehmen, welcher die ganze Branche in Schiefelage bringen wird.

Der Eingriff des Bundesrats in die unterfinanzierte Branche wird zu weiteren finanziellen Einschränkungen führen. Die Leidtragenden sind die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, welche sich zunehmend am Rande des Existenzminimums bewegen. Die Preise für die Physiotherapieleistungen decken den Aufwand längst nicht mehr. Die Situation wird seit 2022 massiv verschärft durch die steigenden Personalkosten, höheren Einkaufspreise und steigenden Kapitalkosten als Folgen der Inflation.

Die meisten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten üben ihren Beruf gerne aus. Doch im Alltag steigen die Anforderungen für Praktizierende immer weiter; höhere Ausbildungsabschlüsse, mehr Administration und strengere Vorschriften bei nahezu gleicher Vergütung seit 1997. Pro Taxpunkt können beispielsweise im Aargau über die Krankenkasse 1.05 Franken abgerechnet werden. Das macht bei einer allgemeinen Therapie 50.40 Franken Umsatz pro Sitzung. Diese dauert im Schnitt laut Physioswiss-Studie rund 30 Minuten. Hinzu kommen fast 10 Minuten unbezahlte Tätigkeiten, wie Praxisräume vor- und nachbereiten, Dossierführung, Terminplanung sowie Wechsel zwischen Patientinnen und Patienten. Davon sind auch Mieten, Löhne, Geräte, IT, Reinigung und Versicherungen zu bezahlen.

Der Tarifeingriff des Bundesrates erfolgt nicht nur ohne Rücksprache mit dem Verband, sondern auch ohne Datengrundlage. Der Eingriff sieht unter anderem eine neue verkürzte Tarifposition vor und legt bei dieser eine Behandlungsdauer von 15 Minuten fest. Eine zweckmässige Behandlung ist aber in 15 Minuten nur in seltenen Ausnahmefällen sinnvoll. Es herrscht also nicht nur Willkür, sondern auch Ahnungslosigkeit. Die Konsequenzen tragen die Patientinnen und Patienten. Weiter greift der Bundesrat auch in die Tarife von komplexeren Behandlungen ein und schafft dort einen administrativen Moloch. Neu sollen komplexe physiotherapeutische Behandlungen einzeln vom Krankenversicherer geprüft werden. Zum einen nimmt dadurch die Ungleichbehandlung der Leistungserbringer durch die Krankenkassen zu, zum anderen kann unter dem Strich aus einem solchen Eingriff keine Kosteneinsparung resultieren. Das BAG gibt das denn auch offen zu und schreibt zum Experiment: «Dies könnte zu einer besseren Kostenkontrolle führen. Wie sich die Umsetzung dieser Anpassungen auf die Kosten auswirkt, lässt sich allerdings schwer abschätzen» – Kaffeesatzlesen?

Da die Physiotherapie nur rund 3,6 Prozent der Gesundheitskosten verantwortet, setzt der Bundesrat nicht am effektivsten, sondern am schwächsten Punkt im Gesundheitssystem an. Und dies, obwohl er die wichtige Rolle der Physiotherapie im Gesundheitssystem anerkennt. Praxen werden zunehmend auf Zusatzversicherte und Selbstzahler ausweichen, oder sie werden ihre Praxen gleich ganz schliessen. Das Wohl der Patientinnen und Patienten wird folglich nicht nur durch absurde Tarifpositionen, sondern auch durch eine abnehmende Versorgungsqualität gefährdet.

Es ist zu hoffen, dass der Bundesrat von diesem unvernünftigen Tarifeingriff absieht. Stattdessen sollte die neue Departementsführung dafür sorgen, dass zusammen mit den Krankenversicherern am Verhandlungstisch eine neue, sachgerechte und die Realität abbildende Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen gefunden wird. Einsparungen im Gesundheitswesen sind unabdingbar, sollen jedoch nicht zulasten des Patientenwohls erfolgen.

Mirjam Stauffer ist Präsidentin des Zentralvorstands von Physioswiss.

Ver mehrt Knappheit bei Medikamenten - auch Antibiotika betroffen

 Tages-Anzeiger | 18.10.2023

Nahende Erkältungssaison - Schon jetzt gibt es Lieferengpässe. Sie dürften sich mit dem Anstieg der Nachfrage im Winter verschärfen.

Isabel Strassheim

Die oberste Apothekerin warnt mit Blick auf die nahende Erkältungszeit vor einer Zuspitzung der Engpässe bei Medikamenten. «Die Lieferengpässe sind im Moment sehr häufig, und wenn die Nachfrage stark ansteigt wie mit dem Beginn der kalten Jahreszeit, könnte es in diesem Winter erneut zu einer Eskalation kommen», sagt Pharmasuisse-Präsidentin Martine Ruggli-Ducrot dieser Redaktion.

Auch der Bund schätzt die Lage der Medikamentenversorgung weiter als problematisch ein. «Die Störungen betreffen nicht mehr nur den Spitalbereich, sondern vermehrt auch den ambulanten», sagt Jaakko Havela, Sprecher des Bundesamtes für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL). Dazu gehört die Versorgung ausserhalb von Spitalern, etwa in Arztpraxen oder Apotheken.

Drei Arzneigruppen besonders betroffen

Problematisch sei die Versorgung derzeit bei Antibiotika zum Einnehmen, bei starken Schmerzmitteln (Opiaten) und bei Impfstoffen gegen Diphtherie-Tetanus-Polio sowie Hepatitis. Bei diesen drei Arzneigruppen werde der Markt vermehrt aus den Pflichtlagern versorgt, führt Sprecher Havela aus.

Fiebersenkende Mittel wie Ibuprofen oder Paracetamol werden jedoch nicht in Pflichtlagern gehalten, hier hängt die Versorgung allein an der aktuellen Beschaffung.

Vergangenes Frühjahr war es auch bei diesen Standardmitteln zu Lieferschwierigkeiten gekommen, insbesondere Husten- und Fiebersirup für Kinder fehlten.

Der mit Abstand grösste Medikamentenhändler der Schweiz ist die Galenica-Gruppe. Anders als etwa deutsche Grossisten führt Galenica jedoch keine Liste über die Bestände der am meisten gefragten Arzneimittel. «Eine solche Liste führen wir leider nicht, die Situation im Zusammenhang mit Engpässen ändert sich auch laufend», sagt Sprecher Andreas Petrosino. Es gibt jedoch auch positive Entwicklungen: Im vergangenen Februar waren unter anderem die Notvorräte des Bundes bei Antibiotika angezapft worden. Die Situation habe sich mittlerweile normalisiert, sodass das Lager wieder aufgebaut werden könne, sagt BWL-Sprecher Havela.

Der Markt ist «extrem angespannt»

Auch gefüllte Lager schützen jedoch nicht vor neuen Engpässen. Der Markt sei «extrem angespannt», und unvorhergesehene Störungen wie Produktionsausfälle wegen Qualitätsmangels, Naturkatastrophen, ausserordentlicher epidemiologischer Lagen könnten schnell zu Lieferschwierigkeiten führen, so Havela weiter.

In den kommenden Jahren will der Bund daher die Menge der in Pflichtlagern gehaltenen Heilmittel stark ausbauen. Vorschläge für weitere Schritte gegen die notorischen Lieferengpässe will eine Taskforce dem Bundesrat im zweiten Quartal 2024 vorlegen.

Gleichen tags erschienen in

- Der Bund
- Berner Zeitung Stadt + Region Bern
- Berner Oberländer
- Langenthaler Tagblatt
- Thuner Tagblatt
- Basler Zeitung
- Der Landbote
- Zürcher Unterländer
- Zürcher Oberländer/Anzeiger von Uster
- Zürichsee-Zeitung
- Berner Zeitung Burgdorf Emmental

Steigende Krankheitskosten nicht nur bei Älteren, sondern auch bei Jüngeren

 K-Tipp | 18.10.2023

Die Krankenkassenprämien steigen vor allem, weil die Menschen in der Schweiz - immer älter werden: Diese Behauptung von Behörden, Pharma und Ärzten hält sich hartnäckig. Zahlen zeigen aber: Die Krankheitskosten nehmen bei den jüngeren Jahrgängen prozentual stärker zu.

Gery Schwager

Fast jedes Jahr kennt die Entwicklung der Krankenkassenprämien nur eine Richtung – nach oben. Für 2024 ist der Anstieg mit durchschnittlich 8,7 Prozent besonders stark. Gesundheitsminister Alain Berset erklärte dies Ende September vor den Medien so: «Das Durchschnittsalter erhöht sich laufend. Dadurch kommen immer mehr Menschen in ein Alter, in dem man mehr Gesundheitsleistungen braucht.» Doch stimmt das wirklich?

Die Zahlen der Krankenversicherungsstatistik des Bundesamtes für Gesundheit zeigen: Die von den Krankenkassen pro Kopf der Bevölkerung bezahlten Leistungen nahmen in den zehn Jahren von 2013 bis 2022 zwar in allen Altersklassen zu. Sie stiegen aber in den Altersgruppen der 71- bis 85-jährigen und der über 85-jährigen Versicherten prozentual weniger stark als in den Gruppen der 11- bis 40-Jährigen. Zugleich stieg die Zahl der Versicherten in den höheren Altersklassen stärker als bei den Jüngeren.

Unter dem Strich heisst das: Die Gesellschaft wird immer älter – aber pro Kopf verursachten ältere Menschen in den vergangenen zehn Jahren prozentual weniger Kostenwachstum als junge.

Das ändert allerdings nichts daran, dass die Kosten in absoluten Zahlen im Alter deutlich höher sind. Die Krankenkassen zahlten letztes Jahr pro Kopf bei den 71- bis 85-Jährigen etwa 6,5 Mal und bei den über 85-Jährigen 11 Mal so viel wie bei den 11- bis 25-Jährigen.

Viel Sparpotenzial bei Älteren

Das erstaunt nicht, denn ältere Menschen leiden häufiger an chronischen Krankheiten wie zum Beispiel Diabetes und Demenz. Sie benötigen mehr medizinische Hilfe und Pflegeleistungen.

Darum wäre es sinnvoll, das Gesundheitssystem stärker auf die Situation älterer Menschen auszurichten. Zum Beispiel sollte man die Möglichkeiten zur ambulanten Betreuung erweitern ([«Saldo» 16/2016](#)).

Der Gesundheitsökonom Willy Oggier wies kürzlich in der NZZ darauf hin, dass ein Drittel der Patienten in den Pflegeheimen weniger als eine Stunde Betreuung pro Tag brauche. Man könnte sie zu Hause statt in einem teuren Pflegeheim betreuen.

Viel stärker fällt aber ins Gewicht: Im letzten Lebensjahr eines Versicherten steigen dessen Krankheitskosten massiv – und zwar weitgehend unabhängig davon, wie alt oder jung er ist. Die Kosten

klettern dann im Durchschnitt auf das Fünf- bis Zehnfache des vorherigen Niveaus. Grund: teure Krebsbehandlungen, lange Spitalaufenthalte und intensivere Pflege.

Das ergab unter anderem das Forschungsprogramm «Lebensende» des Schweizerischen Nationalfonds aus dem Jahr 2017. Mehrere Kassen bestätigten den Zusammenhang gegenüber dem K-Tipp.

Kosten steigen nicht, sie fallen später an

Für das Kostenwachstum ist es vor diesem Hintergrund nicht entscheidend, ob die Bevölkerung immer älter wird. Denn mit der Alterung verschiebt sich die grösste Gruppe jener Menschen, die sich im letzten Lebensjahr befinden, einzig in ein höheres Alter. Die verursachten Kosten erhöhen sich dadurch nicht, sie fallen einfach später an.

Bereits 2006 kam der Gesundheitsökonom Stefan Felder in einer Studie an der Universität Magdeburg (D) zum Schluss: «Da jeder nur einmal stirbt, ist es für die Höhe der Ausgaben unerheblich, wenn er nicht – wie zu Beginn des letzten Jahrhunderts – im Durchschnitt im 46., sondern wie heute im 78. Lebensjahr stirbt.» Die Alterung der Gesellschaft wirke sich weniger stark auf die gesamte Entwicklung der Krankheitskosten aus, als man gemeinhin glaube.

