

Perspektiven im Gesundheitswesen

Sozialversicherungsrecht 2007–2009: Krankenversicherung

Hans Heinrich Brunner

Einleitung

Das Gesundheitswesen ist – jede entsprechende Umfrage zeigt es – politisch bzw. für den einzelnen Bürger von zentraler Bedeutung. Wenn auch Themen wie Wirtschaft/Arbeitssicherheit, Terrorismus, Umwelt etc. vorübergehend an der ersten Stelle des öffentlichen Interesses stehen, so dauert dies meist nur eine beschränkte Zeit, während Gesundheitswesen, seine Qualität und Finanzierbarkeit konstant höchstes Interesse geniesst.

In der Arena, wo die gegensätzlichen Interessen aufeinanderprallen, ist das KVG (und in beschränktem Masse UVG sowie IVG) Dauerthema. Dies findet seine Erklärung in der Tatsache, dass das Gesundheitswesen vornehmlich unter dem Blickwinkel seiner Finanzierbarkeit und nicht so sehr der Versorgungssicherheit, des adäquaten Mitteleinsatzes und der Qualität gesehen wird.

Im Hintergrund steht aber – gewichtiger noch – der stetige Kampf zwischen Bund, Kantonen und Versicherern, die jeweils anderen die stetig grösser werdende Zeche bezahlen lassen zu wollen. Ein gleichsam erweitertes St.-Florians-Prinzip, wo der Heilige nicht nur andere Häuser anzündet, sondern den Brand noch am Leben hält. Tritt noch die Tatsache hinzu, dass der Bund faute de mieux via Finanzierungsgesetz in die verfassungsmässig definierte Domäne Gesundheitspolitik der Kantone einzubrechen versucht ist.

Stand der Gesetzgebungsarbeiten

Die aktuellen Beratungen zur Teilrevision des KVG wurden dreigeteilt:

- Eine erste Tranche befasste sich mit Bereichen, in denen bereits gesetzliche Bestimmungen existierten, die aber zeitlich befristet waren: Zulassungsstopp für Leistungserbringer Art. 55a KVG, Prämienverbilligung etc. Die Beratungen mündeten im wesentlichen in der erneut zeitlich befristeten Fortschreibung des aktuellen Zustandes. Dies gilt im wesentlichen auch für die Prämien, wo sich nach Dis-

kussion unter den Augen einer sich engagierten medialen und politischen Öffentlichkeit im Gesamtkontext als marginal einzustufende Änderungen ergeben haben.

- Die zweite Tranche umfasst die Spitalfinanzierung, Managed Care und Aufhebung des Vertragszwanges, die dritte die Pflegefinanzierung.
- Zu schwierigen Diskussionen führte in der vorberatenden SGK-S die *Spitalfinanzierung*. Die vom Bundesrat vorgeschlagene dual-fixe Finanzierung (je 50% Kantone und Krankenversicherer) stiess auf geteilte Aufnahme. Intensiv wurde der Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung (gemeint: Finanzierung durch die Krankenversicherer aufgrund individueller Verträge; kantonale Mittel insbesondere für Vorhalteleistungen wie Notfalldienste) diskutiert und dann aus verschiedenen Gründen – Vertragszwang noch nicht gefallen, Rolle der Kantone und ihrer Entscheidungsträger nicht in allen Teilen klar definiert, Fähigkeit der Krankenversicherer fraglich, die ihnen zufallende Rolle zu spielen – abgelehnt. Zweifelsohne wäre der Übergang zur monistischen Finanzierung ein Paradigmenwechsel gewesen. Resultiert haben Retuschen am aktuellen System: Die Kantone legen eine Liste der Spitäler fest, für die sie – inkl. Zusatzversicherte! – Beiträge leisten. Dieser wird mit mindestens 60% fixiert; Kantone, die tiefere Prämien als die Durchschnittsprämien Fr./Jahr aufweisen, können bis 55% absenken. Damit dürfte die Frage auf Jahre hinaus geregelt sein. Es ist kaum anzunehmen, dass der Faden Richtung monistischer Spitalfinanzierung in den nächsten 10 Jahren wieder aufgenommen werden wird. Ein Aspekt wurde durch die spannungsreichen Diskussionen gleichsam verdeckt: Auch mit der nun wahrscheinlich mehrheitsfähigen, im wesentlichen dual-fixen Regelung wird der Schritt vom *Kostenerstattungs-* zum *Leistungsprinzip* vollzogen: Stationäre Leistungen müssen durch Fallkostenpauschalen abgerechnet

Korrespondenz:
Dr. med. Hans Heinrich Brunner MPH
Seestrasse
CH-6354 Vitznau
hhbrunner@tic.ch

werden. Damit ist die Grundlage für Kosten-Nutzen-Vergleiche zwischen Spitälern gelegt. Dieses Element des Wettbewerbs könnte schon auf mittlere Sicht weit grössere Bedeutung haben als die Frage dual-fixe vs. monistische Spitalfinanzierung.

