

Das KVG gemeinsam optimieren

O. Piller

Unser Gesundheitswesen bekommt im internationalen Vergleich immer wieder gute Noten; Anfang September durfte Bundesrätin Ruth Dreifuss dafür einen international begehrten Preis entgegennehmen. Die Schweiz wurde mit diesem Preis namentlich deshalb ausgezeichnet, weil das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) in guter Kombination auf Planung und Wettbewerb setzt.

Bei uns allerdings reisst die Kritik am KVG nicht ab, und unzählige oft selbst ernannte und durchaus nicht immer unabhängige Experten erteilen der Nation ihre Ratschläge, wie das KVG umzubauen sei. Natürlich wissen auch die Bundesbehörden, dass im Gesundheitswesen, der Gesundheitsversorgung noch einige Hausaufgaben zu lösen sind. Der Veränderungsprozess, der mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz eingeleitet wurde, ist noch nicht abgeschlossen, das Potenzial bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Was wir heute deshalb brauchen sind nicht neue Modelle, sondern entschlossenes Handeln. Die Wege sind weitgehend vorgezeichnet.

Das KVG ist nach mehrjähriger Vorarbeit und einer intensiven demokratischen Ausmarchung vom Schweizer Volk gutgeheissen und 1996 in Kraft gesetzt worden. Die tragenden Elemente sind:

- Die *lückenlose Versicherungsdeckung* aller notwendigen medizinischen Leistungen im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung; teure private Zusatzversicherungen müssen aus medizinischen Gründen nicht mehr abgeschlossen werden, und die Angst vor einer Zweiklassenmedizin ist unbegründet.
- Die *ausgeprägte Solidarität* zwischen Gesunden und Kranken, Älteren und Jungen sowie zwischen Mann und Frau, sichergestellt durch Einheitsprämien innerhalb derselben Krankenkasse und desselben Kantons.
- Die starke *soziale Komponente*, die sich in den Prämienverbilligungen an Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen ausdrückt; als Sozialziel gilt: kein Haushalt soll mehr als 8% seines steuerbaren Einkommens für die Krankenkassenprämien ausgeben müssen.

- Die Elemente der *Eigenverantwortung*: die Versicherten beteiligen sich an den Kosten, indem sie bei Inanspruchnahme der Versicherung eine jährliche Franchise von mindestens 230 Franken und von den Rechnungen einen Selbstbehalt von jeweils 10% bis zu maximal 600 Franken pro Jahr bezahlen.
- Die *Wettbewerbselemente*, welche einen Wettbewerb zwischen Versicherern aber auch zwischen Versicherungsformen (Grundversicherung mit diversen Franchisen, Hausarztmodelle, HMO, Bonusversicherung) sicherstellen.
- Die Instrumente zur *Kostenkontrolle* (Verpflichtung der Leistungserbringer zur Überprüfung von Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistung, Spitalplanung der Kantone, Möglichkeit zur Einführung kantonaler Globalbudgets im stationären Bereich).

Diese Kombination von «Planung wo nötig» und «Wettbewerb wo möglich» soll eine optimale Wirkung erzielen.

Trotz des auch international anerkannten Vorbildcharakters des Schweizer Systems dürfen wir nicht verkennen, dass es noch einiges zu verbessern gibt. Insbesondere steigen die Kosten (das Ergebnis von Preis und Menge), und dementsprechend auch die Prämien, immer noch zu stark. Von einer Kostenexplosion zu sprechen, wie dies die eingangs erwähnten «KVG-Systemverbesserer» tun, ist allerdings unangebracht! Im Jahre 1999 stiegen die Prämien im Durchschnitt um 2,8%, im Jahre 2000 um 3,8%, für 2001 werden sie um 5,5% steigen; dies bei einer Jahresteuern von zwischen 1 und 2%. Die Prämiensteigerungen sind zu hoch – unzweifelhaft – aber kein Grund, das Kind mit dem Bade auszuschütten, das neue System grundsätzlich in Frage zu stellen.

Kostenwirksame Massnahmen

Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrat – teilweise in Erfüllung verbindlicher Aufträge des Parlamentes – eine Reihe von Massnahmen vorgeschlagen, die auf der Kostenseite wirksam werden sollen.

Mit der *ersten KVG-Revision* ist das Parlament dem Bundesrat teilweise gefolgt. So wurde das Recht der *Generiksubstitution* eingeführt und die gesetzliche Basis für ein neues *Apothekerabgeltungssystem* geschaffen. Beides soll falsche Anreize, die heute fast zwangsläufig zu Mengenausweitungen führen, eliminieren.

