

Stimmen zu Entwicklungen im Gesundheitswesen

Ungesunde Beziehung

Sowohl die Ärzte als auch die Pharmaindustrie wüssten, dass die Art ihrer heutigen Beziehung etwas Ungesundes an sich habe, schreiben Kamran Abbasi und Richard Smith im «British Medical Journal» (BMJ) vom 31. Mai 2003. Schwerpunktthema dieser BMJ-Ausgabe sind die Verflechtungen zwischen Ärzten und Pharmaindustrie, deren Auswirkungen auf die Forschung und auf das Verschreibungsverhalten sowie die Folgen für die Patienten. Die Autoren gelangen zum Schluss, dass es für die Ärzte, die Pharmaindustrie und vor allem auch für die Patienten von Vorteil wäre, wenn die Beziehungen zwischen Ärzten und Pharmaindustrie weniger eng wären, als sie es heute – trotz ethischer Verhaltenskodexe auf beiden Seiten – noch sind. Neben der Beziehung zwischen Ärzten und Pharmaindustrie werden im Heft auch die Beziehungen der Pharmaindustrie zu Medien und Patientenorganisationen sowie die Rolle der Ethikkommissionen thematisiert. (rs)

Kamran Abbasi, Richard Smith: No more free lunches. BMJ 2003; 326: 1155–56, sowie weitere Beiträge in der Ausgabe 326 des BMJ; Internet: www.bmj.com

Kundenorientierte Pharmaindustrie

Die Pharmaindustrie müsse kundenorientierter werden. Zu diesem Schluss gelangt Cap Gemini Ernst & Young in einer gemeinsam mit INSEAD durchgeführten Marktforschungsstudie. Der Druck im Gesundheitswesen werde weiter zunehmen. Neben den Ärzten würden vermehrt auch informierte Patienten sowie die Kostenträger bei der Medikamentenauswahl mitreden. Um in dieser Situation überlebensfähig zu bleiben, müssten die Firmen den Kontakt zu allen drei Interessengruppen (Ärzte, Patienten und Kostenträger) sowie zu den verschiedenen Untergruppen pflegen – und das gelinge nur, wenn die Art des Kontaktes auf die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Partner abgestimmt werde. Konkret empfehlen

die Autoren den Pharmafirmen zum Beispiel, zusammen mit einzelnen Kostenträgern innovative Projekte zu entwickeln, die neben Produkten auch individuell angepasste Dienstleistungen umfassen, welche zu einer Kostenreduktion und zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse beitragen. Weitere Empfehlungen lauten: den Patienten sowie den Ärzten über Internet und Call-Center rund um die Uhr individuelle Information und Beratung bieten; die Auswahl der Ärzterverkäufer vermehrt auf den individuellen Charakter des einzelnen Arztes abstimmen. (rs)

Quelle: Cap Gemini Ernst & Young: Vision & Reality Survey 2003: Prescriptions for the Smart & Lean Pharmaceutical Company. Internet: www.ch.cgey.com/servlet/PB/menu/1006335/index.html

Unfruchtbarkeit – eine Krankheit?

Unfruchtbarkeit sei eine Krankheit; die In-vitro-Fertilisation (IVF) gehöre deshalb in den Grundversicherungskatalog. Diese Meinung vertraten gemäss «Basler Zeitung» viele Teilnehmer der «publifocus»-Gesprächsrunden, welche das Bundesamt für Sozialversicherung und das Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung (TA-Swiss) im Februar und März 2003 durchgeführt haben. Dem Schlussbericht von TA-Swiss ist zu entnehmen, dass insgesamt 35 Personen aus der Bevölkerung am «publifocus» teilgenommen haben. Die Mehrzahl der Teilnehmenden habe sich dafür ausgesprochen, «dass die Krankenkasse (oder die Invalidenversicherung) die Kosten für die aufwändige Behandlung übernehmen oder zumindest mittragen» solle. Diese Meinung sei von den Teilnehmenden aus der Romandie «einhellig» und von jenen aus der Deutschschweiz immer noch «tendenziell mehrheitlich» vertreten, von den Teilnehmenden aus der italienischen Schweiz hingegen «rundweg abgelehnt» worden. (rs)

Quellen: Krankenkassen sollen Kinderwunsch mitfinanzieren. Basler Zeitung, 12. Juni 2003; TA-Swiss publifocus zur In-vitro-Fertilisation. Bericht eines Mitwirkungsverfahrens. TA-P 4/2003 d. Internet: www.ta-swiss.ch