- Vom dritten Paket, das mit Sicherheit noch erhebliche, auch parteipolitisch gefärbte Diskussionen auslösen wird, wurden bis jetzt nur einzelne Schnüre entfernt. Schon jetzt ist aber klar, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Lösung, die auf einer Unterteilung krank/gesund auch bei pflegebedürftigen Menschen basiert, kaum zum Erfolg kommen wird. Alternativ muss deshalb ein Modell zur Anwendung kommen, das auf dem Grad der Pflegebedürftigkeit beruht.
- Nicht angepackt wurde bis jetzt der Teil Managed Care und insbesondere Aufhebung des Vertragszwanges. Es ist hier vor allem die seitens der Ärzteschaft immer wieder geäusserte Drohung mit einem Referendum, die trotz aller Wettbewerbsradikalrhetorik Parlament und Verwaltung in der Sache vorsichtig taktieren lässt. Mit einiger Wahrscheinlichkeit wird die Frage aber durch die Realitäten des täglichen Lebens überholt. Immer mehr Ärzte schliessen in Gruppen, z. B. Ärztenetzen, spezielle Vereinbarungen mit Krankenversicherern, dies unter dem Titel spezieller Regelungen zu Qualität, Management der Patienten etc.

Initiativen

Hinter dem ganzen Geschehen lauern aber zwei Initiativen, die einiges Sprengpotential in sich bergen:

- Die *«Initiative für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung»*, die den Anteil von Bund und Kantonen an den Kosten des Gesundheitswesens auf <50% senken will – und damit zu Leistungsverzicht zwingt, da weitere massive Prämienhöhungen politisch nicht verkraftbar wären. Anvisiert wird eine Verminderung der Art und Zahl von Leistungen zu Lasten der Grundversicherung OKP, die durchaus denkbar wäre und als Idee einer Serie von Projekten Gevatter steht, die in den Jahren 2006–2008 substantielle Kosteneinsparungen erzielen soll. Anvisiert sind Laboranalysen, Mittel und Gegenstände, Medikamente und eine Überprüfung des gesamten Leistungskatalogs (der entgegen verbreiteter Auffassung in der Schweiz gar nicht existiert, weil wir nur eine Negativliste kennen). Zum Zeitpunkt dieser Niederschrift kann der Erfolg dieser Initiative nicht abgeschätzt werden.

Ausnahme sind die Medikamente, wo schon jetzt substantielle Kostensenkungen erkennbar sind. Es ist offen, ob das Parlament einen Gegenvorschlag beschliessen wird, was wiederum vor dem Hintergrund beurteilt werden muss, dass 2007 Wahlen stattfinden – eines der wenigen konstanten Steuerungselemente unseres Gesundheitswesens.

- Die *Initiative für eine Einheitskasse* zielt viel zentraler. Sie brächte einen eigentlichen Paradigmenwechsel, der die Schweiz in die Nähe der aktuellen Systeme in Skandinavien, Grossbritannien und Kanada bringen würde. Wir würden zu einem zentral regulierten, de facto verstaatlichten System mit einkommensabhängiger Finanzierung wechseln, das wettbewerblichen Elementen allenfalls eine Nischenfunktion zuweisen würde. Die Initiative, die auch einen eminent politisch-ideologischen Hintergrund hat, erfreut sich beträchtlicher Sympathien, die von ihren Gegnern unterschätzt werden. Der Schweizer entwickelt eine immer markantere Idiosynkrasie gegen steigende Prämien, ohne für ihn klaren Nutzen zu erkennen, gegen das Verhalten gewisser Krankenkassenfunktionäre, gegen die Komplexität des Systems, das für ihn immer mehr ein Buch mit sieben Siegeln wird. Da die Initiative aber mit Umverteilungsmechanismen verquickt ist, könnte ihr bis weit in die politische Mitte Gegnerschaft erwachsen; Initiativen mit dieser Stossrichtung haben es vor dem Schweizer Souverän allemal schwer gehabt.