Nicht gefolgt ist das Parlament dem Vorschlag des Bundesrates, den Kantonen das Recht einzuräumen, im ambulanten Bereich das *Globalbudget* einzuführen. Das Parlament hat allerdings im Gegenzug bereits mit der ersten Revision eine *auf drei Jahre befristete Bedürfnisklausel* für die Ärztezulassung eingeführt, dies insbesondere mit Blick auf die bilateralen Verträge mit der EU. Gleichzeitig beauftragte das Parlament den Bundesrat, die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, um den *Kontrahierungszwang* aufzuheben.

Korrespondenz:

Otto Piller

Direktor Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

Effingerstrasse 33

CH-3003 Bern

Nach dem Willen des Parlamentes sollte die Aufhebung des Kontrahierungszwangs mit der *zweiten KVG-Revision* erfolgen, einer Revision, die sich schwergewichtig mit der Neuregelung der Spitalfinanzierung befasst. Bezüglich des Kontrahierungszwangs ist im Rahmen der Vernehmlassung deutlich geworden, dass viele Beteiligte grundsätzlich eine Stärkung des Wettbewerbsgedankens im KVG und somit auch die Idee einer Aufhebung des Kontrahierungszwanges befürworten. Allerdings, das vorgeschlagene Modell wurde mit Skepsis aufgenommen oder gar für untauglich und unpraktikabel erklärt. Ein alternatives, akzeptableres Modell zeichnete sich aufgrund der Stellungnahmen jedoch nicht ab. Der Bundesrat hat deshalb davon abgesehen, im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG das wettbewerbliche Vertragsmodell im ambulanten Bereich vorzuschlagen. Er möchte aber den Kontrahierungszwang für diejenigen Leistungserbringer aufheben, welche das 65. Altersjahr überschritten haben. Diese Teilaufhebung des Kontrahierungszwangs rechtfertigt sich nach Meinung des Bundesrates, weil mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass ein Leistungserbringer nicht mehr mit der medizinischen Entwicklung Schritt halten kann, und damit die Qualität der Leistungserbringung gefährdet ist.

Weil der Bundesrat in der *Förderung von besonderen Versicherungsformen* wie Hausarztmodellen oder HMOs ein weiteres Instrument zur Kosteneindämmung sieht, hat er ebenfalls in der Botschaft zur zweiten KVG-Revision vorgeschlagen, dass die Versicherten verpflichtet werden, in der ganzen Schweiz besondere Versicherungsformen mit einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer anzubieten. So wird nicht nur sichergestellt, dass jeder und jede Versicherte die Möglichkeit hat, ein solches Versicherungsmodell zu wählen, sondern es findet auch ein echter Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versicherungsformen statt.

Bedürfnisklausel

In der Bedürfnisklausel sehen insbesondere junge Ärzte und Ärztinnen ein Berufsverbot. Für diesen Standpunkt habe ich durchaus Verständnis. Faktum ist aber auch, dass heute die Kosten im ambulanten Bereich sowie die Menge der konsumierten Medikamente direkt in Relation zur Ärztedichte stehen. So praktizieren in Genf auf 10 000 Einwohner 39 Ärzte. Im schweizerischen Mittel sind es 19 Ärzte. Dementsprechend beträgt die Durchschnittsprämie der obligatorischen Grundversicherung im Jahre 2000 in Genf 320 Franken (im schweizerischen Mittel 212 Franken). Und eine Wende zeichnet sich nicht ab: Nach neuesten Berechnungen wird sich die Zahl der Ärzte in der Schweiz in den nächsten 15 bis 20 Jahren nochmals verdoppeln.

Ein deutscher Politiker hat mal gelästert, wenn man die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sich selber überlasse, würden diese innert kürzester

Zeit das gesamte Bruttosozialprodukt des Landes für sich beanspruchen ... So weit kann und darf es nicht kommen, das sagt unser gesunder Menschenverstand. Eher über kurz als über lang werden sich auch die Ärzte und Ärztinnen dem rauhen Wind des Wettbewerbes aussetzen müssen. Genausowenig wie ein Lehrer nach seiner Ausbildung auf eine warme Schulstube pochen kann, wird es möglich sein, dass Ärzte und Ärztinnen nach erfolgreicher Ausbildung automatisch eine Praxis eröffnen können. Wenn die Attraktivität des Arztberufes und damit die Zahl der Ausgebildeten weiterhin so hoch bleibt, wird die Ärzteschaft nicht darum herumkommen, sich neue Berufsfelder in der Wirtschaft und der Verwaltung zu erschliessen. Das tönt vielleicht für viele junge Ärzte und Medizinstudentinnen und -studenten exotisch, aber ein Blick auf die Pharmazeuten, von denen heute eine Minderheit eine eigene Apotheke führt, zeigt wie realistisch ein solcher Ansatz ist.

