Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1997-1998)

Heft: 59

Artikel: Krankenversicherung und Gesundheitspolitik 1997 : eine Standortbestimmung

Autor: Carigiet, E. / Wettstein, A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790100

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 24.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Krankenversicherung und Gesundheitspolitik 1997
Eine Standortbestimmung

von E. Carigiet[17] unter Mitarbeit A. Wettstein

Die Kosten des Gesundheitswesens stehen im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Konstruktive Vorschläge sind selten. Eine rein ökonomische Betrachtungsweise genügt nicht. Ebenso steht fest, dass was machbar ist, nicht zum vornherein auch sinnvoll oder ethisch notwendig ist. Vernetztes Denken und Handeln zwischen allen Akteuren muss gefunden werden. Ethische Wertungen dürfen nebst wirtschaftlichen Überlegungen keine Nebenrolle spielen. Auf der anderen Seite dürfen wirtschaftliche Überlegungen nicht einfach mit dem Hinweis auf ethische Gedanken ausser acht gelassen werden.

1. Ausgangslage

Weite Teile der schweizerischen Bevölkerung und ihrer politischen Repräsentanten sind durch die anhaltende wirtschaftliche Krise und die sich anbahnenden Veränderungen im sozio-ökonomischen Umfeld verunsichert. Zu Beginn dieses Jahres waren über 200'000 Menschen arbeitslos. Die Prämien für die Krankenversicherung sind für viele auf eine kaum mehr tragbare Höhe angestiegen und weitere Erhöhungen sind angesagt. In einer anfangs 1997 durchgeführten Umfrage erschienen denn auch die Arbeitslosigkeit an erster, die Gesundheit bereits an zweiter und die AHV an dritter Stelle des Sorgenbarometers. Das Gesundheitswesen und damit auch die Krankenversicherung betreffen alle Schweizerinnen und Schweizer gleichermassen, anders als die Arbeitsmarktlage und die damit verbundene Arbeitslosenversicherung oder gar die Invalidenversicherung, welche zweifellos zurzeit noch grösseren Problemen ausgesetzt sind als die Gesundheitsversorgung. Die Gesundheitskosten und ihre Entwicklung betreffen jedoch alle direkt, sei es als Prämienzahlerinnen und -zahler, sei es als Leistungsberechtigte. Die Sensibilität der gesamten Bevölkerung ist hoch.

Seit dem Inkrafttreten des neuen KVG auf den 1. Januar 1996 nimmt das Klagen denn auch kein Ende. Es wird behauptet, das Gesetz habe die Kosten angeheizt statt gebremst, zu Versicherung und zu Chaos geführt, wobei jedoch bei genauerem Hinhören durchaus festgestellt werden kann, dass die Kritik weniger dem Gesetz an und für sich gilt, sondern der Umsetzung. Be-

---

[17] 1. Departementssekretär Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich

reits Bismarck soll in einem anderen Zusammenhang geknurrt haben, die besten Gesetze helfen nichts, wenn sie von schlechten Akteuren angewendet würden.

Das neue KVG hat jedoch endlich wesentliche Lücken im Leistungskatalog geschlossen und damit auch die für eine soziale Versicherung unabdingbare Solidarität gefördert. Darüber hinaus hat es Grundlagen für kostendämpfende Massnahmen geschaffen. Der Spielraum für die verschiedenen Akteure ist dabei allerdings gross. So ist er auch bis heute verhältnismässig wenig genutzt worden oder nur zum Vorteil einzelner. Jahrzehntelang geübte Mechanismen lassen sich aber auch nicht mit einem Federstrich ändern. Gefragt ist die konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten, zu Nutz und Frommen aller Berechtigten, aber auch mit der grösstmöglichen Transparenz bezüglich Kosten, Leistungen und Finanzierung.