Alterung verursacht kleinen Teil der Kosten

Laut einer Untersuchung des Krankenkassenverbands Santésuisse von 2021 ist nur etwa ein Fünftel des Kostenanstiegs zwischen 2012 und 2019 mit der Alterung der Gesellschaft zu erklären. Zu einem ähnlichen Befund kam das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan 2012, nachdem es das Kostenwachstum von 1998 bis 2010 analysiert hatte.

Fazit: Der Anstieg der Krankheitskosten ist kein Naturgesetz. Denn er lässt sich nur zu einem kleinen Teil darauf zurückführen, dass die Bevölkerung immer älter wird. Den Hauptteil verursachen andere Faktoren wie häufigere Konsultationen von Spezialärzten, steigende Medikamentenpreise, falsche Anreize, etwa zu stationären Spitalbehandlungen, und einiges mehr. Dagegen könnten Behörden und Politik sehr wohl etwas unternehmen – wenn sie denn wollten.

Krankenkasse wechseln und Prämien sparen

Steigt die Krankenkassenprämie stark, lohnt es sich, einen Kassenwechsel zu prüfen. Darauf muss man achten:

- Prämien der Kassen vergleichen – am besten mit dem Prämienrechner des Bundes: [Priminfo.ch](https://www.priminfo.ch).
- Die Grundversicherung kündigen. Die Kündigung muss spätestens am 30. November bei der Kasse eintreffen. Für die Anmeldung bei der neuen Kasse hat man Zeit bis Ende Dezember.
- Allenfalls die Franchise erhöhen und/oder ein Sparmodell wählen. Beides kann die Prämie stark reduzieren, wie sich auf [Priminfo.ch](https://www.priminfo.ch) ausrechnen lässt.
- Detaillierte Tipps zum Kassenwechsel finden Sie im [K-Tipp 16/2023](#) und im K-Tipp-Ratgeber [So sind Sie richtig versichert](#).

«Les caisses maladie n'ont plus intérêt à être les moins chères»

 [blick.ch \(fr\)](https://blick.ch/fr) | 22.10.2023

Ce n'est pas nouveau: les changements de prestataires coûtent cher aux assureurs. Une bonne raison pour eux d'augmenter artificiellement leurs prix? La conseillère nationale Sarah Wyss (PS) a son avis sur la question.

Peter Aeschlimann

Avant que le ministre de la Santé Alain Berset n'annonce [récemment le dernier choc des primes](#), l'un de ses collaborateurs lui aurait soumis un diagramme censé résoudre l'énigme des primes maladies.

Sur le graphique, deux colonnes. L'une montre les recettes des caisses maladie. L'autre montre leurs coûts. La conclusion est claire: les coûts sont plus élevés. Et c'est bien là que se trouve le problème. Comme les assureurs dépensent plus qu'ils ne gagnent, les primes doivent augmenter.

Les changements de caisses sont coûteux

L'une des raisons de ces coûts élevés est l'exode des assurés vers des caisses moins chères. Étant donné qu'en 2022 le nombre de personnes ayant changé d'assureur était bien plus élevé que ce qui avait été calculé, la prochaine hausse était inévitable. Cette année, le ministre de la Santé Alain Berset a néanmoins recommandé à ceux qui sont particulièrement touchés [de passer à une caisse moins chère](#). C'est la raison pour laquelle son successeur se retrouvera probablement au même point l'année prochaine. Un véritable cercle vicieux!

La socialiste Sarah Wyss ne veut plus jouer à ce jeu. La conseillère nationale bâloise affirme que les nombreux changements de caisse chargent le système de santé d'au moins 130 millions de francs par an. Pour les caisses, c'en est trop: les charges de personnel augmentent et des réserves plus importantes sont nécessaires.

60 postes supplémentaires

C'est bien ce qui s'est passé pour la caisse-maladie bernoise KPT. Parce qu'elle proposait de loin l'offre la plus avantageuse en matière d'assurance de base, elle a littéralement été submergée par les nouveaux clients. D'un seul coup, la caisse bernoise s'est retrouvée avec 195'000 assurés, soit 55% de plus en début d'année.

Pour faire face à cet afflux, 60 postes supplémentaires ont été créés. Des lettres ont été envoyées aux clients pour leur demander de faire preuve de compréhension si un remboursement devait prendre un peu plus de temps.

Un «effet KPT»?

La socialiste Sarah Wyss doute de la durabilité de ce système: elle parle même d'un «effet KPT» – autrement dit, de mauvaises incitations. Et elle a son avis sur la question. La Bernoise soupçonne les assureurs de fixer artificiellement leurs primes à un niveau trop élevé pour éviter un afflux de nouveaux clients: «Le système d'assurance maladie est ébranlé dans son essence. La concurrence ne marche plus s'il n'y a plus du tout d'incitation à proposer les primes les plus avantageuses possibles.»

«Le système d'assurance maladie est ébranlé dans son essence. La concurrence ne marche plus s'il n'y a plus du tout d'incitation à proposer les primes les plus avantageuses possibles» - Sarah Wyss, conseillère nationale PS

Sarah Wyss veut que le Conseil fédéral se prononce d'ici la session d'hiver sur la question: les caisses fixent-elles des primes plus élevées afin d'évincer les personnes intéressées par un changement à court terme?

Pas d'autorisation avec des bénéfiques trop élevés

A l'Office fédéral de la santé publique, on ne veut pas entendre parler d'un «effet CPT». Il existe des mécanismes pour empêcher les assureurs de fixer des primes trop élevées, a déclaré le porte-parole de l'OFSP Andrea Arcidiacono à Blick. «Comme il est interdit de faire des bénéfiques, si les primes étaient systématiquement trop élevées, les réserves ne cesseraient d'augmenter.» Si ces réserves devaient augmenter de manière excessive, on leur refuserait alors l'autorisation.

«L'objectif est toujours d'attirer des clients supplémentaires» - Matthias Müller, porte-parole de Santésuisse

L'association d'assurance maladie Santésuisse réfute la thèse de Sarah Wyss, qu'elle qualifie d'irréaliste. Le porte-parole Matthias Müller déclare: «L'objectif est toujours d'attirer des clients supplémentaires.» Les assureurs sont en forte concurrence. C'est surtout pour cette raison que les frais administratifs de 5% sont bas, comparativement aux primes: «Les primes sont calculées au plus juste. S'il en était autrement, les réserves n'auraient pas diminué autant et les primes auraient augmenté nettement plus l'année dernière.»

Selon Matthias Müller, les assureurs-maladie de taille moyenne et grande n'ont pas de problèmes à attirer des clients, car ils pourraient totalement y faire face avec leur infrastructure existante.

Mais Sarah Wyss en est convaincue: l'«effet KPT» pulvérise l'argument des caisses maladie selon lequel la concurrence fait baisser les coûts et augmenter la qualité. «Les caisses maladie n'ont plus d'intérêt à être le prestataire le moins cher.» La politicienne socialiste a déjà une solution en réserve pour ce dilemme: [la caisse maladie publique](#).

De nombreux pièges relevés dans les listes de médecins de famille des assurances maladie

▶ RTS 1 | 21.10.2023

Face à la hausse des primes d'assurance maladie, de plus en plus de personnes optent pour des modèles "bon marché" ou "alternatifs", selon la terminologie officielle. Mais ces offres, qui restreignent le choix de son médecin, réservent parfois de mauvaises surprises aux patients.

Dans le cadre des offres dites de "médecin de famille", les assureurs proposent des listes de partenaires dans lesquelles les personnes assurées doivent impérativement choisir leur médecin de référence.

Mais certaines listes ne sont plus à jour et présentent des lacunes frappantes, a constaté une enquête de la RTS. Par exemple, certains médecins, pourtant estampillés "libre", ne prennent plus de nouveaux patients.

C'est le cas de la doctoresse Muriel Blanc Muller, dont le nom est proposé par certaines caisses maladie. Or, cette dernière n'accepte plus de nouveaux cas depuis plus de dix ans. "Les assurances ne se renseignent pas pour savoir si on prend de nouveaux cas", témoigne-t-elle dans le 19h30. "Ce n'est pas un système très juste, parce que le patient est un peu dupé. Il est sûr qu'il va trouver un médecin traitant par ce biais-là et ce n'est pas le cas."

Médecins saturés, voire retraités

Par conséquent, son cabinet est parfois contacté par des patients qui disent avoir choisi la doctoresse, sur la seule base d'une telle liste, "parfois depuis plusieurs années", explique une assistante médicale. "On se retrouve un peu coincé et on est obligé de leur annoncer que leur contrat d'assurance ne fonctionne pas", raconte-t-elle.

L'enquête de la RTS a révélé de multiples cas similaires. Un autre cabinet se dit par exemple "saturé depuis environ six mois". "On ne comprend pas pourquoi le nom du médecin figure sur ces listes", répond son secrétariat.

Ainsi, dans le Jura, une assurance annonce par exemple 14 médecins. Dans les faits, la moitié seulement acceptent de nouveaux patients.

Et il y a encore plus fort: sur les listes proposées par certaines assurances figurent le nom de médecins retraités depuis de nombreuses années.

Des adresses comptées à double

Autre exemple: une assurance qui ne travaille qu'avec des cabinets partenaires de l'entreprise Medgate. "Il n'y en a tout simplement pas en Suisse romande! Donc si un patient contracte une telle assurance, il ne pourra pas aller chez un médecin romand", souligne Simon Zurich, vice-président de la Fédération suisse des patients (FSP).

Par ailleurs, dans certaines régions, le nombre de médecins se réduit comme peau de chagrin. Le tout sur fond de [pénurie de généralistes](#). Or, des assurances laissent croire qu'elles proposent un nombre confortable d'adresses dans certaines régions. Mais à y regarder de plus près, certaines sont parfois comptées à double.

En Valais, par exemple, les cinq médecins indiqués à Martigny par une caisse ne sont en réalité que trois, l'assurance comptant un médecin et sa Sàrl comme deux options distinctes. Idem à Sion, où deux médecins sont annoncés alors qu'il s'agit d'un seul et même praticien. Une autre assurance propose "un réseau de soin avec de nombreux médecins", mais aucun dans le Haut-Valais et les vallées latérales du Valais romand.

Une situation alarmante

Tous ces éléments créent une situation inquiétante, alerte la FSP. "La pression économique sur les assurés les conduit à choisir des modèles qui ne répondent plus à leurs besoins médicaux", dénonce Simon Zurich.

La situation est d'autant plus préoccupante que, selon la faïtière Curafutura qui regroupe les caisses CSS, Helsana, Sanitas et KPT, "la proportion des assurés ayant un modèle d'assurance alternatif augmente depuis plusieurs années pour atteindre aujourd'hui 70%".

Contactées, les assurances et leurs faïtières renvoient, dans une réponse écrite, à la responsabilité individuelle des assurés et assurées, sommés de prendre garde à ce que le modèle choisi "corresponde à leurs besoins".

"Le modèle médecin de famille (...) convient surtout aux personnes qui disposent déjà d'un médecin de famille", précise Santésuisse. Dans le cas contraire, il faut vérifier que le médecin choisi accepte bien de nouveaux patients "comme l'indiquent clairement les assureurs-maladie", poursuit la faïtière.

Les réclamations pourraient changer la donne

De son côté, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) admet que ces modèles "avantageux" peuvent poser question mais ne compte pas agir contre ces pratiques, du moins pour l'instant, car les conditions d'assurance respectent les conditions légales.

Mais la donne pourrait changer si les plaintes se multiplient. "Il est important que les conditions d'assurance mettent en évidence de manière transparente les restrictions propres à un modèle (...). Par ailleurs, nous prenons très au sérieux les éventuelles plaintes des assurés (...) Jusqu'à présent, nous n'avons reçu que peu de réclamations à ce sujet, mais des réclamations de ce type pourraient amener à ce que les informations figurant sur les sites internet des assureurs concernés soient aménagées de manière plus transparente et plus intuitive", écrit l'OFSP dans une réponse envoyée à la RTS.

 [Commencer la vidéo, durée: 02:47](#)

«Die Vertragsfreiheit sollte nicht als Ladenhüter abgetan werden» - Gastkommentar

 Medinside | 21.10.2023

Im Gastbeitrag plädiert Michael Willer für Grundversicherungsmodelle mit reduziertem Leistungsumfang.

