



Schwerpunkt: eHealth

27. März 2014

Die Vorteile von eHealth liegen auf der Hand



Urs Stomer, Präsident IG eHealth
und Leiter Geschäftsentwicklung
eHealth der Post CH AG

fmc Impulse 1/2014

- 2 Elektronisches Patienten-
dossier: Obligatorisch oder
freiwillig?
- 4 Patientenidentifikation:
Ist Sepp B. gleich Josef B.?
- 6 Aargau: Where eHealth
meets Integrated Care
- 7 Erfolgsfaktor «Shared Care»:
fmc Jahressymposium 2014
- 8 Gesundheitspolitischer
Kommentar

Die GfS-Studie «Swiss eHealth-Barometer 2014» zeigt deutlich: eHealth ist auf dem Vormarsch. Erfreuliche 56 Prozent der Praxisärzteschaft benutzen elektronische Systeme zur Speicherung von Diagnosen, in den Spitälern sind es gar 80 Prozent. Doch es werden kaum Daten über die Institutionsgrenzen hinweg ausgetauscht. Nur wenige Spitäler senden Austrittsberichte elektronisch an den Hausarzt. Überweisungen gleichen einem Spiessrutenlauf, bis alles zusammenpasst. Das Telefon mit Faxgerät und Thermopapier ist hier immer noch das Mass aller Dinge.

Dabei liegen die Vorteile von eHealth auf der Hand: Prozess-unterstützende Formulare, die bei der Eingabe korrekt formatierte Werte verlangen, verhindern Rückfragen. Das Abtippen entfällt, die Verfügbarkeit lesbarer Daten verhindert Fehler und erhöht die Patientensicherheit.

Die Patienten und Patientinnen werden immer älter, die Krankheitsbilder immer komplexer. Der Patient ist mit dem hochspezialisierten Versorgungssystem überfordert. Die Anzahl der Behandelnden pro Patient und der Kommunikationsaufwand steigen fortwährend. Teilzeitarbeitende, Gruppenpraxen, Kooperationen in Netzen verlangen zeitgemässe Zusammenarbeitsformen. Integrierte Versorgung bedeutet Koordination verschiedener Disziplinen über Institutionsgrenzen hinweg. Ohne ICT-Unterstützung gestaltet sich diese Zusammenarbeit aber immer schwieriger.

Apps, Portale und verschiedene elektronische Dossiers sind auf dem Vormarsch. Alle spezialisiert, oft proprietär und nicht untereinander kompatibel, leider nicht nur zum Vorteil der Akteure. Gesetzliche Grundlagen schaffen Rechts- und Investitionssicherheit. Mit dem Gesetz über das Elektronische Patientendossier EPDG schafft das Parlament die Voraussetzungen für Interoperabilität unter den Versorgungsgemeinschaften und fördert damit die Patientensicherheit und Qualität der Behandlung.

Briefwechsel

Elektronisches Patientendossier: Obligatorisch oder freiwillig?

Die Patientenvertreterin Mirjam Baumgartner will, dass das Elektronische Patientendossier (EPD) obligatorisch geführt und genutzt wird. FMH-Zentralvorstand Urs Stoffel setzt sich für die doppelte Freiwilligkeit ein.



Mirjam Baumgartner,
Leiterin der Patientenstelle Ostschweiz

Während die Dossierführung für beide Seiten obligatorisch sein soll, ist die Einwilligung der betroffenen Person für das Zugriffsrecht unerlässlich.

Verweigert eine Patientin oder ein Patient den Zugriff, muss sie oder er von den behandelnden Personen verständlich, umfassend und rechtsgültig über die Konsequenzen und/oder Alternativen aufgeklärt werden.

Sehr geehrter Herr Stoffel

Das Elektronische Patientendossier (EPD) trägt wesentlich zur Qualität der Behandlungen bei. Darin gehen Sie wohl mit uns einig. Wir erwarten auch mehr Sicherheit für die Patientinnen und Patienten und gleichzeitig ein effizienteres Gesundheitssystem.

Gerade wegen der deutlich besseren Behandlungsqualität, setzen wir uns für das doppelte Obligatorium ein. Weder die Leistungserbringer noch die Patientinnen und Patienten haben die Wahl, wenn es um die Erstellung eines Patientendossiers geht. Diese Pflicht stellt niemand in Frage. Ein elektronisch geführtes Dossier würde für einige Ärztinnen und Ärzte bedeuten, von der handschriftlichen auf die elektronische Dossierführung umzustellen. Doch die Vorteile des EPD würden sie entschädigen: Die Daten wären jederzeit vollständig, könnten der nachbehandelnden Fachperson oder Institution deutlich rascher übermittelt werden, Lesefehler würden stark reduziert und insgesamt würde die Behandlungsqualität und damit die Patientensicherheit gesteigert.

