

Das Gesundheitswesen gehört allen. Alle sind verantwortlich, es zu gestalten.

Manifest der Akademie Menschenmedizin (amm)

Im Sinne eines menschengerechten, solidarischen und bezahlbaren Gesundheitswesens sieht die amm dringenden Handlungsbedarf und stellt dreizehn Forderungen für grundlegende Richtungsänderungen.

Die eigentliche Krise moderner Gesundheitssysteme ist nicht finanziellen, sondern geistigen Ursprungs: Dementsprechend gewinnt das Menschenbild, das eine Gesellschaft und ihr Gesundheitswesen ihrem Handeln zugrunde legt, an Bedeutung.

(Auszug aus dem Buch *Menschenmedizin*, 2006)

Das heutige Gesundheitswesen basiert auf Werten und Handlungsweisen der Finanzwirtschaft und der Industrie. Es wird jedoch zunehmend deutlich, dass das ein Irrtum ist. Keines der drei Versprechen dieses Vorgehens wurde erfüllt: Kostendämpfung, Transparenz, Qualitätssteigerung. Ganz im Gegenteil: Gravierende Systemfehler mit Fehlanreizen und Fehlentwicklungen waren die Folge. Die Kommerzialisierung ist gescheitert und das Missverständnis, Kranksein könne als Markt verstanden und organisiert werden, ist eine frappante Folge dieses gescheiterten Versuchs einer Neuorganisation des Finanzierungssystems. Der Gesundheitsmarkt fördert einen Pseudowettbewerb für Wertschöpfung statt für Wohlergehen. Durch diese Fehlkonzeption werden Gesundheitsfachpersonen gezwungen, nicht mehr das Wohlergehen der Patient:innen, sondern kommerzielle Erwägungen ins Zentrum ihrer Arbeit zu stellen. Ein Grossteil der in diesem Manifest kritisierten Missstände und Fehlanreize sind direkt oder mittelbar auf diesen Kardinalfehler zurückzuführen.

Wir alle sind verantwortlich, das Gesundheitswesen zu gestalten. Es liegt auch an uns als Patient:innen, Verantwortung zu übernehmen und unsere Erwartungen und Forderungen zu reflektieren.

1

Bedarfsgerechte und kostengünstige Ausbildung von Mediziner:innen

- **Wir fordern** eine Anpassung der rechtlichen Grundlagen, um das enorme finanzielle Engagement von Bund und Kantonen für die Humanmedizin effektiv auf die Grundversorgung und die gemäss WHO und OECD prioritären Gesundheitsprobleme auszurichten. Zudem sind finanzielle Lenkungsmaßnahmen einzuführen, um eine bedarfsgerechte Krankenversorgung zu erreichen:

a) Durch eine Rückzahlungspflicht, wenn Absolvierende nicht in die Versorgung gehen oder in den ersten drei Jahren in Tätigkeiten ohne Patientenversorgung wechseln.

b) Durch Transferzahlungen der neuen Arbeitgeber für die geleisteten Aus- und Weiterbildungskosten, wenn Ärzt:innen von öffentlichen Spitälern zu Privatspitälern wechseln.

Mehr Studienplätze für die Humanmedizin und eine Aufhebung der Zulassung werden immer wieder gefordert, um genug Ärzt:innen in der Schweiz zu haben. Allerdings wurden die Studienplätze seit Einführung des Numerus Clausus (NC) 1998 bereits verdreifacht.

Der Mangel hat andere Ursachen, nämlich: fragwürdige Selektion, immense Kosten und 1/3 Aussteiger:innen.

Obschon das aktuelle System im Hinblick auf die Sicherung der Grundversorgung und die Bewältigung chronischer Leiden versagt, geben Bund und Kantone pro Jahr 1.8 Milliarden für Aus- und Weiterbildung in der Humanmedizin aus – der Gegenwert für die Bevölkerung stimmt längst nicht mehr.

Um zu verhindern, dass viel zu viele junge Schweizer Ärzt:innen in die Forschung oder patientenferne Tätigkeiten abwandern, sind Anpassungen im Medizinalberufegesetz und seinen Verordnungen, im Lernzielkatalog sowie in der Interkantonalen Universitätsvereinbarung (IUV) zwingend.

