

## Editorial



Michaela Petre,  
Vorstandsmitglied VLSS

### Prioritäten setzen

Oft werden in der Geriatrie ernste Themen besprochen und schwerwiegende Entscheidungen getroffen. Immer wieder ist es die Aufgabe des Arztes, der Ärztin, kritisch zu prüfen, wo noch Aktivismus betrieben werden soll, wo «Gewehr bei Fuss» zugewartet werden kann und wo weniger mehr ist.

Beurteilen Sie das Operationsergebnis nach einer Humerusfraktur ebenfalls indem Sie die Beweglichkeit der Schulter nach der Neutral-Null-Methode messen? Mich interessieren die Winkelangaben je länger je weniger. Ich möchte viel lieber, dass meine Patientinnen autonom die Toilette benutzen, ihre Frisur selber zurechtmachen und den Lippenstift auftragen können. Prioritäten verlagern sich im Lauf des Lebens.

Pragmatisch bleiben ist die tägliche Herausforderung – in der Geriatrie wie in der Standespolitik. So wie sich nicht alle geriatrischen Probleme alle auf einmal lösen lassen, so lassen sich nicht alle gesundheitspolitischen Herausforderungen auf einen Schlag meistern. Die finanziellen und personellen Ressourcen sind beim VLSS begrenzt. Deshalb fokussieren wir uns auf das Wesentliche und setzen Prioritäten: Wirken sich die Regulierungsvorhaben direkt auf die leitende Spitalärzteschaft aus, ergreifen wir Partei. Für unsere Interessen werde ich mich – als neugewählte Vertreterin des VLSS – künftig auch im Vorstand des Spitalverbandes Hplus stark machen.

## Inhalt

- 2 VLSS-Mitgliederanlass 2018
- 5 VSAO-Kampagne
- 7 Globalbudget

## Wie weiter mit den Gesundheitskosten?

Der Bundesrat will den Anstieg der Gesundheitskosten dämpfen. Dazu liess er von einer Expertengruppe einen Bericht verfassen. Diese schlägt 38 Massnahmen vor.

Was diese Massnahmen aus Sicht des Arztes, des Juristen und des Gesundheitsökonomen taugen, haben die VLSS-Mitglieder am diesjährigen Mitgliederanlass erfahren.

Markus Gubler, Sekretariat VLSS

Fotos: Markus Gubler



FMH-Präsident Jürg Schlup plädierte für eine inhaltlich wie politisch differenzierte Betrachtung der bundesrätlichen Kostendämpfungsmassnahmen.

Letzten Oktober präsentierte Gesundheitsminister Alain Berset der Öffentlichkeit den Bericht einer internationalen Expertengruppe. Sie schlug darin 38 Massnahmen vor, wie sich das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dämpfen lässt. Vor wenigen Wochen schickte das BAG nun ein erstes Paket in die Vernehmlassung, das einige dieser Massnahmen aufgreift. An seinem diesjährigen Mitgliederanlass setzte sich der VLSS kritisch mit der bundesrätlichen Kostendämpfungspolitik auseinander. Dazu lud er drei namhafte Referenten ein: FMH-Präsident Jürg Schlup, den Sozialversicherungsrechtler Ueli Kieser und den Gesundheitsökonomen Urs Brügger. Die Referenten erhielten die Aufgabe, die Kostendämpfungsmassnahmen aus ärztlicher, juristischer und gesundheitsökonomischer Sicht zu bewerten.

### Kein Systemversagen

«Die Schweiz hat eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung», leitete Jürg Schlup sein Referat ein. Leider sähen dies längst nicht alle so. Zwar lande die Schweiz in internationalen Studien regelmässig auf den vorderen Plätzen. Und die allermeisten in der Schweiz haben einen sehr guten Eindruck vom Gesundheitswesen (GfS-Gesundheitsmonitor 2018). Dennoch sorge das Gesundheitswesen wiederholt für alarmistische Schlagzeilen, so Schlup. Er verdeutlichte dies am Beispiel der Prämienlast. Im Sommer 2017 titelte die Gratiszeitung 20 Minuten: «Prämien bringen fast jede zweite Familie ans Limit». Der aktuelle GfS-Gesundheitsmonitor widerspricht dieser Zahl vehement. Lediglich 16 Prozent der Befragten erachteten die Krankenkassenprämien als dauerhaftes oder gelegentliches Problem. Mit Blick auf die unterschiedliche Wahrnehmung der Prämienlast schlussfolgerte Schlup: «Wir haben ein Verteilungsproblem für einzelne Gruppen. Die Betroffenen müssen wir gezielt unterstützen – in Form von verbesserten Prämienverbilligungen». Ein Systemversagen, so wie uns zahlreiche Akteure weismachen wollen, liege aber nicht vor.