Natürlich wollen auch wir den gesicherten Datenschutz. Folglich gehört zum doppelten Obligatorium die eindeutige Regelung des Zugriffsrechts. Während die Dossierführung für beide Seiten obligatorisch sein soll, ist die Einwilligung der betroffenen Person für das Zugriffsrecht unerlässlich. Die Datenhoheit liegt beim Individuum. Verweigert eine Patientin oder ein Patient den Zugriff, muss sie oder er von den behandelnden Personen verständlich, umfassend und rechtsgültig über die Konsequenzen und/oder Alternativen aufgeklärt werden. Mit der Verweigerung des Zugriffsrechts darf kein Abschieben der Verantwortung für die Behandlung auf die Patientinnen, Patienten oder auf deren Angehörige verbunden sein.

Wenn das Einverständnis zum EPD jederzeit entzogen werden könnte, käme es zu unübersichtlichen Situationen, die mit der Gefährdung der Behandlungsqualität einhergehen würden. Es ist höchste Zeit, das EPD zu Gunsten der Patientinnen und Patienten für alle Beteiligten verbindlich einzuführen. Bieten Sie Hand dazu.

Gespannt erwarte ich Ihre Antwort.

Besten Dank und freundliche Grüsse

Mirjam Baumgartner



Dr. med. Urs Stoffel, Mitglied des FMH-Zentralvorstands und Leiter des Departements eHealth, Sicherheitsinfrastruktur und Datenerhebung

Es kann nicht Sinn und Zweck eines EPD sein, alle Informationen von der Wiege bis zur Bahre zu sammeln; von diesem Ansatz ist man längst wieder abgekommen, weil sonst die wirklich relevanten Informationen in der Datenflut untergehen.

Bei einem doppelten Zwang würden die Patienten ihrem Arzt nicht mehr alles anvertrauen, weil sie Angst haben, dass es im EPD gespeichert werden könnte.

Sehr geehrte Frau Baumgartner

Lassen Sie mich vorab festhalten, dass die FMH voll hinter einem Elektronischen Patientendossier (EPD) steht, welches im Sinne der Datenqualität und nicht der Datenquantität sinnvoll und effizient genutzt werden soll. Das EPD kann aber nicht zur besseren Qualität der «Behandlungen» beitragen, wie Sie schreiben (Chemotherapie bleibt Chemotherapie). Es kann höchstens zur Verbesserung der Behandlungsabläufe dienen, und ein solches Patientendossier streben wir an.

Die Führung eines EPD ist für bestimmte Patientengruppen wie multimorbide und chronisch Kranke sehr sinnvoll. Aber nicht für alle Patienten. Es kann nicht Sinn und Zweck eines EPD sein, alle Informationen von der Wiege bis zur Bahre zu sammeln; von diesem Ansatz ist man längst wieder abgekommen, weil sonst die wirklich relevanten Informationen in der Datenflut untergehen – das war schon zu Papierzeiten so. Relevant sind nur Daten, die für die Nach- und Weiterbehandlung wichtig sind.

Wir setzen uns dafür ein, dass das EPD so ausgestaltet wird, dass ein Mit- oder Nachbehandler sich schnell einen guten Überblick verschaffen kann.

In der Leitlinie «Freiwilligkeit» von der eHealth Suisse steht: «Für die Akzeptanz und den Erfolg ist es wesentlich, dass sich eHealth-Anwendungen ohne rechtlichen Zwang entwickeln können (Freiwilligkeit für Patienten, den Dienst zu nutzen, kein Zwang für Behandelnde und Institutionen, die Daten ins ePatientendossier zu überführen). Durch geeignete Anreize soll jedoch erreicht werden, dass mittelfristig alle Patienten vom Nutzen der elektronischen Dossiers profitieren können.»

Hinter dieser Aussage stehen wir voll und ganz. Bei einem doppelten Zwang würden einerseits die Patienten ihrem Arzt nicht mehr alles anvertrauen, weil sie Angst haben, dass es im EPD gespeichert werden könnte, andererseits würden die Gesundheitsfachpersonen bei einem Zwang einfach alle (wichtigen und unwichtigen) Daten im EPD speichern, was zu einer klaren Verschlechterung der Qualität des EPD führen würde.

Deshalb ist für uns die doppelte Freiwilligkeit unabdingbar, wenn das EPD ein Erfolg werden soll.