Michael Willer

Verschiedentlich wird eine «Krankenversicherung light» gefordert. Das ist vor dem Hintergrund der Prämienentwicklung verständlich und zu begrüssen – auch wenn der Begriff «light» nicht ganz passt.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) schützt vor den finanziellen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Ziel wäre es, große finanzielle Risiken abzusichern, die nicht individuell getragen werden können. Die OKP hat sich aber immer mehr weg von einer Versicherung zu einer Finanzierungsquelle für praktisch sämtliche medizinische Leistungen entwickelt. Der Zugang für Leistungserbringer wurde ausgebaut und neue Leistungen sind fortlaufend dazugekommen.

«In anderen Ländern werden private Krankenversicherungen teilweise steuerlich gefördert.»

Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung hat die OKP die freiwillige Zusatzversicherung sogar direkt konkurrenziert - ein Schritt in die falsche Richtung. In anderen Ländern werden private Krankenversicherungen teilweise sogar steuerlich gefördert, weil nur dank freiwilliger Finanzierung die Kosten des Gesundheitswesens überhaupt getragen werden können.

Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, wenn sie von der OKP übernommen werden sollen (WZW-Prinzip). Die Kosten vieler medizinischen Leistungen, aber auch vieler Medikamente, sind betragsmässig aber kein finanzielles Risiko, das zwingend über eine Versicherung abgesichert werden muss.

«Krankenversicherer sollen Varianten für eine Grundversicherung mit reduziertem Leistungsumfang anbieten dürfen.»

Krankenversicherer sollen deshalb Varianten für eine Grundversicherung mit reduziertem Leistungsumfang anbieten dürfen. Ein Beispiel: in einem solchen Modell könnten zum Beispiel die ersten Serien an Sitzungen in der Physiotherapie grundsätzlich immer vom Versicherten selber getragen werden, aber auch Medikamente bis zu einer gewissen Betragsschwelle.

Wer sich für ein solches reduziertes Modell entscheidet, muss für die Übernahme zusätzlicher Kosten durch tiefere Prämien entschädigt werden. Ein solches Modell wird nicht unsolidarisch sein, solange die Prämienreduktion nicht die volle zusätzliche Risikoübernahme dieses Kollektivs entschädigt. Über das bestehende Instrument des Risikoausgleichs kann dies entsprechend gesteuert werden.

Es ist nicht nachvollziehbar, dass Prämien und Prämienverbilligungen steigen, der Betrag zur individuellen Kostenbeteiligung aber nicht.

Gleichzeitig scheint auch das Verständnis dafür zu wachsen, dass die heutigen Wahlfranchisen erhöht werden müssen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass Prämien und Prämienverbilligungen steigen, der Betrag zur individuellen Kostenbeteiligung aber nicht. Eigenverantwortung wird so immer schlechter belohnt.

Die Versicherungsprämien belasten das Haushaltsbudget heute in erheblichem Masse. Die Gesundheitskosten werden auch in Zukunft weiter steigen. Wäre es nicht ein Gebot der Fairness, wenn Versicherte über den Leistungsumfang in Form von unterschiedlichen Modellen mitentscheiden können? Leistungserbringer und Krankenversicherter wären heute in der Lage, solche Modelle zu entwickeln.

«Mehr als ein Drittel der Pensionierten verfügt gar über so viel Einkommen, dass sie selbst im Alter weiter sparen und mehr Vermögen aufbauen können.»

Damit wird auch die Frage, was in einer obligatorischen Grundversicherung versichert werden soll und was nicht, nicht allein im Kreis von Gesundheitsexperten diskutiert, sondern von den Prämienzahlern – dort wo diese Diskussion nämlich hingehört.

Bei Einführung der Sozialversicherungssysteme galt die Gleichung: alt = arm = krank. Auch wenn das Krankheitsrisiko mit steigendem Alter zunimmt, sind «gesunde Jahre» bis in höhere Lebensalter nicht mehr die Ausnahme. Zudem hat die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit im Alter zugenommen. Mehr als ein Drittel der Pensionierten verfügt gar über so viel Einkommen, dass sie selbst im Alter weiter sparen und mehr Vermögen aufbauen können.

«Eine Möglichkeit wäre, dass typische Altersleistungen, wie Spitex oder Langzeitpflege, nur noch über die Prämien der zum Beispiel über 50-Jährigen finanziert würden.»

Heute steigen in der OKP die Prämien ab dem 26. Altersjahr aber nicht mehr an. Sie belasten heute vor allem junge Familien überproportional. Im BVG wird zu recht die Quersubventionierung innerhalb der Pensionskassen von den noch Erwerbstätigen zu den Pensionierten, kritisiert.

Im Umlagesystem der Krankenversicherung würde eine Erhöhung der Prämien bei älteren Erwachsenen den neuen wirtschaftlichen Realitäten Rechnung tragen. Sinnvoll wären mindestens zwei Alterskategorien für die Erwachsenenprämien. Eine andere Möglichkeit wäre, dass typische Altersleistungen, wie Spitex oder Langzeitpflege, nur noch über die Prämien der zum Beispiel über 50-Jährigen finanziert würden.

«Das Thema der Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern wird in der politischen Diskussion fälschlicherweise als «Ladenhüter» abgetan.»

Das Vertrauen in Marktkräfte ist uns im Gesundheitswesen leider abhandengekommen. Insbesondere das Thema der Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern wird in der politischen Diskussion fälschlicherweise als «Ladenhüter» abgetan. Dabei wäre nicht weniger, sondern mehr Markt dringend angezeigt.

In vielen Bereichen haben wir ein Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage. Beklagt wird beispielsweise seit Jahren der Mangel an Hausärzten und eine Überversorgung in einzelnen ärztlichen

Spezialdisziplinen. Eine Ursache, neben anderen, sind unterschiedlich hohe Einkommen. Diese werden über die Tarifsysteme respektive Preise «zementiert».

«Kein Krankenversicherer dürfte es sich leisten, mit Grundversorgern keine Verträge abzuschliessen – er würde sofort Versicherte verlieren.»

Befürchtet wird, dass Versicherer bei Vertragsfreiheit Verträge nur zu tieferen Preisen abschließen. Im Bereich der ärztlichen Grundversorgung wäre aber genau das Gegenteil der Fall. Hausärzte sind heute das «knappe Gut». Kein Krankenversicherer dürfte es sich leisten, mit Grundversorgern keine Verträge abzuschliessen – er würde sofort Versicherte verlieren. Grundversorger können im System der Vertragsfreiheit im Gegenteil höhere Tarife durchsetzen. Im Bereichen wo es Überversorgung gibt können Krankenversicherer umgekehrt tiefere Preise fordern, wenn ein Vertrag zustande kommen soll.

Michael Willer war von April 2017 bis Juli 2023 CEO beim Krankenversicherer Sympany.

Les assurances maladies freinent les soins psychiatriques

 [blick.ch \(fr\)](https://www.blick.ch/fr) | 18.10.2023

Pas de médicaments, pas de thérapie

Les personnes atteintes d'une maladie psychique ont souvent besoin de soins à domicile dispensés par des spécialistes. De nombreux assureurs rendent la situation toujours plus précaire en refusant le remboursement... et l'Office fédéral de la santé reste silencieux.

Bernhard Raos

Imaginez: après une fracture du col du fémur, le traitement est brusquement stoppé, la caisse d'assurance maladie procède à un contrôle des prestations. «Inimaginable, n'est-ce pas?», demande Nadège Tebiro. Mais «dans le cas des maladies psychiques, cela arrive toujours». Nadège Tebiro est une infirmière indépendante de Zurich. Elle a plusieurs années d'expérience dans les soins psychiatriques et possède en outre un diplôme de conseillère en psychologie. Ce qu'elle a vécu ces derniers mois la rend «folle de rage».

Lorsqu'un infirmier ou une infirmière détermine, après avoir été envoyé par un médecin, quelles mesures de soins psychiatriques doivent être prises en charge par la caisse maladie, il doit pouvoir prouver qu'il possède une expérience professionnelle de deux ans, comme Nadège Tebiro. C'est aux assureurs maladie de le vérifier.

Pendant des années, une commission commune de l'association des caisses maladie Santésuisse, de Spitex Suisse et de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) s'en est chargée. Fin 2021, l'accord a été résilié parce que Santésuisse a unilatéralement durci les conditions. C'est ce que déplorent Spitex et l'ASI. Un bureau spécifique, appelé [BEPSY](#), procède désormais à l'examen d'admission.

La patiente a été privée de soins

Depuis, c'est difficulté sur difficulté. Nadège Tebiro s'occupait depuis décembre 2022 d'une cliente souffrant de schizophrénie. Ce n'est qu'en juin 2023 que l'assurance EGK a demandé son agrément pour l'évaluation des besoins. L'infirmière a présenté son justificatif selon l'ancienne convention, ce qui n'était soudain plus suffisant. Elle doit maintenant passer par la procédure de vérification de BEPSY, payer 400 francs et attendre la prochaine date de vérification en novembre.

Autre conséquence: les rendez-vous de Spitex de la cliente de Nadège Tebiro ont été supprimés en plein traitement. Elle doit soit chercher un nouvel accompagnement Spitex reconnu par BEPSY, soit attendre jusqu'en novembre. La spécialiste est intervenue auprès de l'EGK, mais sans succès jusqu'à présent: «C'est laborieux pour moi, et irresponsable vis-à-vis de ma patiente.»

Nadège Tebiro n'est pas seule dans cette colère. Pierre-André Wagner, responsable du service juridique de l'ASI, le confirme: «Les cas où les assureurs-maladie freinent les soins psychiatriques se multiplient.»

Traitement inutile, estime le responsable du dossier

Un autre cas concerne une jeune étudiante souffrant de problèmes psychiques, qui a été adressée à l'infirmière par son médecin de famille. Nadège Tebiro a commencé une thérapie. Puis les choses ont commencé à se gêner.

Son certificat professionnel a d'abord été refusé par l'assurance maladie KPT, puis accepté après quelques tergiversations. Jusqu'à ce que l'obstacle suivant soit un contrôle des prestations par l'assurance. Parallèlement, elle a été informée que les frais de thérapie ne seraient plus pris en charge jusqu'à ce que l'examen soit terminé, indépendamment de l'état de santé de la cliente.

Lorsque l'étudiante, qui souffrait de troubles psychiques, s'est adressée à l'assurance, un collaborateur l'a envoyée bouler. Selon lui, l'accompagnement psychiatrique Spitex était inutile.

Pas de médocs, pas de thérapie

Et ce n'est pas tout: la prise en charge des prestations a été refusée avec effet rétroactif, au motif qu'il manquait «une évaluation suffisante par un médecin spécialiste». Le rapport du médecin de famille ne suffisait pas. De plus, la patiente n'est ni en traitement psychothérapeutique, ni en thérapie médicamenteuse. En d'autres termes, cela voudrait dire que celui qui n'avale pas de pilules n'a pas besoin de soins psychiatriques.

Jusqu'à présent, Nadège Tebiro a consacré 30 heures à sa cliente. Cette prestation sera-t-elle remboursée? La professionnelle ne lâchera pas, elle souhaite se battre. «Aucune prestation ne doit être annulée rétroactivement. Je me battraï au besoin devant les tribunaux». Elle peut porter plainte auprès du tribunal cantonal compétent ou faire appel au préalable à une commission de conciliation, dans laquelle siège également un représentant des infirmières et infirmiers.

«Aucune prestation ne doit être annulée rétroactivement. Je me battraï au besoin devant les tribunaux» Nadège Tebiro

Du point de vue de l'association professionnelle ASI et d'Aide et soins à domicile Suisse, les conditions d'admission de nombreux assureurs-maladie pour les soins psychiatriques sont illégales. Santéuisse nie ce dernier point. Dans le cas du bureau BEPSY, il s'agit d'une prestation de service sans caractère juridiquement contraignant. En cas de refus d'une demande, le prestataire de services peut en effet demander une décision susceptible de recours.

L'office fédéral n'entre pas en matière sur le recours

Aide et soins à domicile Suisse a fait établir une expertise par le professeur Ueli Kieser, un expert reconnu en matière d'assurances sociales. Selon l'ordonnance relative à la loi sur l'assurance-maladie, l'exercice de la profession nécessite une autorisation cantonale en tant qu'infirmière ou infirmier, plus une activité de deux ans dans le domaine de la psychiatrie.

Selon le professeur, des conditions supplémentaires ne peuvent pas être exigées unilatéralement par les assureurs-maladie. Cependant, BEPSY exclut entre autres les activités inférieures à 50% pour l'attestation de pratique, ainsi que l'expérience professionnelle à l'étranger.