Die Zulassung muss durch Verfahren erfolgen, die auch prüfen, ob die zukünftigen Ärzt:innen geeignet sind für die Arbeit mit Menschen, insb. für Beratung und Gesprächsführung sowie *Medical Humanities*. Für die Weiterbildung müssen jene Institutionen deutlich mehr Ressourcen erhalten, die als Lernorte in der Praxis ein begleitetes, strukturiertes Curriculum anbieten und in interprofessionell arbeitenden Organisationen tatsächlich Grundversorgende ausbilden.

Als Gegenwert für die enormen öffentlichen Subventionen muss nach Studienabschluss eine Verpflichtung zu einer Tätigkeit in der Versorgung von Patient:innen eingeführt werden.

Privatspitäler dürfen nicht als Trittbrettfahrer kostenlos von durch Steuergeld langjährig ausgebildetem medizinischem Personal profitieren. Eine in Gesundheitsinstitutionen faire und gut etablierte Lösung bietet sich in Analogie zur Ausbildungsverpflichtung bei einem Dutzend anderer Gesundheitsberufe mit einem Bonus-Malus-System an.

2.

Bildungsinvestitionen: Potenziale der neuen Berufsbilder und Funktionen nutzen

Wir fordern eine Anpassung des KVG und seiner Verordnungen, um die Bildungsinvestitionen und die Qualifikationen der Professionals in der Grundversorgung und in der klinischen Praxis nutzen zu können. Der Geltungsbereich muss neu festgelegt werden, sodass bei Angestelltenverhältnissen unterschieden wird zwischen Übertragung an selbstverantwortlich tätige Fachpersonen mit Masterabschluss sowie Delegation an Assistenzpersonen in geführten und direkt überwachten Prozessen.

Die Bildungsreformen seit 2004 haben in den Pflege-, Therapie-, und Psychologieberufen sowie in der Sozialen Arbeit das Kompetenzlevel angehoben. In der Praxis erzeugen Fachpersonen mit Masterabschlüssen und Advanced Practice-Expertise in Pflege und Physiotherapie, die psychologischen Psychotherapeut:innen, aber auch die klinischen Fachexpert:innen (KliF) oder die Physician Associates in neuen Funktionen Mehrwerte für die Patient:innen, Angehörige und das Versorgungssystem. In interprofessionellen Teams ermöglichen diese Fachpersonen in der stationären und ambulanten Versorgung mehr Effektivität und Effizienz. Diese neuen Berufsbilder und Funktionen eröffnen neue Laufbahnperspektiven und ermöglichen, die steigenden Fallzahlen, die komplexeren Bedarfe und veränderten Versorgungsaufgaben wirkungsvoller zu bewältigen.

Die positive Dynamik in der Versorgung wird allerdings durch verbreitete Ressentiments, verbissene Standespolitik und veraltete Regulierungen im KGV behindert. Letztere ignorieren die Praxis und schreiben detailliert vor, wer was tun darf. Dies verhindert Innovationen mit kompetenzbasierten Versorgungsprozessen, schränkt die notwendige Gestaltungsfreiheit und die vertikale Verantwortlichkeit der Unternehmen ein und treibt die Gesundheitskosten in die Höhe. Weil Hochqualifizierte falsch eingesetzt werden, erhöhen die veralteten KVG-Bestimmungen die Aussteigerquote bei den dringend benötigten, gut qualifizierten Fachpersonen. Die Gesetze müssen der erweiterten fachlichen Expertise Rechnung tragen.

Mehr Zeit für Behandlung und Betreuung der Patient:innen – Reduktion der administrativen Tätigkeiten

3.

Wir fordern eine starke Reduktion der administrativen Tätigkeiten, um die wiedergewonnene Zeit den Patient:innen zu widmen. Der grösstmögliche Anteil der verfügbaren Ressourcen muss in die direkte Begleitung und Behandlung investiert werden.