Die Einführung eines Globalbudgets sei verfassungsrechtlich heikel, erklärte Ueli Kieser, Sozialversicherungsrechtler und Professor an der Universität St. Gallen.

### **Erhebliches Einsparpotenzial**

Anders als der bundesrätliche Expertenbericht, der vorab mit neuen Massnahmen das Kostenwachstum der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eindämmen will, sehen Jürg Schlup und die FMH in den bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems durchaus Optimierungspotenzial. Allen voran mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Wiederholt haben sich Schlup und die FMH für EFAS stark gemacht. Und die FMH ist mit ihrem Anliegen nicht allein. Sie ist Teil eines breiten Bündnisses bestehend aus Krankenversicherern, Patienten- und Konsumentenschutzorganisationen, Pharmavereinigungen sowie medizinischen Fachgesellschaften. «In der einheitlichen Leistungsfinanzierung schlummert ein Effizienzpotenzial von rund 3,1 Milliarden Schweizer Franken», rechnete Schlup vor. Es sei eine Kostenersparnis ohne qualitative Einbussen für die Patienten. Denn: EFAS fördere die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen, steigere die Attraktivität integrierter Versorgungsmodelle und reduziere den Koordinationsaufwand zwischen den Versicherern und den Kantonen. Weiteres erhebliches Einsparpotenzial sieht Schlup in der Reduktion der administrativen Belastung: «Alleine für die Bewirtschaftung der Patientendossiers wenden Spitalärzte heute knapp einen Fünftel ihrer Arbeitszeit auf.» Dieser Kostenfaktor hat bislang kaum politische Aufmerksamkeit erregt.

### **Abgespecktes Massnahmenpaket**

Der Expertenbericht schlug ursprünglich 38 Massnahmen vor. Im ersten Paket, das der Bundesrat kürzlich in Vernehmlassung gab, finden sich noch neun Massnahmen. Schlup wies darauf hin, dass die gestrichenen Massnahmen hauptsächlich im Spitalsektor wirksam gewesen wären. Im Paket verblieben Massnahmen, die den ambulanten Sektor und das Tarifwesen neu regulieren. Schlup bedauerte, dass die Massnahme gestrichen wurde, welche mengenbezogene Boni in Spitalarztverträgen einschränken wollte. Statt dieser einfach umsetzbaren und wirksamen Massnahme setze der Bundesrat auf Instrumente, die sich in der Realität nicht bewährt hätten. Beispiel Globalbudget: Die Kantone Genf und Waadt arbeiten im stationären Bereich bereits mit Globalbudgets und sehen sich gezwungen, ihre Spitäler stark zu subventionieren. Schlup sieht darin gar eine Wettbewerbsverzerrung, weshalb er und die FMH das Globalbudget strikte ablehnen.

### **Zu viel Machtfülle für den Bund**

Die FMH begrüsse, so Schlup, die Schaffung eines Experimentierartikels grundsätzlich – aber nicht in der vorliegenden Form. Experimente müssten heute nur Kostenkriterien, aber keine Versorgungskriterien berücksichtigen. Weiter stösst sich Schlup an der Machtfülle des Bundes: «Der Bund initiiert, beantragt, führt die Experimente durch und wertet sie auch gleich selber aus – ohne Mitwirkung von Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen». Sollte der Artikel in der vorliegenden Form umgesetzt werden, drohen nach Schlup «staatlich verordnete Massnahmen ohne demokratische Legitimation.» Auch gegen die Einführung von Pauschalen für spitalambulante Leistungen hat die FMH Vorbehalte. Sie befürchtet, dass Kantone spitalambulante Leistungen subventionieren würden, während praxisambulante Leistungen weiterhin zu 100 Prozent prämienerhalten wären. Auch wenn die FMH gegenüber einzelnen kostendämpfenden Massnahmen Skepsis äussere, viele der 38 im Expertenbericht vorgeschlagenen Massnahmen befürworte sie explizit. Deshalb plädierte Schlup am Ende seines Referates für eine inhaltlich wie politisch differenzierte Betrachtung der bundesrätlichen Massnahmen.