Mit bestem Dank und freundlichen Grüssen

Urs Stoffel

Die Planung 2014 von «eHealth Suisse», dem Koordinationsorgan von Bund und Kantonen

Die Aufgaben von «eHealth Suisse» verschieben sich zunehmend von der allgemeinen Konzeptarbeit zur Unterstützung der Umsetzung. Die Arbeiten im Jahr 2014 fokussieren deshalb auf die konkreten Bedürfnisse der Umsetzungsprojekte in den Kantonen sowie die Förderung der Anbindung der Systeme von Behandelnden an den strukturierten Datenaustausch im Elektronischen Patientendossier. Geplant ist zum Beispiel der Aufbau einer Pilotumgebung für die Kommunikation zwischen Gemeinschaften und den zentralen Abfragediensten als Übungsfeld für bestehende Umsetzungsprojekte. Zur Anbindung der Primärsysteme engagiert sich «eHealth Suisse» einerseits für niederschwellige technische Lösungen (z.B. eHealth Connector). Andererseits werden in Zusammenarbeit mit der geplanten Interdisziplinären Arbeitsgruppe IPAG der Berufsverbände weitere Austauschformate definiert (z.B. eAustrittsbericht, eMedikation oder eAllergiepass).

Weitere Informationen: [Roadmap eHealth Suisse 2014](#)

Patientenidentifikation: Ist Sepp B. gleich Josef B.?

So klar die Anforderung ist, so schwierig ist sie im Alltag umzusetzen: Erst wenn ein Patient zweifelsfrei identifiziert ist, darf medizinisch interveniert werden – ein Gespräch mit Peter Cuipers, Alliance Executive Healthcare Industry Europe bei IBM.



Peter Cuipers, Alliance Executive Healthcare Industry Europe bei IBM

Herr Cuipers, was heisst eineindeutige Patientenidentifikation?

Eine eineindeutige Identifikation bezeichnet das Verhältnis zwischen Identität und Person, das heisst die Person ist eindeutig identifiziert und keine andere Person hat diese Identität. In der Medizin ist dies eine Grundvoraussetzung für eine korrekte Diagnose, Behandlung oder Medikation. Im Alltag werden in verschiedenen Institutionen wie Arztpraxen, Apotheken oder Spitälern – aber auch in verschiedenen Abteilungen oder Kliniken des gleichen Krankenhauses – personenbezogene Daten erfasst. Und zwar in unterschiedlichen Systemen, weshalb nicht immer auf Anhieb ersichtlich ist, ob es sich um den gleichen Patienten handelt. Um über Systemgrenzen hinweg eine möglichst präzise Identifikation zu erhalten, sollte man über möglichst viele und unterschiedliche Informationen wie Namen, Adresse oder Geburtsdatum verfügen. Durch ausgeklügelte Matching-Algorithmen werden diese Informationen virtuell zu einem Patienten zusammengesetzt und mit seinem eindeutigen Identifikator versehen – so entsteht der Master Patient Index (MPI).

Was macht es so schwierig, einen Menschen über sein ganzes Leben hinweg eineindeutig zu identifizieren?

Da sind zum einen die unterschiedlichen Erfassungssysteme; zum anderen können «normale» Vorkommnisse im Leben eines Menschen die Identifikation erschweren. Der Klassiker dabei ist die Namensänderung durch Heirat. Ebenso können Vornamen unterschiedlich erfasst sein: Doppelnamen, Diminutive oder die Verwendung von Spitznamen. Auch mehrere Wohnorte, zum Beispiel bei Wochenaufenthalten, führen oft zu Unsicherheiten oder ganz einfach die fehlerhafte Erfassung von Daten, was oft beim Geburtsdatum durch eine Verdrehung von Zahlen passiert. Trotzdem muss ein MPI in der Lage sein, auch solche Patienten eineindeutig zu identifizieren, namentlich wenn sie über lange Zeit in Behandlung (chronisch Kranke) oder unter Beobachtung sind (genetisch bedingte Erkrankungen).

Ist der Patient mal eineindeutig identifiziert, kommt eine riesige Menge an Daten zusammen. Diese gehören im Prinzip dem Patienten. Wer kann und soll ihn im Umgang mit seinen Daten unterstützen?

Als erstes müssen die Menschen oder Patienten erkennen, welchen Wert diese Informationen für sie selbst haben, aber auch für die Gesellschaft und die Wissenschaft. Dieser Bewusstwerdungsprozess ist eine Grundvoraussetzung, um sich eigenverantwortlich und selbstbestimmt in der Informationsgesellschaft bewegen zu können. Die Fähigkeiten dafür können – in der Schweiz – das Bundesamt für Gesundheit oder die kantonalen Gesundheitsdepartemente vermitteln. Stichworte dazu sind Privacy, Sicherheit oder Secondary Use. Eine Schlüsselrolle spielen auch die Behandelnden wie Ärzte, Pflegepersonal oder Apotheker: Zum einen sammeln sie Daten, zum anderen sind sie Vertrauenspersonen, welche die Patienten oder Kunden bei der Nutzung und Interpretation dieser Daten anleiten und unterstützen können – vorausgesetzt, sie sind genügend ausgebildet dafür.

