

Herr Couchepin verliert nicht gerne

Nach dem Scheitern der zweiten Revision des KVG muss die Zukunft der Sozialversicherung und die Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens neu definiert werden. Wir haben Yves Guisan, Vizepräsident der FMH und Nationalrat, gebeten, etwas Klarheit in eine oft inkohärent und engstirnig geführte Diskussion zu bringen.



BMS: Sie haben am 17. Dezember 2003 durch einen Antrag die 2. KVG-Revision zum Scheitern gebracht. Sind Sie ein Verhinderer?

Dr. Yves Guisan: Sicher nicht! Aber wenn ein Projekt offensichtlich den falschen Weg einschlägt, wenn Ideologien wichtiger sind als die Realität, dann erschiene es völlig unverständlich, ja sogar verantwortungslos, wenn die Vertreter der Gesundheitsberufe, im vorliegenden Fall der Vizepräsident der FMH und die andern im Parlament sitzenden Ärzte, hier mitziehen würden, obwohl dramatisch perverse Auswirkungen von vornherein abzusehen waren. Es handelt sich auf keinen Fall um eine im Zusammenhang mit der Weltanschauung einer Berufsgattung stehende Ablehnung. Im Gegenteil, es geht um die Verteidigung des Gemeinwohls aufgrund der Erkenntnisse der Realität, die der Mehrheit im Parlament entgeht.

Ist die Mehrheit zufällig zustande gekommen?

Diese Mehrheit war tatsächlich eine Überraschung. Allerdings lässt sich dieses Resultat nicht einfach durch Absenzen in den bürgerlichen Reihen oder durch Zufall erklären, wie das gewisse Kreise gerne haben möchten. Ausserdem waren die Absenzen zwischen links und rechts ziemlich regelmässig verteilt.

Nach dem Scheitern ihrer Vorlagen im Sozialbereich war die Linke fest entschlossen, sogar bis zum Referendum zu gehen. Aber das allein hätte sicherlich nicht genügt. Was zweifelsohne den Ausschlag gab, war die fehlende Überzeugung, dieses schlechte Gesetz allenfalls erfolgreich durch die Volksabstimmung bringen zu können. Seine konkreten restriktiven, aber nicht klar dargelegten Auswirkungen auf allen Ebenen (indirekte Rationierung), ohne jegliche Garantie, die Prämien auch wirklich in den Griff zu bekommen, haben offensichtlich ein genügend tiefes Unbehagen verursacht, um schliesslich die Waagschale kippen zu lassen.

BR Couchepin hat die Gesetzesrevision nur lauwarm vertreten. Hatte er Angst vor dem Referendum?

Bundesrat Couchepin teilt unsere Meinung nicht unbedingt, aber er verfügt zweifelsohne über ein ausgeprägtes politisches Gespür, auch wenn er sich manchmal verrennt (Rentenalter 67!). Die Ablehnung der Einigungskonferenz, in der Frage der Netzwerkfinanzierung etwas nachzugeben, überzeugte ihn schliesslich, dass diese zweite Revision gleichzeitig zu viele Fronten eröffnen würde, um dieses Gesetz problemlos durch die Volksabstimmung zu bringen. Nun, Herr Couchepin verliert nicht gerne. Um zu gewinnen, wird er allerdings akzeptieren müssen, dass sich die steigenden Gesundheitskosten weder durch die wirtschaftliche Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern noch durch die von den Versicherern propagierten Wunderlösungen stabilisieren lassen.

Die 2. KVG-Revision wurde 3 Jahre lang beraten, um dann im Nationalrat innerhalb eines Jahres in zwei Schlussabstimmungen abgelehnt zu werden. Ist das Parlament mit den Problemen des Gesundheitswesens überfordert?

