

Die Vertreibung aus dem Schlaraffenland Irrtümer der schweizerischen Gesundheitspolitik und Vorschläge zu ihrer Korrektur

Dr. Heinz Locher

Erweiterte Fassung des Referats „Lösungsvorschläge für das schweizerische Gesundheitswesen“, gehalten anlässlich der Tagung „Das Gesundheitswesen – Motor von Wohlbefinden und Wohlstand“, veranstaltet vom Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen, Zürich, 23. November 2005

Inhaltsübersicht	1
1. Was ist schief gelaufen?	2
1.1 Grundlegende Reformen des schweizerischen Gesundheitswesens sind notwendig und dringlich	
1.2 Das Gesundheitswesen findet nicht im Schlaraffenland statt!	
1.3 Auch im Gesundheitswesen läuft kein Perpetuum Mobile	
1.4 Die Entmündigung der Bürgerinnen und Bürger	
1.5 Gesundheit ist ein privates Gut	
1.6 Die Leistungen des Gesundheitswesens sind superiore Güter	
1.7 Bremsen oder wachsen? Das Gesundheitswesen als Wirtschaftsfaktor	
1.8 Versicherte und Patienten ernst nehmen – die Konsumentensouveränität wieder ins Zentrum rücken	
1.9 Zwischenbilanz	
2. Inhaltliche Neuregelungen	12
2.1 Versicherungspflicht, obligatorisch versicherte Leistungen und weitere Grundsätze	
2.2 Prämien, Franchisen und Selbstbehalt	
2.3 Risikoausgleich	
2.4 Zulassung von Leistungserbringern zur Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
2.5 Leistungsentschädigung: Prospektive leistungs- und qualitätsbezogene Preise	
3. Institutionelle Reformen: Die einzelnen Akteure und ihre Beziehungen	21
3.1 Vorbemerkungen	
3.2 Die aufgabenspezifisch richtige Ebene staatlicher Zuständigkeit	
3.3 Die Kernaufgaben des (Bundes-)Staates	
3.4 Verbesserung der Rechtsstellung der Krankenversicherer	
3.5 Neugestaltung der Normen des KVG für die Leistungserbringer	
3.6 Anwendbarkeit der Wettbewerbsgesetzgebung auch im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	
3.7 Schaffung von Rahmenbedingungen zur Stärkung der Stellung von Versicherten und Patienten	
4. Flankierende Massnahmen: Daten, Informationen, Wissen	25
4.1 Führungsinformationssysteme	
4.2 Patientensicherheit und Qualitätsmanagement	
4.3 Gesundheitssystembezogene Forschung, Systemevaluation, Managementausbildung	
5. Wege zur Umsetzung	27
5.1 Grundsätzliches	
5.2 Die Umsetzung inhaltlicher Neuregelungen	
5.3 Die Umsetzung institutioneller Reformen	
5.4 Spezifische Erwartungen an einzelne Partner des Gesundheitswesens	
6. Schlussfolgerungen	34

1. Was ist schief gelaufen?

1.1 Grundlegende Reformen des schweizerischen Gesundheitswesens sind notwendig und dringlich

Eigentlich wissen wir alle es schon längst: Das schweizerische Gesundheitswesen bedarf grundlegender Reformen. Die Krisensymptome sind unübersehbar: Zunehmend muss zum Dringlichkeitsrecht Zuflucht gesucht werden. Leider haben es die Eidgenössischen Räte versäumt oder nicht zustande gebracht, rechtzeitig zweckmässige Regelungen zu erlassen. Beispiele sind die Finanzierung von Spitalleistungen (irreführenderweise stets als „Spitalfinanzierung“ bezeichnet) und die immer noch nicht erfolgte Aufhebung des Vertragszwangs der Krankenversicherer gegenüber Leistungserbringern. In stets kürzeren Intervallen werden hingegen einzelthemenbezogene Reformvorschläge eingebracht. Ihre Folgen sind allerdings inhaltlich sowie bezüglich ihrer gegenseitigen Wirkungen (und Nebenwirkungen) kaum mehr überblickbar.

Aber auch künftige konzeptionslose Flickarbeiten des Parlaments am KVG, neue Tricks des Bundesrats zur Manipulation der Krankenkassenreserven oder zusätzliche Poker-Runden der Kantone bei der Aufgabenverteilung in der Spitzenmedizin werden nicht zielführend sein.

Wir brauchen eine grundsätzliche Reform und nicht permanentes Krisenmanagement.

Hierfür ist ein **konsequentes Denken in Ordnungen und den diese zugrundegelegten Prinzipien** zwingende Voraussetzung. 1) 2)

Die in der Schweiz durch das KVG eingeführte Lösung eines Obligatoriums der Krankenpflegeversicherung mit definiertem Leistungspaket und einer Mehrzahl von Krankenversicherern ist bzw. wäre bei richtiger Ausgestaltung und Handhabung grundsätzlich geeignet, die sich stellenden Aufgaben gut zu meistern.