Die Konkurrenz- und Kommerzkultur geht mit Misstrauen und Missgunst einher. Dies sind treibende Kräfte der überbordenden Controllingaufgaben und des enormen Überadministrierens: Vorgaben verlangen immer mehr Daten, um mittels Mikromanagement die «Fehlerkultur» belegen zu können bzw. um Absicherungen gegen aussen zu schaffen, Auflagen von Aufsichtsorganen, Kassen und Verbänden suggerieren, dass mehr Daten mehr Qualität bringen. Das fehlende Vertrauen führt zur Pflicht der Datenerfassungen. Gesundheitsfachpersonen müssen immer mehr Zeit für Datenbeschaffung und Bearbeitung einsetzen. Diese Zeit fehlt für Behandlungs- und Betreuungsaufgaben. Die nachweislich stark gewachsenen administrativen Tätigkeiten mit wenig Nutzen für die Patient:innen höhlen die intrinsische Motivation aller klinisch arbeitenden Berufspersonen aus, führen zu Stress und zu gravierendem Rückgang der Motivation bis zur Berufsaufgabe. Die Rationierung der Zeit für die Behandlung und Begleitung führt ausserdem auch zur Überforderung der Patient:innen und paradoxerweise zu Überbehandlung und Übermedikation.

4

Verbesserung der Datenqualität

- **Wir fordern** Behörden und Fachgesellschaften auf, minimale Datensätze zu publizieren, die interprofessionell erfasst und zentral analysiert werden können, um transparente Vergleiche und hohe Qualität bei der Patientenversorgung garantieren zu können.

Ambulante und stationäre Gesundheitseinrichtungen erheben aktuell unkoordiniert unterschiedlich viele Daten gemäss lokalen und/oder regionalen Kriterien und Interessen. Es gibt keine national festgelegten Vorgaben wer wann welche Daten erfassen und wem zur Verfügung stellen muss. Im Idealfall verlangen Behörden, Kostenträger und/oder Fachgesellschaften verbindliche Definitionen, Kennzahlen und Datensätze, die national und systematisch erfasst werden müssen. Diese gesundheitspolitisch relevanten Daten und Analysen bilden die Grundlagen für Transparenz, Vergleiche zwischen Gesundheitseinrichtungen und die Anpassung von Qualitätsstandards.

5

Stopp Phantom «Gesundheitsmarkt»

• **Wir fordern** die Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit in diesem hoch regulierten Bereich, da die Gesundheitsversorgung kein klassischer Markt ist. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist ein nötiger Schritt zur Kostendämpfung. Zudem fordern wir eine deutliche Reduktion der Spitzenlöhne bei den Krankenversicherern und somit eine Korrektur im gesamten Lohngefüge.

Als weltweit einziges Land hat die Schweiz vor fünfzig Jahren das Prinzip eingeführt, dass alle ärztlich angeordneten Leistungen von der solidarisch finanzierten Krankenversicherung vergütet werden müssen. Weil die subjektive Einschätzung der Behandelnden, Therapiewahlfreiheit, Machbarkeitsglaube und nicht angebrachte Forderungen von Patient:innen entscheidender sind als evidenzgestützte Indikationen resultierte daraus eine unkontrollierbare Mengenausweitung durch Überarztung. Auf systemischer Ebene führt dies zu überdimensionierten Bauprojekten und einer inadäquaten Luxushotellerie.

Paradoxerweise schafft das Überangebot von Leistungserbringern im urbanen Raum gleichzeitig eine Unterversorgung auf dem Land und in den Bergregionen. Die Umverteilung führt zum Wegsparen bei der menschenzentrierten Versorgung, die eine biopsychosoziale Betrachtungsweise und umsichtige Nachbetreuung im Lebensumfeld erfordert.

6

Stopp Kommerzialisierung im Gesundheitswesen

Wir fordern Fixlöhne für Kaderärzt:innen ohne zusätzliche variable Entschädigungen. Dies ermöglicht Kaderärzt:innen, Entscheidungen frei und unabhängig von Eigen- oder Betriebsinteressen – und allein zum Wohl der Patient:innen – zu treffen. Zudem fordern wir das Verbot von mengenabhängigen Bonuszahlungen.

Wir fordern deutlich geringere Unterschiede in der Entlohnung in den verschiedenen Fachbereichen.