Ich bin nicht weit davon entfernt, das zu glauben. Die Lösung der Gesundheitsprobleme verlangt, mehr als bei andern Sozialversicherungen, die Berücksichtigung menschlicher Kriterien, es genügt nicht, sich auf Zahlen zu beschränken. Das Parlament hat grösste Mühe, diesen Aspekt zu erfassen, weil es zu weit von den konkreten, sich in der Praxis ergebenden Problemen entfernt ist. Die von den Gesundheitsberufen vorgebrachten Argumente werden systematisch als Verteidigung der Interessen einer Berufsgattung interpretiert. Die Klischees halten sich hartnäckig. So wird der Kontrahierungszwang als Einkommensbesitzstand für den Arzt verstanden und nicht als Garantie, dass dem Patienten die Kosten zurückerstattet werden. Die Kostensteigerung wird den Ärzten zugeschrieben, welche viele unnötige Leistungen erbringen und an Stelle von Generika teure Medikamente verschreiben würden... Das Parlament nimmt weder die Belastung der notwendigen Verfügbarkeit den Patienten gegenüber wahr noch die Schwierigkeiten der Spitäler, Personal zu finden, welches bereit ist, nach einer besonders anforderungsreichen Ausbildung für einen relativ bescheidenen Lohn unregelmässige Arbeitszeiten mit häufiger Nachtschicht in Kauf zu nehmen. Ebensowenig

La version française
a paru dans le n° 3/2004

vermag das Parlament den hindernisreichen Bildungsweg nachzuvollziehen und zu erkennen, welche Portion Enthusiasmus es braucht, um eine ärztliche Ausbildung erfolgreich abzuschliessen. Die demographischen Faktoren und der medizinische Fortschritt werden kaum berücksichtigt. Unter diesen Umständen setzen sich vereinfachende und manchmal widersprüchliche Rezepte durch, ohne dass man realisiert, dass sie de facto einer indirekten, mit in praktischer und ethischer Hinsicht erheblichen Konsequenzen verbundenen Rationierung gleichkommen. Das Wort «Rationierung» wird jedoch aus dem Vokabular verbannt, weil jeder weiss, dass dessen Verwendung einem inakzeptablen Verstoß gegen die politische Moral gleichkommt... Offensichtlich vertraut das Parlament mehr der öffentlichen Meinung als den eigenen Spezialisten.

Deshalb muss die Arbeit im Bereich der Information und der Sensibilisierung der Öffentlichkeit unermüdlich fortgesetzt werden. Jedes Seminar, jede Intervention in Presse, Radio und Fernsehen muss dazu genutzt werden.

An der Ärztekammer im Oktober 2002 wurde das Gesetz als wenig durchdacht, konzept- und ziellos und voller juristischer Mängel bezeichnet. Hat die Ärzteschaft in all den Jahren nichts unternommen, damit ein besserer Vorschlag zustande kommt, oder wurde sie einfach nicht gehört?

Die FMH hat alles in ihrer Macht Stehende getan, um vermehrt Präsenz zu zeigen. Sie hat die persönlichen Kontakte mit Parlamentariern vervielfacht und Informationssitzungen organisiert, wie es andere Interessengruppen auch tun. Trotzdem ist es ihr nicht gelungen, weder die über einen gewissen Einfluss verfügenden Nichtärzte zu überzeugen noch das tiefe Misstrauen zu zerstreuen, das ihr entgegengebracht wird. Ihre Interventionen an den Kommissionshearings wurden entweder als zu elitär oder aber zu gewerkschaftlich empfunden. Ihrer Haltung fehlt es an politischem Realismus, und sie konzentriert sich allzu stark auf die Bundes- und Kantonsbehörden, welche nicht unbedingt die einzige richtige Zielscheibe sind. Die FMH muss ihre Anstrengungen in gleichem Masse, wenn nicht vermehrt, in Richtung der Versicherten, der Konsumenten, der Alters- und Invalidenorganisationen ausdehnen. Dazu ist kein mehrere Millionen kostendes PR-Konzept nötig, sondern strategisches Gespür und Engagement. Es ist an der FMH, auf die Partner zuzugehen, ohne darauf zu warten, angesprochen zu werden. Diese Aufgabe ist nicht das geschützte Jagdrevier des Präsidenten oder des Zentralvorstands. Sie muss vielmehr

auf alle Verantwortlichkeitsebenen in den Kantonen und in der Praxis ausgedehnt werden. Das erste Beispiel wurde durch das Manifest der Société médicale de la Suisse romande geliefert. Es ist äusserst wichtig, dass sich diese Art von Anstrengung verallgemeinert und weitergeführt wird.