1) Bisherige Reformansätze (z.B. die wiederholten Versuche zur KVG-Revision) leiden unter der Unfähigkeit des politischen Systems zu kohärentem Handeln. Es ist ein mehr oder weniger intelligentes „Durchwursteln“ zu beobachten. Die heutige Praxis ist verrechtlicht, veränderungsresistent, zersplittert und unbeweglich. Der ursprünglichen Vorlage des Bundesrates zum KVG (Botschaft 1991) waren immerhin noch nachvollziehbare konzeptionelle Prinzipien zugrunde gelegt worden – die sich leider nicht in allen Teilen als zukunftsfähig erwiesen haben (z.B. die gewählte Regelung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen). Die seinerzeitigen Beratungen im Parlament und die Gesetzesumsetzung durch Bund und Kantone sowie die laufenden Revisionen sind aber in der Folge durch „Verschlimmbesserungen“ und einen ordnungspolitischen Eklektizismus charakterisiert und vor allem umverteilungs- und finanzpolitisch geprägt gewesen.

Die heutige Praxis wird deshalb etwa mit einer Tinguely-Maschine verglichen, die viel Lärm und Rauch erzeugt und deren Konstruktionspläne scheinbar verloren gegangen sind, was sich insbesondere bei „Reparaturen“ als sehr problematisch erweist.

2) Jedes Gesundheitssystem soll eine Reihe grundlegende Aufgaben erfüllen:

- allen Menschen eine ausreichende Gesundheitsversorgung erbringen,
- dabei Sicherheit und Qualität gewährleisten,
- auf die Bedürfnisse und Präferenzen der Einzelnen eingehen und
- wirtschaftlich tragbar sein.

Diese Aufgaben können auf unterschiedliche Weisen angegangen werden, die je ihre speziellen Vor- und Nachteile haben.

Die Grundzüge des heutigen Systems können demzufolge beibehalten werden. Allerdings muss von verschiedenen Lebenslügen, Fehlkonstruktionen und falschen Weichenstellungen abgegangen werden – je rascher, umso besser. 1)

1) „Politische versus ökonomische Rationalität. Der ausgebaute Versorgungsstaat hat durch politische Entscheidungen einen grossen Bereich von Bedürfnissen und Ansprüchen geschaffen, aus denen Handlungsbedarf und Arbeitsaktivitäten entstehen. Auch wenn sich Inhalt und Umfang des (sozial)staatlichen Handelns ans gesetzlichen Vorgaben orientieren, entzieht sich das System mit zunehmender Komplexität der wirksamen Steuerbarkeit. In der resultierenden strukturellen Unübersichtlichkeit eröffnen sich Handlungsspielräume, die nach den Gesetzmässigkeiten bürokratischer Dynamik umgehend besetzt werden. (...) Nützlichkeitszweifel treten speziell dort auf, wo Menschen unter den Rahmenbedingungen staatlich regulierter, volkswirtschaftlich ineffizienter Teilsysteme operieren. Man denke etwa an die jahrzehntelangen Fehlentwicklungen in der Agrarpolitik, in der Ausländerpolitik oder in wichtigen Bereichen des Gesundheitswesens. Dies sind typischerweise Sektoren, wo aus der politisch opportunen Kreuzung massgebender organisierter Interessen Systeme mit eingebauten Fehlsteuerungen, falschen Verhaltensanreizen und entsprechender volkswirtschaftlicher Verschwendung resultierten. Im ‚inneren Kreis‘ solcher Politik- und Verwaltungsbereiche werden unter den sachwidrigen Zwängen politischer Rationalität wertvolle Fähigkeiten und Energien verschwendet.“ Rentsch, Hans, *Welches Wachstum und wozu?* in: Steinmann, Lukas, Rentsch, Hans (Hrsg.), *Diagnose: Wachstumsschwäche*, Zürich 2005, S. 228 ff.

1.2 Das Gesundheitswesen findet nicht im Schlaraffenland statt

Wir kennen alle die Geschichten um das Schlaraffenland, dem Reich des Überflusses, in welchem die Hühner, Gänse und Tauben gebraten herumfliegen, so dass man nur noch den Mund öffnen muss und gleich zubeissen kann. In der Literaturwissenschaft ist eine Diskussion im Gange, ob der Schlaraffenland-Stoff der Kategorie der Märchen, der Mythen, der Utopien, der Paradiesvorstellungen (das Schlaraffenland als El Dorado), der Zecher- und Schlemmerliteratur oder der Lügendichtungen (!) zuzuordnen sei.

Es fällt auf, dass viele Motivzüge des Schlaraffenland-Stoffs auch im Gesundheitswesen anzutreffen sind:

- **der Initiationsritus**: das Essen durch den Reisberg bzw. die Begleichung der Krankenkassenprämie als Einstiegshürde; 1)
- der in Aussicht gestellte **Zugang zum Überfluss** ohne eigene Anstrengungen;
- sogar ein **Jungbrunnen** fließt im Schlaraffenland, der allen Bewohnern ewige Jugend (=Gesundheit) schenkt;
- **Reichtum** (=Gold/Geld) ist im Überfluss vorhanden, alle Güter sind billig oder geschenkt.

Diese Lebenslüge ist als Erstes aufzugeben!

1) Dass die Krankenversicherung nicht nur in der Schweiz als eine Art Serviceabonnement fehlbeurteilt wird, zeigt die Äusserung von Kevin Goddard, Vice President des amerikanischen Krankenversicherers Blue Cross / Blue Shield, Vermont:

“A Crisis of Cost: Health insurance is a ticket to the medical system

We buy fire and car insurance to protect ourselves against the unlikely – catastrophes that probably won’t happen, such as lightning striking and burning down our home or an errant, uninsured driver demolishing our car. But we never expect our homeowners insurance to pay for putting on a new roof or auto insurance to pay for the 50,000-mile package at the dealer-shop. Yet health insurance is expected to do both: We expect to be covered for annual checkups and care for common cold, and we want full coverage for calamities such as catastrophic illnesses and injuries. In addition, unlike getting struck by lightning, sooner or later we will need some major and costly health care.”