Die Gesundheit ist ein hohes Gut. Seit jeher basiert die Gesundheitsversorgung auf dem Leitprinzip einer genossenschaftlichen, solidarischen humanitären Mission zur Verminderung des Leidens und der finanziellen Risiken für die Kranken und deren Familien.

Diesem Leitprinzip steht die Kommerzialisierung diametral entgegen. Für eine gute Versorgung der Patient:innen braucht es Kooperation statt Konkurrenz. Somit könnten im aktuellen Wettbewerb wesentliche Marketingkosten aller Beteiligten, unter anderem im Kampf um Patient:innen und Personal, eingespart werden.

Weiter dürfen die finanziellen Anreize nicht die Wahl des medizinischen Fachgebiets bestimmen.

Der Fokus muss weg von der Marktopitik zurück zu einer Versorgungsoptik.

7 Fallkostenpauschalen (DRGs) abschaffen

- **Wir fordern** einen Wechsel in der Finanzierung der stationären Akutversorgung mit Abschaffung des DRG-Systems.

Das 2012 eingeführte Fallpauschalen-/DRG-System ist ein Trigger der Kommerzialisierung in der stationären Akutversorgung. Es belohnt Aktivitäten mit Erlösen – ein klarer Anreiz, das Leistungsvolumen zu erhöhen. Das führt zu einem Überangebot in der Versorgung. Aber nicht immer ist mehr Medizin auch besser für die Patient:innen: Wo eine konservativere Behandlung – oder auch einmal keine – die bessere Alternative wäre, darf diese Einschätzung nicht durch betriebswirtschaftliche Interessen übersteuert werden. Zudem erzwingt die Zuordnung jedes «Falls» zu den DRG-Codes einen enormen Überbau in Administration und IT, der keinen Nutzen für die Patient:innen bringt, Zeit und Ressourcen frisst und von den Spitälern aber dennoch wieder finanziell eingespielt werden muss. Mit Einführung der DRGs mutierten Patient:innen von Hilfesuchenden zu Einnahmequellen, die bewirtschaftet werden.

Anstelle der Fallpauschalen können degressiv gestaltete Tagespauschalen eingeführt werden (bspw. mit Abstufungen leicht, mittel und schwer) und Zusatzentgelte beibehalten werden. Die so reduzierte Administration ermöglicht mehr Zeit für die Patient:innen, was zu besseren Behandlungen und mehr Zufriedenheit bei Patient:innen wie auch beim Personal führt.

8

KI in der Gesundheitsversorgung zum Nutzen der Patient:innen

- **Wir fordern** eine vertiefte kritische Auseinandersetzung mit der Technologie und einen sorgfältigen Einsatz von KI im Gesundheitswesen.

Digitalisierung und KI sind Chancen für die Patientenversorgung und die Qualitätsverbesserung. Sie versprechen mehr Transparenz, Patientensicherheit sowie Mitgestaltung und Empowerment. Zudem stellen sie Lösungen für die ungenügende Effizienz, den Personalmangel oder die verstreuten Daten in Aussicht. Aktuell überwiegen unerwünschte Nebenwirkungen: die Controlling-Bürokratie wird weiter ausgebaut, Zugriff und Verknüpfung von immer mehr Echtzeit-Daten ermöglichen Algorithmen, die zur Steuerung von Menschen und Prozessen eingesetzt werden. Immense Datenmengen lenken dank KI den Fokus auf Nebenprobleme und suboptimale Zustände: das Körpergewicht wird als etwas zu hoch erkannt, der Blutdruck ist zu tief, die körperliche Aktivität zu gering, die Ernährung nicht alters-, gewichts-, geschlechts- oder zyklusgerecht usw. Datenreihen zeigen den Optimierungsbedarf, um dann unmittelbar Produkte, Konzepte, Programme, Beratungsleistungen oder Coachings anzubieten. Je mehr KI im Gesundheitswesen zum Einsatz kommt, umso mehr werden Patient:innen und Professionals von dieser abhängig. KI-gesteuerte Algorithmen fällen Entscheide über Behandlungen, Medikamente oder Therapien, ohne dass diese durchschaubar sind. Die bis anhin rückverfolgbare Entscheidungsfindung wird übersteuert. KI entscheidet aufgrund von zeitlichen und räumlichen Mustern - eine Blackbox trifft Entscheide, die unser Verstand nicht nachvollziehen kann, aber denen wir vertrauen müssen, und die unsere Autonomie einschränken. Doch ist dieses Vertrauen gerechtfertigt? Was, wenn sich dahinter ökonomische Interessen von Anbietern verbergen, die mehr an möglichst hohen Gewinnen als an der Gesundheit interessiert sind? Und wer übernimmt die Verantwortung bei KI basierten Entscheidungen?