2. Wie hohe Gesundheitskosten sind tragbar?

Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und die damit verbundene breite Diskussion um die Höhe der Gesundheitskosten hat - auch wenn sie nicht unbedingt konsequent geführt wird - zur Folge, dass letzten Endes mehr Transparenz über die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens entstehen wird. Die Einführung von Kostenstellen- und Kostenträgerrechnungen wird z.B. die Transparenz im Bereich der Kosten und Leistungen nachhaltig verbessern und damit die Diskussion hierüber fundierter ermöglichen und gleichzeitig aufzeigen, in welchen Bereichen gespart werden kann oder muss. Allerdings ist dies nicht auf einer rein medizinisch-technischen Ebene möglich, ebenso sind ethische, gesundheitspolitische Wertungen und Entscheidungen gefragt. In die Pflicht genommen werden müssen hier aber nicht nur die Leistungserbringer und deren Träger, sondern auch die Krankenversicherer, welche bis heute ihre Rolle nicht sehr aktiv wahrnehmen, ausser dass sie sich durch weit herum hörbares Lamentieren und wenig überzeugende Vorschläge bemerkbar machen. Die kürzlichen Diskussionen um die Höhe der Franchise täuschen darüber hinweg, dass die Manager der Krankenversicherer keinerlei griffige Kontrollinstrumente entwickelt haben und auch nicht über entsprechende Kenndaten verfügen. Uns scheint, dass im Gegensatz hiezu die grossen Sachversicherer, aber auch die SUVA mit ihren Datenbanken, hochkomplexe Auswertungen vornehmen können und dadurch auch ihre Kostenentwicklungen wirklich auseinanderzunehmen in der Lage sind. Noch heute werden von den Krankenversicherern die Rechnungen in der Regel lediglich auf formale Richtigkeit geprüft, „abgezeichnet" und dann auch beglichen. Von einem systematischen „Case Management" kann überhaupt noch keine Rede sein.

Zurzeit dreht sich die Diskussion noch allzusehr um die Frage, wer im Gesundheitswesen welche Kosten zu tragen hat (Finanzierungsaspekt). Dies lenkt zweifellos von den unbestrittenermassen vorhandenen Problemen auf der Kostenseite ab (Wirtschaftlichkeitsaspekt). Die geäusserten Vorschläge sehen meist lediglich Kostenüberwälzungen auf andere Träger vor, wodurch sich die Gesundheitskosten jedoch allein nicht verändern lassen werden. Die Höhe der tragbaren Gesundheitskosten ist trotzdem auch eine Frage der Finanzierungsmechanismen. Von der Bevölkerung wird denn auch die Belastung über die Höhe der Prämien wahrgenommen, was zu entsprechenden Unmutsäusserungen führt, vor allem auch deshalb, weil die Kantone die Prämienverbilligungen nicht im Sinne des KVG vornehmen.

Die „indirekte" Belastung im Bereich der Gesundheitskosten durch die Steuern ist demgegenüber bis heute in der Öffentlichkeit nicht mit der gleichen Stringenz diskutiert worden. Der Anteil der Öffentlichen Hand an den Kosten der Krankenversicherung ist 1996 gegenüber 1995 zurückgegangen, während der Anteil der Krankenversicherer beziehungsweise der Versicherten massiv gestiegen ist. Bei der Umsetzung der individuellen Prämienverbilligungen haben die Kantone ihre Hausaufgaben nicht gemacht. Zugunsten ihrer eigenen Finanzrechnung richten sie Prämienverbilligungen nur gerade im vom Gesetz ausdrücklich vorgeschriebenen Minimum aus. Die finanzielle Belastung der unteren Einkommensschichten, vornehmlich des unteren Mittelstandes ist dadurch massiv - mehr als vom Gesetzgeber des neuen KVG vorgesehen - gestiegen. Nebst der Frage der Finanzierung der Krankenversicherungsprämien überhaupt steht also die Schaffung eines sozialeren Finanzierungssystems im Raume.

Von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ist im Rahmen der Vernehmlassung zur Spitalliste 1998 die Frage gestellt worden, ob der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt weiter ansteigen darf, beziehungsweise soll. Diese Frage kann wohl nicht allgemeingültig beantwortet werden. Die Ausgaben im Gesundheitsbereich gehen auf eine unablässige Wechselwirkung zwischen Angebot und Nachfrage von Leistungen zurück, und zwar in einem Bereich, der einerseits von persönlichen Verhaltensweisen geprägt ist und in dem andererseits die Öffentliche Hand und die Sozialversicherungen eine wichtige Rolle spielen. Wesentlichen Einfluss auf die Höhe der Gesundheitskosten hat einerseits die Anspruchshaltung der Bevölkerung, andererseits das zur Verfügung stehende Angebot. Vor kurzem ist in diesem Zusammenhang der Begriff „Beliebigkeit der Medizin" genannt worden[18], der überzeugend auf das Zusammenspiel zwischen rationalen und

---

[18] NZZ vom 22./23. Februar 1997 S. 91.

irrationalen Momenten, beziehungsweise ökonomisch gesteuerten, statistischen und weiteren Aspekten in der Gesundheitsversorgung hinweist.

