



Partnership for Health System Sustainability and Resilience

SCHWEIZ

Nachhaltigkeit und Resilienz im Schweizer Gesundheitssystem

Matthias Maurer, Simon Wieser, Andreas Kohler und Christoph Thommen



Dezember 2022

Autoren

Matthias Maurer, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Simon Wieser, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Andreas Kohler, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Christoph Thommen, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Dieser Bericht wurde im Rahmen der Partnership for Health System Sustainability and Resilience (Partnerschaft für nachhaltige und resiliente Gesundheitssysteme, PHSSR) erstellt. PHSSR ist eine Zusammenarbeit zwischen AstraZeneca, KPMG, der London School of Economics and Political Science (LSE), Royal Philips, dem World Economic Forum, dem Centre for Asia-Pacific Resilience & Innovation (CAPRI) und der WHO Foundation, motiviert durch ein gemeinsames Bekenntnis zur Stärkung der Gesundheitssysteme und zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. AstraZeneca, KPMG und Royal Philips finanzieren die Partnerschaft.

Dieser Bericht wurde im Auftrag der PHSSR verfasst. Die vertretenen Positionen und Argumente stammen von den Autoren. Sie repräsentieren nicht die Ansichten der oben aufgeführten PHSSR-Partner.

Weitere Informationen zum PHSSR, darunter weitere Länderberichte, finden Sie unter www.phssr.org

Dieser Bericht wurde über LSE Consulting in Auftrag gegeben, das von der London School of Economics and Political Science gegründet wurde, um die Anwendung ihres akademischen Fachwissens und ihrer intellektuellen Ressourcen zu ermöglichen und zu erleichtern.

LSE Enterprise Ltd, firmierend als LSE Consulting, ist eine hundertprozentige Tochtergesellschaft der London School of Economics and Political Science. Die Marke LSE wird unter Lizenz der London School of Economics and Political Science verwendet.

LSE Consulting

LSE Enterprise Ltd
London School of Economics and Political Science
Houghton Street, London, WC2A 2AE

(T) +44 (0)20-7106-1198
(E) consulting@lse.ac.uk
(W) lse.ac.uk/consultancy

Zusammenfassung



Einleitung

Mit der COVID-19-Pandemie hat das Schweizer Gesundheitswesen den grössten Schock der letzten 100 Jahre erfahren. Die Aufmerksamkeit verschob sich sofort von der Diskussion über die steigenden Gesundheitskosten zu anderen Fragen: ob die Kapazitäten auf den Intensivstationen und die verfügbaren Impfstoffe ausreichen, wie überlastet das Personal im Gesundheitswesen ist und wer für die Kontrolle der Pandemie zuständig sein sollte. Mit dem Abklingen der Pandemie und dem Auftreten neuer Krisen ist es heute sinnvoll, die Nachhaltigkeit und Resilienz des Schweizer Gesundheitssystems genauer zu betrachten.

Unter Nachhaltigkeit verstehen wir hier die Fähigkeit des Gesundheitssystems, seine Schlüsselfunktionen jederzeit zu erfüllen. Dazu gehören die Fähigkeit, erstklassige Gesundheitsdienstleistungen effizient zu erbringen, ausreichende Finanzmittel sicherzustellen und auf demografische, epidemiologische, technologische und umweltbezogene Herausforderungen zu reagieren.

Unter Resilienz verstehen wir hier die Fähigkeit des Gesundheitssystems, Schocks zu verhindern, abzufedern und zu mildern und sich von ihnen zu erholen und gleichzeitig deren negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung, die Gesundheitsleistungen und die Wirtschaft zu minimieren.

Im Rahmen der «Partnership for Global Health Resilience and Sustainability (PHSSR)» setzt sich dieser Bericht mit der Nachhaltigkeit und Resilienz des Schweizer Gesundheitssystems in den folgenden sieben Bereichen auseinander:

- Governance
- Finanzen
- Personal
- Arzneimittel und Technologien
- Gesundheitsversorgung
- Gesundheit der Bevölkerung und soziale Einflussfaktoren
- Ökologische Nachhaltigkeit

Der Bericht gibt Empfehlungen zur Verbesserung der Nachhaltigkeit und der Resilienz des Gesundheitssystems in jedem dieser Bereiche. Er umfasst auch eine Fallstudie zur Rolle öffentlich-privater Partnerschaften in Krisenzeiten und eine zur Rolle der direkten Demokratie als Mittel der De-Radikalisierung in Krisenzeiten.

