

Reform des Gesundheitswesens

Im Konglomerat widersprüchlicher Interessen

Mit einem Jahresumsatz von rund 50 Milliarden Franken und 300 000 Beschäftigten ist das Gesundheitswesen einer der grössten und wachstumsträchtigen Wirtschaftszweige der Schweiz. Dieser zählt mit Blick auf die medizinischen und pharmazeutischen Fortschritte zu den innovativsten. Seine Ausgaben betragen rund 11 Prozent des Bruttoinlandprodukts. Dass bei dieser Marktpotenz die gesellschaftlich und wirtschaftlich unterschiedlichsten Interessen herrschen, ist nur natürlich. Dabei ist das Gesundheitswesen in viele Teilsysteme aufgegliedert.

Es wird aus verschiedensten Quellen finanziert: Zwei Drittel der Kosten tragen die privaten Haushalte, davon fallen 40 Prozent auf die Ausgaben für die obligatorische Grundversicherung (ohne Franchise und Selbstbehalt). Deren Leistungen belaufen sich inzwischen auf 20 Milliarden Franken. Die staatlichen Beiträge an die Leistungserbringer machen 15 Prozent der Gesundheitskosten aus. Des Weiteren sind die Zusatzversicherungen, dann aber auch die Invalidenversicherung, die Unfallversicherung, die Ergänzungsleistungen und die Hilflosenentschädigung von AHV und IV an der Finanzierung des Gesundheitswesens beteiligt. Dass es sich bei einer so umfangreichen gemeinschaftlichen Abgeltung beim Gesundheitswesen um ein hoch reguliertes System handelt, verwundert kaum. Aus dieser Regulierung wollen Bundesrat und Parlament herausfinden, zumindest soll nach mehr wettbewerblichen Lösungen gesucht werden. Über 130 hängige Vorstösse zum Gesundheitswesen im Parlament - knapp die Hälfte betreffen die Krankenversicherung - zeugen vom Unmut und vom Unbehagen angesichts der steigenden Kosten. Drei Volksinitiativen sind hängig: jene der SVP "für tiefere Krankenkassenprämien", jene der Linken für eine Einheitskasse und eine dritte zur Berücksichtigung der Komplementärmedizin im KVG. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist eine Grossbaustelle. Nachdem eine umfassendere Reform vor zwei Jahren in den eidgenössischen Räten gescheitert war, hat sich Gesundheitsminister Pascal Couchepin auf den Weg von kleineren und grösseren Teilschritten begeben. Doch auch dieser erweist sich als steinig und steil. Denn auch wenn die Reform auf zahlreiche Teilrevisionen aufgeteilt wird, muss letztlich eine Neuorientierung und Neuausrichtung auf ein System mit mehr wettbewerblichen Elementen und einer Stärkung der Eigenverantwortung erfolgen. Die kürzlich vom Bundesrat gefällten Entscheide zum Selbstbehalt bei den Medikamenten, zur Reduktion der Höchstbeiträge an Medizinalprodukte (Krücken, Bandagen usw.) und zur Senkung des Taxpunktwerthes für Laboranalysen (NZZ 10. 11. 05) sind den Portionen-Reformchen zuzuordnen. Sie sind Schritte in die richtige Richtung, die der Bundesrat in eigener Kompetenz gehen kann. Und er tut sie auch, das sei positiv vermerkt. Mit der Verdoppelung des Selbstbehalts auf 20 Prozent bei den Originalprodukten wird zwar die Verantwortung, ein Originalprodukt oder ein preisgünstigeres Generikum mit einem Selbstbehalt von weiterhin nur 10 Prozent zu verwenden, dem Versicherten zugeschoben. Der Arzt kann aber im Interesse des Patienten die Frage ansprechen. Das dürfte ihm leichter fallen, als wenn er die Frage nach der Verschreibung des kostengünstigeren Nachahmerprodukts im Interesse der Reduktion der allgemeinen Gesundheitskosten aufwerfen müsste.

Bundesrat und Parlament müssen sich jedoch auch zu grösseren, namentlich grundsätzlichen Reformen durchringen. Zu den Grundanliegen gehören eine neue Spitalfinanzierung, der Übergang zur Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Versicherern, die Regelung der Pflegefinanzierung. Ferner geht es um die Ausgestaltung des Risikoausgleichs und die Förderung von Managed-Care-Modellen. Abgeschlossen ist eine Änderung der Prämienverbilligung, die auf Anfang 2006 in Kraft tritt. Ob die Neuerung länger Bestand hat, muss sich erst weisen. In den anderen Bereichen liegen die Vorschläge der Regierung zum Teil auf dem Tisch. Sie sind allerdings im Parlament und unter den

Akteuren umstritten. Manchen sind sie zu wenig konsequent, anderen, vor allem Betroffenen, gehen sie zu weit.