Quelle: Burlington Free Press, 9. Januar 2006

ferner: Juvin, Hervé, L’avènement du corps, Paris 2005, p. 138: “L’assurance n’a plus sa place que par exception dans le domaine de la santé. Le hasard qui la fonde en est exclu. A peu d’exceptions près, en constante et heureuse réduction, l’intervention médicale et la dépense de santé ne sont plus un risque qui peut se caractériser par l’aléa de sa survenance; c’est une certitude, parfaitement bien localisée dans le temps – 80% de nos concitoyens effectueront 80% de la consommation médicale de toute leur vie dans les six dernières mois de leur existence – qui, en terme financiers, justifie non de l’assurance de la gestion de trésorerie – gérer des cotisations accumulées pendant toute une vie pour financer des dépenses lourdes concentrées sur l’extrême fin de vie – et qui échappe à peu près totalement au domaine de l’assurance, celui de l’aléa, celui du risque individuel.” Hier eröffnen sich interessante Querverbindungen zu den auch von uns postulierten Health Saving Accounts (vgl. Abschnitt 2.2).

1.3 Auch im Gesundheitswesen läuft kein Perpetuum Mobile

Für das Gesundheitswesen fehlen Erläuterungen, wie der permanente **Energienachschub** (=Finanzierung) gesichert wird. Unausgesprochen werden hier das **Modell des Perpetuum Mobile** und die **Illusion des „free lunch“** vorausgesetzt – das ist die zweite Lebenslüge. Eigentlich müsste man es besser wissen: Es gibt kein Perpetuum Mobile, und auch der „free lunch“ Einzelner oder Vieler muss schlussendlich bezahlt werden. Wer das verdrängt, begeht Hochstapelei und Zechprellerei. **1)**

1) vgl. dazu auch Lambert, Christophe, *La société de la peur*, Paris, 2005, p 174: “La société française démontre depuis bientôt vingt ans un attachement féroce à ce qu’il était convenu d’appeler son ‘pouvoir d’achat médical’. Contraints dans leur consommation courante par la hausse des prix et des impôts, les assurés sociaux avaient pris l’habitude de compenser leur baisse de pouvoir d’achat par une surconsommation d’actes médicaux et de médicaments.”

1.4 Die Entmündigung der Bürgerinnen und Bürger

Wenn wir nach den tieferen Ursachen der heutigen Misere im Gesundheitswesen suchen, stossen wir bald auf eine gut gemeinte, aber grundlegend falsche Weichenstellung. Ausgehend von der ethisch begründeten Absicht, es dürfe niemand vom Zugang zu essenziellen Gesundheitsleistungen ausgeschlossen bleiben, wurden die meisten der in allen übrigen Lebensbereichen geltenden Grundsätze und Mechanismen ausser Kraft gesetzt oder gar ins Gegenteil umgedreht. 1)

Gesetzgebung und Lebenspraxis gehen generell davon aus, dass wir alle wichtigen und weniger wichtigen Entscheide letztlich selber treffen, sei es die Partnerwahl, der Berufsweg, grosse und kleine Einkäufe auch komplexer Güter und Dienstleistungen, Ferienreisen oder vieles andere mehr.

Einzig im Gesundheitswesen wird uns die Fähigkeit zu selbstbestimmtem Handeln grundsätzlich abgesprochen. Damit liegt der Anwendung und Weiterentwicklung des KVG ein falsches Menschenbild zugrunde: Der Mensch sei nicht fähig, seine Präferenzen im Gesundheitswesen selber zum Ausdruck zu bringen. Deshalb brauche es hierfür „Mechanismen“ und Entscheide „sachverständiger“ Dritter. Die Folge sind massive Fehlentwicklungen im Leistungsangebot und bei der Leistungsnachfrage: Durch geltende Regelungen wie dem verhältnismässig kleinen Anteil von Franchise und Selbstbehalt an den Kosten in Anspruch genommener Leistungen wird das Gesundheitswesen nicht aufgrund von persönlichen Präferenzen und Kosten-/Nutzen-Überlegungen geprägt. Die individuellen Grenzkosten für zusätzlich verlangte Leistungen sind extrem niedrig, insbesondere, wenn die Franchise ausgeschöpft ist. Dementsprechend werden auch Leistungen nachgefragt, die bei einer eigenen, vollen Kostenübernahme nicht in Anspruch genommen würden.

Fazit:

Es findet eine flächendeckende Kombination zwischen einem vorsorglichen fürsorglichen Freiheitsentzug und einer generellen Geschäftsführung ohne Auftrag durch Staat und Spezialisten (dem politisch-medizinisch-industriellen Komplex) statt.

Ein Schlüssel zur Reform liegt bei der Aufhebung dieser systematischen Bevormundung von Bürgerinnen und Bürgern, Versicherten und Patienten.