Für Leserinnen und Leser aus anderen Ländern kann dieser Schweizer Bericht interessant sein, da er die Herausforderungen veranschaulicht, denen sich ein grosszügig finanziertes und dezentral organisiertes Gesundheitssystem gegenüberstellt, in dem private Leistungserbringer und Versicherungen eine zentrale Rolle spielen. Für Kennerinnen und Kenner der aktuellen Herausforderungen des Schweizer Gesundheitssystems kann dieser Bericht interessant sein, da die Perspektive der Nachhaltigkeit und Resilienz zu einem anderen Blick auf einige der bekannten Herausforderungen führen kann.

Der Bericht stützt sich auf neueste Forschungsergebnisse und Gesundheitsdaten sowie auf Interviews mit neun Akteuren im Zusammenhang mit den jeweiligen Bereichen.

Ergebnisse: Kernthemen für Nachhaltigkeit und Resilienz

Der Bericht hat eine Reihe von Stärken und Herausforderungen im Schweizer Gesundheitssystem identifiziert. Tabelle 1 fasst die wichtigsten Ergebnisse in den sieben Bereichen zusammen.

Tabelle 1: Nachhaltigkeit und Resilienz – Zusammenfassung der Ergebnisse nach Schlüsselbereichen

BEREICH 1 GOVERNANCE		
Stärken	<p>Nachhaltigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ Der Mechanismus der dezentralen und gemischten Governance hat sowohl in normalen Zeiten als auch in Zeiten der Unsicherheit Vorteile. Der dezentrale Ansatz unterstützt Nachhaltigkeit aufgrund eines sowohl vertikalen (zwischen den staatlichen Ebenen) als auch horizontalen (zwischen den Behörden auf Kantonsebene) Kräftegleichgewichts. ↑ Die direkte Demokratie bietet den Schweizer Bürgerinnen und Bürgern und verschiedenen Interessengruppen eine Plattform zur Intervention und zum Mitentscheid auf allen drei politischen Ebenen. 	<p>Resilienz</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ Der korporatistische Ansatz und seine Aufgeschlossenheit gegenüber kooperativen Lösungen mit privaten Partnern trägt dazu bei, dass Experten und wichtige Interessenverbände an der Planung und der Umsetzung von Notmassnahmen beteiligt werden. ↑ Die direkte Demokratie ist als solche ein wirksames Mittel zur De-Radikalisierung in Krisenzeiten.
Schwächen	<p>Nachhaltigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ Die anspruchsvolle Governance-Struktur unterstützt zwar die Nachhaltigkeit, jedoch auf Kosten von Führung, Transparenz, Kohärenz und vor allem Geschwindigkeit. ↓ Interessenverbände, wie z. B. nationale Dachorganisationen, sind zwar kooperativ, aber auch eigennützig. 	<p>Resilienz</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ Im Allgemeinen besteht Verbesserungsbedarf bei einer Reihe von Schnittstellen, Arbeitsabläufen und Prozessen sowohl auf Bundes- als auch auf Kantonsebene. Die COVID-19-Pandemie hat einen erhöhten Koordinierungsbedarf zwischen dem Bund und den Kantonen verdeutlicht. ↓ Ein Monitoring neuer Krankheiten war nicht vorhanden und wurde erst während der COVID-19-Pandemie eingeführt.

Tabelle 1 (Fortsetzung): Nachhaltigkeit und Resilienz – Zusammenfassung der Ergebnisse nach Schlüsselbereichen

BEREICH 2 FINANZEN		
Stärken	<p>Nachhaltigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ Die Finanzierung erfolgt auf einer breiten Basis, wobei ca. zwei Drittel aus Pflichtbeiträgen stammt (hauptsächlich obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP). Diese Diversifikation der Finanzierungsquellen macht die Gesamtfinanzierung wirtschaftlich (d. h. die Fähigkeit, Finanzmittel zu erschliessen) und sozial nachhaltig (d. h. die Akzeptanz der Finanzierung durch die Bevölkerung). ↑ Die OKP ist für alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz verpflichtend und deckt eine umfassende Reihe von Gesundheitsdienstleistungen ab. 	<p>Resilienz</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ Die OKP finanziert umfassende Gesundheitsdienstleistungen. Dies gewährleistet eine grosse Flexibilität, um Schocks während einer Krise abzufedern (z. B. können die Kosten für neue Behandlungen oder Arzneimittel innert angemessener Zeit von der OKP übernommen werden).
Schwächen	<p>Nachhaltigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ Die Finanzierung des Schweizer Gesundheitssystems ist vor allem im Hinblick auf die OKP nicht transparent. Während ca. 36% der Mittel über die OKP-Beiträge erhoben werden, liegt der Anteil der Gesundheitskosten, für die die OKP aufkommt, bei ca. 56%. ↓ Es besteht ein Potenzial für Ineffektivität, da viele von der OKP übernommene Leistungen möglicherweise nur einen geringen wissenschaftlich nachgewiesenen klinischen Nutzen haben oder es vielleicht kosteneffektivere Alternativen gibt. ↓ Die Vergütungsregimes in der OKP sind tätigkeitsbezogen. Da die einzelnen Leistungserbringer die Preise (pro Einheit) als gegeben ansehen, haben sie einen starken Anreiz, ihre Einnahmen durch Mengenausweitung zu erhöhen. 	<p>Resilienz</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ Die Vergütungsregimes der Leistungen sind statisch und lassen sich nicht schnell auf eine angemessene Vergütung der während einer Gesundheitskrise erforderlichen neuen Leistungen umstellen.

