

# Chaos im Gesundheitswesen : tiefgreifende Reformen sind unumgänglich

Autor(en): **Maillard, Pierre-Yves**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Widerspruch : Beiträge zu sozialistischer Politik**

Band (Jahr): **29 (2009)**

Heft 56

PDF erstellt am: **27.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-651614>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Chaos im Gesundheitswesen

### Tiefgreifende Reformen sind unumgänglich

Das Gesundheitssystem in der Schweiz befindet sich in einer schweren Krise. Der Ärztestreik, die Prämienexplosion, der Ruf nach erhöhter Eigenleistung sind deutlichster Ausdruck dieser Krise. Bis dahin hat sie die Leistungsqualität zwar nur wenig beeinträchtigt; das wird sich aber schnell ändern, wenn keine tiefgreifenden Reformen in Angriff genommen werden. Der Entscheid des Bundesrates, den zahlreichen Massnahmen, die von den PatientInnen jetzt schon eine Beteiligung an den Selbstkosten verlangen, zusätzlich eine Konsultationstaxe von 30 Franken hinzuzufügen, zeigt, wie schnell die Lage der PatientInnen sich verschlechtern kann. Zweck dieser letzten Massnahme sei, so die Begründung, den Zugang zum Arzt zu begrenzen, als ob es möglich wäre, dass diese Taxe eine abschreckende Wirkung ausschliesslich auf sogenannte „unnötige“ Konsultationen ausübe. Besonders bei PatientInnen in bescheidenen Einkommensverhältnissen ist zu befürchten, dass sie sich dadurch tatsächlich von einem Arztbesuch abschrecken lassen. Dies würde einen schwerwiegenden Rückschritt im System der Sozialen Sicherheit bedeuten.

Wie konnte es überhaupt zur Diskussion über einen so inakzeptablen Vorschlag kommen? Nur die Aussicht auf eine drohende zweistellige Prämienenerhöhung konnte dafür günstige Bedingungen schaffen. Daran sieht man deutlich, dass die Probleme im Bereich des Finanzierungssystems dringlich angegangen werden müssen. Das war meine Überzeugung bereits anlässlich der Kampagne zur Volksinitiative „Für eine soziale Einheitskrankenkasse“ im Jahre 2007: Falls das Finanzierungssystem im Gesundheitswesen nicht von Grund auf reformiert wird, wird seine chaotische und antisoziale Dynamik grosse Teile der Bevölkerung so stark unter Druck setzen, dass es für interessierte Kreise politisch möglich wird, die Qualität unseres Gesundheitssystems grundsätzlich in Frage zu stellen.

Die Krankenkassen setzen sich gegenseitig unter Konkurrenzdruck bei der Grundversicherung, um Kunden für all ihre weiteren Versicherungsprodukte zu werben, bei denen eine Gewinnoptimierung noch möglich ist. Die Versicherungen konkurrieren zwar mit möglichst tiefen Prämien. Tiefe Prämien jedoch haben eine Erhöhung der Zahl der Versicherten pro Kasse zur Folge. Die Reserven, die das Gesetz den Versicherern im Sinne der Vorsorge vorschreibt, werden aber im Jahr des Neuzugangs an Versicherten nicht entsprechend aufgestockt. Sind diese Neuzugänge massiv, führen sie zu ungenügenden Reserven. Dann bleibt dem Versicherer im darauffolgenden Jahr nur der Weg der Prämienenerhöhung. Wenn man aber von einer durchschnittlich zweistelligen Prämienenerhöhung in der Zeitspanne von einem Jahr spricht, bedeutet das, dass die billigen Versicherer ihre

Prämien viel stärker erhöhen müssen, als dies die Kostensteigerung und die ungenügenden Reserven verlangen würden. Es geht also darum, die Attraktivität der billigen Versicherer zu senken, denn ein neuer Zufluss von Versicherten würde die Anstrengungen, die zur Aufstockung der Reserven bereits unternommen wurden, zunichte machen. Umgekehrt kann ein Verlust an Versicherten aufgrund einer brutalen Prämiensteigerung auf einen Schlag das Problem der Reserven lösen.

Hinzuzufügen ist, dass die von den Versicherern entschiedenen und vom Bundesamt für Gesundheit abgesehenen Prämiensteigerungen keine genaue Aussage zulassen, wieviel die Versicherer im nächsten Jahr tatsächlich einkassieren werden. Die Versicherten beginnen wegen der Prämiensteigerung tatsächlich die Preise zu vergleichen und die Konkurrenz spielen zu lassen, indem sie sich für die billigeren Versicherungen entscheiden. Im Jahr 2008 betrug der globale Unterschied zwischen den prognostizierten und den tatsächlichen Auszahlungen der Versicherer 1.5 Prozent. Diese 1.5 Prozent müssen im folgenden Jahr wieder hereingeholt werden und verstärken so die Prämiensteigerung, die durch das Kostenwachstum ausgelöst ist. Je mehr also die Versicherten beim Konkurrenzspiel der Versicherer mitmachen, desto höher werden die durchschnittlichen Prämiensteigerungen ausfallen. Diese Dynamik wird sich verschärfen.