C'est la raison pour laquelle Aide et soins à domicile Suisse, l'Association des organisations privées d'aide et de soins à domicile et Curacasa, l'association professionnelle de l'ASI, ont déposé une plainte auprès de l'Office fédéral de la santé publique. L'Office n'est toutefois pas entré en matière, car l'association faitière

Santésuisse n'est pas un assureur et ne relève donc pas de la surveillance de l'Office fédéral. Et en fin de compte, seul un tribunal pourrait décider si les conditions d'admission sont remplies.

Krankenkasse bremst psychiatrische Pflege

 [blick.ch \(de\)](#) | 18.10.2023

Zahlung verweigert

Wer psychisch krank ist, braucht oft eine Spitex-Pflegefachperson. Viele Krankenversicherer erschweren das zunehmend – und das Bundesamt für Gesundheit hält sich zurück.

Bernhard Raos

Man solle sich einfach mal vorstellen: Nach einem Oberschenkelhalsbruch wird die Therapie unvermittelt gestoppt, die Krankenkasse eine Leistungsüberprüfung vornimmt. «Unvorstellbar, oder?», fragt Nadège Tebiro. Aber: «Bei psychischen Erkrankungen passiert das immer wieder.» Tebiro ist freiberufliche Pflegefachfrau aus Zürich. Sie verfügt über mehrjährige Erfahrung in der Psychiatriepflege und hat zusätzlich ein Diplom als psychologische Beraterin. Was sie in den letzten Monaten erlebt hat, macht sie «rasend vor Wut».

Dazu muss man wissen: Wenn eine Pflegefachperson nach einer ärztlichen Überweisung abklärt, welche psychiatrischen Massnahmen von der Krankenkasse übernommen werden sollen, muss sie eine einschlägige Berufserfahrung von zwei Jahren nachweisen können – wie Nadège Tebiro. Das haben die Krankenversicherer zu überprüfen.

Jahrelang erledigte das eine gemeinsame Kommission des Krankenkassenverbands Santésuisse, von Spitex Schweiz und dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). Ende 2021 wurde die Vereinbarung aufgelöst, weil Santésuisse einseitig die Bedingungen verschärfte; so beklagen es Spitex und SBK. Eine eigene Geschäftsstelle mit dem Namen [BEPSY](#) nimmt nun die Zulassungsprüfung vor.

Der Patientin wurde die Spitex einfach gestrichen

Seither herrscht Wildwuchs. Nadège Tebiro betreute seit Dezember 2022 eine Klientin, die an schizophrenen Schüben leidet. Im Juni 2023 erst fragte die Versicherung EGK nach ihrer Zulassung für die Bedarfsabklärung. Tebiro reichte ihren Nachweis nach der alten Vereinbarung ein – was nun plötzlich nicht mehr genügte. Jetzt muss sie das Überprüfungsprozedere durch BEPSY durchlaufen, 400 Franken zahlen und bis zum nächsten Prüftermin im November warten.

Eine weitere Konsequenz: Tebiros Klientin wurden die Spitex-Termine gestrichen, mitten in der Behandlung. Sie muss sich nun entweder eine neue Spitex-Begleitung mit BEPSY-Anerkennung suchen oder bis November zuwarten. Tebiro hat bei der EGK interveniert, doch bisher ohne Erfolg: «Für mich ist das bemühend, meiner Klientin jedoch unverantwortlich gegenüber.»

Mit ihrem Ärger ist Nadège Tebiro nicht allein. Das bestätigt Pierre-André Wagner, Leiter Rechtsdienst beim SBK: «Es häufen sich die Fälle, wo Krankenversicherer bei der Psychiatriepflege bremsen.»

Unnötige Behandlung, findet der Sachbearbeiter

Ein weiterer Fall betrifft eine junge Studentin mit psychischen Problemen, die von ihrer Hausärztin der Pflegefachfrau zugewiesen wurde. Nadège Tebiri begann die Therapie. Dann ging es los: Erst wurde ihr Berufsnachweis von der Krankenversicherung KPT abgelehnt, nach einigem Hin und Her dann aber doch akzeptiert. Bis als nächste Hürde eine Leistungsüberprüfung durch die Versicherung erfolgte. Gleichzeitig wurde mitgeteilt, dass die Therapiekosten nicht mehr übernommen würden, bis die Überprüfung abgeschlossen sei – unabhängig davon, in welcher gesundheitlichen Verfassung die Klientin ist.

Als sich die psychisch angeschlagene Studentin an die KPT wandte, wurde sie von einem Sachbearbeiter abgewimmelt. Seiner Einschätzung nach sei die psychiatrische Spitex-Begleitung unnötig. Es kam noch dicker: Die Leistungsübernahme wurde rückwirkend abgelehnt – mit der Begründung, es fehle «eine genügende fachärztliche Einschätzung». Der Bericht der Hausärztin reiche nicht aus. Zudem befinde sich die Patientin weder in psychotherapeutischer Behandlung noch in einer medikamentösen Therapie. Übersetzt heisst das so viel wie: Wer keine Psychopharmaka schluckt, braucht auch keine psychiatrische Spitex.

Nadège Tebiri hat für ihre Klientin bisher 30 Stunden aufgewendet. Wird diese Leistung nun nicht vergütet? Sie will kämpfen: «Rückwirkend dürfen keine Leistungen annulliert werden. Ich werde mich notfalls vor Gericht wehren.» Sie kann beim zuständigen kantonalen Gericht klagen oder vorgängig eine Schlichtungskommission anrufen, in der auch eine Vertretung der Pflegefachpersonen sitzt.

Aus Sicht des Berufsverbands SBK und von Spitex Schweiz sind die Zulassungsbedingungen vieler Krankenversicherer für die Psychiatriepflege ungesetzlich. Was Santésuisse verneint: Bei der Geschäftsstelle BEPSY handle es sich um eine Dienstleistung ohne rechtlich verbindlichen Charakter. Bei Ablehnung eines Gesuchs könne der Dienstleister ja eine anfechtbare Verfügung verlangen.

Das Bundesamt tritt nicht auf die Beschwerde ein

Spitex Schweiz hat bei Professor Ueli Kieser, einem anerkannten Sozialversicherungsexperten, ein Gutachten erstellen lassen. Gemäss Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz braucht es für die Berufsausübung eine kantonale Bewilligung als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann plus eine zweijährige Tätigkeit im Bereich Psychiatrie. Zusätzliche Auflagen können laut Kieser nicht einseitig durch die Krankenversicherer verlangt werden. BEPSY schliesst jedoch unter anderem Tätigkeiten unter 50 Prozent für den Praxisnachweis aus, ebenso Berufserfahrung im Ausland.

Deshalb reichten Spitex Schweiz, der Verband privater Spitex-Organisationen und der SBK-Fachverband Curacasa eine Aufsichtsbeschwerde beim Bundesamt für Gesundheit ein. Das Amt trat darauf jedoch nicht ein. Begründung: Der Dachverband Santésuisse sei kein Versicherer und falle deshalb nicht unter die Aufsicht des Bundesamts. Und ob die Voraussetzungen für die Zulassung gegeben seien, könne letztlich nur ein Gericht entscheiden. Fortsetzung folgt.

Fordern Krankenkassen gezielt zu hohe Prämien?

 [blick.ch \(de\)](#) | 22.10.2023

SP-Nationalrätin Sarah Wyss hat einen Verdacht: Weil allzu viele Anbieterwechsel für Versicherer teuer sind, erhöhen sie künstlich ihre Preise.

Peter Aeschlimann

Bevor SP-Gesundheitsminister Alain Berset (51) vor kurzem den jüngsten Prämienschok verkündete, projizierte einer seiner Mitarbeiter ein Diagramm an die Wand, das die ganze Misere erklären soll: Eine Säule zeigt die Einnahmen, eine andere die Kosten der Krankenkassen.

Die sind höher – und da liegt der Hund begraben. Weil die Versicherer mehr ausgeben als verdienen, müssen die Prämien rauf.

Ein Grund für die hohen Kosten ist die Abwanderung von Versicherten zu günstigeren Kassen. Da 2022 weit mehr den Anbieter wechselten als bei den Berechnungen der Prämien einkalkuliert, war der nächste Anstieg unausweichlich. Dennoch empfahl Gesundheitsminister Berset denen, die es besonders hart trifft, zu einer billigeren Kasse zu wechseln – weshalb sein Nachfolger nächstes Jahr wohl wieder am gleichen Punkt stehen wird.

Die Basler Nationalrätin Sarah Wyss (35) will dieses Spiel nicht länger mitmachen. Die vielen Kassenwechsler belasten das Gesundheitswesen mit jährlich mindestens 130 Millionen Franken, schreibt sie in einem Vorstoss. Für die Kassen sei das fatal: Der Personalaufwand steigt, höhere Reserven werden nötig.

60 zusätzliche Stellen bei der KPT

So ging es auch der Berner Krankenkasse KPT. Weil sie bei der Grundversicherung das mit Abstand günstigste Angebot machte, wurde sie von Neukundinnen und Neukunden geradezu überrannt – und hatte auf einen Schlag Anfang des Jahres 195'000 Versicherte, also 55 Prozent mehr.

Um den Ansturm zu bewältigen, wurden 60 zusätzliche Stellen geschaffen und Briefe an die Kunden verschickt, die um Verständnis baten, falls es bei einer Rückzahlung mal etwas länger dauern sollte.

Die Sozialdemokratin Wyss bezweifelt die Nachhaltigkeit dieses Systems, spricht sogar von einem «KPT-Effekt», von Fehlanreizen. Und sie hat einen Verdacht: Dass Versicherer, um einen Ansturm neuer Kunden zu vermeiden, ihre Prämien künstlich etwas zu hoch ansetzen: «Das Krankenversicherungswesen wird im Kern erschüttert, der Wettbewerb spielt nicht mehr, wenn es gar keinen Anreiz mehr gibt, möglichst günstige Prämien anzubieten.»

Wyss will bis zur Wintersession vom Bundesrat wissen, ob auch er glaubt, dass die Kassen höhere Prämien verlangen, um weniger Interessenten für kurzfristige Wechsel anzuziehen.

Keine Genehmigung mit zu hohen Gewinnen

Beim Bundesamt für Gesundheit will man von einem «KPT-Effekt» nichts wissen. Es gebe Mechanismen, die verhindern, dass ein Versicherer Prämien zu hoch ansetzt, so BAG-Sprecher Andrea Arcidiacono zu SonntagsBlick. «Da keine Gewinne gemacht werden dürfen, würden bei systematisch zu hohen Prämien die Reserven immer weiter ansteigen.» Wenn diese Rückstellungen übermässig anzusteigen drohten, verweigere man dafür die Genehmigung.

Der Krankenversicherungsverband Santésuisse spricht der These von Sarah Wyss den Realitätsgehalt ab. Sprecher Matthias Müller: «Zusätzliche Kundinnen und Kunden zu gewinnen, ist immer das Ziel.» Die Versicherer stünden in starker Konkurrenz. Vor allem aus diesem Grund seien die Verwaltungskosten mit 5 Prozent vergleichsweise tief: «Die Prämien werden so knapp wie möglich berechnet. Wäre es anders, wären die Reserven nicht so stark geschrumpft und die Prämien letztes Jahr deutlich stärker gestiegen.» Mittelgrosse und grosse Krankenversicherer haben laut Müller keine Probleme, Kundinnen und Kunden zu gewinnen, weil sie das mit der bestehenden Infrastruktur gut auffangen könnten.

Wyss bleibt dabei: Der «KPT-Effekt» pulverisiere das Argument der Krankenkassen, Wettbewerb lasse die Kosten sinken und die Qualität steigen: «Die Krankenkassen haben kein Interesse mehr daran, der günstigste Anbieter zu sein.»

Eine Lösung für dieses Dilemma hält die SP-Gesundheitspolitikerin schon parat: die öffentliche Krankenkasse.

Drei Monatsprämien alleine für die Verwaltung: «Das BAG müsste bei manchen Krankenkassen den Stecker ziehen»

 [nzz.ch](https://www.nzz.ch) | 18.10.2023

Bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen gibt es grosse Unterschiede. Branchenexperten halten Kosten von 200 bis maximal 250 Franken pro versicherte Person pro Jahr noch für gerechtfertigt. Für Kassen, die deutlich darüberliegen, fordern sie Konsequenzen.

