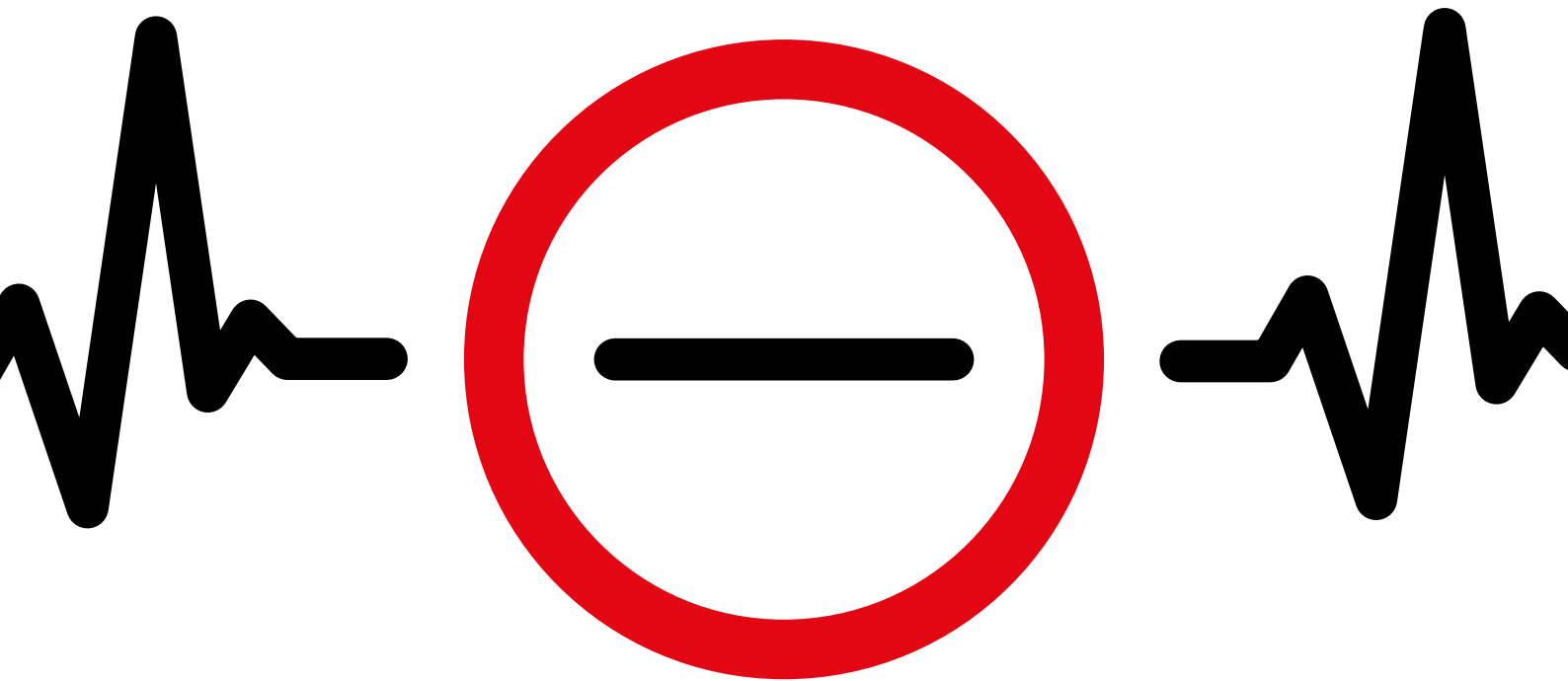


**Der Zaun ums Gesundheits-  
wesen** Seite 4



**Wenn das Territorium plötzlich  
der Cyberspace ist** Seite 8



# Grenzenlose Gesundheit

Im Fokus: Das Territorialitätsprinzip im KVG

Willy Oggier

# Nieder mit den Grenzen

«Wir müssen die Landesgrenze im Gesundheitssystem niederreissen, sonst erschweren wir Menschen mit seltenen Erkrankungen die best-mögliche Behandlung.»

Gesundheitsökonom, «Beobachter», 10/2010

Karin Frick

## Sind wir mobil?

«Die Märkte sind stark reguliert, und die Menschen sind nicht so sehr beweglich, besonders dann nicht, wenn sie älter sind oder operiert werden müssen.»

Leiterin Research, GDI, «Handelszeitung», 13.1.2010

Karin Keller-Sutter

# Vom Geben und Nehmen

«Nur wenn sich vermehrt Personen aus den ausländischen Grenzregionen (...) in der Schweiz behandeln lassen, können auch die schweizerischen Grenzregionen profitieren.»

Ständerätin St.Gallen, Frühjahrssession 2015

Verband der medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH)

## Ohne Grenzen keine Qualität?

«Aus Gründen der Qualitätssicherung erachtet der Verband auch das Territorialitätsprinzip als eminent wichtig.»

Stellungnahme zur KVG-Änderung, 16.2.2015

Simone Rüdlin

## Medizintouristen: Luxus pur!

«Wir hatten schon Patienten, die eine ganze Station buchen wollten. Das geht nicht.»

International Service Unispital Basel, SRF, 24.7.2015



Folgen Sie uns auf Twitter:  
twitter.com/CSSPolitik



Philomena Colatrella ist  
Vorsitzende der Konzernleitung  
der CSS.

# Grenzen dicht!?

## Inhaltsverzeichnis

- 4 **Das Territorialitätsprinzip im KVG**  
Der Zaun ums Gesundheitswesen
- 7 **Standpunkt**  
Bessere Versorgung durch Öffnung?
- 8 **Hintergrund**  
Wenn das Territorium plötzlich der Cyberspace ist
- 10 **Praxis**  
Grenzüberschreitende Gesundheit
- 11 **Die andere Sicht**  
Dank Qualität ein Exportschlager
- 12 **Im Gespräch**  
«Für einen hochkomplexen Eingriff ginge ich ins Ausland!»
- 16 **Persönlich**  
Qualität macht vor Grenzen nicht halt
- 18 **Santé!**  
Beim Patienten ist kein Markt
- 19 **Wissenschaft**  
Medizintourismus: Warum sind wir mobil?

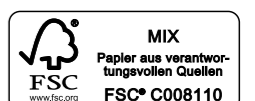
Wo ist die Grenze? In Basel, Chiasso, Genf – zum Beispiel. Denn alles, was jenseits liegt, ist bezüglich unserer Gesundheitsversorgung Tabu-gebiet. In der Schweiz gilt bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung das Territorialitätsprinzip: Wer sich im Ausland behandeln lassen will, bezahlt dies aus dem eigenen Sack. Auch wenn die Qualität in einer ausländischen Klinik vielleicht besser und der Preis günstiger wäre.

Doch macht es Sinn, in einer globalisierten Welt an Versorgungsräumen festzuhalten, die an den politischen Grenzen haltmachen? Weshalb bleibt gerade das Schweizer Gesundheitswesen von Gesetzes wegen eine Hochpreisinsel mitten in Europa? Für Schweizer Leistungserbringer – vor allem Spitäler – muss sich dies geradezu ketzerisch anhören. Für mich als neue CEO der CSS Versicherung stellt sich jedoch durchaus die Frage, inwiefern das Territorialitätsprinzip letztlich ein Hemmschuh ist.

Denn gerade wenn es um Qualität und damit zusammenhängend die Zentralisierung von Kompetenzen im Gesundheitsbereich geht, sollten diese nicht an der Grenze haltmachen. Wer weiss: Vielleicht würde eine Lockerung des Territorialitätsprinzips in der Schweiz endlich die Heimatglocken zum Verstummen bringen, die uns sagen wollen: «Wir müssen überall alles anbieten», «Spezialisierung ja, aber nicht bei uns» und «Wir sind die Besten». Denn die da drüben sind ebenso gut.

## Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribchenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: dialog@css.ch, Internet: www.css.ch, Chefredaktion: Judith Dissler, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel Corporate Media, Claudia Sebold (Text) und Peter Kruppa (Art Director) | Bildnachweis: iStockphoto/Johnason, Zeljko Gataric, Daniel Ammann, iStockphoto/SasPartout, zVg | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.





Das Territorialitätsprinzip behindert das Gesundheitswesen. Während bei den Produkten Import und Export erlaubt sind, müssen Dienstleistungen grundsätzlich in der Schweiz erbracht werden. Dies beeinträchtigt den Leistungswettbewerb, verringert die Qualität und erhöht die Kosten. Es ist höchste Zeit, auch für Gesundheitsdienstleistungen die Landesgrenzen zu öffnen.

Von Dr. Fridolin Marty

# Der Zaun ums Gesundheitswesen

**F**rage drei Ökonomen» – besagt ein Bonmot – «und du erhältst vier Meinungen!» Aber in einer Sache sind sich die Wirtschaftsexperten einig: Aussenhandel rechnet sich für alle. Und entgegen der landläufigen Meinung gewinnen nicht nur die Stärkeren, sondern es profitieren beide Seiten. Auch wenn ein Land alle Güter weniger effizient herstellen kann als ein anderes, kann es trotzdem exportieren. Grund dafür sind die komparativen Vorteile, die jedes Land aufweist. Ein starkes Land kann nämlich nicht alles selber machen. Auf die Menschen übertragen lohnt es sich beispielsweise für Federer, eine Nanny anzustellen, die seinen Töchtern das Tennisspielen beibringt. Federer könnte dies zwar viel besser selber; aber der komparative Vorteil liegt bei der Nanny, weil Federer gerade ein Tennisturnier spielen muss. Und dort hat er den grösseren Vorsprung gegenüber der Nanny als in der Tennisschule. Wenn Federer das Tennislehren auslagert, dann profitiert nicht nur er, sondern auch die Nanny.

als Ganzes. Die international tätigen Branchen im Gesundheitswesen erwirtschaften mit ihren Ausfuhren jährlich rund 80 Milliarden Franken. Pharma und Medtech sind die stabilsten und stärksten Stützen unserer Exportwirtschaft mit einem Anteil von über einem Drittel. Anders sieht es bei den Dienstleistungen im Gesundheitswesen aus. Dieser Bereich ist stark reguliert und sehr binnenorientiert. Beides führt zu hohen Preisen und schwachem Qualitätswettbewerb. Denn während die Exportbranchen ihre Produkte auf der ganzen Welt verkaufen und sich gegen eine Vielzahl von Mitbewerbern behaupten müssen, hat es die Dienstleistungsbranche relativ einfach: Sie muss nur den nationalen Leistungswettbewerb fürchten. Zusätzlich kann sie diesen mit politischen Mitteln weiter einschränken, beispielsweise via Vertragszwang mit den Krankenversicherern. Auch das Territorialitätsprinzip gehört in die Kategorie der Wettbewerbsbehinderung.