Im heutigen System sind etwelche Widersprüche immanent. Der einzelne strebt einerseits eine optimale medizinische Versorgung an, will diese aber andererseits (begreiflicherweise) zu möglichst günstigen Preisen erhalten. Die kostengünstigste Behandlung (im volkswirtschaftlichen Sinne) wird aber nicht unbedingt zum günstigsten Preis angeboten. Selbstverständlich können die Bürgerinnen und Bürger gefragt werden, wieviel sie bereit sind, für die Gesundheitsversorgung zu bezahlen. Allerdings ist diese Frage für gesunde und junge Menschen oft rein theoretischer Natur. Das Prinzip der Solidarität ist doch etwas aus dem Bewusstsein verschwunden. Nichtsdestotrotz ist abzuwägen, ob eine Maximalmedizin oder eine für die Patientinnen und Patienten optimale Medizin genüge. Dies führt zur Frage nach den ethischen Grenzen in der medizinischen Versorgung. Zu erwarten ist, dass sich die bestehende Spannung zwischen den individuellen Ansprüchen und der gesamtgesellschaftlichen Bereitschaft, die notwendigen Mittel bereit zu stellen, noch verstärken wird.

Die heutige Diskussion darf nicht dazu führen, dass eine Zweitklassenmedizin entsteht. Dies heisst, eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung muss allen Bevölkerungsschichten zur Verfügung stehen. Am sozialpolitischen Ziel, allen Patientinnen und Patienten die ihrer Krankheit beziehungsweise ihrem Gesundheitszustand angemessenen Leistungen zukommen zu lassen, ist unbedingt festzuhalten. Damit stellt sich unmittelbar die Frage nach dem medizinisch Notwendigen. Der objektive Bedarf, welcher jedem Menschen eine zweckmässige, ausreichende, aber gleichzeitig das Notwendige nicht überschreitende Behandlung garantiert, lässt sich nicht nach naturwissenschaftlichen Kriterien festlegen. Auch die Bedarfsgerechtigkeit kann nicht eindeutig definiert werden. Lösungen sind aber annäherungsweise möglich und wünschbar.

Dabei können gewisse Einschränkungen in der Freiheit der Patientinnen und Patienten, aber auch der Leistungserbringer (Therapiefreiheit) wünschbar sein. Diese „Patientenführung", mit welcher Effizienz und Qualität der Versorgung verbessert werden sollen, muss im Dialog stattfinden, einerseits zwischen Krankenversicherern und ihren Versicherten und andererseits zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern. Die Krankenversicherer können sich aber nicht ihrer Verantwortung und Einflussnahme gegenüber ihren Versicherten entziehen. Bis heute haben die Krankenversicherer nur über die Gestaltung der Prämien und alternativer Versicherungsmodelle gewirkt. Grosses Engagement haben die Krankenkassen bei der Entwicklung

und Propagierung dieser Modelle jedoch nicht gezeigt. Entsprechend geringer Erfolg war ihnen denn bisher auch beschieden. Verdeckte Rationierungen oder andere Leistungseinschränkungen werden letzten Endes die Folge sein.

Einzelfallüberprüfungen im Sinne eines Case Managements können erfolgversprechend sein, wenn die dabei verwendeten Behandlungsrichtlinien, welche versuchen, die Indikationen auf das medizinisch Notwendige zu beschränken, nicht allein auf Grund ökonomischer Kriterien, sondern vor allem auf Grund allgemein ethischer Überlegungen gefunden werden.

Gesundheitspolitisch gesehen ist es höchste Zeit, Leistungsstandards zu definieren: Welche medizinischen Leistungen sollen welchen Menschen in welchem Umfang zur Verfügung stehen? Die heutige Beschränkung auf die Diskussion der Finanzierungsmechanismen reicht nicht aus. Die Höhe des durch das Gesundheitswesen konsumierten Teils des Bruttoinlandsproduktes allein stellt keinen Massstab allgemein gültiger Natur dar. Auch ethisch gesehen, kann daraus nichts Entscheidendes gefolgert werden. In den Vereinigten Staaten von Amerika werden beispielsweise beinahe 15 % des Bruttoinlandproduktes durch das Gesundheitswesen beansprucht und gleichzeitig sind massgebliche Teile der Bevölkerung von einer in unserem Sinne ausreichenden Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. In der Schweiz ist das Gegenteil der Fall[19].

3. Grundsätze des neuen KVG

Das am 4. Dezember 1994 vom Schweizer Volk angenommene neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) brachte fünf grundlegende Verbesserungen gegenüber der bisherigen Regelung:

- eine umfassende Grundversicherung,
- die freie Kassenwahl,
- das Konzept der Kostendämpfung durch verstärkten Wettbewerb,
- gezielte (individuelle) Prämienverbilligungen und
- die Gleichstellung der Frauen bei den Prämien.