Durch ausgeklügelte Matching-Algorithmen werden mehrere Informationen virtuell zu einem Patienten zusammengesetzt und mit seinem eindeutigen Identifikator versehen – so entsteht der Master Patient Index (MPI).

Als erstes müssen die Menschen oder Patienten erkennen, welchen Wert diese Informationen für sie selbst haben, aber auch für die Gesellschaft und die Wissenschaft.

Noch zeigen Menschen und Patienten in der Schweiz wenig Interesse, sich mit ihren Gesundheits- und Krankheitsdaten zu beschäftigen. Wie lässt sich das ändern?

Wenn mein Hausarzt den direkten Nutzen einer elektronischen Patientenakte sichtbar machen kann, indem er mir bei jeder Gelegenheit Vergleichsdaten oder Fortschritte aufzeigt, dann wird mich das motivieren, Daten zu sammeln und zu «lesen».

Auch hier spielen die Behandelnden eine zentrale Rolle. Ein Beispiel: Wenn mein Hausarzt den direkten Nutzen einer elektronischen Patientenakte sichtbar machen kann, indem er mir bei jeder Gelegenheit Vergleichsdaten oder Fortschritte aufzeigt, dann wird mich das motivieren, Daten zu sammeln und zu «lesen». Letztlich geht es also darum, die Betroffenen zu Beteiligten zu machen. Indem man sie zum Beispiel in den Datenerfassungsprozess involviert – wie das bei chronisch kranken Patienten oft schon geschieht.

Ein zentrales Problem der ICT im Gesundheitswesen ist das Fehlen von Standards für den Datenaustausch. Was hindert die ICT-Industrie daran, sich auf solche Standards zu einigen?

Es ist definitiv nicht so, dass es an Standards fehlt. IBM und viele andere Anbieter engagieren sich aktiv bei der Definition und der Weiterentwicklung von Standards im Gesundheitswesen.

Da muss ich widersprechen: Es ist definitiv nicht so, dass es an Standards fehlt. IBM und viele andere Anbieter engagieren sich aktiv bei der Definition und der Weiterentwicklung von Standards im Gesundheitswesen. Ein gutes Beispiel dafür sind die jährlich stattfindenden IHE Connectathons, wo die Implementierung und Einhaltung der Datenaustausch-Standards sowie die Interoperabilität der verschiedenen Systeme überprüft werden. Selbstverständlich gibt es immer noch Hersteller, die auf proprietäre Schnittstellen setzen. Und es gibt (zu) viele Nutzer und Kunden, die auf solche Angebote einsteigen – zum einen aus mangelndem Bewusstsein, zum anderen weil die Lösung auf den ersten Blick kostengünstig erscheint. Tatsächlich sollten Ausschreibungen stärker auf anerkannte Standards wert legen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Ausschreiber wie Behörden oder Institutionen die nötigen Best-Practice-Kenntnisse haben.

Was IBM zur Patientenidentifikation beiträgt

IBM bietet vielfältige Lösungen zur Personenidentifikation an. Die Master-Indizes zu Patienten und Leistungserbringern stellen Verknüpfungen zwischen unterschiedlichen Datenquellen dar, damit die richtigen Ergebnisse dem richtigen Patienten und dem richtigen Leistungserbringer zugeordnet werden können. Konkret kann dies bedeuten:

- Zuordnung von Patientendaten: Ein grosser Gesundheitsversorger hatte bei der Zuordnung von Informationen nach Abschluss eines EKGs zu den richtigen Patientendateien eine Fehlerquote von 3%. In der Folge wurde ein Master-Index für Patienten erstellt, mit dem nahezu alle Fehler während der Übertragung kritischer Daten behoben werden konnten.
- Überwachung von Berechtigungen und Nachweisen von Anbietern: Einem expandierenden Integrated Delivery Network in den USA steht dank neuester Technologie eine zuverlässige, zentralisierte Sicht auf alle relevanten Informationen zu 63'000 Leistungserbringern zur Verfügung.
- Datenmanagement im Operationssaal: Die verantwortlichen Fachleute mussten bei der Vorbereitung von Patienten auf eine Operation teilweise stundenlang nach den benötigten Informationen suchen. Mit modernen IT-Lösungen konnte eine Zeitersparnis von 82% bei der Zusammenstellung der Patienteninformationen erreicht werden.

Aargau: Where eHealth meets Integrated Care

Noch gehen die Kantone die Vision des Elektronischen Patientendossiers unterschiedlich an. Der Aargau hat ein spezifisches Ordnungsmodell dafür geschaffen – und auch die Integrierte Versorgung eingebunden.