## KVG behindert den Aussenhandel

Sowohl Vertragszwang als auch das Territorialitätsprinzip sind im Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankert. Letzteres begrenzt die Kostenübernahme von Behandlungen im Ausland. Das ist ein gewichtiger Grund für den zahmen Aussenhandel im Dienstleistungssektor: Schweizer Patienten lassen sich kaum jenseits der Landesgrenzen behandeln. Diese Beschränkung für den Import medizinischer Dienstleistungen hat auch Auswirkungen auf den Export. Hiesige Spitäler behandeln nur sehr wenige ausländische Patienten, sie nutzen das Potenzial für den Dienstleistungsexport zu wenig aus. Dabei wäre die Schweiz der ideale Standort für Wahleingriffe: Sicherheit, Bildung und Reputation sind gut. Auch Investitionen können durch das niedrige Zinsniveau problemlos getätigt →

## Aussenhandel im Gesundheitswesen?

Wenn also Aussenhandel gut ist, dann sollten wir ihn in möglichst allen Bereichen fördern. Tun wir das? Wagen wir die Probe aufs Exempel anhand des Gesundheitswesens. Der medizinische Sektor ist einer der grössten Wachstumsmärkte überhaupt. Dafür gibt es zahlreiche Gründe. Einerseits gibt es eher äussere Faktoren wie die Demografie oder den technologischen Fortschritt. Diese erhöhen die Nachfrage und verbessern das Angebot. Andererseits ist die Organisation der Teilmärkte entscheidend. Bei den Produkten beobachten wir einen regen Handel, und davon profitiert die Schweizer Volkswirtschaft

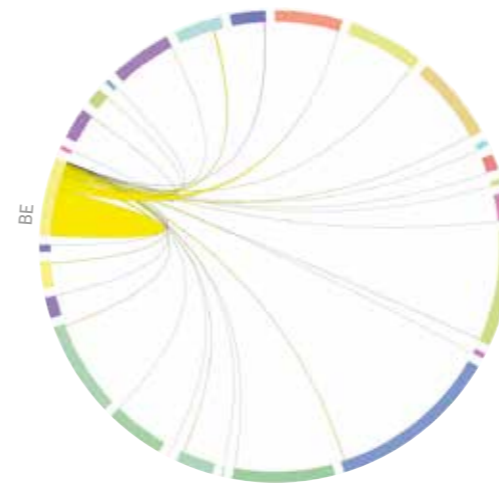
### In Kürze

- Der Aussenhandel bringt auch im Gesundheitswesen einen grossen Mehrwert.
- Pharmaindustrie und Medtech-Branche sind die stabilsten Stützen des Schweizer Exports.
- Leider werden durch das Territorialitätsprinzip im KVG bei den Gesundheitsdienstleistungen Import und Export praktisch verunmöglicht.

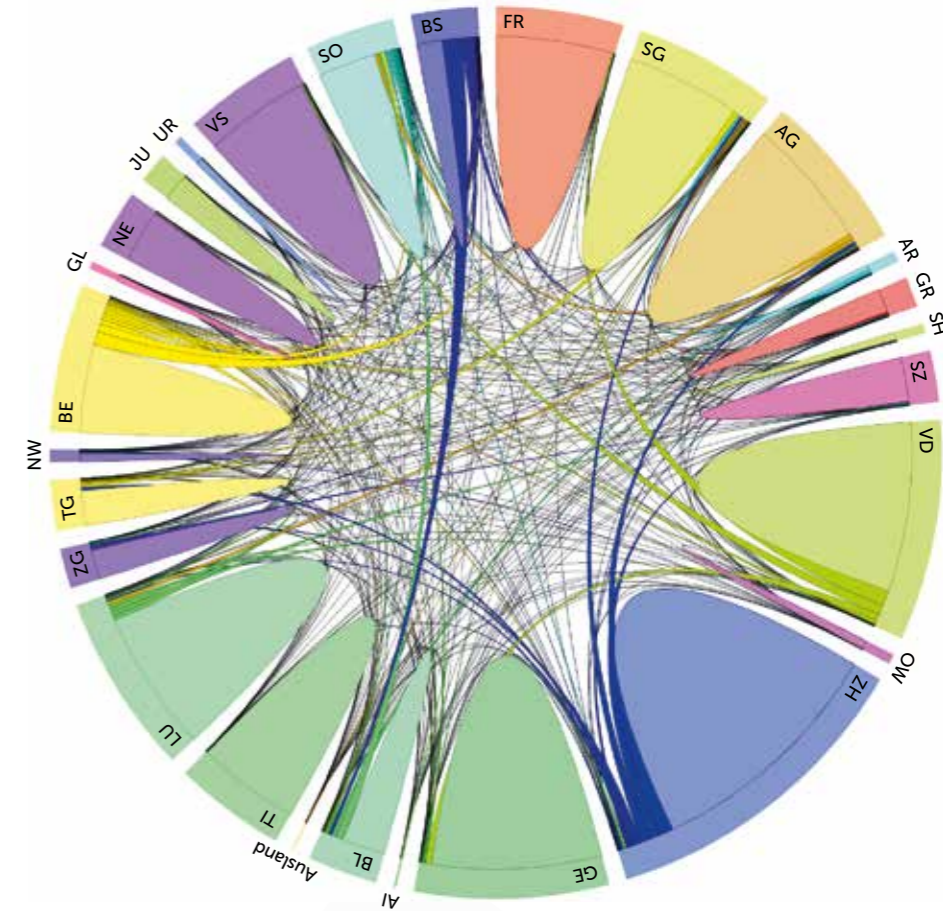
## Wo lassen sich Patienten behandeln?

Eine Übersicht der Patientenströme zwischen Wohnkanton und Leistungserbringerkanton\*

Lesebeispiel Grundversicherung im Kanton Bern

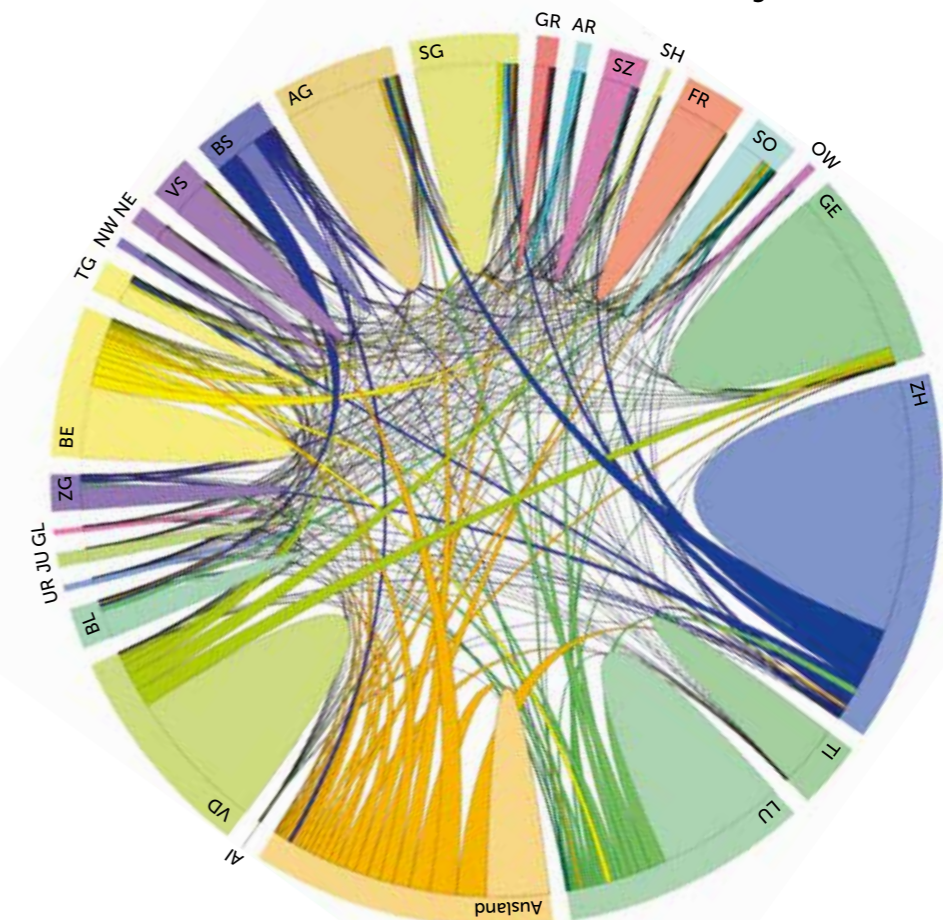


## Patientenmobilität in der Grundversicherung



Die gelbe, halbe Ellipse entspricht allen Bernern, die für eine Behandlung in Bern bleiben. Die weiteren Linien entsprechen den Bewegungen zwischen Bern und anderen Kantonen, wobei eine Linie immer die Bewegung von Bern weg sowie die Bewegung nach Bern beinhaltet. Für detaillierte Informationen zu Zahlen und Bewegungsrichtungen sind die nachfolgenden Grafiken online abrufbar unter: [blog.css.ch/patientenmobilitaet](http://blog.css.ch/patientenmobilitaet)

## Patientenmobilität in der Zusatzversicherung



\* Der Herkunftskanton entspricht immer dem Wohnkanton der versicherten Person. Der Zielkanton entspricht dem Kanton, in welchem der Leistungserbringer gemeldet ist.

Quelle: Alle Daten stammen aus den KVG- und VVG-Leistungsabrechnungen der CSS Versicherung. Datenjahr 2014, Datenstand 10.7.2016



→ werden. Die Klinikgruppe Hirslanden, die international offen aufgestellt ist, behandelt bloss vier Prozent Patienten aus dem Ausland. Bei den öffentlichen Spitälern sind es noch weniger. Auch der Laborbereich liegt brach: Die Schweizer Laboratorien beschränken sich auf den Heimmarkt, weil auch sie vor der ausländischen Konkurrenz geschützt sind. Praktisch alle bezahlten Laboruntersuchungen müssen in der Schweiz erbracht werden.