### **Fokus auf Tarifierung und Rechnungsstellung**

Professor Ueli Kieser setzte bei seinem Referat gleich mit dem aktuellen Vernehmlassungsverfahren ein – und analysierte die Massnahmen im Detail. Das Paket fordere unterschiedliche Massnahmen: einen Experimentierartikel, eine nationale Tariforganisation, eine stetige Aktualisierung der Tarifstruktur, Pauschalen im ambulanten Bereich, Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten, ein Referenzpreissystem bei Arzneimitteln, Rechnungskopien für Versicherte, eine stärkere Rechnungskontrolle sowie ein Beschwerderecht für Versicherer. «Fünf Massnahmen betreffen die Vergütung der Leistungen, zwei die Abrechnung der Leistungen».



Gesundheitsökonom Urs Brügger sieht zahlreiche Ansatzpunkte, um die Gesundheitskosten einzudämmen. Sein erster Vorschlag: Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen.

gen, eine betrifft eine verfahrensrechtliche Frage und eine Massnahme erlaubt das Experimentieren mit neuen Massnahmen», resümierte Kieser. Der Bundesrat setze mit dem Paket einen klaren Schwerpunkt auf Tarifierung und Rechnungsstellung. Und er greife bei der Steuerung des Systems in einer späten Phase der Behandlung ein, argumentierte Kieser. Mit den vorgeschlagenen Massnahmen nehme der Bundesrat bestimmte Akteure bewusst ins Visier – allen voran die Leistungserbringer. Versicherte dagegen seien von den Massnahmen weder direkt noch indirekt betroffen. «Das Massnahmenpaket erfasst das grundlegende System der schweizerischen Krankenversicherung nicht», sagte Kieser.

#### **Globalbudget nicht mit Versicherungssystem vereinbar**

Das Versicherungssystem bleibe bestehen. Und damit auch der unbedingte Anspruch für die Versicherten, dass die versprochenen Leistungen beim Eintritt des Risikos (Krankheit) auch erbracht werden, so Kieser weiter. Aus diesem Grund sei die Forderung nach einem Globalbudget aus verfassungs- und sozialversicherungsrechtlicher Sicht heikel. Ein Globalbudget lasse sich, ist Kieser überzeugt, nicht mit einem Versicherungssystem vereinbaren, weil es den unbedingten Anspruch auf Leistung begrenzt. Und es beantworte auch die Frage nicht, was bei Erreichen der anfänglich festgelegten Grenzen geschehen soll. Kieser zog ein zwiespältiges Fazit: «Das System der Krankenversicherung ist äussert

schwierig zu steuern.» Die Einführung eines Experimentierartikels offenbare gar eine gewisse Ohnmacht des Gesetzgebers. Gleichwohl forderte Kieser zum Schluss seines Referates den Gesetzgeber auf, das Versicherungssystem selber im Auge zu behalten, und nicht nur auf der Ebene der Tarifierung zu agieren.

#### **Kein neues Phänomen**

Professor Urs Brügger, Gesundheitsökonom und Direktor des Departements Gesundheit an der Berner Fachhochschule, ging in seinem Vortrag der Frage nach, ob steigende Gesundheitskosten ein Problem darstellen. Steigende Gesundheitskosten seien, so Brügger, kein neues Phänomen. Seit Jahren suchen Bund, Kantone, politische Parteien, aber auch Gesundheitsökonominnen nach Lösungen, um die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Die bevorstehenden Wahlen im kommenden Jahr bieten den Parteien nun wieder die Gelegenheit, sich in der Gesundheitspolitik zu positionieren, kommentierte Brügger. Trotz unzähliger Reformbemühungen stiegen die Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den letzten 100 Jahren mit durchschnittlich vier Prozent – bis heute. Plötzlich seien die Kosten rückläufig. Für dieses Jahr errechnete das BAG – Brügger zeigte den anwesenden Mitgliedern neuste Grafiken – negative Prozentwerte für praxisambulante, spitalambulante und spitalstationäre Behandlungen. Niemand könne sich diesen Trend erklären. Auch von einer Trendwende zu sprechen, hielt Brügger für verfrüht. Steigende Gesundheitskosten belasten Haushalte und Kantonsbudgets gleichermaßen. Etliche Kantone mussten, um die steigenden Ausgaben in der Gesundheit zu finanzieren, in anderen Bereichen sparen – vorab in der Bildung. Weil aber mehr Bildung bei Individuen nachweislich zu besserer Gesundheit führt, erachtete Brügger diese Entwicklung als nachteilig.