Tabelle 1 (Fortsetzung): Nachhaltigkeit und Resilienz – Zusammenfassung der Ergebnisse nach Schlüsselbereichen

BEREICH 3 PERSONAL		
Stärken	<p>Nachhaltigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ Das Gesundheitswesen ist im Vergleich zu anderen OECD-Ländern personell relativ gut ausgestattet. ↑ Das Personal ist, selbst unter Berücksichtigung der höheren Lebenshaltungskosten in der Schweiz, relativ gut bezahlt. 	<p>Resilienz</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ Zu Beginn der COVID-19-Pandemie haben viele Spitäler selbstständig Notfallpläne umgesetzt, indem sie die Belegung reduzierten und Personal-Reservepools schufen. ↑ Der Erfolg einer vor kurzem durchgeführten Volksabstimmung zu einer Verfassungsänderung (Pflegeinitiative) sollte erheblich zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften beitragen.
Schwächen	<p>Nachhaltigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ Trotz der hohen Ärztedichte haben viele Gesundheitsorganisationen Probleme, neue Ärzte und Ärztinnen anzuwerben. Besonders betroffen sind bestimmte Fachgebiete und ländliche Gegenden. ↓ Die Arbeitsbelastung von Pflegenden ist aufgrund personeller Unterbesetzung, administrativer Überbelastung und einer unausgewogenen Work-Life-Balance hoch. ↓ Der Personalmangel im Gesundheitswesen betrifft nicht nur Ärzte und Ärztinnen und Pflegekräfte, sondern auch andere Fachkräfte. Der Personalmangel wird sich noch weiter verschärfen. 	<p>Resilienz</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ Der Mangel an Intensivpflegefachkräften war während der COVID-19-Pandemie von zentraler Bedeutung. Die Kapazitäten der Intensivstationen konnten trotzdem nicht nachhaltig erhöht werden und gingen im zweiten Jahr der Pandemie sogar zurück.

Tabelle 1 (Fortsetzung): Nachhaltigkeit und Resilienz – Zusammenfassung der Ergebnisse nach Schlüsselbereichen

BEREICH 4 ARZNEIMITTEL UND TECHNOLOGIEN		
<p>Stärken</p>	<p>Nachhaltigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ Die Schweiz schafft es in der Regel, neue Arzneimittel und Technologien relativ schnell einzuführen. ↑ Die Bevölkerung hat Zugang zu modernster Medizintechnik und modernsten Arzneimitteln. ↑ Die starken Pharma- und Medtech-Branchen tragen erheblich zur wirtschaftlichen Stärke der Schweiz bei. 	<p>Resilienz</p> <ul style="list-style-type: none"> ↑ Unter normalen Umständen sind die nationalen Bestimmungen zum obligatorischen Pflichtlagern erfolgreich beim Ausgleich von Versorgungsengpässen.
<p>Schwächen</p>	<p>Nachhaltigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ Die Einführung neuer Arzneimittel und Technologien wird durch regulatorische Hürden und die geringe Grösse des Schweizer Marktes zu einer immer grösseren Herausforderung. ↓ Der Prozess der Kostenübernahme durch die OKP wird für die Industrie und die Aufsichtsbehörden immer schwieriger. ↓ Der Zugang zu nicht oder limitiert gelisteten Medikamenten ist oft aufwändig und verletzt das Prinzip des gleichen Zugangs über alle OKP-Versicherer. ↓ Der Einsatz von Generika und Biosimilars ist wesentlich geringer als in anderen Ländern. ↓ Bei der Einführung digitaler Gesundheitsplattformen liegt die Schweiz weit hinter den meisten anderen wohlhabenden Ländern. ↓ Die Verwendung von Gesundheitsdaten zum Qualitätsmonitoring, zur Entwicklung von gesundheitspolitischen Massnahmen und zur Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit wird durch Hindernisse beim Datenzugang und bei der Verlinkung von Daten extrem erschwert. 	<p>Resilienz</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ Versorgungsengpässe bei patentabgelaufenen Arzneimitteln sind ein zunehmendes Problem. ↓ Panikkäufe und Probleme mit grenzüberschreitender Logistik haben während der COVID-19-Pandemie zu gravierenden Engpässen bei einer Reihe unentbehrlicher Arzneimittel geführt.