Enrico Kopatz, Leiter des Programms eHealth Aargau 2015 im kantonalen Departement für Gesundheit und Soziales

«Jede Person in der Schweiz soll in Zukunft die Möglichkeit erhalten, ihre medizinischen Daten über ein Elektronisches Patientendossier medizinischen Fachpersonen zugänglich zu machen»: Das ist eine der zentralen Aussagen der Vision in der eHealth-Strategie von Bund und Kantonen. Diese Vision enthält auch einen Paradigmawechsel in der Arzt-Patienten-Beziehung: Der Patient soll den Behandlungsprozess aktiv mitgestalten, indem er den Datenfluss von Betreuungsperson zu Betreuungsperson qualitativ und quantitativ steuert. Die Umsetzung dieser Vision kann realistischlicherweise nicht beim Patienten ansetzen, muss ihn aber stets im Auge behalten.

Ordnung schaffen

eHealth ist kein fix-fertiges Konzept, das unbeschrieben von gesetzlichen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen rein technisch umgesetzt werden kann. eHealth ist heute eine mehr oder weniger nützliche Beschreibung für «Interoperabilität und Kollaboration» unter den Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Während die Interoperabilität – ausgehend von Empfehlungen des Koordinationsorgans Bund-Kantone «eHealth Suisse» – konkrete Erfolge zeitigt, stehen die Kantone bei der Kollaboration noch ganz am Anfang. Um in der Diktion des Bundesgesetzes über das Elektronische Patientendossier zu bleiben: Es bestehen noch keine generischen Erfahrungen, wie eine eHealth-Gemeinschaft aufgebaut werden soll.

Vor diesem Hintergrund hat der Kanton Aargau ein Ordnungsmodell geschaffen mit dem Ziel, für alle Beteiligten – inklusive Kanton – Rolle, Pflichten und Rechte in einer strategiekonformen eHealth-Gemeinschaft definieren zu können. Das Aargauer Ordnungsmodell umfasst 3 Ebenen:

1. Prozessautomatisierung: Hier sind die Leistungserbringer im Lead. Sie setzen, in Interessengemeinschaften organisiert, generische Prozesse um wie das Zuweisungsmanagement oder die Kommunikation mit Labors und Nachsorgeorganisationen. Hier werden die medizinischen Daten der Patientinnen und Patienten erzeugt.

2. Standardisierte Kommunikation: Hier ist der Kanton im Lead. Die zentralen Komponenten der standardisierten Kommunikation stehen allen Leistungserbringern für alle generischen Prozesse zur Verfügung. Der Betrieb der Komponenten liegt in der Verantwortung einer speziell dafür geschaffenen Trägerschaft. Auf dieser Ebene werden die medizinischen Daten der Patientinnen und Patienten zusammengetragen.

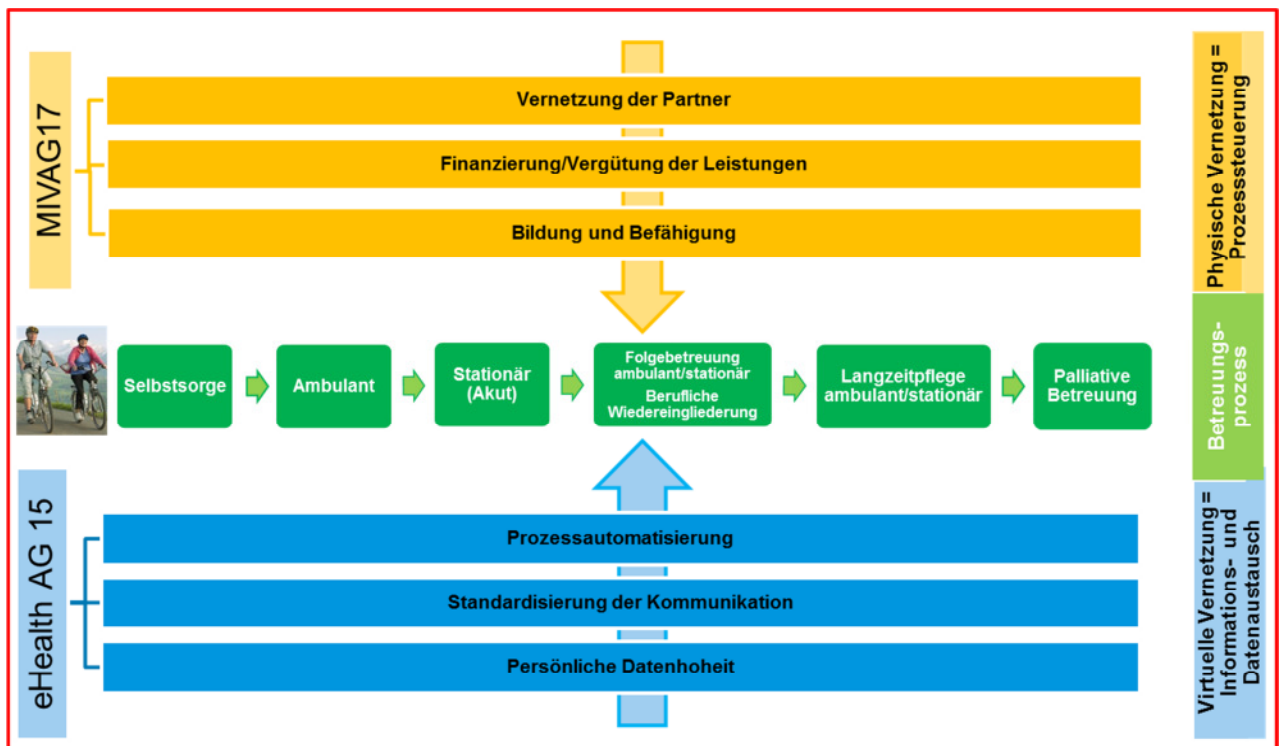
3. Persönliche Datenhoheit: Hier ist wiederum der Kanton im Lead. Er übernimmt die Verantwortung dafür, dass die zitierte Vision von Bund und Kantonen umgesetzt werden kann: die Möglichkeit zur qualitativen und quantitativen Steuerung des Behandlungsprozesses durch den Patienten.