1) Wilhelm Röpke spricht von der „egalitären Stallfütterung durch den Kolossalvormund Staat“.

in: Röpke, Wilhelm. Das Mass des Menschlichen, Thun, 2005

Wilfried Prewo hält zu dieser Problematik treffend fest: „Clothing, housing and food also fill basic needs. We do not want anyone, for reason of poverty, to be without clothes, shelter or food. Yet clothing, housing, and food are organised differently from health care. We do not have the government outfitter from which we obtain the one-size-fits-all coat. We do not have the central quartermaster that provides the standardized housing. Nor do we eat the same menu in the people's canteen.“

in: Prewo Wilfried, From welfare state to social state, Brussels 2005

1.5 Gesundheit ist ein privates Gut

Es ist völlig in Vergessenheit geraten, dass Gesundheit ist in erster Linie und weitestgehend ein privates Gut ist.

Alle Regelungen haben dieser Tatsache Rechnung zu tragen.

Der Staat soll primär für geeignete Rahmenbedingungen sorgen (z.B. rechtsstaatliche Garantien, Definition eines Gesundheitssystems und dessen Umsetzung) sowie spezifische Leistungen wie zum Beispiel die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gewährleisten.

1.6 Die Leistungen des Gesundheitswesens sind ein superiores Gut

Als superiores Gut werden die Leistungen des Gesundheitswesens mit steigendem Einkommen absolut und relativ mehr nachgefragt. Zu diesem Themenbereich liegt eine vielfältige wissenschaftliche Literatur vor. 1)

Dies ist nicht zuletzt eine Folge davon, dass bei den übrigen, namentlich materiellen Gütern als Folge deren abnehmenden Grenznutzens eine gewisse Sättigung eingetreten ist. Im Unterschied dazu steigt die Wertschätzung eines längeren Lebens. Als Folge des medizinischen Fortschritts stehen Leistungen des Gesundheitswesens in immer reichere Masse zur Verfügung. Bei diesen tritt zudem die Sättigung beim Konsum offensichtlich langsamer ein als beim Konsum von Gütern. Ähnliche Beobachtungen können beispielsweise auch bei exklusiven Kreuzfahrten beobachtet werden. 2)

1)

Albers, Brit S., Meidenbauer, Timo, Einkommen und Gesundheit – Ein Ueberblick über mikro- und makroökonomische Aspekte, Diskussionspapier 08-05, Universität Bayreuth, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere, März 2005

Ehrlich, Isaac, Hiroyuki Chuma, A Model of the Demand for Longevity and the Value of Life Extension, Journal of Political Economy, 1990, vol 98, no 40

Hall Robert E., Jones, Charles I., The Value of Life and the Rise in Health Spending, NBER Working Paper 10737, National Bureau of Economic Research, Cambridge MA, USA, August 2004

Jones Charles I., Why have health expenditures as a share of GDP risen so much? NBER Working Paper 9325, National Bureau of Economic Research, Cambridge MA, USA, November 2003

Reinhardt, Uwe E., Hussey, Peter S., Anderson, Gerard F., Cross-national comparisons of health systems using OECD data, 1999, Health Affairs, May/June 2002; 21(3): 169-181

Ringel, Jeanne S., Hosek, Susan D., Vollaard, Ben A., Mahnovski, Sergej, The Elasticity of Demand for Health Care, RAND Health, 2002

2) Financial Times, January 14, 2006, p. 19: "Exotic cruises profit from baby boomers: "Passengers on these superexotic cruises tend to be adventurous seniors or affluent baby boomers (...). In a report last year, Citygroup said: 'Today, with most of their needs satisfied, baby boomers place more value on experience rather than tangibles'."

Zusammen bewirken diese Gegebenheiten das bekannte stete Ansteigen der Ausgaben für Leistungen des Gesundheitswesens. Dies wird im Einzelnen unter vielen anderen von Hall und Jones hervorgehoben und anhand eines Modells begründet. Sie gelangen zu folgender Auffassung: „*The health share continues to grow as long as income grows. In projections based on our parameter estimates, the health share reaches 33 percent by the middle of the century*“(sic!)

1.7 Bremsen oder wachsen? Das Gesundheitswesen als Wirtschaftsfaktor

Das Gesundheitswesen ist ein Schlüsselbereich der dritten industriellen Revolution, es ist deshalb höchst unklug, sein Wachstumspotential einzuschränken: 1)

- Es ist Schnittpunkt der sechs wichtigsten Technologien der Zukunft: Mikroelektronik, Informatik, Telekommunikation, künstliche Materialien, Robotik und Biotechnologie
- Diese Technologien und ihre Interaktionen fördern das Entstehen einer wissenschaftsgestützten Entwicklungsphase der Wirtschaft
- Die Beherrschung des Wissensmanagements wird zum entscheidenden Wettbewerbsvorteil
- Die Leistungen des Gesundheitswesens sind – wie dargestellt - superiore Güter

Damit vereinigt das Gesundheitswesen alle Voraussetzungen, um zum Innovations-, Wohlfahrts- und Beschäftigungsgenerator zu werden.