Tabelle 1 (Fortsetzung): Nachhaltigkeit und Resilienz – Zusammenfassung der Ergebnisse nach Schlüsselbereichen

BEREICH 5 GESUNDHEITSVERSORGUNG		
Stärken	Nachhaltigkeit <ul style="list-style-type: none"> ↑ Leistungserbringer sind in der Schweiz meist private oder staatliche Unternehmen. Dies ermöglicht einen unternehmerischen und dezentralen Ansatz, der flexible und schnelle Entscheidungen erleichtert. ↑ Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern sollte in Kombination mit der freien Wahl des Leistungserbringers durch die Patienten zu einer besseren Qualität führen, da die Leistungserbringer die Erwartungen der Patienten erfüllen wollen. Der Wettbewerbsdruck sollte auch die Effizienz zu verbessern. 	Resilienz <ul style="list-style-type: none"> ↑ Eine ausreichende Anzahl an Akutbetten und Intensivstationen ist vorhanden. Sie sichert einen angemessenen Versorgungsstandard in Pandemiezeiten und bei anderen Gesundheitskrisen (bezüglich Intensivpflegekräfte, siehe auch «Personal»). ↑ Die Kapazitäten der Intensivstationen werden regional koordiniert (d. h. meistens kantonal). Dieser dezentrale Ansatz ermöglicht eine schnelle Reaktion durch öffentlich-private Partnerschaften.
Schwächen	Nachhaltigkeit <ul style="list-style-type: none"> ↓ Die Koordination zwischen den Leistungserbringern ist eingeschränkt. Das Gesundheitswesen ist segmentiert. Dies trifft vor allem auf die Versorgung nach Spitalaustritt zu. Hier sind die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung (Spitex, Pflegeheime und Hospize) unzureichend, was zu Qualitätsmängeln bei der Versorgung führt. ↓ Zwischen den Kantonen besteht wenig Koordination bei der Planung der stationären Versorgung der Patienten. Diese föderalistische Planung führt zu Überkapazitäten in der stationären Akutversorgung. ↓ Das System verfügt über keine verbindlichen Qualitätsstandards für die Leistungserbringer, keinen einheitlichen methodischen Ansatz und keine belastbaren Indikatoren für die Ergebnisqualität (insbesondere in der ambulanten Versorgung). ↓ Die Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sind uneinheitlich und weitgehend unkoordiniert. Es fehlt ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen Prävention und Heilbehandlung. 	Resilienz <ul style="list-style-type: none"> ↓ Die auferlegten Einschränkungen und die Verschiebung elektiver Eingriffe und Behandlungen hat während der COVID-19-Pandemie in einigen Spitälern wahrscheinlich dazu geführt, dass wichtige Operationen und Behandlungen unnötigerweise abgesagt wurden. ↓ Es fehlt eine nationale Koordination der Kapazitäten der Intensivstationen.

Tabelle 1 (Fortsetzung): Nachhaltigkeit und Resilienz – Zusammenfassung der Ergebnisse nach Schlüsselbereichen