Die FMH hat der Gesetzesrevision auch vorgeworfen, sie zielen an den Bedürfnissen der Bevölkerung vorbei. Was sind Ihrer Meinung nach die wahren Bedürfnisse der Bevölkerung?

Das Projekt hatte zwei schwerwiegende Fehler.

Erstens wurde die indirekte Rationierung zur grundlegenden Philosophie gemacht. Die Bedürfnisklausel, die Aufhebung des Kontrahierungszwanges sowie die Netzwerke gemäss den Vorstellungen des Ständerates beziehungsweise der Einigungskonferenz versuchten, die Mengenausweitung aufgrund der vereinfachenden Vorschläge der Krankenkassen in den Griff zu bekommen. Die Parallele zwischen der Anzahl Arztpraxen und der Kostensteigerung hat enormen Schaden angerichtet. Niemand ist dazu bereit, die diesbezügliche Analyse zu vertiefen und einzugestehen, dass die gezogenen Schlüsse das Problem offensichtlich zu sehr vereinfachen. Auch will niemand realisieren, dass mit dem Einfrieren der Anzahl Arztpraxen, verbunden mit finanziellen und vertraglichen Zwängen sowie einer Vielzahl von Kontrollen und anderen restriktiven Massnahmen, bereits kurzfristig ein schwerwiegender Ärztemangel vorprogrammiert wird. Zynisch ausgedrückt ist nichts billiger, als die Leute nicht zu behandeln und auf allen Ebenen Warteschlangen sowie Engpässe zu bilden. Zwar würden dadurch die Prämien gesenkt, aber zu einem in medizinischer und sozialer Hinsicht mit katastrophalen Folgen verbundenen Preis, wobei die ethische Verantwortung dieser Situation den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens aufgebürdet würde. Das sind die unter den Teppich gekehrten Konsequenzen dieser Vorschläge. Jedoch will das auch keiner hören. Trotzdem führt kein Weg daran vorbei, dass allen der Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Behandlung sichergestellt werden muss.

Zweitens sind die Sozialziele der obligatorischen und solidarischen Krankenversicherung offensichtlich nicht erreicht worden. Das ist die Hauptursache für die Oppositionsmehrheit, die sich am vergangenen 17. Dezember gebildet hat. Die Prämienenkung, insbesondere für Familien mit Kindern, setzt eine neue Aufgabenverteilung zwischen öffentlicher Hand und Prämienzahlern voraus. Dazu sind neue Mechanismen der Systemsteuerung erforderlich. Diese Grundsatz-

debatte wurde nie geführt. Stattdessen verhedderte man sich in zweitrangigen technischen Problemen oder stritt über die finanziellen Möglichkeiten von Bund und Kantonen.

Bei alledem wurden die Bedürfnisse der Bevölkerung offensichtlich vorsätzlich zu Gunsten gewisser Kreise vergessen. Eine derartige Politik kann nur zur schweren Schwächung des Wirtschaftswachstums dieses Landes führen. Das Wirtschaftswachstum wird sich in einem ständig konfliktbeladenen Klima und ausserhalb einer relativ homogenen Gesellschaft, die bis heute die Stärke der Schweiz ausgemacht hat, nicht verstärken können. Dieses Gesetz war ein unausgesprochen gebliebener, indirekter Gegenvorschlag zur noch weitergehenden SVP-Initiative. Es ist ausgeschlossen, die Wirtschaft und den Wohlstand anzukurbeln, indem man einer Zweiklassengesellschaft Vorschub leistet. Dabei stellt die Zweiklassenmedizin lediglich einen ihrer Bestandteile dar. Die Bevölkerung erwartet eine ausgewogene Finanzierung zwischen öffentlicher Hand und Versicherten, welche dem Mittelstand tragbare Prämien beschert, verbunden mit einem kohärenten Sozialprogramm für minderbemittelte Familien.