Politische Entscheide stehen noch an

Dieses Ordnungsmodell ist das Kernstück des Programms eHealth Aargau, das bis Ende 2015 läuft. Die entsprechenden datenschutzrechtlichen Grundlagen sind bereit für die Beratungen im Grossen Rat. Zudem haben Regierung und Parlament noch zu entscheiden, ob und in welchem finanziellen Rahmen sich der Kanton am Aufbau und der Zertifizierung einer eHealth-Gemeinschaft beteiligen wird.

Der Behandlungs- und Betreuungsprozess benötigt neben der sachgerechten Datensammlung auch eine sachgerechte Steuerung. Hier setzt das Projekt Masterplan Integrierte Versorgung Aargau an (MIVAG), das anfangs 2014 startete und auf vier Jahre angelegt ist. Oder anders formuliert: Neben der virtuellen Vernetzung (eHealth) ist die physische Vernetzung der Partner eine zentrale Voraussetzung, um die Betreuungsprozesse zu erleichtern und zu beschleunigen. Um die wechselseitige Beziehung zu unterstreichen, sind ein gemeinsamer Handlungsrahmen (s. Abbildung) sowie eine gemeinsame Struktur in Entwicklung. Der Leitsatz dabei: Besser vernetzt – mehr Gesundheit für alle.

Der Handlungsrahmen: Betreuungsprozesse steuern, Informationen und Daten austauschen



fmc-Symposium 2014, Mittwoch, 18. Juni 2014, Hallenstadion Zürich

Erfolgsfaktor «Shared Care»...

...oder was sind Ihrer Meinung nach die Schlüsselfaktoren für die Patientenbetreuung der Zukunft?

Auf dem Weg zur innovativen Aufgabenteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonen gilt es noch einige Hürden zu überwinden. Das «Who is Who» der Integrierten Versorgung trifft sich dazu am **Mittwoch, 18. Juni 2014 im Hallenstadion Zürich**, um die künftige Gestaltung der Integrierten Versorgung, die Zukunft der Schweizer Gesundheit, zu diskutieren!

Gut 300 Fachpersonen und Entscheidungsträger aus Ärztenetzen, Kliniken, Pflegeinstitutionen, einer Vielzahl von Gesundheitsberufen sowie von Kostenträgern sind aktiv und engagiert vor Ort.



fmc Jahressymposium: 100% Networking mit interprofessionellem & interdisziplinärem Austausch und Vernetzung auf Augenhöhe

Ausgewiesene Fachpersonen mit Praxisbezug beleuchten die Chancen und Herausforderungen der multidisziplinären und integrierten Patientenbetreuung:

- Welche Gesundheitsberufe welche Rolle spielen können – Pflege, Physiotherapie, Apotheker, Medizinische Praxisassistentin u.a.
- Was Ärzte und Ärztinnen durch neue Aufgabenteilungen gewinnen können
- Wie sich eine interprofessionelle Arbeitsteilung unter neuen Vorzeichen organisieren lässt
- Erfahrungen und Erkenntnisse mit multidisziplinären Betreuungsteams – in der Schweiz und im Ausland
- Reaktion von Patientinnen und Patienten auf die neuen Modelle und deren Nutzen