Fast schon absurd mutet diese faktische Abstinenz des Aussenhandels im Lichte der Personenfreizügigkeit an. Der Anteil der Ärzteschaft mit ausländischem Arzt Diplom steigt stetig; heute besitzt fast jede dritte ärztlich tätige Person ein solches. Nur dank dieser Zuwanderung kann die binnenorientierte medizinische Versorgung in der Schweiz aufrechterhalten werden. Auf der einen Seite verweigert der Gesetzgeber die Behandlung im Ausland zu Lasten der Krankenversicherung – er verbietet also den Import von Dienstleistungen –, auf der anderen Seite importiert die Schweiz die Leistungserbringer. Diese Asymmetrie wäre in anderen Bereichen undenkbar. Man stelle sich vor, es würde den Studenten verboten, im Ausland Englisch zu lernen. Stattdessen würde man eine Heerschar von «Native Speakers» in die Schweiz holen, um den Schülern hier den letzten Schliff in Englisch zu verpassen.

#### Pilotversuche in grenznahen Regionen

Immerhin lockerte die Politik das Territorialitätsprinzip für eine kurze Zeit in einem Pilotversuch: Der Bundesrat initiierte für die Jahre von 2007 bis 2009 ein Projekt, das die grenzüberschreitende Zusammenarbeit bei Gesundheitsdienstleistungen vorsah. So konnten sich die Basler im Kreis Lörrach behandeln lassen und umgekehrt. Das Volumen war jedoch sehr gering: In

drei Jahren summierten sich die Kosten gerade einmal auf 1,2 Millionen Franken. Im Verhältnis zu den Grundversicherungskosten von Basel-Stadt ist das gerade einmal ein Promille! In einer zweiten Pilotphase von 2010 bis 2014 wollte man das Volumen erhöhen, was jedoch nicht gelang. Das Wachstum der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bewegte sich auf dem Niveau der allgemeinen Kostenteuerung. Das Fazit des Pilotprojekts ist ernüchternd. Das Hauptziel, nämlich die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu erhöhen, wurde verfehlt. Trotzdem beabsichtigt der Bundesrat, das Territorialitätsprinzip in grenznahen Regionen zu lockern, was sinnvoll ist.

#### Kantönliche zementiert Versorgungsstrukturen

Doch wie sieht es eigentlich mit dem «Aussenhandel» über die Kantons Grenzen aus? Selbst interkantonal sind die Patientenströme überschaubar. Zwar hat die neue Spitalfinanzierung eine positive Entwicklung angestoßen, aber das föderalistisch aufgebaute Gesundheitswesen ist nach wie vor stark regional verankert. «Jedem Täl sein Spital» ist ein geflügeltes Wort, das die aktuelle Politik nur allzu gerne aufnimmt: Die «Spitalstandortinitiative» will explizit ins Gesetz schreiben, welche Spitalstandorte im Kanton Bern betrieben werden sollen. Darunter ist St-Imier, das 20 Autominuten vom Spital in La Chaux-de-Fonds, 30 Minuten von jenem in Neuenburg und 40 Minuten vom Spital Biel entfernt ist. Noch extremer ist der Standort Münsingen, der ebenfalls im Gesetz verankert werden soll: Er ist 20 Autominuten vom Spital Thun und 20 Minuten von Bern entfernt. Die Münsinger haben, auch ohne eigenes Spital, in 20 Minuten Autodistanz eine Auswahl von über 20 Kliniken!

#### Interkantonale Vereinbarung

Ein Versuch, diese Spitalstrukturen aufzubrechen, ist die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM). Leider ist diese genauso kompliziert wie ihr Name. Zudem steht sie im zweifelhaften Ruf, auf Kosten der Privatspitäler Leistungseinschränkungen vorzunehmen. Statt mehr Wettbewerb gibt es dann plötzlich weniger. Doch wie funktioniert diese Vereinbarung? Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen. Ziel ist die Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen auf weniger Standorte. So steigen die Fallzahlen pro Spital, was die Qualität verbessert. Ob man dies mit mehr Planung erreicht, darf aber bezweifelt werden. Bei den Transplantationen sieht es nämlich düster aus: Es gibt sechs Zentren für die Nierentransplantation. Die Anzahl Operationen variiert zwischen den Standorten stark. St. Gallen führt fünfmal weniger Nierentransplantationen durch als Zürich oder Basel. Trotz IVHSM und tiefen Fallzahlen konnte sich St. Gallen halten. Die Fallzahlen bei der Herztransplantation sind ebenfalls klein: Die drei Zentren Lausanne, Bern und Zürich transplantieren je etwa ein Dutzend Organe pro Jahr. Alle drei Zentren bleiben aber bestehen. Einzig bei der Lunge hat man sich auf zwei Zentren geeinigt – eines in der Deutschschweiz und eines in der Romandie. Aber diese Einigung stammt noch aus Zeiten vor der IVHSM. Es ist deshalb zu befürchten, dass Letztere nichts bringt oder aber den Universitätskliniken den Leistungswettbewerb mit den Privatspitälern erspart, weil diese keine schwierigen Eingriffe mehr machen dürfen.

In Deutschland einkaufen? Kein Problem. Dolce Vita in Italien? Warum nicht ... Was im Detailhandel und Tourismus zum Alltag gehört, wird im Gesundheitswesen kaum genutzt. Dabei gibt es durchaus gute Gründe, auch für medizinische Behandlungen ins Ausland zu reisen.

## Bessere Versorgung durch Öffnung?

Im Krankenversicherungsgesetz gilt das Territorialitätsprinzip. Schade, denn insbesondere die Qualität von Leistungen könnte durch offene Grenzen gefördert werden. Wie soll das gehen? Nehmen wir die Martini-Klinik in Hamburg, welche wir «im dialog» 3/2015 vorgestellt haben. Pro Jahr werden rund 2200 Prostataentfernungen mit minimalinvasiver Methode und drei Robotern durchgeführt. Die Ergebnisqualität in Hamburg lässt sich zeigen: In der Martini-Klinik bleibt bei 93,5 Prozent aller operierten Patienten die volle Kontinenz, deutschlandweit liegt der Erfolg gerade mal bei 56,7 Prozent.

Zum Vergleich: In der Schweiz stehen 23 Roboter für diese Operation zur Verfügung. Die führenden Spitäler operieren aber gerade mal rund 100 Fälle pro Jahr. Das Überangebot führt zu hohen Fallkosten sowie geringen Fallzahlen und damit zu einer fraglichen Qualität. In Hamburg hingegen dürfen Patienten durch höhere Fallzahlen und Routine mehr Qualität erwarten. Auch die solidarische Gemeinschaft profitiert: Durch die günstigeren Preise wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung weniger belastet. Statt auf dem Buckel der Patientinnen und Patienten das eigene

Gärtchen zu hegen und pflegen, würde eine Öffnung den Wettbewerb begünstigen. In der Schweiz müssten sich die Anbieter dem Wettbewerb mit dem Ausland stellen und bei transparenter Ausweisung der Qualität der Leistungen spezialisierte Zentren bilden. Kritikern sei hier gesagt, dass in nordischen Ländern wie Finnland Versorgungsstrukturen funktionieren, die Qualität in den Vordergrund stellen und nicht flächendeckende Maximalangebote anbieten.

Damit das funktioniert, braucht es für die grenzüberschreitende Versorgung Rahmenbedingungen. Patienten müssen wissen, warum sie für gewisse Leistungen besser ins Ausland gehen sollten; es braucht Qualitätstransparenz in der Schweiz wie auch im Ausland. Weiter müssen Notfall- und Grundversorgung in der Nähe gewährleistet sein. Für spezialisierte Bereiche könnte die Öffnung den Wettbewerb in der Schweiz befeuern und zu einer Konzentration der Angebote und damit höherer Behandlungsqualität führen. Und last but not least: Es soll kein Zwang bestehen, sich im Ausland behandeln zu lassen. Der Patient kann selbst entscheiden. Nur so können wir Qualitätsmedizin fördern und davon profitieren.

#### Potenzial nicht ausgeschöpft

Es gäbe genügend technologische Treiber, um die Internationalisierung der Medizin voranzubringen. Neben den Laboranalysen aus dem Ausland könnten auch Dienstleistungen importiert werden, was dank Internet möglich wäre. Mit eHealth könnte man beispielsweise Operationen telemedizinisch begleiten. Dies wird zwar in Einzelfällen heute bereits gemacht, aber das Potenzial ist noch lange nicht ausgeschöpft. Auch könnten Operationen beim Branchenbesten im Ausland durchgeführt werden, ohne für die Nachbehandlungen lange reisen zu müssen. Diese würde man nämlich im nächstgelegenen Spital vornehmen. Das Spital im Ausland würde dann das lokale Spital über Telemedizin bei der Nachbetreuung unterstützen.

Globalisierung und internationale Vernetzung sind in aller Munde; nimmt man aber das Gesundheitswesen als Beispiel, sind wir im besten Fall auf der nationalen, häufig aber auf der kantonalen und meistens sogar auf der regionalen Ebene stecken geblieben. Daran wird sich in naher Zukunft leider nicht viel ändern, solange die Kosten der Binnenorientierung die Gemeinschaft trägt und nicht der Einzelne.

**Fridolin Marty, Dr. rer. pol.**, ist Leiter Gesundheitspolitik bei economiesuisse. Beim Dachverband der Wirtschaft setzt er sich für ein wettbewerbs- und innovationsfreundliches Gesundheitssystem ein.



Judith Dissler ist Co-Chefredaktorin «im dialog» und Fachspezialistin Gesundheitspolitik. [judith.dissler@csw.ch](mailto:judith.dissler@csw.ch)



Die Münsinger haben, auch ohne eigenes Spital, in **20 Minuten Autodistanz** eine Auswahl von **über 20 Kliniken!**



Die Anzahl Operationen variiert zwischen den Standorten stark. **St. Gallen führt fünfmal weniger Nierentransplantationen** durch als Zürich oder Basel.

Durch die Digitalisierung verändert sich das Gesundheitswesen stark. Das hat damit zu tun, dass die Akteure sich in Netzwerken bewegen, die nicht wie früher «top down», sondern «bottom up» organisiert werden. Die zunehmende Vernetzung verändert auch die Ansprüche der Patientinnen und Patienten.