Aus diesen Gründen ist eine Digitalisierungseuphorie fehl am Platz. Man muss genau hinschauen, was mit Digitalisierung konkret gemeint ist und wie sie sich auf das Wohlbefinden der Patient:innen und die Arbeitszufriedenheit der Gesundheitsfachpersonen auswirkt.

9 Digitalisierung und elektronisches Patient:innendossier zwingend etablieren

9

- **Wir fordern** eine verpflichtende landesweite Koordination und Harmonisierung bei der Speicherung und Zugänglichkeit von persönlichen Gesundheitsdaten.

Qualitativ hochstehende Versorgung funktioniert am besten mit Informationen, Fakten und Daten, die eine gute Anamnese, Diagnostik und Therapie ermöglichen. Diese Daten müssen digital verfügbar, nachvollziehbar und auf der Zeitachse einzuordnen sein. Durch ein elektronisches Patient:innendossier, das im ganzen Land bewirtschaftet wird und überkantonal zugänglich sein muss, sind die Daten an 7 Tagen 24 Stunden für Behandlungsteams verfügbar. Die Hoheit über die verschlüsselten medizinischen Daten bleibt bei den Patient:innen oder deren gesetzlichen Vertreter:innen. Das Instrument darf nicht dem Controlling dienen, sondern soll Daten für betreuende Fachpersonen zugänglich machen, um kostspielige und zeitintensive Wiederholungen, Untersuchungen und Therapien zu vermeiden.

10.

Experimentierartikel für echte Alternativen bei den Versicherungsmodellen nutzen

Wir fordern die pragmatische finanzielle und ideelle Unterstützung von innovativen Ansätzen, die ein menschengerechtes, solidarisches Gesundheitswesen für alle im Fokus haben – und um wirklich experimentieren zu können.

Artikel 59b des KVG ist 2021 als «Experimentierartikel» zur Kostendämpfung eingeführt worden. Er sieht vor, dass Pilotprojekte und auch alternative Versicherungsmodelle zulässig sind. Das Parlament hat zögerlich einige Eckpunkte festgelegt, doch die Umsetzung kommt wegen hoher Hürden in der Antragstellung nicht vom Fleck.

Dazu kommt, dass sich die Stakeholder gegenseitig blockieren, beispielsweise bei der koordinierten und integrierten Versorgung, bei Digitalisierung und Datenaustausch, bei der Transparenz und Qualität usw.

11

Versorgungsregionen: grossräumiger planen und steuern

- **Wir fordern** grössere Versorgungsregionen*. Damit wird die Versorgung losgelöst von den politischen Steuerungs- und Verteilungskämpfen – und es kann auch in der hochspezialisierten Medizin mit Mindestfallzahlen gerechnet werden, die den international etablierten Kriterien entsprechen.

*bspw. analog den sieben Grossregionen gemäss Statistikgesetz

Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen, aber auch zwischen Kantonen und Gemeinden verhindern eine kohärente Gesundheitspolitik zur Deckung des effektiven Bedarfs. Die föderale Rahmenordnung und Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen mit einer Mischung aus staatlicher Lenkung und Wettbewerb ist gescheitert. Die föderale Organisation des Gesundheitswesens führt zu kostentreibenden Strukturen mit einer gleichzeitigen Überversorgung. Konkret gibt es eine zu hohe Dichte an stationären Leistungserbringern in zu kleinen Versorgungsräumen. Das Ziel, das erreicht werden muss, ist ein ausgewogenes Angebot an ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung und ein zweckmässiges Verhältnis zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung.

12.