Dass die Leistungspflicht der Krankenversicherung bei stationärer Behandlung neu zeitlich nicht mehr beschränkt ist, entspricht wesentlichen sozialen Aspekten einer Sozialversicherung. Auf die übrigen leistungsmässigen und konzeptionellen Verbesserungen wird hier nicht eingegangen.

---

[19] 1996 hat das schweizerische Gesundheitswesen etwas über 10 % des Bruttoinlandproduktes, insgesamt etwa 40 Mia. Franken beansprucht.

4. Umsetzung des neuen KVG

a) Erfahrungen

Bereits kurze Zeit nach Inkrafttreten des neuen KVG prägten Schlagzeilen wie „Krankenkassen - Chaos" die öffentliche Diskussion um die Kosten des Gesundheitswesens, beziehungsweise die immer noch steigenden Krankenkassenprämien. Die hohen Erwartungen an das Gesetz berücksichtigten zu wenig, dass die dem KVG nachgesagten positiven Wirkungen erst mit zeitlicher Verzögerung und darüber hinaus erst realisierbar sind, wenn alle Beteiligten im einem konzertierten Fahrplan darauf hinarbeiten.

Es scheint uns, dass wesentliche Akteure die ihnen vom KVG gebotenen Möglichkeiten vorerst schwergewichtig allein zu ihren Gunsten ausgenutzt haben und ausnützen. Dies ist ohne weiteres bei der Regelung der Prämienverbilligung einsichtig. Die Mehrzahl der Kantone hat die ihnen gestellte Aufgabe, Arme und Einkommensschwache sowie kinderreiche Familien bei der Prämienbelastung zu entlasten, nicht wahrgenommen. Feststeht, dass bei armen und einkommensschwachen Menschen lediglich Verlagerungen bei der Finanzierung stattgefunden haben, beispielsweise von der öffentlichen Fürsorge hin zur Prämienverbilligung oder von den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV wiederum zu den Prämienverbilligungen. Die Definitionen der anspruchsberechtigten Einkommen und Vermögen sind mehrheitlich äusserst tief - zu tief - ausgefallen, was vor allem Familien und Personen aus dem unteren Mittelstand benachteiligt[20].

Die Leistungen nach KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbracht werden, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden muss (Art. 32 KVG). Um dieses „Programm" des KVG entwickeln sich diverse Streitpunkte. Gemäss Art. 43 Abs. 6 KVG haben die Vertragspartner (und die zuständigen Behörden) darauf zu achten, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Unter dem Aspekt des Tarifschutzes haben die Leistungserbringer sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise zu halten und dürfen für die Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Art. 44 KVG).

Bis zum heutigen Zeitpunkt haben noch keine eigentlichen Verhandlungen zwischen Tarifpartnern stattgefunden. Insbesondere die Krankenversicherer haben jedwelche Verhandlung frühzeitig „abgebrochen", wenn über das heutige Niveau hinausgehende Tarife oder Preise von

---

[20] Vgl. ausführlich hierzu CHSS 1996 S. 134 ff. und 1997 S. 24 ff. (mit Hinweisen für eine adäquate Umsetzung von Art. 65 KVG).