Von Prof. Dr. Andréa Belliger

# Wenn das Territorium plötzlich der Cyberspace ist

**D**ass die digitale Transformation neben vielen anderen Branchen auch das Gesundheitswesen erreicht hat, ist mittlerweile hinlänglich bekannt. Mit dem Gesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) wurde der gesetzliche Rahmen für die sichere digitale Kommunikation im Gesundheitswesen geschaffen. Langsam, aber sicher finden diese technologischen Entwicklungen Beachtung und Eingang in Kliniken, Praxen und Labors. Diskutiert wird aber längst nicht mehr nur über technologische Innovationen und Anforderungen an Infrastrukturen oder Fragen der Interoperabilität im Datenaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, sondern ganz grundlegend über neue Ansätze in Forschung, Prävention, Diagnose und Therapie.

## Vom System zum Netzwerk

Das ist auch nötig. Denn unabhängig vom klassischen Gesundheitswesen hat sich schon länger eine Art Paralleluniversum entwickelt: die Welt der vernetzten Bürgerinnen und Bürger, der vernetzten Konsumenten und Patienten. Dieses Paralleluniversum schafft neue Werte und Normen. Offene Kommunikation, Transparenz und Partizipation und damit neue Ansprüche an Leistungserbringer und Kostenträger stehen im Zentrum dieser neuen Welt, von der eine starke transformative Kraft ausgeht, die das Gesundheitswesen, so wie wir es heute kennen, gerade ziemlich auf den Kopf stellt.

Die Wurzeln dieser digitalen Transformation im Gesundheitswesen gründen im Phänomen der Konnektivität, was so viel bedeutet wie die Organisation unserer Welt in Netzwerken. Konnektivität ist aber weit mehr als eine technologische Vernetzung im herkömmlichen Sinn, sie impliziert vielmehr einen Paradigmenwechsel von «Systemen» hin zu «Netzwerken».

## Organisation von Netzwerken

Netzwerke geben als neuartige Organisationsform keine klaren Rollen und Funktionen vor, sie sind offen und durchlässig, nichthierarchisch und soziotechnisch – das heisst, sie bestehen gleichermaßen und gleichberechtigt aus menschlichen und nichtmenschlichen Akteuren. Netzwerke lassen sich – und das ist eine nicht zu unterschätzende Management- und Leadership-Herausforderung – nicht «top down» steuern. Ordnung in Netzwerken entsteht «bottom up» durch Selbstorganisation. Und während Systeme versuchen, Komplexität durch klare Prozesse, Organigramme und Linienarchitektur zu reduzieren, sind Netzwerke komplex, heterogen und ständig im Wandel begriffen. Sie schöpfen aus dieser Komplexität Innovation. Netzwerke bilden heute zunehmend den Hintergrund für die Auseinandersetzung mit den Themen Gesundheit und Krankheit. Denn der Umgang mit Krankheit geschieht nicht mehr isoliert zwischen Ärztin und Patient, Versicherer und Kunde, sondern stets in einem komplexen Netzwerk unterschiedlichster Akteure, online und offline.

## ePatienten

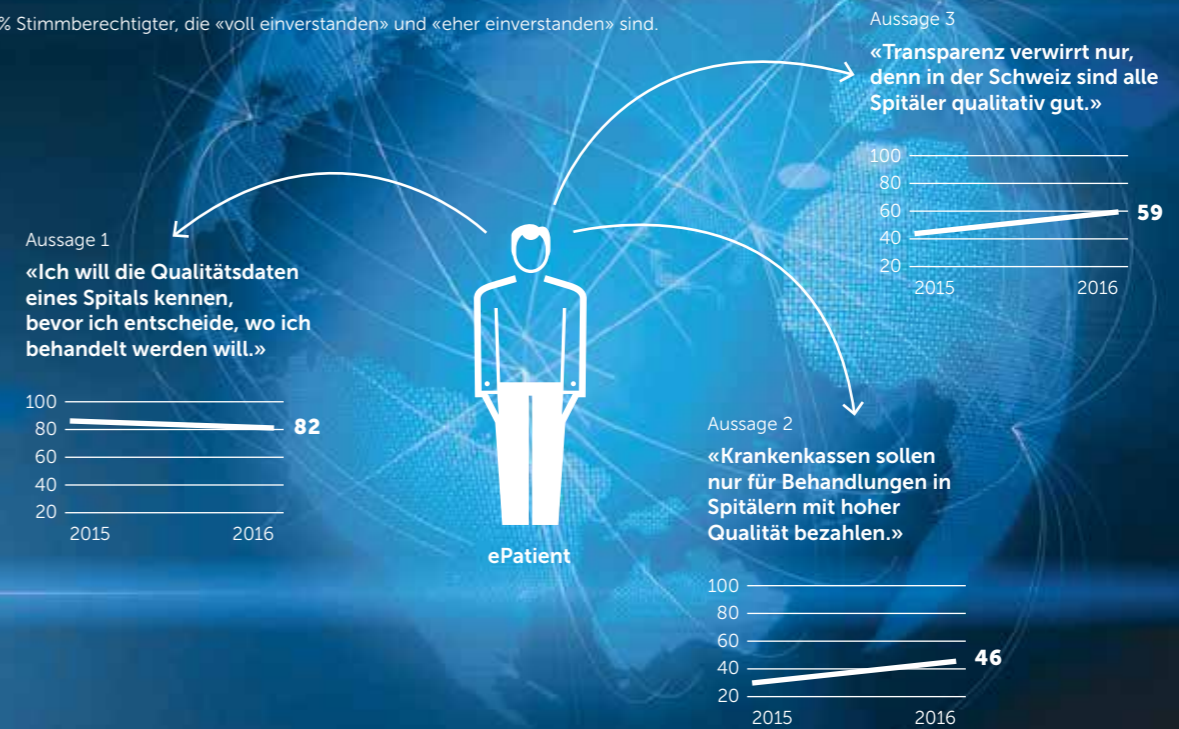
Vor dem Hintergrund dieser digitalen Transformation hat sich eine neue Patienten- oder vielleicht präziser eine Gesundheitskonsumenten-Generation entwickelt. Die so genannten ePatienten nehmen starken Einfluss auf das Gesundheitssystem. Das kleine «e» vor Patient steht heute längst nicht mehr nur für «elektronisch», sondern für *educated, enabled, engaged* und *empowered*, für aktiv, befähigt und kompetent.

Patienten informieren sich heute ganz selbstverständlich online über Symptome, Diagnose und Therapiemöglichkeiten. Plattformen wie *washabich.de* liefern dazu einfach verständliche Texte und kostenlose, professionelle Übersetzungshilfen für das Medizinlatein oder kostenlose Auskunft zu medizinischen Fragen, wie etwa bei *healthTap.com*. Unabhängige Vergleichsportale wie die «Weisse Liste» (*weisse-liste.de*) informieren über Fallzahlen, Patientensicherheit und Hygiene von Spitälern mit dem Ziel, Patienten zu

## Entgrenzte Patienten

«Reden wir kurz über Spitäler und Kliniken. Es gibt verschiedene Daten, mit denen die Qualität eines Spitals sichtbar gemacht werden kann, zum Beispiel, wie häufig es nach einer Operation zu Komplikationen kommt. Sagen Sie mir bitte jeweils, ob Sie mit folgenden Aussagen voll einverstanden, eher, eher nicht oder gar nicht einverstanden sind.»

In % Stimmberechtigter, die «voll einverstanden» und «eher einverstanden» sind.



Quelle Zahlen 2016: Gesundheitsmonitor 2016 von gfs.bern im Auftrag der Interpharma (N = ca. 1200)

## In Kürze

- Digitalisierung verändert das Gesundheitswesen aktuell stark.
- Vernetzte ePatienten organisieren, informieren und gruppieren sich in Netzwerken.
- Durch die Vernetzung werden Grenzen aller Art durchlässig, und starre Gesetze werden als dysfunktional empfunden.

befähigen, fundierte Wahlentscheidungen zu treffen, indem Transparenz über die Qualität von Gesundheitsanbietern geschaffen und der Wettbewerb um Qualität gefördert wird.

Patienten sind heute aber nicht nur digital informiert, sondern zunehmend digital vernetzt. Online-Selbsthilfegruppen wie *patientslikeme.com* oder das auf seltene Krankheiten bei Kindern spezialisierte Portal *kmsk.ch*, auf denen sich Patienten und Angehörige organisieren, austauschen und sich gegenseitig unterstützen, weisen enorme Wachstumszahlen auf. Patientenblogs wie *sugartweaks.de* werden zu niederschweligen Anlaufstellen für krankheitsspezifische Fragen mit hoher Authentizität und Glaubwürdigkeit.

Neben Gesundheits-Apps nutzen Patienten und Kunden heute immer mehr Dienstleistungen im digitalen Gesundheitsbereich: Hoch im Kurs sind all jene Angebote, die mehr Bequemlichkeit, Annehmlichkeit, Zweckmässigkeit oder Sicherheit versprechen. Onlineberatungen und -konsultationen zum Beispiel, das Einholen von Zweitmeinungen vor einem Eingriff über Portale wie *meinezweitmeinung.ch* oder die Speicherung der eigenen Gesundheitsdaten auf sicheren und kooperativen Plattformen wie *healthbank.coop*.

## Durchlässige Grenzen

Die Welt dieser vernetzten Gesundheit ist extrem dynamisch; die Gesetzgebung und Governance-Instrumente, aber auch der informierte öffentliche Diskurs über diese Entwicklungen haben kaum begonnen. Was sich angesichts der Entwicklungen aber mit Sicherheit sagen lässt, ist, dass das traditionelle Territorialitätsprinzip in einer Welt, die zunehmend von offenen und durchlässigen Netzwerken geprägt ist, wenig Sinn macht. Grenzen aller Art sind durchlässig geworden, Gesundheit spielt sich heute im Netzwerk ab. Das persönliche Gesundheitsnetzwerk macht nicht mehr an der Tür zur lokalen Arztpraxis oder an der Landesgrenze halt. Starre kantonale und nationale Grenzen werden zunehmend als dysfunktional empfunden. Es ist dringend nötig, dass neue Governance-Ansätze im Gesundheitswesen entwickelt werden.

