

Die Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld zwischen dem technisch Möglichen und dem finanziell Machbaren

Jürg H. Schnetzer,
M.H.A., Arbeitsgruppe Ökonomie der SULM

Muss alles, was technisch möglich ist, auch realisiert werden? Darf etwas verhindert werden, das technisch möglich und medizinisch sinnvoll ist? Die Konflikte und Kontroversen werden immer heftiger. Hier der Versuch einer Visualisierung, um die Komplexität unserer Gesundheitsversorgung besser zu verstehen. In einer vereinfachenden Graphik werden die medizinischen und pflegerischen Leistungen aus Sicht der beteiligten Interessengruppen dargestellt. Eigentlich entscheidet der Markt, welche Leistungen er abnehmen will und was er dafür zu bezahlen bereit ist. Wenn Fortschritt umgesetzt wird, entscheidet die Nachfrage, wieviel die Umsetzung wert ist. Nur befinden wir uns nicht in der

Pflege und Medizin. Die Kosten-Nutzen-Relation wird abstrakt, die Kostendiskussion dominiert: Soll alles, was technisch möglich und medizinisch sinnvoll ist, auch solidarisch finanziert werden? Die Frage stellt sich in einem Umfeld, in dem die Ansprüche an Qualität, Sicherheit und die Reaktionszeit steigen, im Zeitalter von «empowered patients», «informed consents» und «internet doctors».

Das Kräfteparallelogramm (Abb. 1) Hier werden vereinfacht die Interessengruppen und die Beziehungsstruktur dargestellt. Alle Interessengruppen setzen sich aus Menschen zusammen, die letztlich nicht konsequent die Gruppeninteressen vertreten, wenn sich individuelle Interessen situationsbedingt oder aus taktischen Gründen verändern. Eine Binsenweisheit mag das beispielhaft belegen: Gesunde haben tausend Wünsche, Kranke nur einen ...

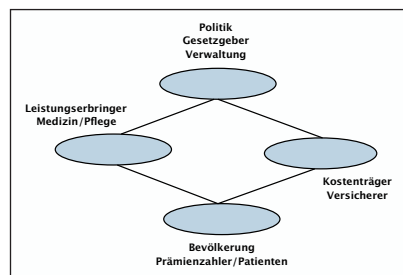


Abbildung 1. Das Kräfteparallelogramm.

Aufschlussreich ist die Analyse der Beziehungen zwischen den Polen, also den Interessengruppen:

Politik–Bevölkerung (Abb. 2)

Eine qualitativ hochstehende, flächendeckende und solidarisch finanzierte Grundversorgung ist ein politisches Ziel, dem sich grundsätzlich niemand entgegenstellt. Diese Idee kommt, so abstrakt formuliert, gut an bei Gesunden und Kranken, bei der Gesundheitswirtschaft und bei der Behörde. Das Verhältnis zwischen Politik und Bevölkerung ist hier prima vista nicht spannend!

In der Umsetzung bedeutet dies aber: Staatlich garantiert hochstehend und flächendeckend, aber solidarisch finanziert heisst nicht gratis! Die Spannung steigt.

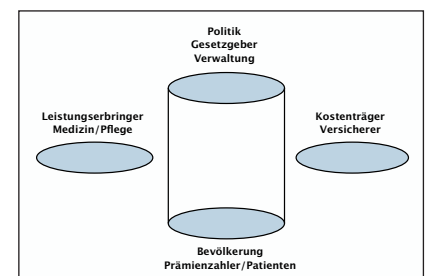


Abbildung 2. Die Beziehung zwischen Politik und Bevölkerung.

Kostenträger–Bevölkerung (Abb. 3)

Da die Versorgung finanziert werden muss, wird die Bevölkerung als Prämien- und Steuerzahler in Anspruch genommen. Der Steueranteil, der in die Listenspitäler fließt, ist für den Normalbürger intransparent und kaum ein Thema. Aber die Prämienrechnung, der Selbstbehalt und die Franchise werden wahrgenommen, und es entsteht ein Spannungsverhältnis zwischen Prämienzahler und Kostenträger.