Ohne Globalbudget im ambulanten Bereich werden wir kaum darum herumkommen, mittel- und längerfristig die Zahl der Leistungserbringer zu beschränken. Mit der vom Parlament verabschiedeten Bedürfnisklausel soll insbesondere kurzfristig verhindert werden, dass die vielen aus EU-Ländern stammenden, in Spitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte nach Inkrafttreten der bilateralen Verträge bei uns eine Praxis eröffnen. Wegen des Diskriminierungsverbotes trifft eine solche Massnahme natürlich auch die Schweizer Ärzte und Ärztinnen.

Wir wissen aber umgekehrt, dass gerade die Spitalärzte und -ärztinnen viel zu lange Arbeitszeiten aufweisen. Das wirkt sich letztlich negativ auf die Attraktivität solcher Jobs und wohl auch auf die Qualität der erbrachten Leistungen aus. Geregelte und vernünftige Arbeitszeiten führen zwangsläufig zu zusätzlichen Anstellungen. Es können und sollen auch noch bessere Anstellungsbedingungen geschaffen werden; das Modell des Spitalarztes als eigenständiges Berufsbild, wie ihn der Kanton Zürich vorsieht, ist diesbezüglich meines Erachtens vielversprechend. Mit solchen von Spitalseite und den zuständigen kantonalen Behörden an die Hand zu nehmenden Massnahmen könnten die Auswirkungen der zeitlich befristeten Bedürfnisklausel für junge Ärztinnen und Ärzte abgefedert werden.

Eigennutz versus Eigenverantwortung

Nachdem das Globalbudget abgelehnt ist und die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und die Einführung einer Bedürfnisklausel erbittert und teilweise mit Erfolg bekämpft wurde respektive wird, sind die Leistungserbringer, allen voran die Ärztinnen und Ärzte gefragt. Dürfte nicht erwartet werden, dass mit Blick auf Berufsethos und aus Gesamtinteresse für unser Krankenversicherungssystem nur Medikamente verschrieben und Behandlungen angeordnet werden, welche für den Patienten wirklich notwendig sind?

Hier ist ein weites Handlungsfeld für ärztliche Organisationen aber auch für andere Akteure im Gesundheitswesen. Mit dazu gehört auch die ganze Qualitätsdiskussion, die in der Schweiz bislang weitestgehend aufgeschoben und verdrängt worden ist. Könnte im weiteren eine Stärkung der Stellung des Patienten (Stichwort: «patient empowerment») die Verhältnisse im einseitigen Anbietermarkt korrigieren, beispielsweise mit einem nachhaltigen Informations- und Bildungsprogramm? Informierte Patienten sind kritische Patienten: Sie könnten sich beispielsweise gegen eine Überverarz tung wehren oder sich in der Krankenversicherung für ein kostensparendes Hausarzt- oder HMO-Modell entscheiden und so ihrerseits Verantwortung für die künftige Bezahlbarkeit unseres Gesundheitssystems mittragen.

Gemeinsame Optimierung

Wir haben in der Schweiz ein sehr hochstehendes Gesundheitswesen, das uns allen auch viel, sehr viel an zusätzlicher Lebensqualität gebracht hat. Darauf dürfen wir und darf insbesondere die Ärzteschaft stolz sein. Unser Gesundheits- und Krankenversiche-

rungssystem ruht auf den wichtigen Pfeilern Gerechtigkeit und Solidarität. Alle in der Schweiz wohnhaften Personen haben den gleichen Zugang zu den notwendigen medizinischen Leistungen. Ob alt oder jung, ob Frau oder Mann, ob krank oder gesund bezahlen in der selben Prämienregion alle die gleiche Prämie. Denn die Erschaffer des KVG wollten explizit eine Zweiklassenmedizin verhindern. Das Ziel der Nichtdiskriminierung muss Leitplanke sein – heute und morgen. Das bedingt aber, dass wir die Kosten- und die damit verbundenen Prämiensteigerungen in den Griff bekommen.

Je mehr die Akteure im Gesundheitsschutz und damit auch die Ärzte und Ärztinnen sich von Eigenverantwortung und nicht von Eigennutz leiten lassen, je mehr sie Verantwortung für das System mittragen, desto weniger staatliche Massnahmen braucht es. Die Entwicklung der letzten Jahre allerdings stimmt nicht nur optimistisch ... der Punkt kann durchaus kommen, wo wir kostenwirksame und mengenbeschränkende Massnahmen brauchen, die vermutlich für etliche schmerzlich sein werden. – Wir haben ein sehr gutes, international reputiertes Krankenversicherungssystem, das in einigen Punkten zu optimieren ist. Packen wir es gemeinsam an.