Bundesrat Couchepin will nun in vier Bereichen nach Lösungen suchen:

- Spitalfinanzierung;
- Risikoausgleich;
- Ärztstopp;
- Finanzierung der Pflege.

Wird die FMH Vorschläge zu einem oder mehreren dieser Bereiche einbringen?

Es geht darum, die Revision auf diese grundsätzlichen Fragen zu konzentrieren und sich nicht durch eine Zerstückelung der Probleme erwischen zu lassen, denen insofern ausgewichen wird, als man sich lediglich auf die Behandlung technischer Aspekte beschränkt. Die Überlegungen müssen von grundsätzlichen Standpunkten aus geführt werden. Sie müssen unter die Ägide von Art. 32 des gegenwärtigen KVG gestellt werden, welches die Forderungen hinsichtlich Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Behandlung umschreibt. Die Sozialversicherung muss gemäss den Prinzipien des New Public Managements geführt werden. In diesem Rahmen besteht das Ziel des Benchmarkings nicht darin, möglichst grosse Marktanteile zu gewinnen, sondern vielmehr in der Optimierung der Zuteilung der vorhandenen Ressourcen. Die zu berücksichtigenden Indikatoren beschränken sich nicht allein auf finanzielle Aspekte. Effizienz und Qualität verdienen ebenfalls volle Aufmerksamkeit.

Hier handelt es sich um eine Herausforderung von grösster Bedeutung. Natürlich lassen sich damit nicht alle Probleme lösen. Jedoch lässt sich die menschliche und gesellschaftliche Dimension nur so in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stellen. Der Verallgemeinerung der Evidence-based Medicine in der laufenden Praxis erfordert erhebliche strukturelle und vor allem mentalitätsmässige Anpassungen. Die Versicherer sollten sich auf ihre soziale Mission konzentrieren und innerhalb ihrer finanziellen Kompetenzen als Partner auftreten, statt als Zensor, dessen Hauptziel zunächst darin besteht, herauszufinden, wie er sich um seine Zahlungspflicht drücken kann.

Eine Restrukturierung der medizinischen Praxis auf der Basis der drei Prinzipien, Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Behandlung im Rahmen von lokal-regionalen Kreisen, erlaubt die Schaffung einer gänzlich veränderten Perspektive zur Befriedigung sowohl der Patienten als auch der beteiligten Berufsgattungen. Das soll aber keinesfalls bedeuten, dass dadurch eine neue Form von Supermarkt der Gesundheit entstehen soll. Durch die Neuorientierung und Rationalisierung der medizinischen Praxis können erhebliche Einsparungen erzielt werden. Die zu schaffenden Kriterien hinsichtlich der Wahl der Behandlung werden mehr denn je die Verantwortung der einen wie der andern herausfordern, das heisst sowohl diejenige der Leistungserbringer als auch der Zahlenden, und werden zu besserer Akzeptanz führen. Um Willkür zu vermeiden, müssen die grundlegenden Fragen Gegenstand einer Gesellschaftsdebatte werden.

Die Versicherer haben eine neue druckausübende, auf Gewinn ausgerichtete Gruppe gebildet, wobei man nicht mehr so genau weiss, wessen Interessen sie ausser den ihrigen vertritt. Jedenfalls handelt es sich nicht um diejenigen der Versicherten. In dieser Hinsicht führte die wirtschaftliche Konkurrenz zwischen den Versicherern zu perversen Resultaten, weil daraus eine schlecht versteckte Auswahl der Risiken entstand, sowie zu Interessenkonflikten zwischen privater und sozialer Tätigkeit führte. Eine Reorganisation drängt sich unbedingt auf, um die Krankenkassen zu demokratisieren und um die Macht den Versicherten zurückzugeben, wie dies im Rahmen des auf Gegenseitigkeit beruhenden Versicherungsmodells der Fall war. Die Verwaltungsräte müssen durch die Versicherten gewählt werden. Die Übernahme der Verantwortung ginge mit einem verbesserten Verständnis der sich stellenden Probleme einher sowie mit dem Willen, einvernehmliche Lösungen zu suchen, statt sich ständig auf Konfrontationskurs

