

ÜBERLEGUNGEN ZUR KVG-TEILREVISIONVERSICHERUNG:

1. TEIL: MANAGED CARE

EINLEITUNG

In der Schweiz wird 10% des Bruttoinlandproduktes für das Gesundheitswesen ausgegeben, ein sehr grosser Betrag. Die Ausgaben für Gesundheit in der Schweiz sind um 37% höher als im Durchschnitt von 23 vergleichbaren fortschrittlichen Ländern. Die eigentlichen Kosten der Medizin sind allerdings wesentlich geringer. Wohl beeinflussen die Ärzte ungefähr 75% der Gesundheitskosten, viele dieser Kosten sind jedoch durch Produkte und durch andere Dienste, sowie vor allem auch durch Löhne aller im Gesundheitswesen Angestellten verursacht. Gleichwohl wird immer wieder behauptet, dass der Grossteil der Kosten im Gesundheitswesen auf Kosten der Ärzte geht. Das Ärztteeinkommen ist für weniger als 12% der Gesamtkosten verantwortlich. Der Schweizer gibt für Ferien gleich viel aus wie für seine Gesundheit und fast doppelt so viel für sein Auto!

Eine Reihe von Umständen begünstigen einen erhöhten medizinischen Konsum. So sind für Angehörige verschiedener Berufe auf Weisungen von Versicherungen, anderen Organisationen oder vom Staat periodische medizinische Untersuchungen vorgeschrieben. Die sogenannte defensive Chirurgie und Medizin des letzten Jahrzehnts und der Zukunft führt letzten Endes nicht selten zu höheren Kosten, bedingt durch mehrfache Untersuchungen und Eingriffe, aber auch wegen Komplikationen im Zusammenhang mit Behandlungen. Die Bevölkerung über 65 Jahre wird jährlich weiter zunehmen. Dies verursacht auch eine stetige Zunahme der medizinischen Leistungen, sowie der Löhne und Einkommen in diesem Bereich und damit selbstverständlich auch der Versicherungsprämien. Berücksichtigt man nur die medizinisch bedingte Zunahme der Gesundheitskosten, so sind jährliche Prämien erhöhungen von ca. 3% zu erwarten, also eine 30%ige Erhöhung in 10 Jahren.

Ein hoher Anteil der Gesundheitskosten entstehen also durch administrative, regulatorische, defensive, juristische und demographische Sachzwänge

Ausserdem können die Kosten für klinische Forschung und Ausbildung oft gar nicht von den eigentlichen Kosten der Medizin abgegrenzt werden.

Es muss deshalb einleitend festgestellt werden dass bei gleichbleibender Qualität des Gesundheitswesens eine Stagnierung der Kosten und Prämien oder gar eine Prämien-senkung, wie das die entsprechende Initiative der SVP verlangte nicht möglich ist. Das war der Hauptgrund, weshalb die Prämien-senkungsinitiative von vornherein zum Scheitern verurteilt war.

Es wird immer wieder behauptet, dass unserer Bevölkerung zu viele Spezialisten und zu wenig Allgemeinpraktiker zur Verfügung stehen würden. In den 90iger Jahren des letzten Jahrhunderts haben namentlich Krankenkassen und Politiker Strategien entwickelt, welche auf der Annahme beruhten, dass viele Spezialisten zu viele teure Untersuchungen und Operationen vornehmen würden. Gesamthaft gibt es in der Schweiz zu viele Ärzte, über das «zu viel» lässt sich jedoch streiten. Bezüglich Spezialisten dürfte die Anzahl um 10% «zu viel» liegen. Interessanterweise sind ungefähr 70% aller Spezialisten ausserhalb operativer Fächer, z.B. in der Psychiatrie zu finden.

Die fälschliche Annahme, dass Spezialisten vor allem operativ tätig seien und deshalb massgeblich an den hohen Gesundheitskosten beteiligt sind, bekräftigt die Versicherer und Politiker in ihrer Vorstellung, dass die Gesundheitskosten durch eine Reduktion der Spezialistenzahl eingeschränkt werden könnten, namentlich durch Verminderung deren Einkommen und Umverteilung auf die Allgemeinpraktiker. In Tat und Wahrheit lehnt unsere Bevölkerung eine Behinderung des Zugang zum Spezialisten ab. **Dies ist mit ein Grund weshalb Managed Care geringen Erfolg hat und haben wird es sei denn es würden Abstriche an der Qualität gemacht.**

In den letzten 20 Jahren wurden die Patienten immer mehr von der individuellen Beteiligung an den Kosten des Gesundheitswesens entlastet. Es war leicht voraussehbar, dass mit den zwangsläufig kostspieligen Fortschritten in der Diagnostik und Therapie, teuren Antibiotika, Krebsbehandlungen, Transplantationschirurgie, zunehmend grossen chirurgischen Eingriffen und Intensivpflege auch bei Patienten in weit fortgeschrittenem Alter, die Kassen gezwungen sein würden, ihre Ausgaben einzudämmen. Finanzielle Aspekte und die Kontrollen durch die Kassen traten in den letzten Jahren vermehrt in den Vordergrund gegenüber dem freien Zugang zur Medizin, ihrer Qualität und ihrer Erfolge. Eine Strategie zur Sicherung langzeitiger Qualität schien weniger wichtig als die angestrebten Kostensenkungen und Umverteilungen. Zudem führte einruinöse Ausbau- und Mengenausweitungspolitik dazu, dass zunehmend eine Diskrepanz zwischen Finanzierungsmöglichkeiten und Finanzierungsbedarf entstand.