BEREICH 6 GESUNDHEIT DER BEVÖLKERUNG	
Stärken	<p>Nachhaltigkeit und Resilienz</p> <p>↑ In den letzten Jahrzehnten hat sich die Gesundheit der Bevölkerung hinsichtlich der Lebenserwartung und Anzahl der gesunden Lebensjahre erheblich verbessert und zählt weltweit zu den besten.</p>
Schwächen	<p>Nachhaltigkeit und Resilienz</p> <p>↓ Je nach sozioökonomischem Status bestehen deutliche Unterschiede im Gesundheitszustand. Personen mit alleinigem Pflichtschulabschluss weisen einen wesentlich schlechteren Gesundheitsstatus auf.</p> <p>↓ Während sich einige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen wesentlich verbessert haben, sind Rauchen und ungesunde Ernährung weiterhin zentrale Risikofaktoren mit massivem Schädigungspotenzial.</p> <p>↓ Es besteht ein akuter Mangel an Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, da in der ambulanten Versorgung keine Diagnosen kodiert werden und grosse Kohortenstudien fehlen.</p>
BEREICH 7 ÖKOLOGISCHE NACHHALTIGKEIT	
Stärken	<p>Nachhaltigkeit und Resilienz</p> <p>↑ Die Spitäler haben aufgrund der pauschalen Vergütung von Leistungen im stationären Sektor den Anreiz, die Betriebsmittelkosten niedrig zu halten.</p> <p>↑ Es gibt zahlreiche Initiativen auf Spitalebene, die den ökologischen Fussabdruck minimieren sollen.</p> <p>↑ Ein Aktionsplan auf Bundesebene zielt auf die Verringerung der Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit (z. B. Gefahr von höheren Temperaturen, schlechte Luftqualität und Verbreitung schädlicher Organismen, Krankheiten und gebietsfremde Arten).</p>
Schwächen	<p>Nachhaltigkeit und Resilienz</p> <p>↓ Weder der Bund noch die Kantone führen systematische Datenerhebungen oder Emissionskontrollen bei den Gesundheitseinrichtungen durch.</p> <p>↓ Sowohl die Anzahl der unnötigen medizinischen Eingriffe als auch die Menge des pharmazeutischen Abfalls sind hoch.</p> <p>↓ Viele ältere und multi-morbide Menschen sind besonders vulnerabel gegenüber den Folgen des Klimawandels (wie z. B. das vermehrte Auftreten von Hitzewellen).</p>

Die föderale und dezentrale Struktur der Schweiz und der komplexe Mix an Governance-Mechanismen sind sowohl in normalen als auch in unsicheren Zeiten von Vorteil. In Kombination mit der direkten Demokratie unterstützt dieser Ansatz Nachhaltigkeit durch die Schaffung eines Kräftegleichgewichts. So teilen sich der Bund und die Kantone die Verantwortung unter den kritischen Augen der Bürgerinnen und Bürger. Diese komplizierte Struktur funktioniert allerdings nur auf Kosten von Führung, Transparenz, Kohärenz und vor allem Geschwindigkeit.

Der Bericht benennt folgende Kernaspekte in Bezug auf Nachhaltigkeit und Resilienz im Schweizer Gesundheitssystem.

Nachhaltigkeit

Die Diversifizierung der Finanzierungsquellen macht die Finanzierung insgesamt wirtschaftlich und sozial nachhaltig. Allerdings werden die Beiträge zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) als einkommens- und vermögensunabhängige Einheitsprämien festgelegt. Die ständig steigenden Kosten stellen die soziale Nachhaltigkeit dieser Finanzierungsform langfristig in Frage.

Die OKP-Kosten steigen aufgrund (1) von tätigkeitsbezogenen Vergütungsregimes, bei denen die einzelnen Leistungserbringer die Preise als gegeben ansehen und einen starken Anreiz haben, ihr Einkommen durch Mengenausweitung zu steigern. Daneben haben (2) viele von der OKP übernommene Leistungen möglicherweise nur einen geringen wissenschaftlich nachgewiesenen klinischen Nutzen oder kosteneffektivere Alternativen. Darüber hinaus fehlt ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen Prävention und Behandlung, wobei der Schwerpunkt weiterhin auf der Behandlung liegt.

Das Gesundheitswesen ist im Vergleich zu anderen OECD-Ländern personell gut ausgestattet. Das Personal wird auch vergleichsweise gut bezahlt. Trotzdem betrifft der Personalmangel Ärzte und Ärztinnen, Pflegende und andere Fachkräfte und wird in Zukunft weiter zunehmen.

Der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern sollte in Verbindung mit der freien Wahl der Anbieter durch die Patienten zu einer Qualitätsverbesserung führen, da die Anbieter die Erwartungen der Patienten erfüllen wollen. Dieser liberale und dezentrale Ansatz hat jedoch Grenzen. Vor dem Hintergrund einer fehlenden nationalen Qualitätsbehörde gibt es keine verbindlichen Qualitätsstandards für die Leistungserbringer, keinen einheitlichen methodischen Ansatz und keine belastbaren Indikatoren für die Ergebnisqualität (vor allem in der ambulanten Versorgung). Folglich ist die Verwendung von Gesundheitsdaten zur Qualitätsüberwachung, zur Entwicklung gesundheitspolitischer Massnahmen und zur Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit extrem erschwert.