Lediglich diejenigen Bereiche des Gesundheitswesens müssen in ihrer Entwicklung kontrolliert werden, welche infolge des Versicherungsobligatoriums und des garantierten Leistungspakets mittels Prämien und andern Zwangsabgaben solidarisch finanziert werden (Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung). Hiervon klar zu unterscheiden sind alle übrigen Bereiche, für welche die Grundsätze des globalen Wettbewerbs gelten sollen. 2)

Heute unterliegt das Gesundheitswesen gleichzeitig zwei Wachstumsbremsen. Infolge der fehlenden Differenzierung zwischen solidarisch getragenen Grundleistungen und den übrigen Leistungen werden Leistungserbringer generell an ihrer Entwicklung gehindert (sog. Kostendämpfung). Zum andern wird das Gesundheitswesen durch einschränkende gesetzliche Bestimmungen (sog. Territorialitätsprinzip in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) **künstlich in der wenig innovativen und vom Ausland weitgehend abgeschotteten Binnenwirtschaft eingesperrt**. Durch die Schaffung von mehr Wettbewerb und die Öffnung der Grenzen könnte aber die Arbeitsproduktivität gesteigert werden. 3) 4)

1) Thurow, Lester, Die Zukunft der Weltwirtschaft, Campus, Frankfurt / M, 2004, ferner Björnberg, Arne, The great healthcare paradigm shift, Building the largest service industry in society, The Health Consumer Powerhouse, Stockholm 2005, p. 24: „EU countries may have blocked the underlying growth potential of the healthcare industry by treating it as a cost problem rather than as a service industry.“

2) Die in diesem Zusammenhang häufig etwa von Privilegieninhabern und Besitzstandwahrern gemachte Vorhaltung, hier werde „Zweiklassenmedizin“ postuliert, trifft voll daneben. Ethisch entscheidend ist einzig und allein die Antwort auf eine Frage: Sind alle essenziellen Leistungen bei guter Qualität für alle unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zugänglich? Nicht das allfällige Vorhandensein einer „Premium-Klasse“, sondern die Qualität der Leistungen in der „Economy-Klasse“ ist relevant.

3) Brunetti Aymo, Gute statt gut gemeinte Schweizer Wachstumspolitik, in: Steinmann, Lukas, Rentsch, Hans (Hrsg.), Diagnose: Wachstumsschwäche, Zürich 2005, S. 167

4) Die Schweiz entzieht zudem nach wie vor gewichtige und gerade auch innovationsträchtige Bereiche der Volkswirtschaft, nicht zuletzt solche mit der Etikettierung als Service public, aus politischen Gründen dem freien Wettbewerb. Wachstums- und Beschäftigungspolitik mittels Protektionismus ist aber besonders für kleine Volkswirtschaften in einer dynamischen Weltwirtschaft keine nachhaltige Strategie.“ Rentsch, Hans, Welches Wachstum und wozu? in: Steinmann, Lukas, Rentsch, Hans (Hrsg.), Diagnose: Wachstumsschwäche, Zürich 2005, S. 225

Grundsätzlich ist es in einer reichen Volkswirtschaft mit einer alternden Bevölkerung nichts als natürlich, dass die Ausgaben für Leistungen im Gesundheitswesen steigen. Es gibt hierfür auch keine „natürliche“ Obergrenze. 1)

Allerdings sollte „gutes“ von „problematischem“ Wachstum unterschieden werden: Gut ist Wachstum, das aufgrund der Umsetzung von Präferenzen von Konsumenten in Leistungskäufe entsteht. Wegen des erwarteten Nutzens sind die Konsumenten auch bereit, hierfür selber zu bezahlen. Problematisch ist Wachstum in einem stark regulierten Bereich, wo – wie dargestellt - nach Entrichten der „Eintrittsprämie“ weitgehend eine Selbstbedienungssituation entsteht, ohne Anreiz zum sparsamen Einsatz eigener Mittel. 2)

Deshalb muss durch die Umgestaltung des Gesundheitssystems mehr selbstverantwortliches Handeln möglich werden. Jede und jeder soll selber entscheiden, welchen Anteil des Haushaltseinkommens sie für Gesundheitsausgaben (im engeren oder weiteren Sinn) ausgeben wollen. Es gilt, ein individuelles Gleichgewicht zwischen den Ansprüchen nach Qualität, Quantität (z.B. Dichte und Zugänglichkeit des Versorgungsnetzes) sowie Kosten zu finden.

1) Ginsburg, Paul B., Centre for Studying Health Systems Change, Washington, D.C., Controlling Health Care Costs, N Engl J Med 351; 16

Jurvin, Hervé, L'avènement du corps, Paris 2005

Nichols, Len M., Can defined contribution health insurance reduce cost growth? EBRI issue brief. No. 246. Washington, D.C.: Employee Benefit Research Institute, June 2002

2) vgl. dazu Hervé Juvin, a.a.O., p 59: "La consommation de biens dits 'socialisés', parceque leur prix n'est pas payé directement par le consommateur, a grandi en moyenne deux fois plus vite que la consommation de biens courants."