**Prof. Dr. Andréa Belliger** ist Prorektorin der Pädagogischen Hochschule Luzern und Co-Leiterin des Instituts für Kommunikation und Führung. Das Institut bietet Zertifikatskurse an, unter anderem auch zum Thema eHealth und digitale Gesundheit. Infos unter: [www.ikf.ch](http://www.ikf.ch)



Rund jeder zehnte Reha-Patient aus der Region Basel lässt sich in Deutschland behandeln. Diese Zahl könnte sich erhöhen, wenn die geplante Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die politischen Hürden geschafft hat. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und dem Landkreis Lörrach hat Potenzial.

Von Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger

# Grenzüberschreitende Gesundheit

**I**n wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Belangen wird in der Dreiländereck-Region zwischen den grenznahen schweizerischen und deutschen Gemeinden bereits eng zusammengearbeitet. Diese Vision des lockeren Grenzüberschreitens wird von den verantwortlichen Akteuren der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft, des Landkreises Lörrach, des Sozialministeriums Baden-Württemberg sowie des Bundesministeriums für Gesundheit in Berlin auch für das Gesundheitswesen im Dreiländereck geteilt.

Um die Auswirkungen einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen der Schweiz und Deutschland konkret zu prüfen, wurde 2007 das zeitlich befristete binationale Pilotprojekt «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen», kurz «Grüz», lanciert. Sowohl deutsche wie schweizerische Krankenversicherer sowie Kliniken der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und des Landkreises Lörrach können am Projekt teilnehmen.

Die Schweizer Krankenversicherungs-Gesetzgebung geht im Grundsatz vom Territorialitätsprinzip aus. Das war bis vor kurzem auch in Deutschland der Fall. Jedoch sorgten gesetzliche Anpassungen für eine unbeschränkte Aufhebung dieses Prinzips. Die Schweiz wurde also im deutschen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bezüglich Auslandsbehandlungen den übrigen EU-Staaten gleichgestellt. So sind Behandlungen von deutschen Patientinnen und Patienten in der Schweiz unabhängig vom Pilotprojekt «Grüz» möglich. Das Universitätsspital Basel behandelt denn auch eine namhafte Anzahl von Patientinnen und Patienten aus Deutschland. In der Schweiz hingegen erlaubte Art. 36a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) ab 2006 lediglich die Durchführung von Pilot-

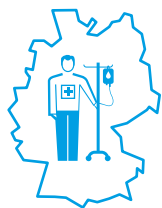
projekten, die auf vier Jahre befristet waren, mit der Möglichkeit, diese um weitere vier Jahre zu verlängern. Inzwischen wurde die Verordnung entsprechend ergänzt, und Pilotprojekte konnten zweimal um vier Jahre verlängert werden. Nach dieser zweiten Verlängerungsphase, die bis Ende 2018 dauert, soll die Möglichkeit der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit definitiv in der schweizerischen Gesetzgebung verankert werden. Ein entsprechender Antrag des Bundesrates wurde 2015 an das Parlament überwiesen.

## Akzeptanz und Befürwortung

Die unbefristete Verankerung des grenzüberschreitenden Leistungsbezugs in grenznahen Gebieten wie dem Raum Basel ist von grosser Bedeutung, zeigte doch das Pilotprojekt in den vergangenen Jahren, dass in der Bevölkerung mit breiter Akzeptanz und Befürwortung zu rechnen ist.

So haben in den letzten fünf Jahren im Schnitt rund 230 Patientinnen und Patienten aus den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft von der Möglichkeit, sich in Deutschland behandeln zu lassen, Gebrauch gemacht. Bei rund 100 000 stationären Spitalbehandlungen in beiden Kantonen stellt das grenzüberschreitende Angebot eine wohnortsnahe Ergänzung und Alternative zum inländischen Angebot dar. Insbesondere die orthopädische Rehabilitation wird gerne in Anspruch genommen. Denn es hat sich gezeigt, dass grosse Preisdifferenzen zwischen der Schweiz und Deutschland bestehen, bei vergleichbarer Behandlungsqualität und hoher Patientenzufriedenheit. Eine eigentliche Win-win-Situation: Während in der Schweiz relativ wenig Rehabilitationsangebote bestehen, sind in Deutschland Kapazitäten vorhanden.

Um das Potenzial in den grenzüberschreitenden Behandlungen weiter erschliessen zu können, sind alle Akteure gefragt, insbesondere die Kliniken, Versicherer und Zuweiser, die sich aktiv für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit einsetzen und von den entsprechenden Kooperationen profitieren können. Und es braucht vor allem eins: Planungssicherheit. Während Deutschland von Anfang an eine dauerhafte gesetzliche Lösung geschaffen hat, muss nun auch in der Schweiz eine definitive Gesetzesgrundlage gefunden werden. Die gesetzliche Anpassung in der Schweiz wird jedenfalls von den Trägern des Pilotprojekts lebhaft unterstützt.



Jährlich haben sich im Schnitt rund  
**230 Patientinnen  
und Patienten** aus den Kantonen  
Basel-Stadt und -Landschaft  
in Deutschland behandeln lassen.

**Dr. Lukas Engelberger** ist Regierungsrat und Vorsteher des Gesundheitsdepartements Kanton Basel-Stadt.

Mit unermüdlichem Erfindergeist bietet die Brauerei Locher in Appenzell den Grossen die Stirn. Dabei war die Aufhebung des Bierkartells 1992 existenzbedrohend. Ein Lehrstück, wie offene Grenzen Qualität und Vielfalt fördern.

Von Manuela Specker

## Dank Qualität ein Exportschlager



**W**enn Karl Locher, der Mitinhaber der gleichnamigen Brauerei, von Grenzen spricht, meint er explizit die Kantonsgrenzen. Es ist nämlich noch nicht lange her, dass diese eine grosse Rolle spielten: Das damalige Bierkartell der Schweizer Brauereien regelte bis ins letzte Detail den Schweizer Biermarkt. Jeder Brauerei waren exklusiv Absatzgebiete zugeteilt, die Verpackung folgte bestimmten Normen. Ab 1992 wehte ein anderer Wind: Das Bierkartell wurde aufgehoben. Fortan sollte der freie Markt entscheiden, welche Brauereien sich mit ihren Produkten durchsetzen.

Karl Locher kann sich an diesen Moment erinnern, als ob es gestern gewesen wäre. «Bereits in der ersten Woche nach dem Fall des Bierkartells standen Aussendienstmitarbeitende grosser Brauereien in unserem Gebiet, um uns Kunden abzujagen.» Der Braumeister wusste: Jetzt geht es ums Überleben. Gerade mal zehn Personen arbeiteten damals für die Brauerei Locher in Appenzell, die sich nur auf ihre bestehenden Kunden konzentrieren konnte. Heute ist sie mit über 100 Mitarbeitenden eine mittelgrosse Brauerei und steiger-

te seit der Aufhebung des Bierkartells den Marktanteil von 0,1 Prozent auf 5 Prozent. Wie hat sie es geschafft, grossen Brauereien wie Carlsberg und Heineken die Stirn zu bieten? Indem sie von Beginn weg mutig auf Spezialitätenbiere, Regionalität und Qualität setzte.

Sie fing an, Biere zu kreieren, die es in der Schweiz bisher noch nicht gab. Es war dies der Startschuss zu mehr Vielfalt und Auswahl in einem Markt, der zu Zeiten des Kartells lediglich das «Schweizer Bier» kannte. Eine Zeit auch, in der Karl Locher sieben Tage die Woche von 5 Uhr morgens bis 23 Uhr nachts chrapfte. «Wir hatten keine grossen finanziellen Mittel.»

1996 übernahm Karl Locher zusammen mit seinem Cousin Raphael Locher in fünfter Generation das Zepher der Firma und trieb die Innovationen weiter voran. «Es war der einzige Weg, uns von den Grossen abzuheben.»

So war die Brauerei Locher die erste, welche ein naturtrübes Bier auf den Markt brachte. Die Konsumentinnen und Konsumenten waren sich solche Experimente nicht gewohnt. «Sie dachten zuerst, dass etwas mit dem Bier nicht stimme.» Es folgten andere Spezialitäten wie das Vollmondbier, das Hanfbier oder das Reisbier, um nur einige Beispiele zu nennen – die Brauerei hat heute rund 28 verschiedene Biere im Sortiment.

«Wir konnten rasch über die Grenze hinaus liefern», so Karl Locher. Will heissen: über die Grenzen des Kantons Appenzell Innerrhoden. Den Durchbruch zu nationaler Bekanntheit schaffte die Brauerei Locher mit dem «Quöllfrisch», das heute auch schweizweit in allen Coop-Filialen erhältlich ist. Der enorme Erfindergeist der Brauerei Locher ist ein Paradebeispiel dafür, dass die Marktliberalisierung eine grosse Chance darstellen kann und wie sich am Ende Qualität und Vielfalt durchsetzen. «Unter dem Kartell war das Bier marginalisiert», so Karl Locher. Heute beleben zahlreiche kleine und unabhängige Brauereien den Markt, und niemand spricht mehr vom «Schweizer Bier».

**«Unter dem Kartell war das Bier marginalisiert.»**

### In Kürze

- Das Bierkartell regelte bis 1992 den Schweizer Biermarkt.
- Nach dem Fall des Kartells mussten die Brauereien ums Überleben kämpfen.
- Innovation und Erfindergeist waren für kleine Brauereien zentral, um sich von den Grossen abzuheben.

**Karl Locher** (56) ist seit 1989 Mitinhaber und Delegierter der Geschäftsleitung der Brauerei Locher AG in Appenzell. Das Familienunternehmen wird seit 1886 von der Familie Locher geführt und braut bereits seit fünf Generationen Bier.



Heilbehandlung ist heute nur kassenpflichtig, wenn die Leistung in der Schweiz erbracht wird. So will es das im KVG-Artikel 34 festgeschriebene Territorialitätsprinzip. Allerdings kann die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) seit zehn Jahren im Rahmen von Pilotprojekten – u.a. im Raum Basel–Lörrach – die Kosten von medizinischen Behandlungen im grenznahen Ausland übernehmen. Jetzt will der Bundesrat diese Projekte dauerhaft weiterführen und neue Formen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit ermöglichen. Sinnvoll oder sinnlos? Preisüberwacher Stefan Meierhans und der ehemalige Krankenkassen-Ombudsmann Gebhard Eugster im Streitgespräch.