#### **Kein Globalbudget, keine Steuererhöhung**

Gesundheitskosten seien wie alle Kosten ein Produkt aus Menge mal Preis. Steigende Ausgaben in der Gesundheit resultierten daher aus einem Anstieg der Menge oder der Preise oder beidem. «Erbringen wir zu viele Leistungen? Sind unsere Löhne zu hoch? Haben wir falsche Anreize?», fragte Brügger rhetorisch. Einfache Lösungen für dieses komplexe Wirkungsgeflecht hat der Gesundheitsökonom nicht zur Hand. Doch er sieht zahlreiche Ansatzpunkte, um die Gesundheitskosten einzudämmen. So schlug Brügger vor, ambulante und stationäre Leistungen einheitlich zu finanzieren, die Tarifsysteme zu verbessern, den Leistungskatalog der OKP mit Health Technology Assessment besser zu managen sowie die medizinische Indikations- und Outcome-Qualität gezielter zu überprüfen. Von Globalbudgets und Steuererhöhungen riet der Gesundheitsökonom dringend ab. Seine Aussagen stiessen bei den anwesenden VLSS-Mitgliedern auf Zustimmung, wie die lebhafteste Diskussion im Anschluss verdeutlichte.

## «Medizin statt Bürokratie!» – konstruktiv und konkret

PC statt Patient: Das ist die Realität in Schweizer Spitälern. Gerade junge Ärztinnen und Ärzte sitzen heute mehr im Büro als am Krankenbett. So nicht, sagt der VSAO. Mit der Kampagne «Medizin statt Bürokratie!» will er Lösungen fördern. Dabei wird er auch vom VLSS unterstützt.



Foto: Micha Riechsteiner

Gemeinsam für weniger Bürokratie in der Medizin:  
VLSS-Präsident Karl-Olof Lövblad am VSAO-Anlass im Bundes-  
haus im Gespräch mit FMH-Präsident Jürg Schlup.

Der Startschuss für «Medizin statt Bürokratie!» fiel im August 2017. Im ersten Schritt richtete sich die Kampagne des VSAO speziell an Spitäler und Weiterbildungsstätten. Das Ziel: sensibilisieren. Eine Broschüre erklärte, wie sich Schreibtischarbeit verringern lässt – zum Nutzen der Patienten und auch der Finanzen. Denn weniger Administration heisst weniger Kosten. Lösungen stehen seit September 2018 im Mittelpunkt der zweiten Kampagnenwelle. Der VSAO hat drei Spitäler ausgewählt, um konkret zu zeigen, was diese tun – und vor allem: dass man etwas tun kann.

### **Sekretariate reorganisieren, Schnittstellen reduzieren**

Im Hôpital du Jura entstand, angeregt durch die Kampagne, mit der lokalen VSAO-Sektion eine Arbeitsgruppe zum Thema «Medizin statt Bürokratie!». Im Rahmen eines Tests wurde das Sekretariat der Abteilung Innere Medizin reorganisiert, damit seine Mitarbeitenden zusätzliche Aufgaben übernehmen und die Ärzteschaft entlasten können. Im Spital Thun ist eine Arbeitsgruppe mit dem Namen «reduce to the max» am Ball. Sie setzt sich aus der Leitung der Medizinischen Klinik sowie zwei Vertretern der Assistenzärzte zusammen. Regelmässig werden Verbesserungsvorschläge diskutiert und gemeinsam geprüft, ob und falls ja wie sich diese realisieren lassen. Ein Beispiel, das sich in der Praxis bereits bewährt hat: Wenn eine Assistenzärztin Unterlagen von extern anfordern muss, kann sie sich