1.8 Versicherte und Patienten ernst nehmen – die Konsumentensouveränität wieder ins Zentrum rücken

Demzufolge muss die Stellung des Einzelnen (Bürgerinnen und Bürger, Versicherte, Patienten) als souveräne und handlungsfähige Subjekte gestärkt werden. 1) 2)

Auch im Gesundheits- und Krankenversicherungsbereich sollen möglichst viele Optionen des Einzelnen zum selbstverantwortlichen Handeln offen gehalten oder wieder hergestellt werden. Die Vorteile wettbewerbsorientierter marktwirtschaftlicher Lösungen sollen - unter Respektierung sozialpolitischer Rahmenbedingungen - auch im Gesundheitswesen zum Tragen gebracht werden. Mehr Optionen für Wahlentscheide ermöglichen den Ausdruck eigener Prioritäten analog anderer Lebensbereiche. 3)

Wer selber entscheidet, wofür er sein eigenes Geld einsetzen will, achtet auf ein gutes Kosten-/ Nutzen-Verhältnis. Das eigene Geld wird viel sorgfältiger ausgegeben als dasjenige anonymen Dritter. Kleine Risiken können selber übernommen werden, die (Sozial-)Versicherungslösung trägt grosse, existenzbedrohende Risiken mit. Hohe Eigenleistungen verhindern, dass Versicherungslösungen zum Serviceabonnement degenerieren. Absehbare und tragbare Ausgaben, z. B. für Brillen, sollen nicht mit entsprechenden Prämienfolgen über die Versicherungsgemeinschaft finanziert werden. Es ist hierfür wichtig, dass in allen Bereichen Transparenz geschaffen wird. Die wahren Kosten von Leistungen müssen ersichtlich werden. Ebenso soll wieder ein transparenter Bezug zwischen Leistungsanspruchnahmen und deren Finanzierung entstehen. Die Sicherung der Finanzierung ist ganzheitlich, langfristig und generationenübergreifend darzulegen.

1) „Consumer citizenship“ – Nolte, in Generation Reform, München 2005

2) vgl. dazu auch Prewo, Wilfried, From welfare state to social state. Empowerment, individual responsibility and effective compassion. Centre for the New Europe, Brussels, 2005 sowie Lambert, Christophe, a.a.O, p. 131ff: “Aujourd’hui, la santé est une chose trop grave pour être confiée aux seuls médecins. (...) Le patient refuse de déléguer intégralement sa santé au seul corps médical. Il veut pouvoir exercer un contre-pouvoir à celui du médecin.“, ferner: Kendall Liz, Improving healthcare by empowering patients, CNE Health, London, 2006, Hjertqvist, Johan, A new swedish model of consumer choice in healthcare, Timbro Health Policy Unit, Stockholm, 2006

3) Barry Schwartz zeigt die Probleme auf, die sich ergeben können, wenn Menschen mit **zu vielen** Entscheidungssituationen oder –alternativen gleichzeitig konfrontiert sind. Er schlägt verschiedene Verhaltensweisen vor, wie mit solchen Situationen umgegangen werden kann.
in Schwartz, Barry, The paradox of choice, New York 2005

1.9 Zwischenbilanz

Hören wir also auf, uns selber zu belügen!

Steigende verfügbare Einkommen, die weitgehende Sättigung mit materiellen Gütern, grundlegende medizinisch-technische Innovationen und die demografische Entwicklung führen dazu, dass wir absolut wie relativ (in Bezug auf das Sozialprodukt) stets mehr Leistungen des Gesundheitswesens beanspruchen werden. Die Sättigungsgrenze ist noch lange nicht erreicht. Darauf und nicht auf eine fragwürdige und letztlich verlogene Kostendämpfungsrhetorik sollten wir uns einstellen.

Wir müssen Massnahmen inhaltlicher und institutioneller Art („Regeln“) ergreifen und diese mittels flankierender Massnahmen unterstützen. Die Zeit für einen **Paradigmenwechsel** ist gekommen! Was diese Einsicht für das schweizerische Gesundheitswesen im Einzelnen bedeutet, soll nun näher dargestellt werden. 1)

1) Wir können uns dabei auf die vielfältigen Erkenntnisse in andern Politikbereichen und andern Staaten stützen. Dieses „Nachvollziehen“ – oder um eine sprachliche Anleihe aus der Kunstgeschichte zu machen – diese „provinzielle Stilverspätung“ ist für das Gesundheitswesen generell charakteristisch. Sie zeigt sich insbesondere auch bei der Übernahme von Managementmethoden aus andern Sektoren, die mit jahre- bis jahrzehntelanger (z.B. betriebliches Rechnungswesen) Verspätung erfolgen.

2. Inhaltliche Regelungen

Wir befürworten eine Kombination liberaler, wettbewerblich orientierter inhaltlicher Regelungen mit einem starken, aber nicht in widersprüchliche Interessenlagen eingebundenen Staat als Regulierer. Dies setzt die umfassende Kompetenzübertragung an den Bundesstaat voraus.

2.1 Versicherungspflicht, obligatorisch versicherte Leistungen und weitere Grundsätze

Die Idee einer **obligatorischen Krankenpflegeversicherung**, die allen den Zugang zu einem grundlegenden Leistungspaket unabhängig von der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit sichert, ist – richtig umgesetzt - nach wie vor ein zweckmässiger Ansatz. Als Eingriff in die Freiheit des Einzelnen ist das Obligatorium dadurch legitimiert, dass aus ethischen Gründen niemandem der Zugang zu grundlegenden Leistungen der Gesundheitsversorgung verweigert werden darf (auch nicht dem „Trittbrettfahrer“ in einem System freiwilliger Versicherungen).