Hier geht's zum [Tagungsprogramm](#)

Wieso sich dieser Tag mit Sicherheit für Sie lohnt:

- Stufengerechte Inspiration und Impulse für Ihre Tätigkeit und Ihre Ziele
- Praxisorientierte Inputs / Expertisen
- 100% Networking mit interprofessionellem & interdisziplinärem Austausch und Vernetzung auf Augenhöhe
- Horizonterweiterung im Rahmen der Jobbörse «suche – biete»
- Möglichkeit zum direkten, bilateralen Austausch im Rahmen der «Meet the Expert Sessions»

Frühbuchertarif noch bis 31.3.2014

Profitieren Sie noch bis 31.03.2014 vom attraktiven Frühbuchertarif und vom Mengenrabatt ab 10 Buchungen. >> [Online-Anmeldung](#)

Wir freuen uns, Sie am fmc-Jahressymposium 2014 begrüßen zu dürfen.

...und zum Schluss noch dies:



Ignazio Cassis, Nationalrat und fmc-Vorstandsmitglied

Für ein gesünderes Gesundheitswesen – mit gezielten Verbesserungen!

Die Chronik eines beharrlichen Kampfs für echten Wettbewerb mit einem Punktsieg

Freitag, 21. März 2014, es ist 8.30 Uhr im Bundeshaus, Endspurt der Frühjahressession. Bald kommt die Schlussabstimmung: Ein Gesetz nach dem anderen wird angenommen oder abgelehnt. Kurz nach der letzten Abstimmungen hört man das grosse «Clack-Clack»: Die Tastaturdeckel werden geschlossen. Die Session ist beendet: 246 Parlamentarier verlassen in wenigen Minuten das Bundeshaus. Die Szene erinnert an den letzten Schultag vor den Sommerferien in der Dorfschule!

Der Risikoausgleich-Pionier der Schweiz – Prof. Konstantin Beck – sitzt leicht nervös auf der Tribüne und wartet. Er ist extra nach Bern gekommen und will diesen sensationellen Tag nicht verpassen. 8.42 Uhr kommt die Vorlage dran: Beide Kammern stimmen zu, der Ständerat einstimmig, der Nationalrat mit 139 zu 52 bei 4 Enthaltungen. Die SVP ist mehrheitlich dagegen, aus

Der Risikoausgleich ist zentraler Bestandteil der Solidarität im KVG und sorgt dafür, dass die Gleichbehandlung aller Versicherten, ob gesund oder krank, auch im Wettbewerb gewährleistet ist.

welchen Gründen auch immer. Das KVG ist geändert, der Risikoausgleich verfeinert. Keine totale Revolution à la Einheitskasse, aber eine substanzielle Reform, die das Geschäftsmodell der Krankenkassen grundlegend umgestaltet – die Risikoselektion ist vorbei, die «Jagd nach guten Risiken» tot.

Der Risikoausgleich ist zentraler Bestandteil der Solidarität im KVG und sorgt dafür, dass die Gleichbehandlung aller Versicherten, ob gesund oder krank, auch im Wettbewerb gewährleistet ist. Konstantin Beck, der Leiter des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie, versucht seine Begeisterung zu kontrollieren: «Dies ist ein wegweisender Schritt. Die Ausgleichsreform wird den künftigen Markt prägen. Schon der erste Reformschritt von 2012 hat zu einer Trendwende geführt und die Risikoselektion im Markt signifikant reduziert.»

Ein Überblick über die Historie

Doch der Weg zu diesem Erfolg war lang und voller Hürden. Bereits beim Inkrafttreten des KVG (1996) präsentierte die CSS Stiftung eine wissenschaftliche Studie, welche die Mängel des gültigen Risikoausgleichs aufzeigte. Zwei Jahre später kam der erste pragmatische Reformvorschlag. Da der Risikoausgleich aber seit 1992 provisorisch im Gesetz verankert war, wollte die Politik zuerst mal abwarten. Die parlamentarische Diskussion wurde 2003 im Rahmen der grossen KVG-Revision wieder aufgenommen, aber eine Risikoausgleichsreform scheiterte zum wiederholten Male. Im Jahr 2006 präsentierte das CSS Institut einen abgerundeten Reformvorschlag und 2007 stimmte das Parlament – im Rahmen der Reform «Neue Spitalfinanzierung» – dem einfachen Vorschlag von 1998 mit Gültigkeit ab 2012 zu: Neben den Indikatoren «Alter» und «Geschlecht» gilt neu auch der Indikator «3 Tage Spitalaufenthalt im Vorjahr» für die Ausgleichsformel – eine deutliche Besserung!