zu befinden. Diese Demokratisierung ist entscheidend, um in der Frage der Kostensteigerung eine wirkliche Gesellschaftsdebatte zu erlauben. Wenn über kurz oder lang unausweichlich scheinende limitative Massnahmen ergriffen werden müssen, hat die Entscheidung über die Behandlung auf einem breit abgestützten Konsens zu beruhen und darf keineswegs ausschliesslich auf den Schultern der am Krankentbett behandelnden Ärzte abgeladen werden, sollten die Mittel zur Aufnahme der gewünschten Behandlung fehlen.

Diese Vorschläge werden Mühe haben, die Politiker zu überzeugen, welche zur Lösung von Grundsatzproblemen nicht gerne grosse technische und philosophische Diskussionen führen, sondern zur Senkung der Prämien lieber zu ebenso unverzüglichen wie scheinbar spektakulären Massnahmen greifen. Man wird es vorziehen, den Selbstbehalt eventuell im Zusammenhang mit dem Einkommen zu erhöhen, statt das fundamentale Problem der Aufteilung der Finanzierung zwischen Steuerzahlern und Versicherten anzugehen und ein einfaches System wirtschaftlicher und sozialer Regulierung einzurichten. Im Gegensatz zu seinen Vorgängern hat sich Bundesrat Pascal Couchepin bereits öffentlich dazu bekannt, dass gemeisterte Gesundheitskosten keineswegs Blockierung bedeuten, sondern dass es darum geht, die ohnehin unausweichliche Kostensteigerung in den Griff zu bekommen. Um das zu erreichen, muss man sich allerdings entsprechend wappnen. Das setzt voraus, dass man über den Zugriff auf die Schalthebel zur Beherrschung der entscheidenden Parameter des Systems verfügt: Demographische Alterung, die automatische Aufnahme neuer Technologien in den Leistungskatalog der Krankenkassen, Klarheit in bezug auf Annahme angeforderter Leistungen. Weitere Voraussetzung

ist eine institutionelle, die Beziehungen zwischen Bund und Kantonen klar regelnde Reform, welche tatsächlich einen Piloten ins Flugzeug setzt.

Wird die FMH als Diskussionspartner ernst genommen?

Um tatsächlich ernst genommen zu werden, ist es unumgänglich, dass sie ihre internen Differenzen beilegt und dass sie rasch gut strukturierte Vorschläge macht. Jeder muss darin seinen Platz erhalten, sowohl die Allgemein- als auch die Spezialmedizin, sowohl öffentliche wie auch private Spitäler. Gelingt der FMH die Umsetzung von TARMED, wird sie enorm an Glaubwürdigkeit gewinnen, selbst wenn das in Wut und Aufbegehren geschieht (was angesichts der bürokratischen und logistischen Komplexität, welche das ursprüngliche Ziel der Transparenz zunichte macht, durchaus verständlich ist). Man wird diese Schwierigkeiten überwinden müssen, allerdings unter Anbringung der notwendigen Korrekturen, um sich entschieden für ein akzeptables System zur Beherrschung einer qualitativ hochstehenden, effizienten und wirtschaftlich sinnvollen Behandlung einsetzen zu können. Das ist an sich eine Revolution der medizinischen Praxis. Im Interesse unserer Patienten und der Gesellschaft sowie letztlich auch unseres Berufes müssen wir bereit sein, unsere Gewohnheiten zu ändern. Aber diese Verpflichtung schliesst nicht aus, jedes Mal die Zähne zu zeigen, wenn der partnerschaftliche Dialog, das Gleichgewicht der Kräfteverhältnisse sowie die soziale und wirtschaftliche Gerechtigkeit gefährdet sind. Wir können uns nicht auf einem verhinderten Referendum ausruhen.

Interview: Markus Trutmann