Nebst der Versicherungspflicht bildet der **Vertragszwang für alle zugelassenen Krankenversicherer gegenüber Versicherten und das Recht auf freie Wahl unter den zugelassenen Krankenversicherern** die zweite konstituierende Voraussetzung für das Funktionieren des Systems. Krankenversicherer, die sich diesem durch allerlei Tricks zu entziehen versuchen (z.B. durch das „Vergessen“ von Beitrittserklärungen, schikanöse Prozeduren bei Anmeldungen via Internet), verraten dieses zentrale Prinzip. Solche Fehlverhalten – welche systematisch erfolgen – hätten schon längst das energische Eingreifen der Aufsichtsbehörde (Anwendung von Art. 93a KVG) erfordert. Wir greifen diese Problematik in unseren nachfolgenden Ausführungen zum Risikoausgleich auf.

Der **Katalog der obligatorisch versicherten Leistungen** bedarf der permanenten kritischen Überprüfung (strikte Orientierung an den WZW-Kriterien „wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich“). Der Leistungskatalog soll mindestens all diejenigen Leistungen umfassen, die auch einem Nichtversicherten aus ethischen Gründen nicht vorenthalten würden. Effizienter als Manipulationen beim Leistungskatalog sind aber zweckmässige Regelungen bei Franchise und Selbstbehalt sowie bezüglich der (restriktiven) Zulassung von Leistungserbringerkategorien.

2.2 Prämien, Franchisen und Selbstbehalt

Das System der Kopfprämien eignet sich weiterhin als Finanzierungsform, namentlich infolge seiner Unabhängigkeit von Arbeitstätigkeit und Beschäftigungsform. Dem Charakter einer Krankenversicherung entsprechend soll es grundsätzlich lediglich das Krankheitsrisiko abdecken und nicht zu sozialpolitisch motivierten Umverteilungen (wie sogenannte Solidaritäten zwischen den Generationen) zweckentfremdet werden.

Angesichts der mit zunehmendem Alter ebenfalls steigenden Krankheitskosten sollte die heutige Einheitsprämie für Erwachsene durch weitere Prämienstufen ergänzt werden, nicht zuletzt auch, um die demografische Nachhaltigkeit des Systems zu sichern.

Wir postulieren folgende Reformen

- **Einführung zusätzlicher Prämienstufen für ältere und alte Erwachsene**, z.B. ab Alter 50 und 65.

Derartige Abstufungen eignen sich grundsätzlich auch als Beginn des Übergangs zu noch stärker risikoorientierten Prämien, z.B. durch Verwendung der durchschnittlichen Kosten je Altersjahrgang.

- Ermöglichung der Rücklagenbildung durch die Schaffung von Prämien- und Kostenbeteiligungskonten (**Health Saving Accounts**) als persönliches finanzielles „Ausgleichsbecken“ für laufende Prämien, Franchisen und allfällige Selbstbehalte im Krankheitsfall. Health Saving Accounts eignen sich auch zur Rücklagenbildung für spätere, altersbedingt höhere Prämien. Im einzelnen noch zu prüfen ist die Frage, ob die Äufnung derartiger Konten bis zu einem gewissen Betrag steuerlich begünstigt werden könnte. Verlässliche Aussagen über die potentiellen Einnahmehausfälle, die Umverteilungswirkungen zwischen wohlhabenderen und weniger wohlhabenden Steuerzahlern (infolge der progressionsmindernden Wirkung der Abzüge) sowie die Auswirkungen dieses Instruments auf das Kostenbewusstsein der Patienten liegen zur Zeit noch nicht vor.
- **Verzicht auf eine spezielle Pflegeversicherung**, aber bessere Koordination zwischen der Krankenversicherung und andern Sozialversicherungszweigen, namentlich der Regelung der Ergänzungsleistungen.
- **Erhöhung des Rahmens für die maximale Franchise** je nach individueller Risikotragfähigkeit, mit erhöhter Prämienreduktion im Alter als Folge des mit zunehmendem Alter auch zunehmendem Krankheitsrisikos. Als positive „Nebenwirkung“ dieser Massnahme können bei den Krankenversicherern Kosten eingespart werden können, da weniger Bagatellrechnungen eingereicht werden.
- **Ermöglichung höherer Prämienrabatte bei HMO-Modellen bei mehrjährigen Vertragsdauern**. Ziel dieser Massnahme ist es, die Bereitschaft von Versicherten zu honorieren, die Einschränkungen ihrer Wahlfreiheiten einzugehen bereit sind, z.B. stets in erster Linie den Hausarzt zu konsultieren. Die Rabatte sind so festzulegen, dass echte Anreize zum Eingehen solcher Regelungen entstehen. Die Voraussetzung mehrjähriger Vertragsdauern verbindet den höheren Prämienrabatt mit dem Verzicht auf das rasche Wechseln auf eine niedrigere Franchise im Krankheitsfall.
- **Rechnungsstellung an den Patienten**. Kein tiers payant gegen den Willen des Versicherten / Patienten.
- **Abrechnungsprozedur wie bei Kreditkarten**: Freigabe des elektronischen Zahlungsablaufs zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherer durch den Patienten. Der Patient erhält die Rechnung durch die Leistungserbringer. Er kann während einer kurzen Frist (z.B. 2-3 Wochen) Einspruch erheben oder die Rechnung stillschweigend billigen. Dann erfolgt der elektronische Versand der Rechnung vom Leistungserbringer an die Krankenversicherer.