Eine Schwierigkeit bei der Reform des Systems liegt darin, dass sich das Gesundheitswesen nicht einem Prinzip allein - Markt oder Staat - verschreiben kann. Zu widersprechend sind die zu wahren Interessen. In einem offenen Markt würden sich die Preise über den Wettbewerb regeln. Das Bestreben nach einem qualitativ hochstehenden Angebot wäre gesichert. Doch entstünde sehr rasch eine ausgeprägte Zweiklassenmedizin. Der Zugang aller zu einer hochrangigen medizinischen Versorgung bei einer ernsthaften Erkrankung würde Illusion. Dieses Anliegen verlangt nach Regulierungen und Garantien. Eine umfassende staatliche Ordnung aber wiederum würde weder eine hochstehende Medizin noch eine effiziente Versorgung sicherstellen. Es bleibt die beschwerliche Alternative der regulierten Märkte mit sozialpolitisch begründeten staatlichen Beitragszahlungen und entsprechenden Überwachungsinstanzen. Doch damit stehen wir vor den schwierigen Abgrenzungsfragen: "so wenig Regulierung wie nötig und so viel freier Markt wie möglich", so dass die besten Resultate erzielt werden.

Die Neuordnung der Spitalfinanzierung, die der Ständerat voraussichtlich in der Wintersession - die letzte Kommissionssitzung hat noch nicht stattgefunden - beraten wird, macht das Dilemma offenkundig. Generelles Endziel ist eine monistische Finanzierung der Spitäler aus einer Hand, das heisst etwa allein über die Krankenversicherer. Die Kantone hätten einen Beitrag im Umfang ihrer derzeitigen Leistungen weiterhin beizusteuern. Darin ist man sich auf bürgerlicher Seite grundsätzlich einig. Eine Mehrheit zeichnet sich auch dafür ab, dass gleich lange Spiesse für die stationäre und die ambulante Spitalbehandlung und die Gleichstellung von privaten und öffentlichen Spitälern anzustreben seien.

Die Reformmodelle von Bundesrat, Ständeratskommission und Kantonen liegen aber weit auseinander. (Gegen den unsinnigen Ehrgeiz der spezialisierten Subkommissionen, eigene Alternativen zu den Modellen des Bundesrates auszuarbeiten, statt das Geschäft an die Regierung zurückzuweisen, haben sich die vier Bundesratsparteien an den letzten Von-Wattenwyl-Gesprächen übrigens zu Recht verwahrt.) Man hat sich bisher weder hinsichtlich des zeitlichen Ablaufs - direkte Einführung des Monismus oder Zwischenschritt über ein dual-fixes System - noch in Bezug auf den Umfang eines künftigen monistischen Systems - Einbezug auch des ambulanten Bereichs - gefunden.

Schon die Schaffung der Grundlagen für ein monistisches System bereitet Mühe.

Konsequent betrachtet, verlangt der Monismus als Grundvoraussetzung einen gesamtschweizerisch offenen Spital- und Heimmarkt. Dem steht das föderalistische Prinzip entgegen. Denn die Spitalhoheit liegt nach der Verfassungsstruktur bei den Kantonen. Sie müssten sich zur Öffnung entschliessen. Aus der kantonal geprägten Struktur müsste der Übergang zu einer gesamtschweizerischen Ordnung ohne Kantongrenzen gefunden werden. Das dürfte nicht ohne aktive Beteiligung des Bundes gehen.

Das Spitalwesen müsste zu einer Verbundaufgabe von Bund und Kantonen werden. Um den Übergangsprozess im regulierten Markt zu steuern, wäre vermutlich eine Aufsichts- und Steuerungsbehörde erforderlich, zusammengesetzt aus Vertretern der Eidgenossenschaft, der Kantone, der Medizin sowie der Versicherer. Das Ringen um die Reform der Spitalfinanzierung führt vor Augen, wie verquickt das Gesundheitssystem mit unterschiedlichsten wirtschaftlichen, aber auch föderalistischen Interessen ist.

cs.