Solidarität hat ihre Grenzen, der Ruf nach einem Stop der Prämienentwicklung macht Druck, und die Grundversicherer suchen eine Verbilligung des

«**Staatlich garantiert hochstehend und flächendeckend, aber solidarisch finanziert heisst nicht gratis! Die Spannung steigt.**»

Marktlogik, nicht im Bereich der Grundversicherung und erst recht nicht in der Innovation von

Angebotes. Der Konsum von Gesundheitsleistungen soll durch höhere Selbstbehalte, eine Selektion der Anbieter, das Abschöpfen von Erträgen, Limitationen bei kostenintensiven Eingriffen usw. eingeschränkt werden.

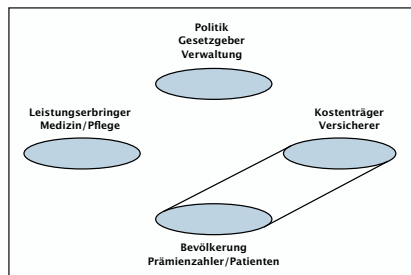


Abbildung 3. Die Beziehung zwischen Kostenträgern und Bevölkerung.

Bevölkerung–Leistungserbringer (Abb. 4)

Wird der Prämienzahler zum Patienten, besteht er auf der qualitativ hochstehenden Versorgung. Diese hat der Leistungserbringer anzubieten und zu produzieren. Sie ist aufgrund der Ausbildung, der Organisation und der technischen Mittel auch möglich. Innovation und Spitzenmedizin werden hier, wenn deren Möglichkeiten bekannt sind, von den Patienten gefordert.

Dass die Bevölkerung auch auf der flächendeckenden Versorgung besteht, wird bei jeder Diskussion um eine Spitalschliessung bestätigt. Die Kosten für die Dichte der Anbieter sind der Bevölkerung, wie gesagt, nicht bewusst oder sie werden als Steueraufwand in Kauf genommen.

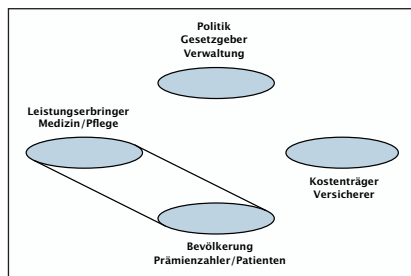


Abbildung 4. Die Beziehung zwischen Bevölkerung und Leistungserbringern.

Leistungserbringer–Politik (Abb. 5)

Limitierende Faktoren sind in diesem Bereich die Ausbildung und die technischen Mittel.

Gute Infrastruktur, kompetentes medizinisches, pflegerisches und technisches Personal, permanente Fortbildung sind politische Vorgaben für Qualität und Sicherheit. Zudem sind sie unerlässlich, um als Leistungserbringer langfristig bestehen zu können.

Über das Anreizsystem wird viel und zum Teil logisch diskutiert. Tatsache ist, dass die Gesundheitsversorgung in der Schweiz sich wegen oder trotz teilweise falscher Anreize qualitativ hochstehend und flächendeckend entwickelt hat. Ob es politisch intelligent ist, mit Einzelmassnahmen wie linearen Kürzungen oder dem Parallelexport von Patienten Einsparungen erreichen zu wollen, wird sich zeigen.

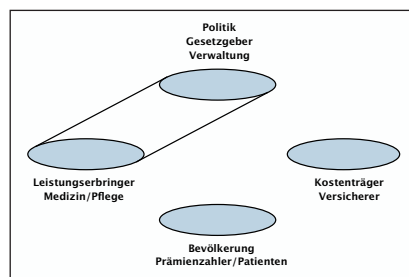


Abbildung 5. Die Beziehung zwischen Leistungserbringer und Politik.