Interview: Patrick Rohr

## «Für einen hochkomplexen Eingriff ginge ich ins Ausland!»



**Gebhard Eugster** (links) ist Verfasser eines Standardwerks zur Krankenversicherung und war Gerichtsschreiber am Eidgenössischen Versicherungsgericht, bevor er 1993 Leiter der damals neu gegründeten Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung wurde. Von 1997 bis 2006 war er Ombudsmann der Krankenversicherer. Heute ist er als freier Berater tätig.

**Stefan Meierhans** (rechts) ist promovierter Jurist. Er arbeitete im Bundesamt für Justiz im Bereich Wirtschaftsprivatrecht, bevor er sich als Citizenship Lead bei Microsoft für das soziale Engagement des Unternehmens einsetzte. Seit 2008 ist er Preisüberwacher. Er lebt mit seiner Familie in Bern und kommt wie Gebhard Eugster aus Altstätten im St. Galler Rheintal.

**Patrick Rohr (PR): Gebhard Eugster, was ist Ihre Haltung zum Territorialitätsprinzip: aufweichen, abschaffen, beibehalten?**

**Gebhard Eugster (GE):** Eine Aufweichung des Artikels 34, wie sie im Moment zur Diskussion steht, ist meines Erachtens nicht notwendig. Das Pilotprojekt Basel–Lörrach hatte auf die Prämien keinen Einfluss, und die Nutzerzahlen sind in der Tendenz sogar rückläufig. Wenn man ein Gesetz ändern will, muss eine Notwendigkeit oder ein Bedürfnis bestehen. Und das ist hier nun wirklich nicht der Fall.

**PR: Stefan Meierhans, es besteht kein Bedarf, also braucht es auch keine Veränderung?**

**Stefan Meierhans (SM):** Die Gesundheitskosten haben sich in den letzten 20 Jahren, also seit das Krankenversicherungsgesetz in Kraft ist, verdoppelt. Sie sind doppelt so schnell gestiegen wie das Bruttoinlandsprodukt, sie sind fünfmal so schnell gestiegen wie die Löhne. Und die Kurve geht weiter nach oben. Da stellt sich doch die Frage: Wie viel Wettbewerb wollen wir im Gesundheitswesen haben, um den Kostendruck wenigstens ein bisschen zu dämpfen? Die Anbieter möchten den Wettbewerb in der Regel begrenzen, um höhere Preise durchsetzen zu können. Das kommt weder den Versicherten noch den Patienten zugute, es profitieren nur die Leistungserbringer.

**PR: Also Artikel 34 aufweichen, weil das mehr Wettbewerb und damit tiefere Preise bringt?**

**SM:** Richtig.

**PR: Ein nachvollziehbares Argument für eine Lockerung, Herr Eugster?**

**GE:** Mit dem Grundsatz bin ich einverstanden: Wir müssen etwas gegen die rasant steigenden Kosten tun. Aber eine Lockerung von Artikel 34 bringt nichts. Man kann den Wettbewerb zwischen ausländischen und schweizerischen Leistungserbringern nicht spielen lassen, weil man sehr unterschiedliche Lohnstrukturen hat. Das wäre ungesund und nicht sachgerecht! Beides geht nicht: schweizerische Löhne und gleichzeitig ausländische Preise. Alles kostet bei uns mehr, dafür sind auch die Löhne bei uns 50 Prozent höher als in Deutschland.

**SM:** Herr Eugster, wir verdienen jeden zweiten Franken im Export, obwohl unsere Exportindustrie in einem globalen Markt mitspielt und mit Ländern konkurriert, die noch viel tiefere Lohn- und andere Kosten haben. Peter Spuhler mit seiner Stadler Rail im Thurgau weiss genau: Wenn ich in der Ukraine oder in Polen aktiv sein will, dann muss ich mich entsprechend auf-



stellen – egal, wie hoch die Miete für mein Werk in Bussnang ist, egal, wie hoch die Löhne im Thurgau sind. Ich muss einfach besser sein, effizienter, um konkurrenzfähig zu bleiben.

**GE:** Die Leistungsfähigkeit unserer Wirtschaft verdient Respekt, aber man soll doch nicht ohne Not Geld, das hier Steuern und Sozialversicherungsbeiträge generiert, ins Ausland transferieren, wie es gerade zum Beispiel im Detailhandel passiert.

**SM:** Jetzt muss ich aber aufräumen mit dieser Lohndiskussion! Es ist nur die Hälfte der Wahrheit, wenn man die Nettolöhne in der Schweiz mit Deutschland oder Frankreich vergleicht. Ein paar Beispiele: Wir haben eine 42-Stunden-Woche, Frankreich hat immer noch die 35-Stunden-Woche. Das heisst, wir arbeiten pro Woche einen Tag mehr als die Franzosen. Einen Tag! Das ist viel! Mutterschaftsurlaub: bei uns 14 Wochen, im Ausland bis zu 12 Monate! Das muss irgendwie finanziert werden. Krankenkasse: In Deutschland oder in Frankreich wird sie direkt vom Lohn abgezogen, bei uns geht sie vom Nettolohn weg. Natürlich ist das frei verfügbare Einkommen bei uns höher – aber wir arbeiten auch mehr dafür.

**GE:** Und weil die Arbeitsproduktivität in der Schweiz höher ist, soll es gerechtfertigt sein, dass wir medizinische Produkte und Dienstleistungen zu günstigeren Preisen im Ausland einkaufen? Das verstehe ich nicht.





**«Die reine Möglichkeit, die Behandlung im Ausland zu beziehen, würde die inländischen Anbieter zu erhöhter Effizienz animieren und damit zu günstigeren Preisen in der Schweiz führen.»**

Stefan Meierhans

**jenen im grenznahen Ausland gar nicht konkurrenzfähig sind.**

SM: Das Schweizer System würde in einem ersten Schritt ja gar nicht tangiert. Es geht einfach darum, dass man sich – freiwillig! – im Ausland versorgen lassen kann und dass das von den Schweizer Krankenkassen vergütet wird. Das wäre

vielleicht der Anstoss zu einem langsamen Entwicklungsprozess, der möglicherweise die notwendige Strukturereinigung im Gesundheitswesen beschleunigen würde. Die reine Möglichkeit, die Behandlung im Ausland zu beziehen, würde die inländischen Anbieter zu erhöhter Effizienz animieren und damit zu günstigeren Preisen in der Schweiz führen. Profitieren würden also alle Prämienzahler, auch wenn sie ihre Behandlung gar nicht im Ausland beziehen.

Aber noch etwas: Viele Schweizer haben das Gefühl, wir hätten das beste Gesundheitswesen auf der Welt. Es gibt unabhängige Benchmarks, von der OECD zum Beispiel, die besagen, dass wir nach den Amerikanern zwar am meisten bezahlen, aber in der Qualität nur im Mittelfeld sind. Wir sind nicht besser. Ganz ehrlich: Einen hochkomplexen Eingriff liesse ich vielleicht auch im Ausland machen, weil dort unter Umständen die Fallzahlen höher sind. Je höher die Fallzahlen, desto besser die Qualität. Im kleinräumigen Schweizer System kommen wir einfach nicht bei allen Eingriffen auf die notwendigen Fallzahlen. Und darunter leidet die Qualität.

**PR: Das würde für eine Auflockerung sprechen, Herr Eugster! Ich könnte zu einem Arzt in Baden-Württemberg gehen, von dem ich weiss, dass er mein Leiden schon hundertmal operiert hat. Das ist doch besser als ein Arzt in der Schweiz, der das erst zwei-, dreimal gemacht hat?**

GE: Es ist richtig, die Fallzahlen sind entscheidend für die Qualität. Vorausgesetzt, dass diese Konzentration im grenznahen Ausland vorhanden wäre, wäre sie tatsächlich ein Argument dafür. Ich bezweifle aber, dass das so ist. Aber es gibt noch einen anderen Punkt: Die grenzüberschreitenden Patientensprünge sind marginal, das belegen zum Beispiel Zahlen aus Deutschland, wo Patienten schon heute uneingeschränkt ins europäische Ausland können. Warum? Die Patienten haben keinen Profit davon, ihnen selber bringt es monetär nichts. Kommt dazu, dass man gerne in der Nähe der Angehörigen und des Arbeitsplatzes hospitalisiert sein möchte.

Und schliesslich ist es sehr schwierig, im Einzelfall die Qualität und die Zweckmässigkeit eines Eingriffs zu überprüfen. Wir haben es da mit Behandlungsverträgen zu tun, die im Ausland geschlossen werden. Das Verhältnis zwischen Patient und Leistungserbringer wird also – privatrechtlich und zivilrechtlich – nach ausländischem Recht abgewickelt. Im Falle eines Versicherungsstreits würde das ziemlich kompliziert.

**PR: Mit der Auflockerung des Territorialitätsprinzips würde man also ein bürokratisches Monster schaffen, Herr Meierhans?**

SM: Es gäbe ja nicht gerade eine Lawine! Aber ja, solche Fragen stellen sich tatsächlich. Doch man müsste jetzt halt mal Schritt für Schritt ausprobieren können. Wer schon am Fuss des Bergs aufgibt und sagt, hier kommen wir sowieso nie rauf, der wird auch nie einen Berg besteigen. Und noch ein Wort zur Qualitätskontrolle: Es gibt international verbindliche Qualitätsstandards, und gerade in der Qualitätsmessung ist zum Beispiel Deutschland viel weiter fortgeschritten als wir. Bei uns ist sie zwar im KVG vorgeschrieben, aber leider ist sie immer noch toter Buchstabe.

**PR: Aber stellen wir uns das praktisch vor: Der zuweisende Arzt wäre in der Schweiz, der behandelnde Arzt in Freiburg im Breisgau oder in der Nähe von Mailand – wäre das überhaupt praktikabel?**

SM: Fragen Sie mal einen Tessiner: Wenn er ein schwieriges Problem hat, kommt er ins Unispital Zürich. Da spricht man eine andere Sprache...