den Leistungserbringern verlangt wurden. Als Begründung war nebst den Kostensteigerungen und Mengenausweitungen (grundsätzliche Bedenken der Krankenversicherer) die angeblich ungenügende Transparenz der Kosten auf seiten der Leistungserbringer (fehlende Wirtschaftlichkeit, fehlende Kostenrechnungen usw.) angeführt worden. Im Spitalbereich wurden zudem die bestimmt bestehenden Überkapazitäten als generellen Ablehnungsgrund aufgeführt.
Im Bereich der Pflegeheime und der Spitex-Leistungen begründeten die Krankenversicherer ihre Abwehrstrategie vor allem mit dem Hinweis auf unberechtigte Mengenausweitungen. Diese haben zweifellos nicht stattgefunden, sondern lediglich Umlagerungen bei der Finanzierung, eben auf die Krankenversicherer. Die immer wieder ins Feld geführten überhöhten Rechnungen einzelner (privater) Spitex-Anbieter dienten wohl zu nichts weiterem als zu Propagandazwecken. Sollten die Krankenversicherer derartige Rechnungen wirklich beglichen und nicht beispielsweise über ihre Vertrauensärzte abgelehnt haben, wäre das Vertrauen in die Kontrolltätigkeit der Krankenversicherer wirklich ein weiteres Mal erschüttert.
Dass gerade Spitex-Leistungen ein von der Bevölkerung gewünschtes Instrument darstellen, wird beim Argument, dass erst entsprechende Rückgänge im Spitin-Bereich verzeichnet sein müssten, wenn massgebliche Spitex-Leistungen übernommen werden sollten, vergessen.
Im Bereich der Abgrenzung zwischen Öffentlicher Hand und Krankenversicherer bei den sogenannten „öffentlichen Gesundheitsdiensten" - ein wiederum neu ins Spiel gebrachter Begriff, der offensichtlich Pflegeheime und Spitex-Dienstleistungen umfassen soll - könnten sich allenfalls Krankenversicherer und kantonale Instanzen finden, was allerdings zu (Mehr-) Belastungen der Gemeinden führen würde.
Im Spannungsfeld der Spitalplanung ist noch in keinem Kanton eine einvernehmliche Lösung gefunden worden. Die geplante Schliessung von Spitälern stellt für uns ein Paradebeispiel von Partikularinteressen und deren öffentlichkeitswirksamen Vertretung dar. Verschiedentlich sind Politikerinnen und Politiker, welche hier einen (durchaus berechtigten) „Hosenlupf" mit dem Volk wagten, nicht mehr oder nur noch knapp gewählt worden. Da die Spitalkosten rund 50 % der Gesundheitskosten ausmachen, entscheidet sich jedoch wesentlich in diesem Bereich, ob eine Kostenzuwachsbremse möglich ist. Ohne Abbau der horrenden Überkapazität der Schweizer Spitäler und ohne wirksame Massnahme gegen unnötige Ausdehnung von Spitalaufenthalten und zur Eindämmung von Spitaleintritten werden die Gesundheitskosten ungebremst weiter ansteigen.

b) Erwartungen an die Zukunft

aa) Leistungskatalog

Grundsätzlich ist am Leistungskatalog des neuen KVG unseres Erachtens festzuhalten. Die endlich eingeführte umfassende Grundversicherung soll ohne Abstriche weitergeführt werden können.

Zum von den Krankenkassen geforderten Moratorium für die Zulassung neuer Leistungen gehört vorab die sogenannte "nicht ärztliche Psychotherapie". Diese gehört aber zu einem umfassenden Angebot der Gesundheitsversorgung. Die Zulassung der selbständigen, nicht ärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten ist noch nicht geregelt, ebenso sind die Leistungsvoraussetzungen noch nicht umschrieben. Unseres Erachtens ist eine rechtzeitige Behandlung psychischer Störungen nicht nur vom menschlichen (und fachlichen) Standpunkt aus gerechtfertigt, sondern auch aus wirtschaftlichen Überlegungen. Positive Folgen sind Verringerung des Medikamentengebrauchs, weniger Kosten für teure Fehlbehandlungen und Chronifizierung von Krankheiten psychosomatischen Ursprungs, eine Verkürzung von Spitalaufenthalten, teilweise eine Verringerung von Arbeitsunfähigkeit sowie die Abnahme von Unfällen und eine Vermeidung vorzeitiger Pensionierungen. Die Verhandlungen zwischen den beteiligten Verbänden sind noch im Gange. Sollten sie allerdings positiv ausgehen, darf die Nicht-ärztliche Psychotherapie inskünftig als Pflichtleistung nicht ausgeschlossen bleiben.

bb) Transparenz bei der Prämienberechnung

Unseres Erachtens ist die Prämienberechnung der Krankenversicherer nicht nur für die Versicherten eine „Blackbox". Wohl fehlen auch dem BSV heute noch wichtige Daten oder die vorhandenen Daten sind nicht genügend koordiniert oder ungenügend zentralisiert. Sowohl das BSV als auch die Kassen und die Kantone müssten sich endlich auf klare und vergleichbare Statistiken einigen, in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Statistik. Das Bundesamt für Sozialversicherung sollte inskünftig - in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Statistik und den Kantonen sowie Krankenversicherern - die Wechselbeziehung zwischen den Gesundheitskosten und den Prämienbelastungen aufzeigen. Hier ist ein Benchmarking auch gegenüber den Krankenversicherern angezeigt und nicht nur gegenüber den Leistungserbringern.

cc) Transparenz der Kostenrechnung der Krankenversicherer

Unseres Erachtens sollte zudem das BSV gemäss Art. 31 Abs. 2 KVV die Kennzahlen der Krankenversicherer publizieren (bezüglich Reserven, Rückstellung für unerledigte Versicherungsfälle, Risikoausgleich, Verwaltungskosten in Franken pro Versicherten usw.).