Das Schweizer Gesundheitswesen ist stark segmentiert, was die Koordination der Leistungen erschwert. Dies betrifft vor allem die Versorgung nach Spitalaustritt. Der wichtigste Grund für die schlechte Koordination liegt vielleicht darin, dass die Schweiz bei der Einrichtung digitaler Gesundheitsplattformen hinter den meisten Ländern mit hohem Einkommen hinterherhinkt. Die für eine effektive und effiziente Koordination erforderlichen Informationen sind entweder nicht vorhanden oder in einem für die praktische Anwendung ungeeigneten Format.

Resilienz

Die Aufgeschlossenheit der Schweiz gegenüber kooperativen Lösungen mit privaten Partnern trägt dazu bei, dass Experten und wichtige Interessenverbände an der Planung und Umsetzung von Notmassnahmen beteiligt werden.

Die direkte Demokratie ist ein wirksames Mittel zur De-Radikalisierung in Krisenzeiten, da sie den Gegnerinnen und Gegnern staatlicher Massnahmen eine Stimme gibt und den Bürgerinnen und Bürgern die Rolle eines Schiedsrichters zuweist.

Die Schnittstellen und Prozesse sind sowohl auf Bundes- als auch auf Kantonsebene nicht optimal. Die Koordination zwischen Bund und Kantonen hat sich in Krisenzeiten wie der COVID-19-Pandemie als nicht ausreichend erwiesen.

Der Mangel an zusätzlichen Intensivpflegefachkräften war während der Pandemie von zentraler Bedeutung. Noch ist unklar, ob und wie die Intensivkapazitäten (d. h. Infrastruktur und Personal) insgesamt aufgestockt werden müssen oder ob eine bessere nationale Koordination der aktuellen Intensivkapazitäten ausreicht.

Mit Blick auf die Zukunft steht das Schweizer Gesundheitssystem vor einer Reihe von Herausforderungen. Einige stehen im Zusammenhang mit dem föderalen und dezentralen Governance-Ansatz. Selektiv könnte ein eher nationaler und Top-Down-Ansatz dazu beitragen, Themen voranzubringen, die derzeit noch weiterentwickelt werden müssen. Insgesamt und im Hinblick auf Nachhaltigkeit und Resilienz sollte die Schweiz ihre föderale und dezentrale Architektur zu ihrer Stärke ausbauen.

Empfehlungen

Wir geben 26 Empfehlungen zu den sieben Bereichen, wie in Tabelle 2 gezeigt.

Tabelle 2: Empfehlungen in den sieben Bereichen

BEREICH 1 GOVERNANCE	
1A	Förderung einer regionalen (d. h. interkantonalen) Perspektive im Hinblick auf die Planung und Finanzierung von Leistungen durch Aufforderung der Kantone zur Umsetzung einer wirksamen Koordination.
1B	Sicherstellung einer schnelleren und konsequenteren Beteiligung des Parlaments in zukünftigen Situationen, in denen Notstandsgesetze erlassen bzw. angewendet werden. Es wurden bereits etliche Lösungen vorgeschlagen, angefangen von einer Erweiterung der Berichts- und Rechenschaftspflichten des Bundesrates, einer institutionellen Stärkung der parlamentarischen Kommissionen und Delegationen, bis hin zu der Option, dass sich das Parlament in Krisensituationen digital einfinden und Entscheidungen digital treffen kann.
1C	Erarbeitung von Möglichkeiten für eine bessere und schnellere Koordination zwischen dem Bundesrat und den Kantonsregierungen. Unter den diskutierten Ansätzen ist ein neues «gemeinsames Führungsorgan von Bund und Kantonen» für normale Zeiten sowie auch für Krisensituationen.
1D	Klärung des Mandats und der Governance eines operativen nationalen Krisenstabs. Dieses Gremium sollte Experten aus dem Krisenmanagement, dem Gesundheitswesen, der Wissenschaft, dem privaten Sektor (z. B. Industrie), der Zivilgesellschaft, dem Bildungswesen und anderen Sektoren zusammenbringen.
1E	Verbesserung der Beobachtung epidemiologischer Ereignisse, wobei zwischen drei Überwachungsaktivitäten zu unterscheiden ist: (1) Infektionsinzidenz, (2) zirkulierende Varianten und (3) Immunität.
BEREICH 2 FINANZEN	
2A	<p>Priorisierung von Reformen zur Erhöhung der Finanzierungstransparenz, z. B.:</p> <p>Bund: Anstreben einer einheitlichen Finanzierung für stationäre und ambulante Leistungen in der OKP (Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär (EFAS)).</p> <p>Kantone: Begrenzung der Finanzierung auf leistungsbezogene und kostenbezogene Zuschüsse für öffentliche, nicht von der OKP übernommene Leistungen (Gemeinwirtschaftliche Leistungen GWL) und Offenlegung dieser Zuschüsse.</p> <p>Versicherungen/Spitäler: Reduzierung der Quersubventionierung von OKP-Leistungen in Spitälern durch grosszügige Tarife in der privaten Zusatzversicherung.</p>
2B	<p>Laufende und konsequente Beurteilung der Leistungen hinsichtlich der Kriterien der klinischen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) und Beschränkung der Erstattung auf Leistungen, die diese Kriterien erfüllen.</p> <p>Förderung der Verbreitung dieser Kriterien durch eine kontinuierliche praxisbezogene Operationalisierung und durch die Einbindung der medizinischen Gemeinschaft (z. B. Einführung von medizinischen Leitlinien oder Empfehlungen für bewährte Praktiken von Bewegungen wie Choosing Wisely).</p>