## Kampagne-Website: [www.medizin-statt-buerokratie.ch](http://www.medizin-statt-buerokratie.ch)

Integraler Bestandteil der zweiten Kampagnenwelle ist die Themenwebsite [www.medizin-statt-buerokratie.ch](http://www.medizin-statt-buerokratie.ch). Sie erklärt die Ziele der Kampagne, zeigt wie Spitäler mit oftmals einfachen Massnahmen bei der Bürokratie Zeit für die Medizin zurückgewinnen und belegt das Bürokratiewachstum mit Zahlen und Fakten. Was heisst Bürokratie im Alltag Ihres Spitals? Aber vor allem: Was wird getan, damit die Ärztinnen und Ärzte bei Ihnen wieder mehr Zeit für die Patienten haben? Teilen Sie dem VSAO Ihre guten Beispiele mit. Dafür finden Sie auf der Website ein entsprechendes Formular..



diese neu per E-Mail ins Sekretariat übermitteln lassen. Dort werden die Dokumente direkt ins Informationssystem der Klinik eingespeist. Im Spital Thuis wiederum nahm eine externe Firma die Durchlaufzeiten bei der Erstellung aller Berichte in der Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe unter die Lupe. Bei der Analyse stachen die unzähligen Schnittstellen, die häufigen Rückfragen sowie mehrere Genehmigungs-, Prüf- und Nacharbeitsschleifen ins Auge. Man wollte aber keine neuen Systeme einführen, sondern die vorhandene Infrastruktur effizienter und sinnvoller nutzen. Deshalb wurden – zur Zeiterparnis – die Abläufe organisatorisch vereinfacht und die Anzahl Schnittstellen reduziert. Mehr über diese und weitere Beispiele aus der Praxis ist auf der Kampagnen-Webseite zu erfahren (siehe Kasten).

### Zu viel Bürokratie und zu wenig Medizin

Zu viel Bürokratie hat viel mit Politik zu tun. Deshalb hat der VSAO während der Herbstsession im Bundeshaus angeklopft. Der Sessions-Apéro war eine Premiere – und sie ist gelungen: Bei seinem Anlass konnte der Verband alte Kontakte auffrischen und neue knüpfen. Rund 30 Parlamentsmitglieder liessen sich über Gründe und Lösungen für zu viel Bürokratie und zu wenig Medizin informieren. Zu den Gästen zählten zudem Pascal Strupler, Direktor des Bundesamts für Gesundheit (BAG), und Pascal Richoz, Leiter des Bereichs Arbeitsbedingungen beim Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO). Die Sicht der Ärzteschaft stiess auf Verständnis, und ihre Ausführungen führten zu einem oder anderen Aha-Erlebnis. Dazu trugen auch Vertreter anderer Ärztegesellschaften wie VLSS-Präsident Karl-Olof Lövblad bei. Lövblad brachte die Perspektive der Kaderärzteschaft in die Diskussion ein. «Auch bei den Chef- und leitenden Kaderärzten nimmt die Administration zu.» Dies gehe auch zulasten der fachlichen Weiterbildung: «Kaderärzte können sich weniger Zeit nehmen, um ihre Assistenzärzte zu betreuen», ist Lövblad überzeugt.

Der Dialog ging über Parteigrenzen und rasch auch über das Hauptthema des Anlasses hinaus: Heisse Eisen wie die Zulassungssteuerung, die Anforderungen bei Fremdsprachenkenntnissen sowie das elektronische Patientendossier sorgten dafür, dass der Gesprächsfaden kaum je abbriss.

Quelle:

Dieser Artikel stützt sich grösstenteils auf den Beitrag von Marcel Marti, Leiter Politik und Kommunikation VSAO, der im «VSAO-Journal» 4/18 erschienen ist, sowie auf Informationen, die auf der Kampagnen-Website veröffentlicht wurden. Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Autors.

# Die richtigen Vorbilder?

Die Globalbudgets anderer Länder sollen zum Vorbild für die Schweiz werden. Dabei zeigt gerade der Blick ins Ausland, warum Ausgabenbegrenzungen nicht zielführend sind.