Michael Ferber

Nach dem Schock bei den Krankenkassenprämien – sie steigen im kommenden Jahr im Durchschnitt um 8,7 Prozent – rücken die Verwaltungskosten der Kassen in den Fokus. Im Schnitt betragen diese 5,1 Prozent der Prämien, das entspricht 193 Franken 50 pro versicherte Person pro Jahr. Dies zeigt eine Analyse des Online-Vergleichsdiensts Comparis.

Damit haben die Kassen ihre Verwaltungskosten im Vergleich mit dem Vorjahr sogar leicht gesenkt. Es gibt aber auch Negativbeispiele: Bei der Krankenkasse Institut Ingenbohl beträgt der Verwaltungsaufwand pro versicherte Person 949 Franken. Weitere Anbieter mit hohen Verwaltungskosten sind die Krankenkasse Birchmeier mit 462 Franken oder die Krankenkasse Stoffel Mels mit 411 Franken pro versicherte Person.

«Prämien nicht genehmigen»

«Man sollte hier knallhart einen Schnitt machen», sagt der Berner Gesundheitsökonom Heinz Locher. Kosten von 200 bis maximal 250 Franken pro versicherte Person hält er noch für gerechtfertigt. «Kassen, die darüberliegen, sollten die Prämien nicht genehmigt bekommen», sagt er.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) könnte Kassen mit besonders hohen Verwaltungskosten die Bewilligung zur Durchführung der Grundversicherung entziehen, sagt Felix Schneuwly von Comparis. «Das BAG müsste bei manchen Krankenkassen den Stecker ziehen.» Bei der effizienten und günstigen Krankenkasse Turbenthal sei dies 2018 passiert, weil sie die Aufsichtsdaten nicht digital habe liefern wollen.

Im Falle des Spitzenreiters bei den Verwaltungskosten, der Krankenkasse Institut Ingenbohl, wird sich hier ohnehin bald etwas tun: Die Kasse wird per Anfang 2024 mit der Einsiedler-Krankenkasse fusionieren, wie der Geschäftsführer Kurt Zwahlen auf Anfrage mitteilt. Durch die Fusion dürften die Verwaltungskosten sinken, meint er. Er verweist darauf, dass die Krankenkasse jüngst nur noch einen Versichertenbestand von rund 500 Personen hatte. «Das kann man nicht mehr eigenständig weiterführen», sagt er.

Kleinere Kassen müssen innovativ sein

Auffällig ist, dass unter den Kassen mit hohen Verwaltungskosten einige kleinere Krankenkassen sind. «Viele kleine Kassen sind wirtschaftlich nicht überlebensfähig», sagt Locher. Sie profitierten davon, dass die grossen Kassen die Dienstleistungen des Verbands Santésuisse und seiner Tochtergesellschaft Tarifsuisse quasi alleine bezahlten. Darunter fallen beispielsweise die Entwicklung von Tarifstrukturen oder der Einkauf von Leistungen. Locher sieht hier eine Art Quersubventionierung der kleinen Kassen: «Einige davon werden so künstlich am Leben erhalten.»

Klein sei aber nicht automatisch teuer und schlecht. Kleinere Krankenkassen müssten innovativer als grössere sein, wenn sie eine Existenzberechtigung haben wollten, sagt der Gesundheitsökonom. Innovation zeige sich bei Produkten, in der Informationstechnologie, bei der Servicequalität, der Kundenfreundlichkeit oder im Bereich Gesundheitsvorsorge.

Auch Felix Schneuwly sieht im Markt kleinere Kassen, die konkurrenzfähig sind. Diese seien zumeist Nischenanbieter oder regional gut vernetzt. Fest stehe aber, dass die Hürden für Krankenkassen höher würden, es brauche beispielsweise immer mehr medizinisches Know-How.

Laut einer Statistik des BAG gab es im Jahr 2021 in der Schweiz noch 50 Krankenversicherer, im Jahr 2005 waren es noch 85 gewesen. Schneuwly rechnet damit, dass sich die Konsolidierung in den kommenden Jahren fortsetzt. Es gebe aber keinen Grund, dass der Staat die Strukturbereinigung vorantreibe, betont er.

Auch manche Grosse sind nicht effizient

Laut Comparis gehören einige grosse und mittelgrosse Anbieter zu jenem Viertel der Krankenkassen mit den höchsten Verwaltungskosten. «Dies ist eigentlich erstaunlich, zumal die Krankenversicherung ein Massengeschäft ist», sagt Schneuwly. Als Beispiele nennt der Vergleichsdienst die Krankenkassen KPT, Mutuel Assurance Maladie und Vivao Sympany.

Die effizientesten Anbieter waren gemäss der Analyse die Krankenkasse Luzerner Hinterland mit 105 Franken pro versicherte Person, die Walliser Sodalıs-Gesundheitsgruppe mit 121 Franken sowie die CSS-Tochter Arcosana mit 139 Franken.

Bei den Krankenkassen-Holding-Gesellschaften lag die CSS mit Verwaltungskosten von 156 Franken pro versicherte Person vorne, dann folgten Visana mit 161 Franken und Swica mit 194 Franken. Teurer waren die Groupe Mutuel mit 250 und Sympany mit 270 Franken.



Eine Karte von Concordia wird an der Kasse einer Apotheke benutzt: Bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen gibt es deutliche Unterschiede.

GE – La santé au coeur de la campagne

 Le Courrier | 20.10.2023

Genève, assommé par la hausse des primes maladie, attend des changements en matière de système sanitaire. La campagne des élections fédérales en promet pléthore. Tour d'horizon.

Maude Jaquet

Comment, en pleine campagne pour les élections fédérales, ne pas dire un mot sur la santé, enjeu d'autant plus fort que la fin septembre a été marquée par l'annonce d'une hausse record des primes d'assurance-maladie? Au menu à gauche, caisse publique, gel et plafonnement des primes. La droite mise davantage sur l'efficacité et la transparence dans l'optique de maîtriser les coûts.

A Genève, le débat est d'autant plus prégnant que plusieurs têtes d'affiche, que ce soit par leurs parcours politiques, associatifs ou professionnels, alignent des compétences dans le domaine. Médecin, avocat de référence des assurés, présidente de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil national, ex-conseiller d'Etat en charge de la santé, pharmacien ou encore diplômée en santé publique. Toutes et tous s'accordent sur les limites du système actuel. Et ensuite?

La caisse publique revient en force

La gauche a fait de la lutte contre la hausse des primes son étendard. L'initiative socialiste de plafonnement des primes à 10% du revenu est sur de nombreuses lèvres, mais elle aurait potentiellement moins d'effet sur le porte-monnaie des Genevois·es au vu de l'existence de subsides relativement importants en comparaison intercantonale. D'où la résurgence d'un plaidoyer pour une caisse publique et unique.

Au niveau fédéral, le PS entend lancer dans le courant de l'année prochaine une initiative en ce sens, encouragé par des sondages qui montrent une ouverture de la population à ce sujet – laquelle s'était auparavant opposée à plusieurs reprises à ce principe.

A Genève, l'impulsion prend aussi une tournure cantonale. Les Vert·es ont récemment déposé une résolution au Grand Conseil demandant que «l'Assemblée fédérale mette en place une base légale permettant aux cantons la création de caisses cantonales uniques» et d'expérimenter d'autres modèles de pilotage.

Une ouverture que l'ancien conseiller d'Etat Mauro Poggia (MCG), appelle aussi de ses vœux, afin de créer une «caisse de compensation des coûts, qui fixerait et encaisserait les primes», le traitement administratif des dossiers restant à la charge des assurances. Une solution qui apporterait davantage de transparence sans trop alourdir la barque de l'Etat, estime celui qui a longtemps été président de l'Association suisse des assurés. Le principe des réserves serait par ailleurs abandonné, l'éventuel excédant issu des primes servant uniquement à faire baisser l'an suivant la facture des assurés, promeut le candidat.

Transparence est mère d'efficience

A droite, on mise davantage sur une réforme du système existant plutôt qu'une table rase. Plusieurs candidat·es ont mis en avant la nécessité de voir plus clair dans les calculs qui mènent à la fixation des primes. Le conseiller national centriste Vincent Maitre dénonce ainsi «l'opacité de l'Office fédéral de la santé publique». Il a, au cours de la législature écoulée, déposé plusieurs textes remettant en question l'efficacité de la mission de contrôle de l'OFSP. L'UDC Thomas Bläsi a aussi interpellé le Conseil fédéral sur le contrôle des finances des caisses maladies.

D'autre part, la question de la réduction des coûts apparaît de manière récurrente. Les élu·es de droite se disent toutes et tous favorables au dossier électronique du patient, qui permettrait une meilleure collaboration entre médecins et éviterait des examens redondants.

Des espoirs sont aussi placés dans des réseaux de soins d'un nouveau genre, qui rompent avec la logique de rémunération à l'acte des médecins, pour passer à une rémunération au forfait. Disponible dès 2024 dans l'arc jurassien, le modèle fait des émules, notamment à Onex. Il permettrait en outre de valoriser la prévention, identifiée de tout bord comme le parent pauvre du système sanitaire suisse.

D'autres pistes d'économies sont évoquées, touchant notamment au prix des médicaments et à la mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance, pour le moins intercantonale appelle de ses vœux la conseillère nationale PLR Simone de Montmolin, qui a déposé un postulat en ce sens. Mais la gauche met en garde: «On ne peut pas vouloir d'un système de santé très performant sans vouloir y mettre le prix.

En revanche celui-ci doit être de l'ordre du service public et pas de la concurrence privée», martèle l'élue socialiste Laurence Fehlmann-Rielle. Et le vert'libéral Michel Matter d'illustrer que «personne n'a été capable, pas même Alain Berset, d'expliquer les 8,7% d'augmentation des primes. On ne peut que comprendre qu'une partie sert de rattrapage aux mauvais résultats des caisses en bourse en 2022, ce qui n'a rien à voir avec la santé ou les soins.»

Qui fera quoi?

Pétri·es de bonnes intentions en campagne, les candidat·es s'impliqueront-ils et elles sur les dossiers de la santé en cas d'élection? Le vert'libéral Michel Matter ainsi que l'UDC Thomas Bläsi, respectivement médecin et pharmacien, souhaitent tous deux intégrer la CSSS lors de la prochaine législature, bien que leur groupe les en ait tenu écartés jusque-là.

On attend aussi Mauro Poggia sur ces questions, mais en cas d'élection celui-ci devra rejoindre un groupe politique déjà constitué sous la Coupole. Quelle droite l'intégrera dans ses rangs, et ses impulsions en matière de santé feront-elles consensus auprès de ses nouveaux·elles alliés·es? Certain·es en doutent et estiment que son bilan au canton en faveur des assuré·es est maigre. L'intéressé rétorque s'être heurté au niveau fédéral aux lobbys des assurances.

La gauche genevoise, quant à elle, appelle de ses vœux un renforcement de sa présence dans la commission, tout en se renvoyant la balle sur qui serait le ou la plus à même d'y siéger.

AG – Was tun gegen den Ärztemangel?

 Aargauer Zeitung - Ausgabe Aarau | 18.10.2023

Zwei FDP-Grossräte liebäugeln mit einer Lockerung der Zulassungsbestimmungen. Die aktuelle Regelung führe dazu, dass ältere, ausländische Ärzte nicht in der Schweiz arbeiten könnten.

Matthias Niederberger

Es zeichne sich ein Drama ab. So lautet die unmissverständliche Botschaft von Yvonne Gilli, Präsidentin des Schweizer Ärzteverbandes FMH. Im Interview mit dem «Sonntags-Blick» warnte sie vor einem Ärztemangel.

Die Schweiz habe zu wenige Ärzte ausgebildet, die Babyboomer kämen ins Pensionsalter, es drohe eine Lücke in der Gesundheitsversorgung. Kurz: Man müsse jetzt handeln.

Die ehemalige Grünen-Nationalrätin schlägt vor, die Anzahl Studienplätze zu erhöhen. Zudem sollen ältere Ärzte länger arbeiten. Laut Gilli sind viele von ihnen hoch motiviert, bis 71 oder 72 weiterzuarbeiten. Allerdings dürften sich die Rahmenbedingungen nicht weiter verschlechtern. Als dritte Massnahme gegen den drohenden Mangel müssten die Arbeitsbedingungen für jüngere Ärztinnen und Ärzte verbessert werden.