**«Man kann den Wettbewerb zwischen ausländischen und schweizerischen Leistungserbringern nicht spielen lassen, weil man sehr unterschiedliche Lohnstrukturen hat.»**

Gebhard Eugster



Patrick Rohr ist Journalist, Fotograf und Kommunikationsberater. Nach 15 Jahren als Moderator und Redaktor beim Schweizer Fernsehen (u.a. «Arena» und «Quer») hat er sich 2007 mit einer Firma für Kommunikationstrainings und Medienproduktionen selbstständig gemacht.

**PR: ...aber man ist im gleichen Land, hat die gleichen Gesetze...**

SM: Gut, Italien ist vielleicht nicht das allerbeste Beispiel, wenn wir von den öffentlichen Spitälern reden. Aber es gibt gerade in der Lombardei hervorragende Privatkliniken, und je nachdem, wie man das Gesetz ausgestaltet, gäbe es da durchaus valable Optionen.

GE: Dann käme es aber noch drauf an, was der Kanton macht. Im Moment haben wir im stationären Bereich eine Dualfinanzierung: 55 Prozent bezahlt der Kanton, 45 Prozent die Kassen. Im Pilotprojekt in Basel hat der Kanton seinen Teil freiwillig auch im Ausland übernommen, aber wenn der Kanton nicht will, dann ist die ganze Attraktivität dahin. Und ich bin überzeugt, dass sich die Kantone das zweimal überlegen werden. Denn erstens sind sie Spitaleigentümer. Und zweitens werden sie sich fragen, ob sie tatsächlich Steuergelder ins Ausland transferieren und damit ausländische Kliniken finanzieren wollen. Ich stelle mir vor, dass es schwierig sein dürfte, das dem Bürger zu erklären.

**PR: Herr Eugster, für Sie gibt es also abschliessend keine guten Gründe für eine Lockerung des Territorialitätsprinzips?**

GE: Natürlich wäre es sinnvoll, wenn nicht jedes Land für sich die Bewertung von neuen medizinischen Technologien vornehmen würde, sondern wenn man das zentralisieren würde. Und ich biete auch Hand für andere grenzüberschreitende projektbezogene Lösungen, auch solche, die über Artikel 34 hinausgehen. Zum Beispiel im Bereich der Orphan Diseases, der seltenen Krankheiten: Wenn sich eine solche in Frankreich besser behandeln lässt als in der Schweiz, dann muss diese Behandlung möglich sein. Und sicher ist auch im Bereich der Weiterbildung eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit sinnvoll.

**PR: Sie, Herr Meierhans, würden aber noch viel weiter gehen und das Territorialitätsprinzip ganz aufheben?**

SM: Ja, weil ich der Meinung bin, dass mehr Wettbewerb bessere Leistungen, mehr Innovation und tiefere Preise bringt. Ich finde, man muss wegkommen vom nationalen und kantonalen Denken und in grösseren Räumen denken. Es gibt ein Zauberwort, es heisst «potenzieller Wettbewerb». Allein schon der Wettbewerbsdruck drückt auf die Preise, allein schon die Möglichkeit, dass die Patienten weggehen könnten, führt bei den Spitälern zu einem Umdenken.

GE: Einen solchen Anfangseffekt würde ich nicht ausschliessen, aber ich bezweifle, ob er wirklich anhalten würde und nachhaltig wäre. Wir wissen ja, wie die Menschen sind...



In der Schweiz gilt mit wenigen Ausnahmen: Behandlungen werden nur bezahlt, wenn sie hier erbracht werden. Martin Eberhard liess einen seltenen Eingriff trotzdem im Ausland durchführen. Er bereut seinen Entscheid keine Sekunde.

Von Judith Dissler

# Qualität macht vor Grenzen nicht halt

**B**evor Martin Eberhard mit seiner Diagnose eines gutartigen Tumors im Hirn konfrontiert wurde, war er überzeugt, dass die Schweizer Leistungserbringer weltweit die besten Behandlungen anbieten. Seine Erkrankung (Akustikusneurinom) belehrte ihn eines Besseren: «Im Schweizer Spital wurde mir transparent erklärt, dass eine Behandlung des gutartigen Tumors zwar möglich sei, jedoch keine Garantie bestehe, dass dieser vollständig entfernt werden kann und mein Gehör nicht noch weiter geschädigt wird», erinnert er sich. Diese Information nahm der Zürcher mit gemischten Gefühlen entgegen. Darum informierte er sich zusätzlich im Internet über seine Diagnose. Dort erfuhr er aus verlässlicher Quelle, dass es im Ausland Kliniken gibt, die solche Tumore vollständig entfernen können.

## Dank Forum auf Tübingen gestossen

Die Webseite der Interessengemeinschaft Akustikusneurinom (IGAN), ein 2007 gegründetes, länderübergreifendes Projekt der Guido-Fluri-Stiftung, öffnete ihm die Augen. Im dazugehörigen Forum tauschen sich Betroffene aus Österreich, Deutschland und der Schweiz über die seltene Erkrankung an der Schädelbasis aus. Durch die zahlreichen Gespräche wurde ihm bewusst, dass eine Operation in Tübingen der richtige Weg für ihn ist: «Wegen der höheren Fallzahlen und eines spezialisierten Teams schien mir die Behandlung erfolgversprechender», so Martin Eberhard.

Nach einem Beratungsgespräch mit dem zuständigen Professor stand für ihn fest: «Die Ergebnisqualität in Tübingen war überzeugend. Obwohl auch hier das Risiko bestand, dass mein Gehör geschädigt wird, konnte man mir garantieren, dass der ganze Tumor vollständig entfernt werden kann.»

## Erfreuliches Behandlungsergebnis

Bereits einen Monat nachdem er sich für Tübingen entschieden hatte, konnte er sich dort der Behandlung unterziehen. Das Ergebnis war wie erwartet: Der Tumor konnte vollständig entfernt werden, das Gehör war leider geschädigt – dieses Risiko hätte auch im

Schweizer Spital bestanden, wäre dort aber mit dem zusätzlichen Risiko verbunden gewesen, dass Reste des Tumors im Körper zurückbleiben.

Da es sich um einen seltenen Eingriff handelte, war die Routine der operierenden Ärzte ein entscheidender Erfolgsfaktor, um den Tumor vollständig zu entfernen. Diese Überlegungen waren für Eberhard zentral, sich für die Operation im Ausland zu entscheiden. Ihm war klar, dass in der Schweiz viel weniger Personen operiert werden und dadurch die Fallzahlen pro Arzt viel tiefer sind. Das ist fast zwangsläufig mit weniger Routine und einem schlechteren Ergebnis verbunden.

## Territorialitätsprinzip als Hürde

Schon vor der Operation in Tübingen machte sich Eberhard über seine Krankenversicherung kundig, ob diese die Kosten der OP trägt. Eine Kostenübernahme aus der Grundversicherung wurde jedoch abgelehnt. Denn in der Schweiz gilt das Territorialitätsprinzip (Art. 34 KVG). Es besagt, dass die Grundversicherung nur in Ausnahmefällen Kosten für Behandlungen im Ausland übernehmen darf. Qualitäts- oder Preisüberlegungen spielen keine Rolle. «Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen lehnte die Versicherung die Kostenübernahme ab. Damals fiel es mir schwer, diese Entscheidung zu akzeptieren. Denn die OP in Tübingen kostete rund 20 000 Euro – ein wirtschaftlicherer Preis als in der Schweiz. Zudem war das Ergebnis viel besser und somit auch wirksamer als in der Schweiz», erklärt Eberhard, der sich lange und intensiv mit seinem Fall und der Diagnose beschäftigte.

Martin Eberhard konnte mithilfe seiner Eltern die Kosten für die Operation in Deutschland aufbringen. «Ich hatte das Glück, wählen zu können. Nicht alle Betroffenen, die ich im Forum traf, können sich für die bestmögliche Behandlung entscheiden. Wenn die finanziellen Mittel nicht zur Verfügung stehen, ist die Operation mit weniger Erfolgchancen in der Schweiz die einzige Option.»

**«Das Ergebnis steht bei einem solchen Eingriff im Vordergrund.»**



Akustikusneurinom – gutartiger Tumor, der von Bindegewebszellen des Hör- und Gleichgewichts nervs ausgeht (Nervus vestibularis).

## Alles wieder genau so machen

Das stimmt ihn nachdenklich. Aber er würde genau gleich vorgehen wie damals im Jahr 2009. «Das Ergebnis steht bei einem solchen Eingriff im Vordergrund. Die Nähe zur Familie ist zweitrangig. Ich wollte die bestmögliche Behandlung, mit dem bestmöglichen Resultat. Dafür nahm ich die Reise und die Kosten von 20 000 Euro auf mich.»

Dank dem Einsatz der Guido-Fluri-Stiftung operiert heute ein erfahrener Schädelbasischirurg in Luzern. Mittlerweile könnte sich also Martin Eberhard in der Schweiz durch einen erfahrenen Arzt mit der ähnlichen Ergebnisqualität wie damals in Tübingen operieren lassen. Da die Leistung in der Schweiz erbracht wird, würde die Versicherung die Operation zahlen.

Martin Eberhard hat durch seine Erfahrungen seinen Eindruck vom Schweizer Gesundheitswesen revidieren müssen. «Wir haben in der Schweiz eine sehr gute Versorgung und hochstehende Medizin. Für spezialisierte Eingriffe gibt es aber auch in Eu-

ropa sehr gute Zentren. Mir wurde klar, dass gerade bei solchen Eingriffen die Fallzahl eine direkte Auswirkung auf die Qualität hat.» Auch für weitere Eingriffe wird er sich künftig genau informieren und vergleichen. Aus seiner Sicht sollte eine Grundversicherung nicht nur Leistungen zahlen, die in der Schweiz erbracht werden. Viel wichtiger sind eine gute Ergebnisqualität und der Preis der erbrachten Leistung, unabhängig vom Ort – denn Qualität macht vor Grenzen nicht halt.

**Martin Eberhard** (52) lebt in Thalwil. Das Forum Akustikusneurinom der Interessengemeinschaft Akustikusneurinom (IGAN) war zentral für seine Entscheidung, den gutartigen Tumor in Tübingen, Deutschland, operieren zu lassen. IGAN ist ein Projekt der Guido-Fluri-Stiftung. Mehr Infos unter: [www.akustikusneurinom.info](http://www.akustikusneurinom.info)

## In Kürze

- Die Grundversicherung zahlt nur Leistungen, die in der Schweiz erbracht werden.
- Die Ergebnisqualität wird im Vergleich mit Leistungen aus dem Ausland nicht beachtet.
- Martin Eberhard würde auch heute alles wieder genau so machen.