Anzahl Krankenversicherungen: neue Wege gehen

Wir fordern eine Reduktion der Anzahl Krankenversicherer. Mit fünf bis sieben Anbietern im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind der Wettbewerb und die Wahlfreiheit gewährleistet. Dadurch werden Kosten massiv reduziert.

Bei der Einführung des KVG vor bald dreissig Jahren standen drei Ziele im Vordergrund: Versorgungsgerechtigkeit durch gleiche Zugangschancen für alle, Solidarität durch ein Versicherungsobligatorium sowie Kostendämpfung insbesondere durch den Wettbewerb zwischen Versicherern. Trotz einer Vielzahl politischer Vorstösse und Massnahmen steigen die Gesundheitskosten und die Prämien stärker als die Volkswirtschaft. Entstanden ist ein Scheinwettbewerb zwischen grossen Versicherern und einer Vielzahl von kleinen Versicherern, die als Trittbrettfahrer auf die Leistungsfähigkeit der grossen angewiesen sind und überproportional Prämien in die Administration und IT stecken müssen. Es entstehen enorme Redundanzen auf Kosten der Allgemeinheit.

Durch die Prämien als faktische Zwangsabgabe fliesst überdies unnötig Geld in Entschädigungen für Verwaltungsrät:innen, Beirät:innen und Berater:innen sowie in Kundenwerbung statt in Kernleistungen.

13.

Code of Conduct – für alle im Gesundheitswesen

Wir fordern einen verbindlichen Code of Conduct für alle Mitarbeitenden, insbesondere für alle Fachpersonen mit hoher Ausbildungs-, Behandlungs- und Führungsverantwortung.

Wir fordern zudem eine geregelte und griffige Aufsicht sowie Massnahmen bei Nichteinhaltung.

Das Gesundheitswesen gehört allen. Alle, ob gesund oder krank, sind deshalb auch mitverantwortlich, es zu gestalten und sich für ein menschengerechtes, solidarisches, bezahlbares Gesundheitswesen einzusetzen.

Alle sind aufgerufen, Grenzüberschreitungen, Unregelmässigkeiten und unanständiges Handeln im Sinne des Speak Up nicht zu verschweigen.

Alle sind aufgefordert, darauf zu verzichten, das System auszunützen und sich zu bereichern: Patient:innen, Angehörige, Menschen in den Gesundheitsberufen, Management, Krankenkassen und Politik.

Manifest der Akademie Menschenmedizin

Dieses Manifest ist Grundlage zur Diskussion
und darf sich zu weiteren Versionen entwickeln.



Die *amm* steht für Vorträge, Diskussionsrunden
und Mediengespräche zur Verfügung.

Die Akademie Menschenmedizin

Die Akademie Menschenmedizin (*amm*) ist ein 2009 gegründeter finanziell, politisch und konfessionell unabhängiger gemeinnütziger Verein. Es besteht die Möglichkeit zur Einzelmitgliedschaft sowie zur Kollektivmitgliedschaft für Institutionen und Organisationen. Die Charta der *amm* beschreibt die allem Handeln zugrunde gelegten existenziellen Annahmen, die Haltung, die Werte der Akademie.

So setzt sich die *amm* für eine umfassende Behandlung und Begleitung ein, die den Menschen als untrennbare Einheit von Körper, Geist und Seele begreift. Unabhängig von der medizinischen Diagnose soll jeder Mensch mit seiner einmaligen Lebensgeschichte in seinem Gesundsein, seinem Kranksein und mit seinen Grenzen und Möglichkeiten im Zentrum stehen. Es sind nicht immer alle Behandlungsmöglichkeiten der heutigen Medizin auch passend und sinnvoll für alle.

Die *amm* unterstützt die persönliche Entscheidungsfindung in Gesundsein und Kranksein. Das lohnt sich – sowohl menschlich wie auch ökonomisch.

Akademie Menschenmedizin, Oetenbachgasse 7, 8001 Zürich / info@menschenmedizin.ch
menschenmedizin.ch  [menschenmedizin](https://www.facebook.com/menschenmedizin)  <https://tinyurl.com/4u8wacx7>



Für ein menschengerechtes Gesundheitswesen