Politik–Kostenträger (Abb. 6)

Mit dem Versicherungsobligatorium und dem Vertragszwang fördert der Gesetzgeber eine Situation, die für die Kostenträger nicht logisch ist. Nur beschränkt können die Versicherer ihre Kunden bzw. Prämienzahler auswählen, und der Patient entscheidet weitgehend selber, wer die in der Police versprochene Leistung zu erbringen hat. Das führt einerseits zu sehr komplexen Vertragswerken zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern, andererseits zu einem intensiven Lob-

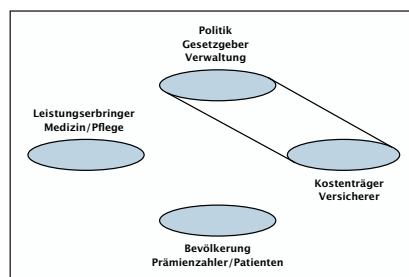


Abbildung 6. Die Beziehung zwischen Politik und Kostenträgern.

bing seitens der Versicherer im Parlament und in der Öffentlichkeit.

«Richtet sich der Leistungserbringer nach der Maxime einer «qualitativ hochstehenden Versorgung», darf und muss er im Interesse des Patienten damit die Attribute «modern», «state of the art», «effektiv» und «effizient» assoziieren.»

Es ist auch klar, dass die Prämienbelastung des einzelnen zu einem politischen Traktandum geworden ist und die Wählerschaft von den Politikern Lösungen erwartet.

Kritik an der Scheinlösung (Abb. 7)

Die Politik und die Interessengruppen haben mittels Regulierung, Standardisierung, Tarifierung, Limitierung und Kontingentierung versucht, das Kostenproblem zu kontrollieren – scheinbar ohne Erfolg, behaupten doch alle, die Ziele würden nicht erreicht oder es sei nur schlimmer geworden.

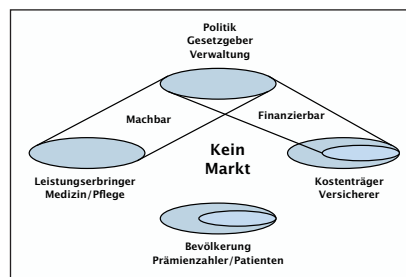


Abbildung 7. Die Scheinlösung.

Mit TARMED und SwissDRG wird das Problem nun als Wettbewerbsfrage dargestellt: Man definiert die Prozesse und Prozesskomplexe und stellt sie in den Preiswettbewerb. Es wird auch ein Qualitätswettbewerb angestrebt, aber Qualität ist schwer zu quantifizieren. In dieser Situation wird das Machbare dem Finanzierbaren gegenübergestellt, mit der Idee, hier würde der Markt spielen.

So einfach kann es sich die Politik nicht machen: Zu vieles ist reguliert,

als dass sich eine Marktlogik ergeben könnte. Entweder man fährt die Regulierung massiv zurück und lässt die Marktkräfte spielen oder man ist konsequent und löst die Probleme an den Polen, auch wenn das eine grosse Herausforderung darstellt.

«**Heute entscheidet die Politik, ob Spitzenfähigkeiten, Innovationen und Technologien gefördert oder nur beobachtet oder gar gebremst werden sollen. Alle drei Optionen haben ihre Anhänger, und es wird massiv lobbyiert. Mit den gegenwärtigen Kräfteverhältnissen ist eine konstruktive Lösung nicht absehbar, das zeigen die fruchtlosen Bemühungen im Parlament.**



Forderungen/Perspektiven

Die Kaufkraft des Systems der Grundversicherung wird solidarisch aufgebaut. Wenn die Bereitschaft, die Kaufkraft angesichts der Anspruchmentalität und der demographischen Dynamik weiter aufzubauen, nicht gegeben ist, muss eine Verzichtspannung mit mittel- und langfristiger Wirkung einsetzen. Das ist eine politische Aufgabe und verlangt Gerechtigkeitsinn, den Blick auf die Zusammenhänge sowie die Bereitschaft, eine Opfersymmetrie zu suchen und zu vertreten.