Andere Sozialversicherungen – Einfluss auf das KVG

- Das IVG steht aktuell in seiner 5. Revision und wird auch 2007 im Parlament beraten. Nach langen Diskussionen über die Finanzierungsmodalitäten wurde auch hier erkannt, dass den enormen Kostenproblemen nur durch eine Inputkontrolle, im Klartext gesagt Verminderung der Anzahl Rentenfälle und Leistungseinschränkung, beizukommen ist.
- Ob all dieser Aktivitäten im KVG-Bereich unbemerkt, ist eine Totalrevision des UVG im Gang, die nach Plan ab 2007 Gegenstand der parlamentarischen Beratung sein wird. Obwohl kein grundsätzlicher Systemwechsel angestrebt wird, stehen doch einige grundsätzliche Fragen zur Lösung an, so der Interessenausgleich zwischen SUVA und Privatversicherern bzw. Tätigkeitsfeld der SUVA, Ordnung des Rentenwildwuchses, Harmonisierung mit dem KVG, um nur die wichtigsten Elemente zu nennen.

Sozialversicherungsgesetze als Finanzierungsgesetze

Sozialversicherungsgesetze sind im Kern Finanzierungsgesetze: Sie regeln Inhalt bzw. Umfang der von der obligatorischen Krankenversicherung zu bezahlenden Leistungen und deren Finanzierung. Das KVG (und UVG) bieten andererseits, Spezialgesetze wie das Epidemien- oder Transplantationsgesetz vorbehalten, alleine die Möglichkeit, in die Gesundheitsautonomie der Kantone einzugreifen. Beispiele sind die Spitalplanung sowie die Qualitätssicherung (Art. 58 KVG bzw. Art. 77 KVV), neuerdings eine nur schlecht als Gesundheitskarte verbrämte Versichertenkarte, die nicht zwingenden Bezug zur Kernaufgabe der Finanzierung haben.

Die Tendenz, *sachfremde* Regelungen über die Schiene der Gesetze UVG und KVG einzubringen, wird sich akzentuieren, weil es aufwendig ist, eigene Gesetze für diese Themenbereiche zu schaffen. Der Gesetzgeber wird dabei an die Grenze desjenigen gehen, das verfassungsmässig zulässig ist.

Versichertenkarte

Ein Beispiel für diese Tendenz ist die Einführung einer *Versichertenkarte* gemäss Art. 42a (*neu*). In ihrer Anlage weist sie über eine Versichertenkarte – Instrument zur Identifikation des Versicherten und Steuerung des Abrechnungsprozesses zu Lasten des Krankenversicherers – hinaus und enthält in nuce tragende Elemente einer Gesundheitskarte, deren gesetzliches Umfeld zu regeln nicht Sache des KVG sein kann, weil diesem hierfür die notwendige gesetzliche Basis fehlt.

So wäre es denn zweckmässig, die gesamten Aspekte einer Gesundheitskarte in einem eigenen Gesetz zu regeln, wogegen aber eine Vielzahl von Gründen spricht: der Widerwille vieler Parlamentarier gegen neue Gesetze, vor allem der langwierige Prozess der Gesetzgebung selbst, der hinter der rapid sich entwickelnden Realität hoffnungslos abgeschlagen hinterherhinkt.

Schweizerische Sozialversicherung und Europa

Und sie hinkt in einem Umzug namens EU mit, der in vielen Bereichen des Gesundheitsrechts ein immer schärferes Marschtempo anschlägt, konkret auch in Sachen Gesundheitskarte Normen und Vorgaben setzt, die die Schweiz nach dem zwischenzeitlich berühmten Prinzip des «autonomen Nachvollzugs» mit der Servilität des nicht dazugehörenden Hintersassen verinnerlicht.

Aber selbst der Hintersasse muss mit seinen Nachbarn die Angelegenheiten des Zusammen-

lebens regeln, die heute komplexer und weitreichender sind als vor 20 Jahren. Dies wird deutlich in den Diskussionen um das sogenannte *Territorialitätsprinzip*: Die Schweiz lässt eine Leistungserbringung zu Lasten OKP im Ausland nur sehr restriktiv zu (Art. 34 Abs. 2 KVG). Versicherer, aber auch einzelne Regionen (Basel), wollen diese Regelungen aufweichen und Leistungen zu Lasten OKP auch im grenznahen Ausland zulassen. Zu erwähnen wäre, dass die Region Ostschweiz (mit Nuancen) solchem wenig Positives abgewinnen kann, während Tessin und Genf schon lange ihren eigenen Modus vivendi entwickelt haben, der vor den Augen des kritischen Kronjuristen wohl kaum bestehen würde.