Auch im Kanton Aargau fehlt es an Hausärzten. Das ruft die Politik auf den Plan: Die beiden Grossräte Bernhard Scholl und Sabina Freiermuth (beide FDP) möchten von der Regierung wissen, was sie gegen den drohenden Ärztemangel zu tun gedenkt. Am 19. September reichten sie eine entsprechende Interpellation ein.

Zulassungsbedingungen zu streng?

Im Kanton Aargau gibt es nicht nur zu wenig Hausärztinnen, es fehlt auch an Apothekern und bestimmten Fachärzten. Laut Scholl und Freiermuth haben vor allem Onkologie- und Dermatologiepraxen mit Nachwuchsproblemen zu kämpfen.

Gillis Vorschlag, ältere Ärzte länger arbeiten zu lassen – sofern sie das wollen –, dürfte auch bei den beiden FDP-Grossräten auf offene Ohren stossen. Sie sehen vor allem Handlungsbedarf, was die Zulassung von älteren ausländischen Ärztinnen betrifft.

Zwar gibt es laut den Interpellanten viele ausländische Ärzte, die bis anhin in einem Spital tätig waren und nach Erreichen des Pensionierungsalters gerne privat weiterarbeiten würden. Jedoch darf eine Ärztin seit 2022 nur noch eine Praxis eröffnen, wenn sie mindestens drei Jahre lang an einer Schweizer Weiterbildungsstätte im entsprechenden Fachgebiet tätig war. Die neue Regelung führe dazu, dass diese Ärzte nicht in der Schweiz arbeiten könnten, heisst es im Vorstoss.

Anschubfinanzierungen soll geprüft werden

Die Aargauer Regierung muss nun abklären, ob die Zulassungsregelung allenfalls gelockert werden könnte, ohne gegen Bundesrecht zu verstossen. Ausserdem wollen Scholl und Freiermuth wissen, welche andere konkreten Massnahmen der Regierungsrat plant, um dem Mangel an Leistungserbringern im Gesundheitssystem abzuhelpfen.

Während die Verantwortung bisher vor allem bei den Gemeinden lag, möchte sich die Aargauer Regierung in Zukunft aktiver einbringen, um dem drohenden Ärzte-Engpass entgegenwirken. SVP-Regierungsrat Jean-Pierre Gallati sagte im September der AZ: «Wir möchten uns künftig stärker engagieren, damit sich mehr Hausärzte im Aargau niederlassen.» Eine Möglichkeit, welche die Regierung prüfen will, sind Anschubfinanzierungen. Sie sollen Ärztinnen und Ärzte motivieren, in den Kanton Aargau zu kommen.

Der Ärztemangel war vor kurzem auch Thema auf Bundesebene: Im September nahm der Ständerat einen Vorstoss von Charles Juillard (Mitte) an. Juillard fordert, dass der Bundesrat rasch Massnahmen gegen den Mangel an Hausärzten sowie Ärztinnen in bestimmten Fachgebieten ergreift. Ärztinnen und Ärzte, die in den Ruhestand gehen oder ihre Tätigkeit aufgeben, sollen in Zukunft besser ersetzt werden können.

Gleichenlags erschienen in

- Zofinger Tagblatt
- Badener Tagblatt

TI – Cure a domicilio, una giungla

 Corriere del Ticino | 20.10.2023

Il caso -Preoccupazioni tra gli operatori pubblici e privati per l'aumento degli infermieri indipendenti che negli ultimi anni «sono triplicati» - Crea problemi l'abbondanza delle ore fatturate a carico della LAMal – Probabilmente ci saranno forti ripercussioni sulle casse dei Comuni

Valentina Coda

È risaputo che nel settore cure a domicilio le acque sono sempre state agitate. Spitex pubblici e privati navigano da anni nello stesso mare, ognuno per conto proprio e a debita distanza. Si guardano di traverso, certamente, ma ciascuno con le proprie ragioni. Tuttavia, la convivenza è possibile. Negli ultimi sei mesi, paradossalmente, la barca pare essere diventata una, mentre il mare dell'offerta è stato invaso da un terzo attore, ovvero dagli infermieri indipendenti.

A detta degli operatori del settore, alcuni danno disdetta del contratto di lavoro dall'Ente ospedaliero, dalle cliniche e dalle case anziani, ma anche dagli spitex pubblici e privati, per mettersi in proprio. Niente di illegale, ben inteso. I problemi sorgono quando l'indipendenza comporta requisiti minimi di qualità, pochi controlli, un impiego più che mai attrattivo e molto redditizio. Inoltre, le ore di cura esercitate - «eccessive e non giustificate» a detta dei più - si riflettono a cascata anche sui costi della cassa malati, sui sussidi cantonali, sul contributo che devono versare i Comuni e quindi sulle spese che andranno a pagare i cittadini. Preoccupazioni in questo senso arrivano dall'Associazione assistenza e cura a domicilio Malcantone e Vedeggio (MAGGIO) e anche dalla direttrice di Internursing, nonché delegata ticinese dell'Associazione Svizzera Spitex privati, Paola Lavagetti.

Più ore del previsto

L'associazione MAGGIO ha vissuto in prima persona questa problematica degli infermieri indipendenti. «Da aprile abbiamo ricevuto cinque/sei disdette del contratto, ma la concorrenza sleale emerge quando queste persone portano con sé i pazienti che avevano precedentemente in cura sotto il nostro spitex», evidenziano il presidente dell'associazione, Daniele Bianchi, e il direttore, Stefano Motta. La questione si fa più complessa e delicata quando si inizia a parlare del tanto dibattuto tema delle ore di lavoro. È bene ricordare che non è il paziente che paga la prestazione, bensì la cassa malati dietro fattura dell'infermiere, che prevede una retribuzione per la tipologia di ore che vengono esercitate. I nostri interlocutori spiegano che l'assicurazione di base prevede dei tempi standard per tutti, «ma dal momento che il salario di un infermiere indipendente dipende da quante ore lavora, quando il paziente trova una persona che gli dedica del tempo anche oltre la singola prestazione, non ha interesse a mandarla via. La prestazione deve durare mezz'ora? Non è importante se dura un'ora. Una delle dirette conseguenze di questa operazione è l'aumento dei costi, sia per i cittadini sia per i Comuni». È noto, infatti, che il mercato sanitario non è retto dalla domanda bensì dall'offerta. Quindi, «più fornitori, più consumi, più costi».

«Forte aumento dei sussidi»

Sul fronte contributi cantonali, invece, la Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) prevede che l'80% di questi sussidi sia a carico dei Comuni, mentre il restante 20% del Cantone. Ebbene, stando a una recente circolare firmata dalla Conferenza dei presidenti dei Servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse pubblico del Canton Ticino e inviata a tutti gli Esecutivi comunali allo scopo di renderli attenti sulle ripercussioni per il settore socio-sanitario in generale, «la nuova pianificazione integrata per gli anziani prevede un forte aumento dei sussidi pubblici, che passerebbero dagli attuali 200 a 340 milioni annui (+70%), di cui l'80% a carico dei Comuni; complice l'invecchiamento della popolazione, è chiaro sin d'ora che la neutralità finanziaria di Ticino 2020 per quest'aspetto non potrà essere rispettata, a svantaggio dei Comuni». In soldoni, ci saranno «preoccupanti ricadute sulle finanze comunali».

Come visto, la preoccupazione non è circoscritta solo agli spitex, bensì anche agli enti comunali e di conseguenza ai cittadini. Quali le soluzioni, quindi? Secondo Bianchi e Motta «bisognerebbe fare una moratoria, bloccare il numero degli infermieri indipendenti con l'autorizzazione al libero esercizio, imbastire una pianificazione non tanto sulle ore di lavoro, bensì sul numero di prestatori di servizio e puntare sulla qualità».

«È troppo facile»

Dal pubblico passiamo al privato, ma la musica cambia di poco. Il fenomeno degli infermieri indipendenti «è più marginale perché abbiamo avuto meno disdette di lavoro, ma ci preoccupano i numeri visto che in due anni sono triplicati e la tendenza potrebbe aumentare ancora». La direttrice di Internursing, Paola Lavagetti, parla di una situazione «sfuggita di mano». Una problematica che parte dalla base, perché «l'indipendenza è attraente e piace a tutti», ma «ci sono pochi controlli e il fatto di mettersi in proprio è molto redditizio perché non hai dipendenti, oneri sociali e costi di struttura da pagare. Inoltre, per iniziare a esercitare ci vogliono requisiti minimi, come il diploma con due anni di esperienza nel settore e la fedina penale pulita. È troppo facile». Anche Lavagetti sottolinea la problematica «dell'abbondanza delle ore fatturate a carico della LAMal». Sia il settore pubblico sia quello privato concordano su un aspetto, che potrebbe essere la colonna portante di una strategia comune per stabilizzare la situazione: puntare sulla qualità. «Siamo interessati ad avere un incontro con gli spitex pubblici per trovare una strategia comune su questo e altre tematiche. Con i servizi pubblici abbiamo già parlato di una tavola rotonda proprio per trovare una soluzione volta a frenare questo fenomeno - rileva -. L'idea della moratoria è fattibile, ma prima bisogna lavorare sulla qualità dei servizi».

Il Cantone dovrebbe disporre una moratoria e una pianificazione non tanto sulle ore, bensì sul numero di prestatori di servizio - Daniele Bianchi e Stefano Motta, direzione spitex MAGGIO

La situazione è sfuggita di mano: ci sono pochi controlli, il lavoro è attrattivo, molto redditizio ma con poca qualità - Paola Lavagetti, direttrice Internursing

Da sapere - In tutto il cantone sono attivi in 500

Seitenzahl
3

Seitenzahl
Bericht

Nel 2023 - A detta degli operatori del settore, negli ultimi sei mesi il fenomeno degli infermieri indipendenti è esploso. Ma quanti sono esattamente?

Daniele Stival, capo dell'Ufficio anziani e cure a domicilio del DSS, ci conferma che la situazione attuale vede attivi sul territorio cantonale circa 500 infermieri indipendenti, di cui 277 con contratto di prestazione. Inoltre, per il 2024, l'Ufficio ha già ricevuto 60 nuove richieste di sottoscrizione del contratto di prestazione.

«Il controllo della spesa non può essere ignorato»

Il punto - Le spiegazioni dell'Ufficio anziani e cure a domicilio e dell'Ufficio del medico cantonale per quanto riguarda procedure, ispezioni e competenze Il fenomeno, così come descritto, solleva ulteriori domande. Ad esempio, quali requisiti deve avere un infermiere per diventare indipendente ed esercitare? Quale tipo di controlli vengono effettuati? Tutti questi interrogativi li abbiamo girati all'UACD e all'Ufficio del medico cantonale, che ci hanno risposto in modo congiunto. Prima di tutto, «il quadro legale federale prevede che gli infermieri autorizzati a esercitare come indipendenti possono fatturare a carico della LAMal, anche senza la sottoscrizione di un contratto di prestazione con il Cantone, se possono comprovare di aver esercitato per due anni al 100% un'attività pratica alle dipendenze di un infermiere autorizzato ai sensi dell'OAMal, in un ospedale o in una casa di cura, all'interno di un'organizzazione di cure e di aiuto a domicilio». Per quanto riguarda le ispezioni, «il controllo primario è di competenza dell'assicuratore malattia. Parallelamente, quello operato da parte dell'Ufficio del medico cantonale è svolto in relazione a un'analisi della coerenza tra fabbisogno di cura rilevato e prestazioni

erogate, della gestione della documentazione di cura, oltre che di elementi di possibili non conformità in ottemperanza al quadro legale ». Infine, il Cantone come legge la situazione? «L'evoluzione in questione non è in contrasto con l'indirizzo pianificatorio del Cantone, che è in forte crescita. Di riflesso, vi è un evidente aspetto legato al controllo della spesa settoriale, che non può essere ignorato. La pianificazione stabilisce alcune piste concrete tra cui la creazione di reti di cura integrate per migliorare la qualità delle prestazioni erogate e ottimizzare l'evoluzione della spesa settoriale. Si stanno valutando tutti i margini di manovra per mantenere un adeguato controllo dei volumi delle prestazioni erogate e del rispettivo finanziamento nell'ambito delle competenze del Cantone, fermo restando che buona parte delle regole del gioco sono disciplinate a livello federale».