Trotz hoher Zufriedenheit der Schweizer Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung stehen die jährlich steigenden Kosten in der Kritik. Man ist sich einig: Das Kostenwachstum muss eingeschränkt werden. Eine vom Eidgenössischen Departement des Inneren beauftragte Expertengruppe schlägt hierzu eine Reihe von Massnahmen vor. Im Fokus steht eine «verbindliche Zielvorgabe hinsichtlich Kostenwachstum mit entsprechenden Sanktionen»; zu Deutsch: ein Globalbudget.

Die Verfasser der Expertise wissen um die Brisanz des Vorschlags. Globalbudgets im Ausland sollen als Vergleich dienen und den Vorschlag legitimieren. Der Vergleich hinkt. Denn obwohl darum bemüht, Länder mit einem ähnlichen System zu finden, sind die Unterschiede gewaltig.

## Einigkeit und Recht und – Globalbudget

Deutschland kennt ein Globalbudget; allerdings nicht im Sinne einer festen Ausgabenbegrenzung über alle Versorgungsbereiche hinweg. Stattdessen ist das System nach Ausgabenbereichen strukturiert. Jedem Bereich steht die um den Prozentsatz der «Grundlohnsummensteigerung» erweiterte Geldmenge des Vorjahres zur Verfügung. Die vermeintlich einfache Lösung scheitert an der komplexen Wirklichkeit. Zahlreiche Korrekturmechanismen mussten schon eingeführt werden. Denn: Faktoren wie Demographie, wandelnde Morbidität oder medizinischer Fortschritt waren nicht berücksichtigt worden. Gemäss Jurist Rainer Hess, der seit bald vier Jahrzehnten im deutschen Gesundheitssystem tätig ist, habe sich in Deutschland seit Einführung der Ausgabenbegrenzung eine grauenhafte Kultur entwickelt: «Der Arzt guckt die ökonomische Brille – viel schlimmer, als dies je zuvor der Fall war. Patienten müssen teils zu wildfremden Ärzten. Auch Terminverschiebungen ins Folgequartal sind ein gängiger Mechanismus in solchen Systemen.»

## Budget global en France: fraternité, égalité – sans liberté

Auch in Frankreich besteht eine Ausgabenobergrenze für die Gesundheitsversorgung. Die sogenannte ONDAM (Objectif national des dépenses de l'assurance-maladie) legt das Parlament fest. Das Gesundheitsministerium verteilt dann die budgetierten Ausgaben auf die einzelnen Bereiche. Jeder Akteur hat ein Ausgabenlimit. Allerdings sind diese Obergrenzen nicht verbindlich; so wurden sie denn regelmässig überschritten. Auch in Frankreich waren

daher Korrekturmechanismen nötig. Allerdings nicht ohne einen hohen Preis. Angestellte des Gesundheitssektors müssen in weniger Zeit mehr leisten, darunter leidet die Qualität. Oft bleibt keine Zeit zur Patientenaufklärung oder zum Austausch im Team. In einer Umfrage von 2013 gaben über 60% der Ärzteschaft an, sich oft oder ständig beeilen zu müssen. Zudem werden Teamstrukturen aufgelöst, um das Personal mobiler einsetzen zu können. Dies führt zu Demotivation, häufigen Absenzen und Burn-outs. Seit einigen Jahren ist das Budgetwachstum auf 2% beschränkt, obwohl sogar die Regierung zugibt, dass das Gesundheitswesen ohne Beschränkung um 4.5% wachsen würde.

## Niedrige Kosten in den Niederlanden?

Der dritte Vergleich zeigt noch einmal ein ganz anderes System: Die Niederlande. Die Gesundheitsauslagen sind Teil des staatlichen Budgets und unterliegen Ausgabenzielen. Diese werden von der Regierung festgesetzt. Das Kostenwachstum flacht allerdings erst ab, seit pauschale Kürzungen bei allen Leistungserbringern im Falle der Nichteinhaltung der Ziele drohen. Die Wachstumsreduktion beruht aber lediglich auf einem Rückgang erbrachter Leistungen; die Preise blieben gleich und damit die Margen der Leistungserbringer. Die Leidtragenden sind die Patienten, weil ihnen medizinisch nötige Behandlungen vorenthalten werden. Da medizinische Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung eher zunehmen kann dieses Vorgehen gar nicht nachhaltig sein.