«**Auch der volkswirtschaftliche Effekt der Gesundheitswirtschaft muss gewichtet werden. Das bedingt aber, dass von der reinen Kostendiskussion auf die Nutzendiskussion überzugehen ist.**



Die Bundespolitik muss eine Strategie definieren, kommunizieren und umsetzen. Wo der Markt spielen kann, soll er spielen. Finanziell Schwachen soll der Zugang zur Versorgung nicht verwehrt werden, das ist durch den Gesetzgeber sicherzustellen. Die Solidarität über eine Kopfprämie ist kaum umstritten, die kommende Abstimmung über eine Einheitskasse wird das belegen. Es müssen aber neue Versicherungsangebote entstehen, echter Wettbewerb unter den Grundversicherten muss sich entwickeln.

Transparenz (Abb. 8)

Es muss für alle Interessengruppen klar sein, welche Leistungen in der Grundversicherung zugelassen sind und welche zusätzlich zu entgelten sind, privat oder mittels Zusatzversicherung. Wer sich dieser Logik verschliesst, ist Teil des Problems. «Qualitativ hochstehend, flächendeckend und solidarisch finanziert» ist ein Werbespot der Politik für die Einführung des KVG. Heute ist offensichtlich, dass dieser Wunschzustand an der Realität bzw. an den Assoziationen scheitert.

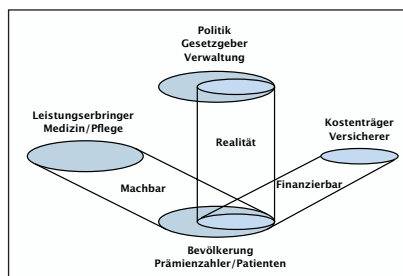


Abbildung 8. Assoziationen.

Zum Schluss

Hier ist auch ein Anknüpfungspunkt für Innovation und Spitzenmedizin: In der Kostendiskussion und der damit verbundenen Optimierungsoptik werden Mittel direkt oder indirekt aus dem System weggannibalisiert, Mittel für Forschung, Innovation, Studien reduziert, die Industrie (ob Pharma- oder Medizintechnik) wird bei sinkenden Margen das nicht kompensieren können.

Wie der Wettbewerb zwischen den Versicherern zu forcieren ist, ist auch jener zwischen den Leistungserbringern notwendig und sinnvoll. Die Anbieter sollen sich aber auch weiterhin über zukunftsgerichtete Leistungen

profilieren können, über Publikationen und Innovation und nicht über die günstigste Erbringung von Leistungen, welche die Versicherer definieren.

Das Kräfteparallelogramm als Herausforderung (Abb. 9)

Aus dem Kräfteparallelogramm geht hervor, wer alles zur Lösung beitragen muss.

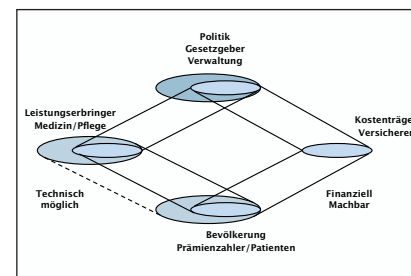


Abbildung 9. Die Gesundheitspolitik.

Hier muss die Politik und müssen die zuständigen Behörden Prioritäten setzen, Stärken unseres Versorgungssystems anerkennen und ausbauen. Das verlangt eine Gesamtsicht des Systems, das während der Optimierung ja weiter funktionieren muss.

Eine immer leistungsfähigere Gesundheitsversorgung mit immer mehr Aufgaben und für immer anspruchsvollere Patienten wird nicht billiger. Es wäre aber fatal und kurzsichtig, unter dem Kostendruck Innovation und Spitzenmedizin zu dämonisieren und abzubauen. Das würde die Versorgung auf tieferem Niveau konsolidieren, den Forschungs- und Wirtschaftsstandort Schweiz schwächen und letztlich das Potential für die Optimierung der Gesundheitsversorgung über Forschung und Innovation marginalisieren.

Jürg H. Schnetzer
Fürsprecher, M.H.A.
c/o FASMED
Monbijoustrasse 22
3003 Bern
info@fasmed.ch