dd) Soziale Ausgestaltung der Finanzierung

Die Konkurrenz zwischen den Versicherern spielt aus verschiedenen Gründen nur bedingt. Gerade ältere Menschen wechseln ihre Krankenversicherung nur selten, vor allem auch dann nicht, wenn sie eine Zusatzversicherung besitzen. Auch spielt der Umstand eine Rolle, dass eine Kasse in einem Jahr zu den verhältnismässig teureren gehört, in einem anderen Jahr aber wiederum zu den verhältnismässig günstigeren.
Zurzeit ist von der Umsetzung des KVG besonders der Mittelstand betroffen. Er profitiert nicht von den Prämienverbilligungen und wird von den hohen Prämien oftmals geradezu erdrückt. Die Kantone dürfen ihn nicht alleine lassen. Sie müssten in die Prämienkontrolle miteinbezogen werden. Eine entsprechende Verordnungsrevision des EDI ist in Vorbereitung, so dass sie bereits für 1998 Tatsache werden kann. Überdies dürfen die Kantone ihr Engagement nicht nur bei den Spitälern, sondern auch bei den Pflegeheimen und den Spitex-Organisationen nicht weiter reduzieren. Die Belastungen der Gemeinden belasten ihre Steuernzahler entsprechend. Und hier sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Gemeinden aufgrund ihrer sozio-ökonomischen Strukturen und demographischen Verhältnisse sehr verschieden. So könnten zusätzliche Finanzierungsmechanismen wie seinerzeit von Nationalrat Tschopp gefordert („AHV+")[21] oder die Finanzierung eines Teils der Krankenversicherung durch die Mehrwertsteuer weiterhin geprüft werden[22]. Die Gesundheitskosten der betagten und hochbetagten Bevölkerung würden so solidarischer finanziert.
Die Krankenversicherer haben ihre Glaubwürdigkeit bei den Kosten- und Prämienberechnungen zu erhöhen, wie wir bereits ausgeführt haben. Ein weiteres gutes Beispiel für die immer noch ungenügende Kompetenz ist der Umgang mit den wählbaren Franchisen. Offensichtlich sind die in Art. 95 KVV festgelegten Reduktionsfaktoren für freiwählbare Franchisen zu hoch ausgefallen[23]. So kann heute geradezu von einer Franchisespirale gesprochen werden. Erhöhen nämlich eine zunehmende Anzahl von Versicherten ihre Franchisestufen, so bewirkt dies, dass die Einnahmen der Krankenkassen im Verhältnis zu den Ausgaben zurückgehen. Dadurch werden sie gezwungen, ihre Ausgaben wieder durch entsprechende Prämienerhöhungen zu decken. Dies ist bis heute von den Krankenversicherern nicht thematisiert worden. Nun wollen sie ganz generell die Franchisen erhöhen. Am „KVG-Gipfel" vom 20. Februar 1997 wurde diese Idee auch besprochen. Bei Konsumen-

---

[21] CHSS 6/1993 S. 45.
[22] MARIANNE TILLE, Mehr Transparenz bei den Prämien in: CHSS 1997 S. 75.
[23] Vgl. CHSS 1997 S. 70 und S. 77 ff.

ten- und Patientenorganisationen stiess sie erwartungsgemäss auf Skepsis, da sie vor allem auch den Mittelstand belastet. Dessen Bedürfnisse missachten die Krankenversicherer allzusehr.

ee) *Kostenrechnungen und Leistungsstatistiken der Leistungserbringer*
Im Bereich der stationären Einrichtungen, der Spitäler wie auch der Pflegeheime, ist der einheitlichen Kostenstellenrechnung und Leistungsstatistik hohe Priorität einzuräumen. Nur dies ermöglicht eine transparente Berechnung von Spitalpauschalen und entsprechender Vergütungen für Aufenthalte in Pflegeheimen. Im Nachgang zur erwähnen nationalen Gesundheitskonferenz ist eine Arbeitsgruppe unter Federführung des BSV eingesetzt worden, welche erste Ergebnisse bis Herbst 1997 vorlegen soll. Beteiligt sind die Kantone, die Krankenversicherer und Vertreter der Spitäler. Der massgebliche Verordnungstext für die Spitäler soll bereits am 1. Januar 1998 in Kraft treten. Möglich ist, dass die Verordnung für die Pflegeheime ein Jahr später in Kraft gesetzt wird.