Tabelle 2 (Fortsetzung): Empfehlungen in den sieben Bereichen

BEREICH 3 PERSONAL	
3A	Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegende und andere Fachkräfte im Gesundheitswesen, um einem vorzeitigen Berufsausstieg und einer Verringerung der Arbeitszeiten entgegenzuwirken. Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen umfassen eine Verringerung der administrativen Belastung, eine Ausweitung des Tätigkeitsprofils sowie Karrieremöglichkeiten und die Sicherstellung von ausreichend Personal. In Bezug auf Pflegekräfte sollten diese Massnahmen teilweise bereits durch die laufende Umsetzung der Pflegeinitiative abgedeckt sein.
3B	Weitere Erhöhung der Zahl der Studienplätze an den medizinischen Fakultäten. Die derzeitige Zahl von 1350 Zulassungen pro Jahr erscheint angesichts der geringeren Arbeitszeit, für die sich die neue Generation von Ärzten und Ärztinnen entscheidet, sowie einer wachsenden und immer älter werdenden Bevölkerung als zu niedrig. Darüber hinaus gibt es keinen Mangel an Kandidaten, denn nicht einmal jede/r Vierte, die/der sich an einer medizinischen Fakultät bewirbt, wird angenommen.
3C	Förderung der Spezialisierung in einem früheren Stadium des Medizinstudiums, um die Effizienz in der medizinischen Ausbildung zu erhöhen und die Rolle der Allgemeinmediziner zu stärken.
3D	Vorbereitung auf einen anhaltenden Engpass bei medizinischen Fachkräften, weil der Erfolg aktueller und zukünftiger Anstrengungen für eine Aufstockung des Personalbestands begrenzt sein könnte. In Zeiten anhaltender Personalengpässe muss der allgemeine Zugang zu grundlegenden medizinischen Leistungen gewährleistet sein, während der Zugang zu optionalen «nice-to-have»-Leistungen eventuell eingeschränkt werden muss.
3E	Sondierung verschiedener Optionen zum Aufbau einer Reserve von Intensivpflegekräften für Krisenzeiten. Diese Optionen umfassen die Bereitstellung einer Personalreserve für die Intensivstationen, mit regelmässigen Auffrischungs- und Fortbildungskursen, sowie die Schulung und Anstellung von Hilfs-Intensivkräften, um das reguläre Personal der Intensivstationen in Krisenzeiten zu entlasten. Dieser Ansatz könnte auch auf die Notaufnahmen ausgeweitet werden.
BEREICH 4 ARZNEIMITTEL UND TECHNOLOGIEN	
4A	Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sollte die Auswirkungen auf die Gesamtkosten (Budget Impact) explizit und systematisch in die Entscheidungen über die Festlegung der Arzneimittelpreise einfließen lassen. Damit würde eine Preisreduktion für ein Arzneimittel ermöglicht, wenn sein Einsatz aufgrund von Indikationserweiterungen oder unerwartet hoher Nachfrage steigt.
4B	Die Schweiz sollte sich an international koordinierten Bemühungen zur Lösung des Problems der globalen Versorgungsengpässe von patentabgelaufenen Arzneimitteln und der Entwicklung neuer Arzneimittel beteiligen.
4C	Entwicklung digitaler Plattformen zur Kommunikation und Ereignisverfolgung zwischen den Leistungserbringern sowie zwischen den Leistungserbringern und den Gesundheitsbehörden. Die Plattform sollte den Austausch von strukturierten Patienteninformationen unter den Gesundheitsdienstleistern ermöglichen.
4D	In Krisenzeiten sollte die Koordination zwischen Industrie und staatlichen Behörden auf nationaler anstatt auf kantonaler Ebene erfolgen. Die Delegation an die kantonale Ebene erhöht die Koordinationskosten und verwässert die Zuständigkeiten. Darüber hinaus ist das entsprechende Know-how in der öffentlichen Verwaltung von Arzneimitteln und Technologien auf nationaler Ebene grösser.