Die Krankenversicherung hat sich somit zu einem chaotischen System entwickelt, welches dann gefährlich wird, wenn keine glaubwürdigen alternativen Reformmodelle vorgeschlagen werden, die auf eine Verstärkung der Solidarität und Wirksamkeit des Systems abzielen. Die Volksinitiative für eine Einheitskrankenkasse hatte die Schwachstellen des heutigen Finanzierungssystems deutlich gemacht und die Richtung für eine Reformdebatte angezeigt. Sie wurde leider in der deutschsprachigen Schweiz zu wenig mitgetragen, um schliesslich Druck auf das Parlament auszuüben und seriöse Reformvorhaben einzuleiten. Denn ohne Druck seitens der Bevölkerung besteht keine Chance, das Finanzierungssystem zu reformieren, und es wird zweifellos eine neue, breitgetragene und weniger grundsätzliche Volksinitiative brauchen, damit dieser Druck zu Resultaten führt. Hierfür stehen meines Erachtens vor allem zwei Modelle zur Diskussion.

*Erstens* wäre die Umstrukturierung der Krankenversicherung nach dem Vorbild der Arbeitslosenversicherung ins Auge zu fassen. Es gäbe eine einzige Prämie pro Prämienzone, die Prämieinzahlungen erfolgen in eine eidgenössische Kasse und die Versicherer stehen weiterhin in Konkurrenz bei der Anwerbung von Mitgliedern. Die Konkurrenz würde im Bereich der Administrationskosten, in der Qualitätskontrolle der Rechnungen und der Schnelligkeit von Auszahlungen bestehen. Von der eidgenössischen Kasse ausgeführte Stichprobenkontrollen würden erlauben, die guten Kassen gegenüber den schlechten durch Bonus oder Malus zu bewerten, und die Versicherten hätten ausserdem die freie Wahl der Versicherer. Die Konkurrenz wird in diesem Modell dort aufrechterhalten, wo sie einen

(begrenzten) Sinn hat, und gleichzeitig wird die Frage des Risiko- und Reserveausgleichs geregelt. Die Koppelung zwischen Prämien- und Kostenentwicklung wird somit auf einfache Weise garantiert.

*Zweitens* wäre zu überlegen, die Finanzierung des Gesundheitssystems nicht auf nationaler, sondern auf kantonaler Ebene zu reformieren. Die unterschiedlichen Versicherungsmodelle und -systeme könnten untereinander konkurrieren; ziemlich rasch würde sich dabei zeigen, welches Modell am besten funktioniert. Es ginge einfach darum, den Kantonen zu erlauben, ihre Krankenkasse selbstständig zu organisieren. Dabei wäre es möglich, dass ein Kanton den jetzigen Zustand beibehält, ein anderer entscheidet sich für ein solidarischeres Modell – bis hin zur kantonalen Einheitskasse für jene, die das möchten. Es sind ja die Kantone, welche die grossen Restbeträge der Gesundheitskosten decken. Sie sind es auch, die über das System der Prämienreduktion entscheiden, da die Verfassung ihnen letztinstanzlich die Verantwortung für eine gesicherte Gesundheitsversorgung überträgt; sie sind auch am besten in der Lage, das Gewicht der Prämien im Verhältnis zur Höhe der Besteuerung und der Beteiligung der Versicherten abzuwägen. Der Leistungskatalog würde selbstverständlich in der Verantwortung des Bundes bleiben.

Auf dem Gebiet der Finanzierung wären auch noch andere Reformen ins Auge zu fassen. Eines der interessantesten Modelle wäre, den Selbstbehalt und die Beteiligung an den fixen Kosten vom Einkommen abhängig zu machen; dies im Hinblick auf eine Koalition, die über die Minderheitspositionen der Linken hinausgeht. Dabei ginge es darum, dass die Gesundheitskosten den PatientInnen proportional zu ihrem Einkommen belastet werden und der Rest der Kosten durch die Prämie finanziert wird. Diese würde somit bei hohem Einkommen nur als Versicherung für schwerwiegende Fälle dienen, bei niedrigem Einkommen würde die Prämie im Vergleich zur heutigen Situation sinken. Obwohl dieses Modell interessant ist, kann es die Ursachen des gegenwärtigen Chaos nicht beheben, welches die Konkurrenz der Versicherungsgesellschaften um die Prämienhöhe im Gesundheitssystem anrichtet.