Der Risikoausgleich in der Integrierten Versorgung

Ganz überzeugt von diesem dritten Indikator war ich 2010 jedoch nicht. Wir berieten damals die Managed-Care-Vorlage und ich fürchtete, die Folgen des Indikators «Spitalaufenthalt im Vorjahr» seien kontraproduktiv für die Integrierte Versorgung: Je besser die integrierte Betreuung, desto seltener die Spitaleinweisungen; je seltener die Spitaleinweisungen, desto weniger Gelder aus der Ausgleichskasse. Grund genug, um am 25. März 2010 in der SGK-N einen Antrag zur Verfeinerung des Risikoausgleichs zu stellen. «Hoffnungslos», war die einstimmige Bewertung meiner bürgerlichen Kollegen. Sogar der Bundesrat habe sich in der Ära Couchepin immer dagegen geäussert. Zu gross war die Angst, dass der Risikoausgleich zu einem Kostenausgleich geworden wäre, was uns direkt in die Einheitskasse gebracht hätte. Die genaue Formulierung hatte ich mit einem anderen Experten, dem Gesundheitsökonom Willy Oggier vereinbart – auch er freut sich heute bestimmt über das Resultat.

Trotz massivem Gegenwind kam der Antrag in unserer Kommission durch: Entscheidend war die neue Stellung des Bundesrates bzw. des neuen EDI-Chefs Didier Burkhalter. Aber auch in der Branche begannen einige Versicherer zu realisieren, dass das Geschäftsmodell «Risikoselektion» zu Ende war. In der ständerätlichen Schwesterkommission kam das Anliegen nach heftiger Debatte ebenfalls durch, und der Kurs wurde im September 2011 vom Parlament bestätigt. Doch die Managed-Care-Vorlage gefiel vielen Ärzten nicht und scheiterte deshalb am 17. Juni 2012 in der Volksabstimmung. Mit ihr starb vorerst auch die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs.

Doch gute Ideen haben mehrere Leben – wie ein Phönix aus der Asche kam das Thema mittels zwei parlamentarischen Initiativen der Freisinnigen und der Sozialdemokraten zurück. Auch dieser neue Weg war nicht einfach: Die SVP entschied, dagegen zu kämpfen und der Bundesrat brachte ihn als Bestandteil des indirekten Gegenvorschlags zur Einheitskasse ins Spiel. Dank viel Überzeugungsarbeit im Parlament kam man aus der komplexen Situation wieder raus – das Resultat vom 21. März 2014 würdigt all diese Bemühungen.

Das Ende eines Systems mit Widersprüchen

Im bisherigen System bestanden falsche Anreize für die Versicherer, welche die Integrierte Versorgung – namentlich für die Behandlung chronisch kranker Menschen – unattraktiv machten.

Doch gute Ideen haben mehrere Leben – wie ein Phönix aus der Asche kam das Thema mittels zwei parlamentarischen Initiativen der Freisinnigen und der Sozialdemokraten zurück.

Die gezielte Verbesserung des Risikoausgleichs erreicht mehr als die von Links geforderte Einheitskasse, welche das Bewährte über den Haufen werfen würde.

Der Risikoausgleich setzte Versicherer, die sich um Fairness gegenüber chronisch Kranken bemühten, einem unnötig hohen Konkursrisiko aus. Er bestrafte junge chronisch Kranke, die trotz ihrer bereits sehr hohen Behandlungskosten einen Solidaritätsbeitrag an oft weniger kranke Personen zu leisten hatten. Er subventionierte die gesunden Senioren stärker als es ihrem Gesundheitszustand entsprach. Es resultierte ein System voller Widersprüche.

Diesem System ist nun ein Ende gesetzt. Die gezielte Verbesserung des Risikoausgleichs erreicht mehr als die von Links geforderte Einheitskasse, welche das Bewährte über den Haufen werfen würde.



Das Schweizer Forum für Integrierte Versorgung **fmc** ist ein unabhängiges, breit abgestütztes Kompetenzzentrum, das den Wissens- und Erfahrungsaustausch zur horizontalen und vertikalen Vernetzung in der Gesundheitsversorgung fördert. Das fmc trägt dazu bei, die Qualität und Effizienz der Patientenbetreuung zu verbessern sowie die Sicherheit und Handlungsfähigkeit der Patienten zu erhöhen. Die Mitglieder des fmc profitieren von einem disziplinen- und sektorenübergreifenden Netzwerk sowie spezifischen Angeboten. Weitere Informationen: www.fmc.ch

Wollen sie das eMagazin «fmc Impulse Integrierte Versorgung» weiterhin kostenlos erhalten? Dann melden Sie sich bitte an auf www.fmc.ch/news-agenda

fmc, Zugerstrasse 193, 6341 Neuägeri/Zug, T 041 544 84 67, F 041 763 13 35, info@fmc.ch