Die Konsequenz davon wird sein, dass nicht mehr alle Patienten die ihnen angemessene, dem neuesten Stand der Medizin entsprechende Betreuung bekommen können. Wohl muss einer Zweiklassenmedizin entgegengewirkt werden, doch wird sich eine solche nur schwer vermeiden lassen. Ungerechtigkeiten müssen durch klare Prioritätensetzungen auf ein für alle vertretbares Mindestmass reduziert werden. Eine nennenswerte Reduktion der Kosten wird nur schwerlich zu erreichen sein, ohne dass der hohe Stand des schweizerischen Gesundheitswesens leidet.

WAS FÜR LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN BIETEN SICH AN?

Hier wäre zuerst am zentralen Punkt, am **Patienten** anzusetzen. Seine Eigenverantwortung wird durch das KVG unterdrückt, er wird praktisch entmündigt. Langfristig sind Probleme des Gesundheitswesens nur zu lösen, wenn der Patient als aktiver, rational handelnder und eigenverantwortlicher Entscheidungsträger wieder die Rolle erhält, die ihm zusteht. Es kann nicht der Sinn einer sozialen Krankenversicherung sein, gewissermassen als «Vollkaskoversicherung» alle möglichen Risiken, Mittel und Therapien abzudecken.

Sowohl in der Grund- als auch in der Zusatzversicherung sollte der Patient an den Kosten der ihm zustehenden Leistung beteiligt werden. Bei der Grundversicherung wäre dies realisierbar mit Selbstbehalten, die in Funktion des steuerbaren Einkommens zunehmen. Einkommensabhängige Prämien, wie von der SP gefordert, wären nichts anders als eine Reichtumssteuer, die zur Kostendämpfung sicher nichts beitragen würde.

Prämien der Zusatzversicherung sollten nicht mehr eine Quersubventionierung der Grundversicherungsleistungen einschliessen. Damit würde die Zusatzversicherung günstiger. Ausserdem müssten individuell gestaltbare Produkte angeboten werden, damit sich der Mittelstand den Hauptvorteil der Zusatzversicherung, die freie Arztwahl, noch leisten kann. Heute ist das zum Teil schon nicht mehr der Fall.

Der **Pflichtleistungskatalog** der Grundversicherung sollte reduziert werden. Dazu muss allerdings dieser Katalog zuerst neu definiert werden, da er bisher praktisch alle Leistungen umfasst. Es sind Leistungen zu streichen, welche der Einzelne selber bezahlen kann, ohne in eine finanzielle Notlage zu geraten. Solche Leistungen könnten ausserhalb der Grundversicherung versichert werden. Zahnarzt, Brille, Fitnessclub und alle nicht wissenschaftlich belegten Behandlungen sind selber zu bezahlen oder gehören ins Ressort von Zusatzversicherungen. Der Anreiz, medizinische Leistungen kostenbewusst zu konsumieren, muss gefördert werden. Höhere Wahlfranchisen sind vorzusehen. Beträge, die für Auto, Ferien, Freizeitgestaltung und Hobby problemlos ausgegeben werden, dürften auch für die eigene Gesundheit tragbar sein (Bezüger von Ergänzungsleistungen ausgenommen).

Mit der Einführung eines persönlichen **Gesundheitspasses** (Chipcard) auf dem Resultate von Diagnoseleistungen, wie z.B. Röntgen, Tomographien oder Laboranalysen und andere Daten gespeichert wären, könnten überflüssige Leistungen verhindert und ein verbesserter Informationsfluss gefördert werden. Die Chipcard könnte auch als medizinische Akte dienen. Die Einführung eines solchen Gesundheitspasses wird so lange noch auf Widerstand stossen, bis die Prämien und Kosten wirklich ein unerträgliches Mass erreicht haben.

Auf der **Angebotsseite** müssten Einschränkungen vor allem im Spitalbereich stattfinden. Rationalisierungsmassnahmen sind in Zusammenarbeit über die Kantonsgrenzen hinweg zu fördern, analog der Motion 02.3170 Frick. Eine bessere Koordination der besonders teuren Behandlungen auf universitärem Niveau könnte in der Tat einen dämpfenden Effekt auf die Kosten im Gesundheitswesen haben. Die Frage der Fusion von Universitätszentren, respektive medizinischen

Fakultäten muss jetzt rasch von statten gehen, unter Wahrnehmung der möglichen Nachteile. Dazu ist ein Konsens unter den Kantonen und Landesregionen zu finden, die teuersten Behandlungen («Spitzenmedizin») müssen im Lande aufgeteilt und regional zentralisiert werden.

ZU MANAGED CARE

«Ziel der Managed Care-Modelle ist es, durch die Zusammenarbeit aller Beteiligten eine hohe Behandlungsqualität zu erlangen und die dafür vorhandenen Ressourcen so effektiv wie möglich zu nutzen». Diese Zielsetzung erscheint dem Schreibenden allzu optimistisch. Die Gefahr besteht, dass die Versicherer verschiedene Managed Care-Modelle gegen einander ausspielen und einzig die Kostenseite des Problems berücksichtigen werden. Dies ist auch die Schwachstelle bei der an sich erwünschten **vollständigen** Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

WEITERE REVISIONSPUNKTE

Massnahmen Im Bereiche der Medikamente

Eine Verpflichtung der Wirkstoff-Verschreibung muss abgelehnt werden. Sie beeinträchtigt die ärztliche Therapiefreiheit, die Medikamentensicherheit und die Therapietreue, letzteres besonders bei älteren Patienten, welche gleichzeitig mehrere Medikamente einnehmen. Die einzige Möglichkeit im Bereiche der Medikamente gewisse Einsparungen vorzunehmen besteht in der Akzeptation von **Parallelimporten von Medikamenten deren Patentschutz abgelaufen ist.**