Tabelle 2 (Fortsetzung): Empfehlungen in den sieben Bereichen

BEREICH 5 GESUNDHEITSVERSORGUNG

- 5A** Die Kantone sollten die Kapazitäten für die stationäre Akutversorgung der Patienten stärker mit anderen Kantonen koordinieren und die laufende Strukturanpassung allgemein fördern (oder zumindest nicht umgehen), um:
- überzählige Betten abzubauen und somit den Anreiz für Überbehandlungen zu reduzieren
 - den Spezialisierungsgrad zu erhöhen (z. B. Erhöhung der Mindestfallzahlen) und somit die Ergebnisqualität zu verbessern.
- 5B** Generierung verbesserter Qualitätsdaten durch verbesserte Ergebnismessungen seitens der Leistungserbringer (d. h. Definition von Standards und Festlegung geeigneter Indikatoren), strukturierte Erfassung einzelner Daten (d. h. Register) und Zugang zu diesen Daten für alle Akteure, einschliesslich Öffentlichkeit, Staat, Versicherungen und Forschende. In diesem Zusammenhang sollte eher ein Top-Down-Ansatz verfolgt werden (d. h. eine nationale Qualitätsbehörde wie z. B. NICE in England oder das Zorginstituut in den Niederlanden).
- 5C** Verbesserung der Koordination und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern im Allgemeinen, insbesondere nach Spitalaustritt, durch:
- Verbesserung der Lösungen für einen Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern
 - Reaktivierung der fehlenden Anschlussversorgung nach der stationären Entlassung (Übergangspflege).
- 5D** Verbesserung der integrierten Versorgung mit dem Ziel der Verbesserung von Qualität und Kosteneffektivität der Leistungen über die gesamte Versorgungskette hinweg. Die Schaffung von Leistungserbringernetzwerken, die für die verschiedenen Glieder in der Versorgungskette stehen, ist unabdingbar. Bezogen auf die OKP in der Schweiz müssen sowohl die Leistungserbringer als auch die Versicherungen bei diesem Thema zusammenarbeiten.
- 5E** Sicherstellung der Intensivkapazitäten durch:
- Analyse, ob die Kapazität von zertifizierten Intensivstationen erhöht werden muss; wenn ja, Definition des Umfangs eines angemessenen Puffers (d. h. Betten und Personal)
 - Festlegung eines nationalen Ansatzes für die Koordination von Intensivkapazitäten in Krisenzeiten
 - Klärung der Finanzierung der Reservekapazitäten für den nationalen Einsatz.

Tabelle 2 (Fortsetzung): Empfehlungen in den sieben Bereichen

BEREICH 6 GESUNDHEIT DER BEVÖLKERUNG

- 6A** Stärkung der Anstrengungen zur Reduktion der wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren, wie Rauchen und ungesunde Ernährung. Die Werbung für sämtliche Tabakprodukte sollte verboten werden. Die Tabaksteuer sollte auf alle suchterzeugenden Tabakprodukte ausgeweitet werden. Die Option einer weiteren Erhöhung der Tabaksteuer sollte geprüft werden.
- 6B** Aufbau einer umfassenden epidemiologischen Informationsbasis zum Zustand und zur Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung. Diese sollte die systematische Kodierung der wichtigsten Krankheiten in der ambulanten Versorgung sowie den Aufbau einer gross angelegten, repräsentativen Kohorte umfassen.
- 6C** Förderung eines geeigneteren Zugangs und eines besseren Verständnisses des Gesundheitswesens für Personen mit geringerer Gesundheitskompetenz. Diese Anstrengungen sollten sich auf geeignete Kommunikationsstrategien durch die Leistungserbringer konzentrieren und sicherstellen, dass die OKP die Kosten für Übersetzungsdienste übernimmt.

BEREICH 7 ÖKOLOGISCHE NACHHALTIGKEIT

- 7A** Schaffung eines grösseren Bewusstseins für den CO₂-Fussabdruck des Gesundheitswesens durch die systematische Erfassung und Überwachung von Daten über die Treibhausgasemissionen von Gesundheitseinrichtungen.
- 7B** Implementierung von Richtlinien zur Förderung der effizienten Nutzung von Ressourcen im Gesundheitswesen, einschliesslich der Nutzung finanzieller Anreize.