Cure a domicilio, un mare d'offerta

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Sanità - L'aumento degli infermieri indipendenti preoccupa gli operatori pubblici e privati

Il fenomeno degli infermieri indipendenti è esploso negli ultimi sei mesi e il numero è «triplicato» negli anni. Una situazione che preoccupa gli spitex pubblici e privati che non escludono di fare quadrato per frenare il fenomeno. Inoltre, crea problemi l'abbondanza delle ore fatturate alla LAMal in quanto «eccessive e non giustificate». Gli operatori del settore parlano di ripercussioni sulle finanze comunali.

Im Schaufenster stehen vor allem unwirksame Medikamente

 Medinside | 18.10.2023

Bieler Ärzte schlagen eine neue Etikette für rezeptfreie Arzneimittel vor. Sie soll zeigen, wie verlässlich die Wirksamkeit nachgewiesen worden ist.

Fast 60 Prozent aller Medikamente, die in den Schaufenstern von Apotheken in der Schweiz ausgestellt sind, haben keine medizinisch erwiesene Wirksamkeit. Zu diesem Schluss gelangt eine [Untersuchung](#) eines Teams von Ärztinnen und Ärzten des Spitalzentrum Biel.

68 Schaufenster analysiert

Mit Schaufensterfotos von 68 zufällig ausgewählten Apotheken in der Schweiz und mit einer Analyse der medizinischen Literatur haben Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Klinik des Spitalzentrums Biel nachgewiesen, dass nur 418, also etwa 43 Prozent, von den insgesamt 970 überprüften Arzneimitteln erwiesenermassen wirksam sind.

Für die anderen 556 Medikamente sei «die Datenlage zu dünn, um verlässliche Aussagen über deren Wirksamkeit machen zu können.»

Mehr wirksame Mittel im Frühling

Die Ärztinnen und Ärzte haben auch saisonalen Veränderungen im Arzneimittelangebot in den Schaufenstern festgestellt. Im Frühling standen deutlich mehr Arzneimittel mit erwiesener Wirksamkeit in den Schaufenstern. «Das ist vor allem auf die Medikamente gegen Heuschnupfen zurückzuführen», sagt Daniel Genné, Chefarzt der Medizinischen Klinik. «Viele hochwirksame Antihistaminika sind rezeptfrei erhältlich und dürfen deshalb beworben werden.»

Im Winter besonders viel Unwirksames

Einen besonders tiefen Anteil von wirksamen Arzneimitteln boten die Deutschschweizer Apotheken im Winter an: Von 66 Arzneimitteln in den Auslagen, waren gerade einmal 11 erwiesenermassen wirksam. Anders in der Romandie und im Tessin: Dort hatte jedes zweite Medikament im Schaufenster der Wintersaison eine erwiesene Wirksamkeit. Genné hat eine Vermutung, was der Grund dafür ist: In der Deutschschweiz gibt es mehr Befürworter von Alternativmedizin.

Auch seriöse Gesundheitsinformationen

Genné und sein Team möchten mit dieser Untersuchung nicht die Arbeit der Apotheker schlechtreden. Sie räumen ein, dass die Auswahl fürs Schaufenster limitiert ist. Antibiotika und andere rezeptpflichtige Arzneimittel dürfen nicht beworben werden.

Ausserdem gibt es in den Schaufenstern auch oft kosmetische Produkte, Gesundheitsinformationen und Impf-Empfehlungen. «Das sind sehr wertvolle Beiträge an die medizinische Grundversorgung», gibt sich Genné versöhnlich.

Ein Label für die Verlässlichkeit

Trotzdem stört Genné der Befund. Patienten seien sich oft nicht bewusst, dass rezeptfreie Arzneimittel mit anderen Medikamenten wechselwirken können. Trotzdem würden die Apotheken so viele Medikamente ohne erwiesene Wirksamkeit ausstellen und damit auch indirekt der Öffentlichkeit empfehlen.

Sein Vorschlag: Ein Aufdruck, der Medikamente nach ihrer Wirksamkeit einstuft. Damit könnte wie bei der Energieetikette farblich abgestuft gezeigt werden, wie verlässlich die medizinische Evidenz für den Wirkstoff ist, der im Arzneimittel enthalten ist.

Warum die Schweiz oft hintenansteht

 Tages-Anzeiger | 17.10.2023

Studie zu Medikamentenzulassung - Alle wollen möglichst raschen Zugang zu innovativen Medikamenten. Swissmedic versucht, im weltweiten Wettlauf um die möglichst rasche Zulassung aufzuholen. Doch ist schneller auch besser?

Felix Straumann

Die Schweiz ist oft spät dran, wenn es darum geht, neue Medikamente oder Impfstoffe auf den Markt zu bringen. Das war zum Beispiel so, als es 2021 darum ging, den Covid-Booster möglichst rasch vor der drohenden Winterwelle zuzulassen. Oder zurzeit bei den Impfstoffen gegen das RS-Virus, gegen Windpocken oder gegen das Denguefieber, die in vielen Ländern vor der Schweiz erhältlich waren. Auch bei Medikamenten gegen Krebs oder Abnehmspritzen erfolgt die Zulassung durch Swissmedic meist später als bei der amerikanischen FDA oder der europäischen Behörde EMA.

Nun zeigt eine Studie der Universität Zürich und der Harvard Medical School, die soeben im Fachblatt «Annals of Internal Medicine» erschienen ist: Swissmedic arbeitet bei der Zulassung gar nicht unbedingt langsamer als die beiden grossen Behörden in den USA und der EU. Im direkten Vergleich ist die hiesige Behörde gleich schnell wie die EMA und rund einen Monat langsamer als die FDA (Medianwert von 44 beziehungsweise 39 Wochen).

«Swissmedic arbeitet effizienter, als viele denken», sagt Studienleiterin Kerstin Noëlle Vokinger, Professorin für Recht und Medizin an der Universität Zürich. Ihr Team untersuchte 241 Arzneimittel, die von allen drei Behörden von 2011 bis 2020 zugelassen wurden. Swissmedic stellte für die Studie die Schweizer Daten zur Verfügung, hatte aber auf die Auswertung der Resultate keinen Einfluss, wie Vokinger versichert.

Prioritäten der Firmen sind entscheidend

Trotz diesen Resultaten erhalten Medikamente in der Schweiz massiv später eine Zulassung als in anderen Ländern. Das hat gemäss Studie vor allem zwei Gründe:

In der Schweiz und in Europa stellen die Zulassungsbehörden gebündelt Rückfragen an die antragstellende Firma. Während der sogenannten Clock-Stop-Periode ruht die Prüfung des Antrags. Dies verlängerte laut Studie die mediane Zulassungsdauer in der Schweiz um 24 Wochen (von 44 auf 68 Wochen) und in der EU um 17 Wochen (von 44 auf 61 Wochen). In den USA werden Rückfragen laufend während der Prüfung gestellt und von den Firmen beantwortet, wodurch sich die mediane Zulassungsdauer bei 39 Wochen nicht verändert.

Für die Schweiz ebenfalls relevant ist der Zeitpunkt, an dem Pharmaunternehmen ein Zulassungsgesuch einreichen. Im Vergleich zu den USA treffen die Anträge bei Swissmedic fast 18 Wochen später ein. In der EU beträgt dieser «Submission Gap» nur wenig mehr als eine Woche.

Die neue Studie geht mehr in die Tiefe als bereits veröffentlichte Vergleiche des industriefinanzierten Centre for Innovation in Regulatory Science (Cirs) und eines Monitorings von Swissmedic und Pharmafirmen. Doch die Resultate decken sich im Wesentlichen. Es sind offensichtlich zu einem guten Teil die Prioritäten der Firmen, die dafür sorgen, dass neue Medikamente und Impfstoffe in der Schweiz oft verspätet erhältlich sind.

«Tatsache ist, dass der Schweizer Markt im internationalen Vergleich klein ist», schreibt Michael Schoy von Interpharma, dem Interessenverband der forschenden Pharmaunternehmen der Schweiz. «Die Zulassung eines neuen Medikaments wird durch die Firmen global geplant.» Schoy weist zudem darauf hin, dass nach der Zulassung mit den Preisverhandlungen zusätzlich Zeit vergeht. «Aus Sicht einer Firma ist nicht die reine Zeit des Zulassungsverfahrens entscheidend, sondern jene, bis ein Medikament auf dem Markt vergütet wird.»

Auch bei der Clock-Stop- Periode hängt es an der Industrie, dass Verbesserungen nur beschränkt möglich sind. Vereinzelt kommen rollende Rückfragen auch bei Swissmedic zum Einsatz, in der Vergangenheit bei der Zulassung von Covid-Impfstoffen. «Eine Umfrage ergab jedoch, dass eine breitere Anwendung solcher rollenden Verfahren von der Industrie aufgrund der intensiven Ressourcenbelastung kaum bewältigt werden könnte», schreibt Lukas Jaggi, Sprecher von Swissmedic. Die Fristen, die Swissmedic zur Beantwortung stellt, würden zudem häufig auf Wunsch der Firmen verlängert - sei es wegen mangelnder Ressourcen oder anderer Prioritäten.

Beschleunigung durch internationale Kooperationen

Swissmedic versucht derweil mit internationalen Kooperationen, den Marktzugang in der Schweiz weiter zu verbessern. So nimmt das Heilmittelinstitut seit 2020 am Projekt Orbis der US-Behörde FDA teil. Pharmafirmen können in dessen Rahmen Zulassungsgesuche für neue Krebstherapien dabei nicht nur der FDA, sondern gleichzeitig auch weiteren teilnehmenden Zulassungsbehörden einreichen. Die Prüfung erfolgt parallel und in Zusammenarbeit mit der FDA.

Eine Beschleunigung erhofft man sich auch durch das Access Consortium, bei dem die Regulierungsbehörden von Australien, Kanada, Singapur, Grossbritannien und der Schweiz kooperieren. Zum Beispiel versuchen die beteiligten Institutionen, Zulassungsgesuche künftig vermehrt koordiniert zu begutachten und so Firmen bei weniger Aufwand den gleichzeitigen Marktzugang in mehreren Ländern zu ermöglichen.

«Sowohl das Projekt-Orbis-Verfahren wie auch das Access-Verfahren zeichnen sich durch kurze Submission Gaps und sehr schnelle Zulassungszeiten aus», schreibt Lukas Jaggi. Es sei zu erwarten, dass die Zahl der Zulassungsgesuche in beiden Verfahren weiter zunehmen werde. «Letztlich kann Swissmedic den Zeitpunkt für eine Gesuchseinreichung nur sehr beschränkt beeinflussen, indem sie schlanke und kompetitive Zulassungsverfahren anbietet.»

Doch ist der Wettlauf um immer raschere Zulassungen überhaupt sinnvoll? In den USA seien in den letzten Jahren viele Arzneimittel befristet zugelassen worden, für welche sich die Wirksamkeit und die Sicherheit im Nachgang nicht hätten bestätigen lassen, so Jaggi. Die Schweiz und die EU seien da restriktiver.

«Schneller ist nicht immer besser», sagt auch die Zürcher Forscherin Kerstin Noëlle Vokinger. «Bei neuen Medikamenten mit hohem Nutzen müssen wir unbedingt einen Fokus auf eine schnelle Überprüfung legen.» Es kämen jedoch auch bei uns zunehmend Medikamente auf den Markt, bei denen die Wirkung und die Sicherheit schlecht belegt seien. Vokinger ist der Ansicht, dass sich eine schlechte Datenlage in einem tieferen Medikamentenpreis niederschlagen sollte.

Pharma ist für Verzögerungen verantwortlich

Seitenzahl

1

Seitenzahl

Titelseitenanriss

Medikamente - Die Schweiz ist in vielen Fällen spät dran, wenn es darum geht, neue Medikamente oder Impfstoffe auf den Markt zu bringen. Oft wird die Zulassungs- und Aufsichtsbehörde Swissmedic dafür kritisiert. Nun zeigt eine neue Studie der Universität Zürich: Das Heilmittelinstitut arbeitet kaum langsamer als die Zulassungsbehörden der USA und der EU. Zu Verzögerungen kommt es überwiegend wegen der Firmen, die neue Medikamente auf den Markt bringen wollen. **(fes)**

Grosser Ärger wegen kleiner Gebühr

 Tages-Anzeiger | 23.10.2023

Zuschlag bei Medikamenten - Der Aufwand, den Apotheken beim Verkauf verrechnen, ist für viele ein Ärgernis. Wie die Händler die Abgabe begründen. Und wie man sie vermeidet.