Nachlässigkeit im Gesundheitswesen

«Gerade im Gesundheitswesen begegnet man der Gesellschaftsentwicklung mit erstaunlicher Nachlässigkeit», meint Lorenz Keiser in seiner Kolumne «Alterspuff» im «Tages-Anzeiger» vom 30. Mai 2003. Allein für die Zulassung von Viagra sei in den letzten Jahren doppelt so viel Geld ausgegeben worden wie für die gesamte Alzheimer-Forschung. «Eine solche Einstellung führt», so Keiser, «dazu, dass bis in 20 Jahren grosse Teile der Bevölkerung mit einer Erektion herumlaufen und keine Ahnung haben, wozu sie gut ist». (rs)

Lorenz Keiser: Schlagseite: Alterspuff. Tages-Anzeiger, 30. Mai 2003.

Erste Gehversuche

Die Zürcher Spitäler müssen gemäss einem Sanierungsbeschluss der Regierung zusammen 36 Millionen Franken sparen, «indem sie entweder noch effizienter arbeiten oder bei der Qualität Abstriche machen». Die Gesundheitsdirektorin Verena Diener habe die Spitäler darüber informiert, jedoch keine konkreten Sparvorschläge vorgelegt. Stattdessen habe sie Arbeitsgruppen eingesetzt, die abklären sollen, wie die Sparvorgaben erfüllt werden können. Während manche Spitaldirektoren enttäuscht gewesen seien, hätten andere das Vorgehen begrüsst. Der Mändedorfer Spitaldirektor Rolf Zehnder zum Beispiel sehe darin «erste Gehversuche» in einer seit langem geforderten Rationierungsdebatte. Zwischen den Extremen – der Entwicklung freien Lauf lassen oder die Notfallstationen gleich schliessen – gebe es nämlich einige Möglichkeiten: «Zum Beispiel könnte man das Operationspersonal in der Nacht abbauen, sodass die Notfallpatienten etwas länger warten müssten. Oder wieder das alte Röntgenkontrastmittel verabreichen, das zwar Übelkeit verursacht, aber günstiger ist.» (rs)

Susanne Anderegg: Niemand will Spitaldefizite bezahlen. Tages-Anzeiger, 6. Juni 2003.

Vorsichtiges Fazit

Eine Studie der Universität der italienischen Schweiz hat sechs Faktoren identifiziert, die insgesamt 85 Prozent der interkantonalen Gesundheitskosten-Unterschiede erklären. Dies berichtet Christina Leutwyler im «Tages-Anzeiger». Zu den Einflussfaktoren, welche in Kantonen mit höheren Gesundheitskosten überdurchschnittlich ausgeprägt sind, gehören gemäss Studie das Alter, die Arbeitslosigkeit, die Ärztedichte, aber auch die Dichte von Akutbetten. «Diese Ergebnisse scheinen die Hypothese zu stützen, wonach Nachfrage durch das Angebot ausgelöst wird», so das gemäss Leutwyler «vorsichtige» Fazit der Autoren. (rs)
Christina Leutwyler, Lugano: Angebot stimuliert die Nachfrage. Tages-Anzeiger, 4. August 2003.

Rationierung, aber wie?

Die Debatte darüber, wie die knappen Mittel im Gesundheitswesen verteilt werden sollen, müsse unbedingt geführt werden, sagen Ruth Baumann-Hölzle, Hans Heinrich Brunner und Gerhard Kocher in einem Interview in der Zeitschrift «Soziale Medizin». Die Rationierung sei im schweizerischen Gesundheitswesen bereits Realität, finden alle drei, und nennen prägnante Beispiele dazu. Weil sie jedoch im Verdeckten geschehe, würden dabei die Schwächeren benachteiligt und die am Patienten Arbeitenden übermässig belastet. Rationierung als Quersumme von Einzelentscheiden sei untragbar, meint Brunner. Dass die Gesundheitspolitiker nicht sehen wollen, dass in der reichen Schweiz schon lange rationiert wird, empfindet Kocher als Zeichen einer «Wahrnehmungsblokade» und Baumann-Hölzle als Vogel-Strauss-Politik. (bc)

Quelle: «Rationierung im Gesundheitswesen» – Fünf Fragen an Ruth Baumann-Hölzle, Hans Heinrich Brunner und Gerhard Kocher. In: Soziale Medizin, Nr. 2/03, S. 56–60.