ff) *Kostendämpfende Möglichkeiten der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern*
Im folgenden werden einige Instrumente skizziert, wie sie nach unserer Vorstellung im Zusammenspiel Krankenversicherer und Leistungserbringer zur effizienten Kostendämpfung gefunden werden könnten. Wir sind uns des heiklen Terrains, das wir beschreiten, durchaus bewusst. So sind beispielsweise die Grenzen zwischen ehrlicher, oftmals aufwendiger und damit teurer Suche nach bestmöglicher Therapie und der sorglose Umgang mit Ressourcen jeder Art schwierig zu ziehen, da individuelle Wertungen ins Feld geführt werden und reine Objektivität lediglich Modell bleibt. Die Öffentlichkeit, Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Spitäler sowie Steuerzahlerinnen und Steuerzahler haben sich jedoch dieser Diskussion zu stellen, wenn sie nicht in Kauf nehmen wollen, dass Leistungseinschränkungen inskünftig lediglich aus Mittelmangel - und unter Vernachlässigung einer ethischen, politischen Diskussion - erfolgen. Es ist wohl unbestritten, dass jedes noch so gut konzipierte System schwarze Schafe hervorbringt, welche Profitstreben über Gewissenhaftigkeit stellen oder ihre Aufgabe nicht so wahrnehmen, sei es qualitativ, sei es wirtschaftlich, wie es eigentlich von ihnen zu erwarten wäre. Hier ist anzusetzen.
In diesem Zusammenhang besitzt gerade heute „Managed Care“ geradezu eine magische Bedeutung. Aber das von Managed Care gewollte, vernetzte Denken ist vielleicht nur der zweitbeste, aber dennoch der einzige Weg. Managed Care stellt unseres Erachtens eine Gemein-

schaftsaufgabe dar, welche von allen Akteuren erbracht werden muss. Es genügt nicht, wenn lediglich die Krankenversicherer die Instrumente von Managed Care im Sinne einer systematischen Beeinflussung von Leistungserbringern verstehen und einsetzen. Hier kommt gerade dem Staat Steuerungsverantwortung zu. Verfügbare Therapien müssen für alle da sein. Nur so kann soziale Ungerechtigkeit im Krankheitsfall verringert, können vorhandene Mittel zielgerecht aufgeteilt und die Gesundheitsvorsorge entscheidend gefördert werden.
Das KVG schafft hier die richtigen Voraussetzungen. Entscheidend ist die Transparenz der Datenlage, einerseits jene der Leistungserbringer, andererseits jene der Krankenversicherer. Verfügen beispielsweise die Krankenkassen einmal über umfassende, aussagekräftige Statistiken betreffend Fallkosten, kann auf dem Vertragswege zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern ein Benchmarking Prozess eingeleitet werden. Entschädigt würden z.B. nur noch jene Kosten, wie sie maximal - wobei die folgende Zahl nur als Beispiel zu verstehen ist - bei den 75 % günstigsten Fällen verrechnet werden. Verteuernde Faktoren wie Alter und Geschlecht, sozio-ökonomische Strukturen können und müssen berücksichtigt werden. Nach dieser Korrektur werden über einen auszuhandelnden Schnitt hinausgehende Kosten der Ärzte oder Spitäler von den Krankenversicherern nicht mehr getragen. Voraussetzung ist jedoch, dass z.B. die Kosten verschiedener Leistungserbringer pro Grippefall (ambulante Arzt- und Medikamentenkosten), pro Pneumonie (akute Spitalversorgung) regional und schweizweit bekannt sind. Das gleiche gilt - als weitere Beispiele - für die Aufwendungen, welche pro Jahr für die Betreuung eines insulinabhängigen Diabetikers, eines Hypertonikers oder eines Herzinsuffizienten entstehen.
Ausserdem sind Verträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern auszuhandeln mit ausgedehnten Negativlisten über unnötige diagnostische und therapeutische Interventionen: Unter bestimmten Indikationen würden diese Interventionen auf der Negativliste nicht mehr von den Kassen bezahlt werden, was die Leistungserbringer den Patienten vorgängig mitzuteilen hätten, und wären ihnen - wenn diese auf der Durchführung insistieren - als nicht-kassenpflichtige Leistungen direkt zu verrechnen. Für die Aufnahme auf solche Negativlisten eignen sich Massnahmen, die sich im Sinne der Evidence-Based-Medicine als nicht sicher oder nicht wirtschaftlich herausgestellt haben. Dazu gehört z.B. das Anfertigen von Schädelröntgenbildern nach Sturz auf den Kopf (ausser in speziellen Situationen), das Anfertigen von Wirbelsäulen-Röntgenbildern bei Rückenschmerzen ohne begründeten Verdacht auf Infektion oder Metastasen, ferner die Anfertigung von CT- oder MRI-Bildern bei typischer Migräne oder unkomplizierter seniler Demenz