Bernhard Kislig

Es geht nicht um hohe Beträge. Doch manche Kundinnen und Kunden empfinden sie als «Abzockerei». 4.30 Franken und 3.25 Franken verrechnen Apotheken für den sogenannten Medikamenten- und Bezugscheck. Dabei geht es um pauschale Abgeltungen, die gemäss dem schweizerischen Apothekerverband Pharmasuisse auf einer Tarifvereinbarung mit den Krankenversicherungen basieren.

Im Rahmen des Medikamentenchecks müssen laut Pharmasuisse bei der Aushändigung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln zwei Personen das Rezept kontrollieren. Dabei geht es unter anderem um Dosierung, Packungsgrösse und Risiken. Bei Zweifeln kommt es zu einer Rücksprache mit dem zuständigen Arzt. Der Pauschalzuschlag dafür beträgt 4.30 Franken.

Zudem steht der Apotheker oder die Apothekerin bei einer Fehldosierung in der Mitverantwortung - dies vor allem dann, wenn keine Rücksprache mit dem Arzt stattgefunden hat.

Beim Bezugscheck führt die Apotheke ein Patientendossier mit abgegebenen Medikamenten. Das soll dazu beitragen, Unverträglichkeiten von Medikamenten festzustellen, die verschiedene Ärzte verschrieben haben. Dafür beträgt die Pauschale 3.25 Franken.

«Methode verteuert das Gesundheitswesen»

Dieser Zeitung liegen empörte Zuschriften der Leserschaft vor. Manche bezweifeln, dass der Aufwand für den Medikamentencheck gerechtfertigt ist, weil sie keine Beratung benötigen oder schon seit Jahren stets die gleichen Tabletten beziehen.

So schreibt ein Leser, der mehrmals jährlich für vier verschiedene Medikamente Nachschub besorgt: «Die Packungsgrösse ist immer dieselbe, die Medikation ebenfalls - diese Checks sind also reine Geldmacherei.» Ein anderer findet: «Für mich bleibt das eine seltsame Methode, die das Gesundheitswesen verteuert.»

Es gehe zwar nur um einen kleinen, aber unnötigen Betrag. Eine Leserin versteht nicht, weshalb die Apotheke eine Anordnung ihres Hausarztes überprüfen muss. Weitere ärgern sich, wenn sie ein günstiges Medikament kaufen und sich der Preis mit dem Medikamentenzuschlag fast verdoppelt.

Auf das Reizthema angesprochen, tut sich die Leiterin einer Apotheke zunächst schwer. «Ich will mich nicht in die Nesseln setzen», sagt sie. Am Ende gibt sie unter der Bedingung Auskunft, dass sie anonym bleiben kann.

Sie befürwortet die beiden Abgaben zwar ausdrücklich und setzt sie selber konsequent um. Dennoch kann sie verstehen, wenn ein Kunde den Medikamentencheck kritisiert, weil er seit Jahren in derselben Menge stets die gleichen Präparate bezieht: «Die Frage, ob man diesen Check immer verrechnen muss, ist berechtigt.»

Da es sich um eine Pauschale handelt, werden damit aber auch aufwendige Beratungen abgegolten. «Es kommt auch vor, dass Beratung und Abklärungen eine halbe Stunde dauern, und am Ende verkaufen wir gar nichts.»

Als wichtigen Punkt nennt die Apothekerin die Preisgestaltung. Anders als bei den meisten Unternehmen der Privatwirtschaft können Apotheken die Preise nicht selber bestimmen. Für rezeptpflichtige Medikamente legen Behörden sowohl Abgabepreis als auch Marge fest. Die Marge wird abgestuft, um den Anreiz zum Verkauf günstiger Medikamente zu erhöhen. Aufgrund dieser Preisregulierung sollen die Apotheken mit Zuschlägen für ihren Aufwand entschädigt werden.

Kein Verständnis hat die Apothekerin für Kritik am Bezugscheck. Denn hier gebe es mit dem Nachführen des Patientendossiers immer einen gewissen Aufwand. Auch wenn der Kunde oder die Kundin dies nicht wahrnehme.

Versandapotheke verrechnet keinen Zuschlag

Wie Pharmasuisse einräumt, sind die Zuschläge für Medikamenten- und Bezugscheck keine Pflicht, sondern liegen in der unternehmerischen Freiheit der Anbieter. Praktisch alle Apotheken halten daran fest.

Für jene, die den Aufpreis nicht bezahlen wollen, gibt es trotzdem eine Alternative: Versandapotheken wie Mediservice und Zur Rose, die seit Anfang Jahr zur Migros gehört, verrechnen bei Onlinebestellungen weder Medikamenten- noch Bezugscheck. Wichtig ist, dass Versicherte ein aktuelles Arztrezept vorlegen können, sonst klappt es nicht mit der Onlinebestellung. Selbst die erwähnte Apothekerin berichtet von Angehörigen, die solche Dienstleistungen nutzen.

Verschreibungspflichtige Medikamente sind zwar grundsätzlich durch die Krankenkasse gedeckt. Doch bei einer höheren Franchise und regelmässigem Kauf von Medikamenten können die Zuschläge für Medikamenten- und Bezugscheck im eigenen Portemonnaie durchaus einen spürbaren Unterschied ausmachen.

Empörung auch bei den Apotheken

Auf dieses Thema reagieren nicht nur Kundinnen und Kunden, sondern auch Apothekerinnen und Apotheker empfindlich. Als diese Zeitung vor knapp einem Jahr darüber berichtete, folgten empörte Mails aus der Branche: Von einem «reisserischen Titel» und sogar von «Hetze» war die Rede. Ein Apotheker riet «dringend: Finger weg» von diesem Thema.

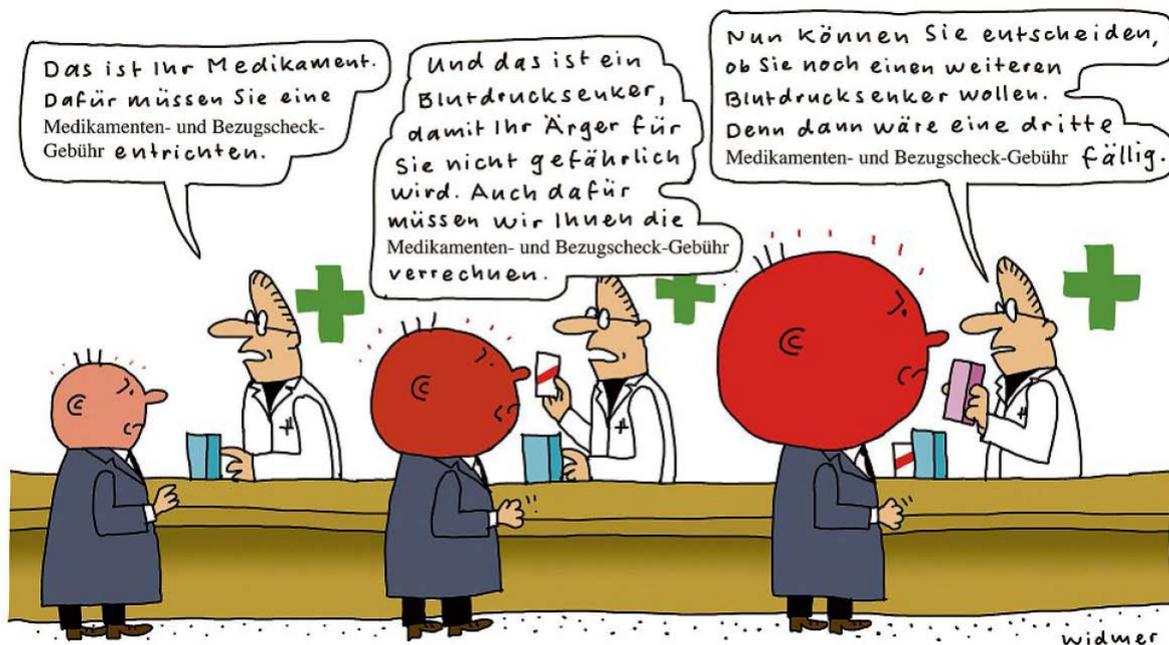
Neben Kritik aus der Kundschaft dürften weitere Gründe dazu beitragen, dass die Nerven bei manchen der rund 1800 Apotheken in der Schweiz teilweise blank liegen. Der Kostendruck hat zugenommen. Aufgrund von Medikamentenengpässen ist der Aufwand für die Suche nach Alternativen gestiegen.

Die Beträge für Medikamenten- und Bezugscheck blieben laut Pharmasuisse seit deren Einführung im Jahr 2001 unverändert - trotz deutlich höherer Kosten für Löhne, Logistik und Infrastruktur. Zudem leidet die Branche unter einem akuten Fachkräftemangel.

Es ist denkbar, dass die für Teile der Kundschaft schwer nachvollziehbare Pauschale für Medikamenten- und Bezugscheck durch eine neue Regelung ersetzt wird. Pharmasuisse bestätigt, dass Verhandlungen im Gang sind. Dabei geht es um den Tarifvertrag «Leistungsorientierte Abgeltung». Pharmasuisse will dazu noch keine Stellung beziehen.

Aus der Branche ist der Wunsch zu hören, dass Dienstleistungen vermehrt nach Aufwand verrechnet werden. Die bisherigen Pauschalen für die Medikamentenabgaben könnten so hinfällig werden.

«Die Frage, ob man diesen Check immer verrechnen muss, ist berechtigt.» - Apothekerin



Gleicherntags erschienen in

- Der Landbote
- Der Bund
- Basler Zeitung
- Zürcher Unterländer
- Zürichsee-Zeitung

So misst der ANQ den Behandlungserfolg in der Psychiatrie

 Medinside | 17.10.2023

In der Erwachsenenpsychiatrie kann der ANQ mit seiner Qualitätsmessung leichte Verbesserungen gegenüber dem Vorjahr erkennen.

Am 10. Oktober berichtete der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) über ungeplante Rehospitalisationen. Medinside berichtete [hier](#) darüber.

Diesmal publiziert der ANQ die Ergebnisse der Qualitätsmessungen 2022 in der Erwachsenen- sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. So hatten Patienten wie auch das Klinikpersonal zu befinden, wie sich körperliche und psychische Beschwerden und weitere Symptome zwischen Ein- und Austritt entwickelten.

Erwachsene

Zuerst zur Erwachsenenpsychiatrie: Aus Sicht der Patientinnen und Patienten nahm die Symptombelastung in ähnlichem Umfang ab wie im Vorjahr. Das behandelnde Klinikpersonal hat den Rückgang sogar noch etwas stärker beurteilt, was positiv zu werten ist.

Die Symptombelastung zeigt Anzahl und Schweregrad der Symptome einer psychischen Störung. Sie wird sowohl im Fremd- als auch im Selbstrating gemessen. Wie der ANQ erklärt, füllen Behandelnde sowie Patientinnen und Patienten dazu je einen Fragebogen aus. Darin beurteilen sie körperliche Beschwerden ohne organische Befunde, Konzentration, Aggressivität, absichtliche Selbstverletzung, Suchthematik, Beziehungen zu Gleichaltrigen und Familie.

Diese Beurteilung wird sowohl beim Eintritt wie beim Austritt vorgenommen. Daraus ergibt sich ein Differenzwert, der die Veränderung der Symptombelastung abbildet. Je höher der Differenzwert, desto besser die Wirksamkeit der Behandlung.

Kinder und Jugendliche

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie führten die stationären Behandlungen ebenfalls zu einer Senkung der durchschnittlichen Symptombelastung.

In der Selbstbeurteilung der Kinder und Jugendlichen und in der Fremdbeurteilung durch das Klinikpersonal bewegte sich die Symptombelastung bei Klinikeintritt auf Vorjahresniveau. Die Differenz zwischen Ein- und Austritt wurde von den Behandelnden ähnlich beurteilt wie 2021, in der Selbstbeurteilung der Patientinnen und Patienten wurde die Differenz kleiner, was eher negativ zu werten ist.

Um keine falschen Erwartungen zu schüren, erklärt der ANQ, dass seine Messergebnisse keine seriösen Ranglisten liefern. «Jedes Ergebnis bildet nur einen einzelnen Qualitätsaspekt ab und sagt nichts über die Gesamtqualität eines Spitals.» **cch**