Vorteile einer Einheitskasse

Aus der Einführung einer Einheitskasse in der Schweiz würden sich – und zwar «unabhängig von der politischen Werthaltung» – «kaum positive Auswirkungen auf die Kosten- und Prämiementwicklung ergeben»,

denn das Instrument Einheitskasse setze nicht dort an, «wo die Gründe für die Anstiege zu suchen sind» (Vertragszwang und hiermit «automatische Zulassung der überproportional hohen Spezialärzte-Dichte zur sozialen Krankenversicherung»). Zu diesem Schluss gelangt der Gesundheitsökonom Willy Oggier in einem Bericht, den er im Jahr 2001 im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung erstellt hat. (Erst im Mai 2003 hat der Bundesrat diesen Bericht zur Kenntnis genommen; zu diesem Zeitpunkt wurde der Bericht auch an die Medien versandt.) Der Bericht basiert auf einem Literaturstudium. Er zeigt auf, dass die Gesundheitsversorgung in den verschiedenen Industriestaaten sehr unterschiedlich organisiert und finanziert wird; die Kombinationsformen sind so vielfältig, dass Vergleiche nur sehr beschränkt möglich sind. Dennoch werden, im Rahmen der Möglichkeiten, Stärken und Schwächen der verschiedenen Systeme im Hinblick auf Chancengleichheit, Leistungsfähigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit aufgezeigt; es werden Zusammenhänge zwischen Kostenentwicklung und Organisationsform der Krankenversicherung untersucht. Weitere Kapitel widmen sich den Auswirkungen der Einheitskasse auf die Verwaltungskosten und auf die Möglichkeiten zur Gestaltung der Verträge mit den Leistungserbringern. (rs)

Quellen: Medienmitteilung des Eidgenössischen Departements des Innern vom 28. Mai 2003; Bericht «Vorteile einer Einheitskasse» von Willy Oggier vom 18. Dezember 2001. Internet: www.bsv.admin.ch

Patienten verlieren Recht am Rezept

Ärzte und Apotheker tauschen in Zukunft ihre Informationen elektronisch aus. Die Extranet-Plattform der Ärzte HIN und das elektronische System OVAN der Apotheker werden vernetzt, sodass mehr als die Hälfte der Ärzte mit drei Vierteln der Apotheker in der Schweiz gesichert elektronisch kommunizieren können. Die Vernetzung soll zu einer besseren Kostenkontrolle führen. Dies gab Jean-Luc Salomon, Direktor der Berufsgenossenschaft der

schweizerischen Apotheker (Ofac), im Juni bekannt.

Ebenfalls im Juni nahm Margit Kessler, Präsidentin der Schweizerischen Patienten-Organisation SPO, in der Informationsschrift «dosis» des Schweizerischen Apothekerverbandes zum elektronischen Medikamentenrezept Stellung, das von Versandapotheken bereits heute eingesetzt wird. Kessler kritisiert, dass Patienten das Recht an ihrem Rezept verlieren, wenn Ärzte es direkt an ihren bevorzugten Lieferanten schicken. Die Patienten können so nicht mehr abklären, ob sie zuhause das Medikament noch vorrätig haben oder ob ein Generika in der Apotheke erhältlich ist. Die Stammapotheke verliere zudem die Übersicht über das vollständige Medikamentendossier. Dies bedeute, dass eine Qualitätskontrolle weg falle. (bc)

Quellen: Ärzte und Apotheker verbinden ihre Informatiknetze. Medpoint-Newsletter vom 24. Juni 03; Das elektronische Rezept und der mündige Patient. «dosis», Juli 2003.

Lückenhafte Zusammenarbeit

Im Kanton Zürich gibt es zurzeit sechs Linearbeschleuniger in drei Spitälern. Die «Neue Zürcher Zeitung» berichtete, dass Krebspatienten in diesen drei Spitälern nach der Diagnose bisher sehr unterschiedlich lange auf eine Bestrahlungstherapie warten mussten. Und sie fragt sich: «Wie kommt es zu solchen Unterschieden? Schliesslich sind die ... Liniarbeschleuniger ... alle aus der Staatskasse finanziert. ... Ist es zulässig, wenn jedes der drei Zürcher Schwerpunktspitäler seine Geräte vor allem den eigenen Bedürfnissen entsprechend einsetzt, auch wenn im benachbarten Spital ein Notstand herrscht?» Dass die Zusammenarbeit zwischen den drei Zürcher Schwerpunktspitälern lückenhaft sei, stimme pessimistisch. «Wenn die Koordination teurer spitzenmedizinischer Leistungen schon kantonsintern nicht etabliert ist, wie soll sie über die Kantone hinweg funktionieren?» (rs)

Geduldssprobe für Krebspatienten – Stark unterschiedliche Wartezeiten an Zürcher Spitälern. Neue Zürcher Zeitung, 1. Juli 2003.