# Beim Patienten ist kein Markt



**Beda M. Stadler**, geboren 1950 in Visp (VS), ist emeritierter Professor und war Direktor des Instituts für Immunologie an der Universität Bern. Er ist bekannt für seine bissigen Aussagen zu medizinischen sowie gesundheits- und gesellschaftspolitischen Themen.

**D**as Territorialitätsprinzip im KVG wird zu Recht von vielen Bürgern etwa so belächelt wie die einstigen Brückenzölle der Eidgenossen. Wenn ich in den USA in einem Warenhaus selber eine spottbillige Packung Aspirin aus dem Gestell nehme, weiss ich nicht, ob ich lachen oder heulen soll. Ähnlich ergeht es wahrscheinlich vielen Auslandsreisenden beim Kauf von Medikamenten, und man fragt sich, weshalb der Gesetzgeber die Preise einer einzelnen Branche dermassen schützt. Es mag einst für dieses Gesetz Gründe gegeben haben, aber die Zeiten haben sich geändert, und wir leben einen anderen Zeitgeist.

Den technischen Fortschritt kann man sich gut vor Augen führen, bedenkt man, dass zwischen dem ersten Flug des Menschen und dem ersten Schritt auf dem Mond bloss 66 Jahre vergingen. Der medizinische Fortschritt ist allerdings für die meisten Mitmenschen bereits nicht mehr derart einfach absehbar. Kompliziert wird es zudem, wenn man den sozialen Fortschritt mit einbezieht. Selbstverständlich glaubt fast niemand mehr an einen bösen Blick, der Krankheiten überträgt, oder an Geister und Hexen, die uns krank machen. Die Gewissheit, dass Homosexualität eine echte Identität und keine Krankheit ist, verdanken wir allerdings dem sozialen Fortschritt und nicht der Medizin. Das ist für einige Mitmenschen leider noch gewöhnungsbedürftig.

Das Territorialitätsprinzip ist also ein alter Zopf, der unserem Zeitgeist nicht mehr entspricht. Wer allerdings glaubt, dass unser Gesundheitssystem einen Markt darstellt, für den sind solche Gesetze natürlich eine Verlockung, um diesen angeblichen Markt zu verzerren. Kranken Mitmenschen hilft man nicht mit Protektionismus, sondern mit Solidarität. Dies bedeutet faire Preise und die bestmögliche Behandlung. Das grösste Solidaritätspotenzial liegt somit beim sozialen Fortschritt, der Erkenntnis nämlich, dass absurde Ideen heilbar sind. Nicht die Schwulen und Lesben mussten geheilt werden, sondern die Verrücktheit der Menschen, die glaubten, es handle sich um eine Krankheit.

Die Aufklärung hat damals die Grundlage für eine moderne Medizin geschaffen. Es bleibt aber weiterhin ein Kampf gegen Aberglauben und irrationales Gedankengut, welche dem neuen Zeitgeist noch im Weg stehen. Persönlich wollte ich einen kleinen Beitrag leisten, indem ich mich selber von der Religion geheilt habe. Seither erwarte ich eben auch vom Gesetzgeber, dass er sich nicht von irrationalem Gedankengut leiten lässt. Patienten haben nämlich kein Preisschild!

**«Das grösste Solidaritätspotenzial liegt beim sozialen Fortschritt, die Erkenntnis nämlich, dass absurde Ideen heilbar sind.»**

Für eine optimale Gesundheitsversorgung braucht es Mobilität und Wahlfreiheit. Doch in vielen Regionen der Welt sind wirksame Behandlungen nicht verfügbar.

Von Dr. Heidi Kaspar

## Medizintourismus: Warum sind wir mobil?

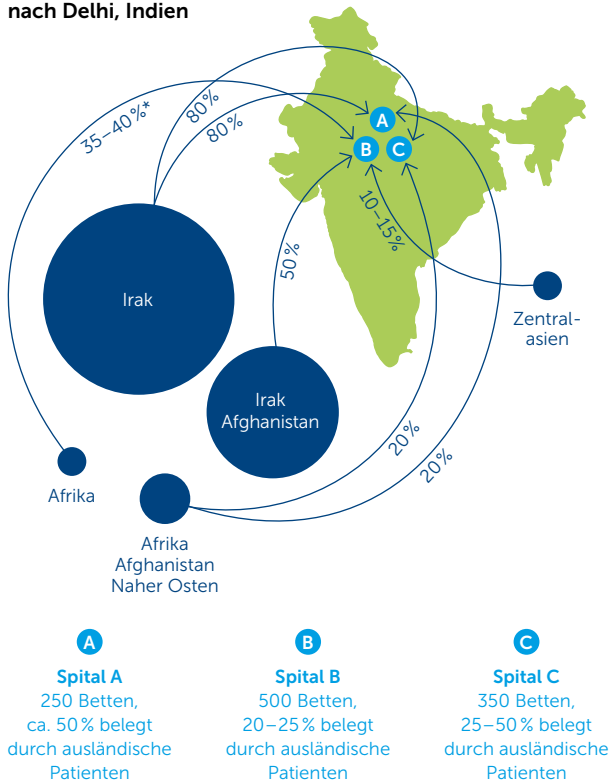
**D**as Territorialitätsprinzip setzt Patientinnen und Patienten in ihrer Wahlfreiheit von Gesundheitsanbietern geographische Grenzen. Warum eigentlich? Wir sind es längst gewohnt, dass Konsumgüter global nachgefragt, zusammengestellt und geliefert werden. Zum Einkaufen fahren immer mehr Schweizer nach Deutschland. Weshalb nicht auch zur Ärztin?

Gesundheitsversorgung ist kein Konsumgut wie Kaffee, sondern eine personenbezogene Dienstleistung. Sie wird gleichzeitig mit der Erbringung «konsumiert» und erfordert daher Ko-Präsenz<sup>1</sup>. In den USA feierten die Medien zu Beginn des neuen Jahrtausends

den Medizintourismus als grosse gesundheitsversorgende Innovation. Im Land mit dem weltweit teuersten Gesundheitssystem erhoffte man sich massive Kosteneinsparungen, wenn Patientinnen zur Behandlung in Billiglohnländer wie Mexiko oder Indien reisten. Durchgesetzt hat sich der Medizintourismus bisher nicht: Es mangelt an Vertrauen in den Anbieter. Indien assoziiert man hierzulande mit Armut, Unordnung und Unrat – weit entfernt von erstklassiger Medizin und internationalen Hygienestandards. In Nigeria oder Afghanistan hingegen gilt Indien nicht nur als geschäftstüchtig, sondern auch als fortschrittlich. Seit einigen Jahren reisen Menschen aus diesen Regionen für Behandlungen von Krebs, Organversagen und Unfruchtbarkeit nach Indien – mit steigender Tendenz.

Doch nicht die Attraktivität Indiens, sondern die beträchtliche Unzulänglichkeit der Versorgung im Heimatland versetzt die Menschen in Bewegung. Veraltete Expertise und Technologie, notorisch fehlendes Material, unzuverlässige Medikamente und weit verbreitete Korruption sind in vielen Ländern des globalen Südens traurige Konstanten. Entsprechend verspätet und verzweifelt erreichen viele ausländische Patientinnen Indien. Sie nehmen nicht nur eine lange Reise in Kauf, sondern vertrauen sich Ärztinnen und Pflegern an, deren Sprache sie nicht verstehen.<sup>2</sup> Sie liefern ihr Wohlergehen weitgehend Übersetzern und Vermittlerinnen aus, die mitunter fragwürdigen Anreizen unterworfen sind. Patientinnen und Patienten, die in Indien ankommen, haben erhebliche Bedenken in den Wind geschlagen – weil zu Hause bleiben noch viel bedenklicher ist. Bewegungsfreiheit gilt als wichtige Errungenschaft unserer Zeit. In der Gesundheitsversorgung jedoch ist die Möglichkeit, zu Hause zu bleiben, um wirksam behandelt zu werden, eine grosse Errungenschaft.

### Patientenbewegungen nach Delhi, Indien



Quelle: Die Zahlen basieren auf im Jahr 2014 geführten Interviews mit Fachpersonen aus der Medizin, Pflege, Administration und dem Management in drei der für den Medizintourismus bedeutendsten Krankenhäusern der Region.

\*Herkunftsländer der ausländischen Patienten (in % an allen ausländischen Patienten)

**Dr. Heidi Kaspar** ist Senior Researcher bei Careum Forschung/Kalaidos Fachhochschule, Departement Gesundheit, und am Geographischen Institut der Universität Zürich. Sie leitete das vom SNF finanzierte Forschungsprojekt «Emotional Geographies of International Medical Travel to India» (2013–2015).

<sup>1</sup> Madörin, Mascha (2010): Care Ökonomie – eine Herausforderung für die Wirtschaftswissenschaften. In: Christine Bauhardt und Gülay Çağlar (Hg.): Gender and Economics. Feministische Kritik der politischen Ökonomie. Wiesbaden: VS Verlag, S. 81–104.

<sup>2</sup> Kaspar, Heidi (2015): Language barriers. A challenge for optimal health care abroad? In: International Medical Travel Journal. Online verfügbar unter [www.imtj.com/articles/2015/language-a-challenge-for-healthcare-abroad-40193](http://www.imtj.com/articles/2015/language-a-challenge-for-healthcare-abroad-40193).



## Qualität zahlt sich aus

Eine tolle internationale Konkurrenz heute. Alles Spitzenleute. Aber die putzen wir locker weg – qualitativ hochstehendes Training zahlt sich eben aus!

## Träge Masse

Bin ja sonst im Vergleich zur breiten Masse sehr agil. Aber heute? Träge – und Haxen wie Kaugummi. Bloss schnell und schmerzlos ins Ziel. Resultat, Ehre? Ist mir doch wurscht.

## Wer nicht vergleicht, ist selber schuld

Was, die deutsche Konkurrenz hat bessere Skates – und erst noch günstiger? Wir sollten wohl künftig auch mehrere Anbieter prüfen, um Topmaterial zu haben. Selber schuld, wer stets zum erstbesten Händler rennt.