(ohne dass spezielle Kriterien erfüllt sind). Ebenfalls gehört dazu das Verordnen von Benzodiazepine mit langer Halbwertzeit bei Betagten, das Blutverdünnen bei den meisten Indikationen länger als ein halbes Jahr bei Betagten, das Verordnen von mehr als fünf Medikamenten, ausser in speziellen Ausnahmesituationen (die vor den Vertrauensärzten zu begründen wären). Die Beispiele können beinahe beliebig fortgesetzt werden, wie auch die Diskussion hierüber.
Im Spitalbereich könnten neue Regelungen gefunden werden, wonach beispielsweise nach einer unkomplizierten Geburt Verweilzeiten von mehr als 36 bis 48 Stunden von der Krankenversicherung nicht mehr übernommen würden, wobei selbstverständlich Spezialfälle vorbehalten bleiben müssen. Ähnlich könnte vorgegangen werden, wenn Spitäler einen diagnostischen Ablauf oder eine Therapie unnötig - vielleicht aus betriebsinterner Sicht notwendigerweise - verzögern: Patientinnen und Patienten haben z.B. während drei Tagen im Spital auf eine bestimmte Untersuchung zu warten, was inskünftig nicht mehr entschädigt würde.

gg) Spitalplanung

Im Spitalsektor steht zurecht die Spitalplanung im Vordergrund. Hierbei geht es wohl um einen dynamischen Prozess, der laufend verbessert werden kann. Anfang April 1997 sind der Öffentlichkeit zwei Grundlagen zur Spitalplanung vorgestellt worden. Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) hat unter der Leitung des Thurgauer Regierungsrates Philipp Stähelin „Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste" erarbeitet[24]. Das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) hat bei einer St.Galler Consulting-Gruppe (SCG) ein Instrumentarium zur Spitalplanung in Auftrag gegeben. Es ist als Hilfsmittel zur Verbesserung der Transparenz und der Vergleichbarkeit von Versorgungsräumen und von Spitälern geschaffen worden. Das Konzept mit dem Titel „Ökonomische Instrumente zur Spitalplanung" soll die erwähnten Empfehlungen der SDK nicht konkurrenzieren, sondern ergänzen[25].

hh) Ausblick

Dem heutigen Schwarzpeterspiel kann ein Ende bereitet werden, wenn alle Beteiligten nach gleichen Grundsätzen handeln, das heisst, Verzichtsleistungen und höhere Belastungen auf allen Seiten in gleichem Masse stattfinden. Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist aber eine nachvollziehbare Datenlage, welche erst Vertrauen schaffen kann. Dar-

---

[24] Sie können bezogen werden bei der SDK, Weltpoststrasse 20, 3000 Bern 15
[25] Bestellung bei: KSK, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn

über hinaus muss anerkannt bleiben, dass gewisse Entwicklungen schlecht prognostizierbar sind, wie zum Beispiel die Auswirkung des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Kostenentwicklung oder die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Versicherten.
Die Krankenversicherer haben sich gegenüber Kantonen und Leistungserbringern nicht nur als Vertreter der Versicherten zu verhalten, sondern den Versicherten gegenüber auch die Folgen deren Handelns klar und deutlich darzustellen. Die Informationspraxis der Krankenkassen ist ungenügend. Aufklärung muss auf diesem Gebiet noch weitgehend von Patientenorganisationen und Konsumentenschutzvereinigungen betrieben werden.
Bei allen Bemühungen zur Kostendämpfung ist in Rechnung zu ziehen, dass ein gutes Gesundheitssystem - wie das schweizerische - seinen Preis hat und es ist nicht zuletzt auch darum ein gutes Gesundheitssystem ist, weil es grundsätzlich für alle Einwohnerinnen und Einwohner da ist.

Alles, was Sie über private Pflege zuhause wissen müssen:

Rufen Sie
Frau Maggie Hügli
oder
Frau Christa Hirt an.

Telefon
01-201 16 16

Krankenkassenanerkannt / KSK Nr. S 7715. 01

PHS

Private Hauskrankenpflege SPITEX
Pflegepersonal für Heime und Spitäler

24 Stunden für Sie da

PHS Gebr. Baud AG
Ulmbergstrasse 4, 8039 Zürich-2
Telefon 01-201 16 16, Telefax 01-202 35 04