Nachzudenken ist nicht nur über die Reform der Versicherung, sondern auch über die künftige Gestaltung der Leistungen. Diese Debatte muss aber in sorgfältiger Abstimmung mit den Fachleuten der Gesundheitsbranche geführt werden, und sie sollte auf mittelfristig realisierbare Lösungen abzielen. Mit „Dringlichkeitsmassnahmen“ erreicht man hier nichts. Die Konferenz der Gesundheitsdirektoren hat zwei praktikable Vorhaben zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vorgeschlagen. Das eine, die begrenzte Verlängerung des Moratoriums für die Eröffnung neuer Arztpraxen, wurde teilweise von den Räten verabschiedet. Auch weiterhin sollen die Kantone die Möglichkeit haben, auf die Niederlassung von neuen SpezialärztInnen Einfluss zu nehmen; das Moratorium ist auf SpezialistInnen ausgedehnt worden, die in Spitälern arbeiten. Diese Stär-

kung der Kompetenzen zur Regulierung des ambulanten Angebots ist nötig, um einen gerechten Zugang zur Versorgung in allen Regionen zu garantieren. Sie betrifft aber nicht die AllgemeinpraktikerInnen, was von Nachteil sein kann, weil gerade hier in bestimmten Regionen ein Ärztemangel droht. Umgekehrt kann diese Ausnahme aber auch einen Anreiz bieten für junge Ärzte, sich gerade für diesen Weg zu entscheiden.

Wichtiger noch ist die Reform der „Managed Care“. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) schlägt einen zwischen Santésuisse (Krankenkassenverband) und der Ärztevereinigung FMH abgeschlossenen nationalen Rahmenvertrag vor: Er sichert den in Netzwerken zur Betreuung von Chronischkranken zusammengeschlossenen Versorgungsanbietern zu, dass sie ihre Rückzahlungsansprüche dauerhaft geltend machen können. Die „Managed Care“-Modelle, wie sie von einzelnen Versicherungen angeboten werden, scheinen eher Systeme zur Risikoselektion als Vorkehrungen zugunsten einer rationellen Betreuung der PatientInnen zu sein. Dies ist aus Sicht der Versicherer folgerichtig, denn wenn eine Versicherung zum Beispiel ein Netzwerk zur Betreuung von DiabetikerInnen schaffen würde, so resultierten Prämien und Kosten, die im Vergleich zu ihren Konkurrenten explodieren. Dabei muss man wissen, dass 10 Prozent der am schwersten betroffenen PatientInnen fast 70 Prozent der Globalkosten verursachen. „Managed Care“ bringt aber Vorteile genau für diese 10 Prozent, bei denen die Versicherer fürchten, dass sie bei ihnen landen. Solange die Förderung von Netzwerken nur in den Händen der einzelnen Versicherungen liegt, ist nicht erstaunlich, dass sich in dieser Domäne nur wenig tut.

Wichtig ist ferner die Kostensenkung bei den Medikamentenpreisen. Dies befürwortet eine breite Koalition, ausgenommen selbstverständlich die mit Geldmitteln gutdotierte Lobby der Pharmaindustrie. Kurz- und mittelfristig sollten Einsparungen von einer halben bis zu anderthalb Milliarden möglich sein, was zwischen 2 und 4 Prozent der Prämienhöhe ausmacht.

Das Rückgrat der hier vorgeschlagenen Reformen besteht darin, dass die öffentlichen Instanzen die Interessenpolitik von Lobbies und Unternehmen eindämmen, die weiterhin versuchen, die Gesundheit zur Ware zu machen und aus dem Gesundheitswesen höchste Profite herauszuholen. Gesundheitsversorgung ist aber kein Geschäftsbereich wie jeder andere. Es handelt sich um ein Grundbedürfnis, das gerade deshalb durch eine Sozialversicherung und Steuern finanziert wird. Wenn man hier der Logik des freien Marktes und des Profits freie Hand lässt, dann werden auch die Mechanismen einer solidarischen Finanzierung in Frage gestellt. Die Rolle von Kantonen und Bund zu stärken heisst, jene Position zu untermauern, die im Schutz vor Krankheit ein demokratisches Recht für alle und nicht eine Handelsware sieht. Diese Stärkung der öffentlichen Hand soll das, was vernünftigerweise nötig ist, nicht überschreiten, und sie soll in solider und ehrlicher Partnerschaft mit den Fachleuten der Gesundheitsbranche und den noch schwachen PatientInnen- und Versichertenorganisationen erfolgen.