Die weitaus grösste Einsparung im holländischen Gesundheitswesen gelingt aber über Arzneimittel. Seit 2005 vergüten Versicherer nur noch das günstigste Generikum eines Arzneimittels. Eine solche Einsparung irritiert. Generika können Wirkungsunterschiede aufweisen; das preisgünstigste Produkt ist nicht immer das geeignetste.

## Keine Vorbilder

Der Vergleich mit dem Ausland zeigt vor allem eins: Globalbudgets mögen das Kostenwachstum zwar senken, bringen aber erhebliche Probleme mit sich. Angestellte im Gesundheitssektor wie auch Patientinnen und Patienten bezahlen dafür einen hohen Preis. Die Vorbilder Deutschland, Frankreich und Niederlande zeigen nicht, was die Schweiz übernehmen sollte, sondern wovon sie besser die Finger lässt.

Der Artikel erschien in Politik+Patient 3/18. Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Zeitschrift.

## Coach my Career

Sie sind ein pensionierter Chefarzt? Sind Sie eine aktive Kaderärztin oder ein etablierter Hausarzt? Und möchten Sie ihre beruflichen Erfahrungen an jüngere Kolleginnen und Kollegen weitergeben? Dann melden Sie sich als Mentorin oder Mentor für das generationenübergreifende Programm «Coach my Career».

Interessierte können sich direkt beim Sekretariat des VLSS melden: Telefon 031 330 90 01, E-Mail: [info@vlss.ch](mailto:info@vlss.ch).

Weitere Informationen finden Sie unter:

[www.vlss.ch/verein/vlss-informationen/coach-my-career.html](http://www.vlss.ch/verein/vlss-informationen/coach-my-career.html)

### Neumitglieder

Dr. med. Beck Thomas, Chefarzt, Klinikleiter, Spital Visp  
Dr. med. Bühler Karl Philipp, Universitätsspital Zürich  
Dr. med. Eucker Dietmar, KSBL Bruderholz, Bruderholz  
Prof. Dr. med. Kazakov Dmitry, Universitätsspital Zürich  
Dr. med. Panchard Marc-Alain, Médecin-Chef, Hôpital Riviera-Chablais, Vevey  
Prof. Dr. med. Reichlin Tobias, Inselspital, Bern  
Dr. med. Rörig Anja, Klinik Hirslanden, Zürich  
Dr. med. Steiger Aurore, Médecin-chef adjointe, Hôpital du Jura bernois SA, Moutier  
PD Dr. med. Strasser Florian, Chefarzt Onkologische Rehabilitation, Klinik Gais  
Dr. med. Thumm Dietmar, Leitender Arzt, Luzern  
Dr. med. von Gradowski Markus Oliver, Leit. Arzt, Spital Ilanz

## Michaela Petre neu im Vorstand des Spitalverbandes Hplus

Die leitende Spitalärzteschaft kann ihre Anliegen auch künftig direkt im Vorstand des Spitalverbandes Hplus einbringen. Michaela Petre, offizielle Wunschkandidatin des VLSS, wurde von der Generalversammlung am 8. November 2018 in den Vorstand gewählt. Dort wird Petre das langjährige VLSS-Vorstandsmitglied Pierre-François Cuénoud ersetzen. Der VLSS gratuliert Michaela zur erfolgreichen Wahl und schätzt sich glücklich, auch künftig mit einer starken Stimme bei Hplus vertreten zu sein.

### Kontakt

#### Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

Sekretariat Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8  
T +41 (0)31 330 90 01 | F +41 (0)31 330 90 03  
[info@vlss.ch](mailto:info@vlss.ch) | [www.vlss.ch](http://www.vlss.ch)



## VLSS-Pressemonitoring

Dank dem elektronischen Pressemonitoring des VLSS erfahren Mitglieder wöchentlich, was in der schweizerischen Spitalpolitik für Schlagzeilen sorgt. Ausgewählt und zusammengestellt werden die Informationen vom führenden Medienbeobachter und Informationslieferanten ARGUS. Für VLSS-Mitglieder ist diese Dienstleistung kostenlos.

Interessierte Mitglieder abonnieren das Pressemonitoring einfach und rasch mit einer E-Mail ans Verbandssekretariat: [info@vlss.ch](mailto:info@vlss.ch)