In Pilotprojekten sollen jetzt die Möglichkeiten eines grenzüberschreitenden Leistungsaustausches erprobt werden, vor allem sollen sie auch zeigen, welche gesetzlichen Normen, vor allem des KVG, dem entgegenstehen. Hinter allem steht aber das Problem, dass die Fragen nur bilateral, wohl eher mit der EU als mit einzelnen Ländern, geregelt werden können. Niemand wird wohl im Ernst die Gerichte mit der Frage belangen wollen, ob Breisach noch zum grenznahen süddeutschen Raum gehört.

Blick in rasant sich verändernde Strukturen der Gesundheitsversorgung

Die Institutionen der Gesundheitsversorgung sind auch in der Schweiz immer schnellerer Veränderung ausgesetzt, was vor allem die im Gesundheitswesen Arbeitenden immer grösseren Belastungen aussetzt, dies aber auch verbunden mit Chancen. Was in der Welt der Wirtschaft längst selbstverständlich ist, muss im Gesundheitswesen von vielen noch mit Schweiß und Pein gelernt werden. Dies wird vor allem die Ärzteschaft betreffen. Diese ärzteinternen Erschütterungen werden auf das gesamte System erdbebenartig übergreifen.

Die Kantone haben sich viel mehr als früher als «Keyplayer» auch im Gesetzgebungsprozess zum KVG positioniert, vor allem in den Auseinandersetzungen über Spital- wie auch Pflegefinanzierung. Die Kantone haben damit, allen internen Spannungen zum Trotz, klar signalisiert, dass sie das Gesundheitswesen, das neben dem Erziehungswesen verfassungsgemäss kantonale Domäne ist, nicht der Verfügungsgewalt des Bundes überlassen werden.

Politik wie Verwaltung glauben, die Entwicklung des Gesundheitswesens mit Gesetzen und Verordnungen steuern zu können. Tatsache ist, dass an der Basis die Entwicklungen mit einer Geschwindigkeit ablaufen, mit der politische

Entscheide und insbesondere verwaltungsinterne Vorgänge schlicht nicht Schritt halten können. Ein Beispiel wurde anhand der Versicherungskarte diskutiert. Gesetzliche Eingriffe können im besten Fall unterstützen, im schlimmsten Fall Notwendiges eine gewisse Zeit blockieren. Hinzu kommt, dass Gesundheitspolitik in der Schweiz allen juristischen Fisimatenten und inhaltsleeren Schönrednereien zum Trotz mehr und mehr in Brüssel gemacht wird. Die pharmazeutische Industrie wüsste hier schon jetzt ein Lied zu singen, das wir alle noch im Chor erlernen werden.

Zentralbürokratische Regulation und totale Meistbegünstigung, sprich Vertragszwang, sind im Grunde schon auf dem Müllhaufen der Geschichte gelandet, wo zwar Organismen durchaus noch eine gewisse Zeit überleben können. Die Wendigen und Intelligenten sind zu neuen Ufern aufgebrochen und werden dort ihr Glück

machen; die anderen bleiben am angestammten Ufer – aber auch da bald einmal aussen vor. Dies wird zu einer viel stärkeren sozialen Schichtung auch der medizinischen Leistungserbringer führen, mit allen berufsinternen und sozialen Spannungen. Wie sich ihre aktuell noch einflussreichen Interessenorganisationen positionieren werden, bleibt abzuwarten.

Sicher ist nur: Neben der *Klärung unseres Verhältnisses zu Europa* (auch) im Gesundheitswesen steht die mit viel politischer Ideologie belastete Grundsatzfrage: *Wollen wir mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, oder ziehen wir ein hochreguliertes – sei es direkt oder indirekt –, durch staatliche Mittel finanziertes System vor?* Diese Fragen werden die Leit motive sein, die die manchmal mehr kakophonische denn symphonische Diskussion um unsere Sozialversicherung in den Jahren 2007–2009 bestimmen werden.