Die vom Bundesrat eingeleitete **Differenzierung von Selbstbehalten**, z.B. zwischen Originalpräparaten und Generika, schafft richtige Anreize bei Beibehaltung von Wahlmöglichkeiten der Patienten. In gleicher Weise könnte beispielsweise auch bei der Bereitschaft von Versicherten vorgegangen werden, freiwillig eine Einschränkung des Kreises der direkt in Anspruch zu nehmenden Leistungserbringer einzugehen.

KASTEN

Wie die neuen Steuerungsmechanismen zusammenwirken

Höhere Franchisen motivieren **Versicherte und Patienten** zu einer überlegte(re)n Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, z.B. beim Entscheid, welche Leistungserbringer sie zu welchem Zeitpunkt kontaktieren. Je nach der gewählten Versicherungslösung haben sie zudem vorgängig (gegen entsprechende Prämienreduktionen oder andere vertragliche Regelungen) der Einschränkung ihrer Wahlfreiheit auf besonders leistungsfähige Leistungserbringer zugestimmt. Zur Glättung ihrer Gesundheitsausgaben Franchisen und Selbstbehalte, Prämien) öffnen die Versicherten regelmässig ihre Health Saving Accounts.

Die **Leistungserbringer** werden wegen der bewussteren Wahlentscheide und neuer Leistungsentschädigungssysteme (leistungsbezogene Entschädigung – pay for performance) eine erhöhte Transparenz über ihre Leistungsangebote sowie die Sicherheit und Qualität ihrer Leistungen schaffen (müssen). Ferner werden sie angesichts der aus demografischen Gründen zunehmenden Zahl von Patienten mit chronischen Leiden und Mehrfachdiagnosen bemüht sein, die Kontinuität und Koordination der Leistungserbringung zu verbessern. Mittel dazu sind konzeptionelle, vertragliche oder institutionelle Bindungen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen (ambulante Behandlung und Pflege – Akutversorgung – Rehabilitation stationär und ambulant). Zu diesen Bindungen gehören die gemeinsame Festlegung von Behandlungsrichtlinien und –pfaden und gemeinsame Dienstleistungszentren (z.B. gemeinsamer Notfalldienst zwischen niedergelassenen Ärzten und Spitälern der Grundversorgung). Dieses Zusammenwirken wird zudem durch geeignete Informationssysteme erleichtert (z.B. elektronische Patientenakte).

Seitens des **Staates** werden “lediglich“ die erforderlichen Rahmenbedingungen und Systemregeln erlassen: Versicherungsobligatorium, Ausmass zugelassener Franchisen, ev. steuerliche Begünstigung von Health Saving Accounts – analog der Säule 3 bei der Altersvorsorge, integrale Anwendung der Wettbewerbsgesetzgebung. Der Staat wacht auch über deren Einhaltung und schreitet bei Normenverletzungen ein. Hingegen muss und soll er sonst nicht in die einzelnen vertraglichen Beziehungen eingreifen.

2.3 Risikoausgleich

Der Risikoausgleich wurde als Folge der Einführung des Krankenversicherungsobligatoriums mit definiertem Leistungspaket, Einheitsprämie für Erwachsene und voller Freizügigkeit der Wahl unter den zugelassenen Krankenversicherer ursprünglich als Übergangslösung konzipiert. ¹⁾

Der damals erwartete Wechsel der Versicherten zu Krankenversicherern mit günstigeren Prämien hat sich nur zu einem sehr kleinen Teil erfüllt. Dies führt nach Meinung verschiedener Autoren zu Missständen. Es finde ein Wettbewerb der Krankenversicherer um Versicherte mit guter Risikostruktur anstatt ein Wettbewerb durch gute unternehmerische Leistungen, z.B. eine gute Servicequalität, statt. Dies hätte im Falle der Aufhebung des Vertragszwangs für Versicherer gegenüber Leistungsanbietern schwerwiegende negative Folgen, vor allem durch die Sanktionierung von Leistungsanbietern, die Patienten mit ungünstiger Risikostruktur behandelten, und würde die Verbreitung von Managed Care-Modellen erschweren. Zur Vermeidung bzw. Behebung dieser Gefahren wollen sie den Risikoausgleich durch Einbezug weiterer Kriterien verfeinern und wirksamer gestalten.

Diese Massnahmen sind äusserst problematisch und deshalb abzulehnen. Sie stellen nicht – wie von den sie vertretenden Autoren dargestellt – eine „Verfeinerung“ dar, sondern eine Verschlimmderung. Es handelt sich dabei um eine **gesundheitpolitische Fehlsteuerung**. Das Abstützen auf die zusätzlich vorgeschlagenen Kriterien wie vorangegangene stationäre Spitalaufenthalte oder hohe Medikamentenkosten schafft falsche Anreize. Die vorgeschlagenen

¹⁾ vgl. KVG-Botschaft 1991

Massnahmen sind zudem **innovationsfeindlich**, da neue Versorgungsformen vorerst von jüngeren Versicherten beansprucht werden, welche durch den Risikoausgleich hoch belastet sind. Die vorgeschlagenen „Verbesserungen“ sind zudem **korruptionsfördernd**, weil sie Räume für Missbrauchsallianzen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern bei sich abzeichnenden hohen Kosten für einzelne Patienten eröffnen. Diese Kosten können gesteigert werden, bis der Schwellenwert für die Zuführung in den Risikoausgleich überschritten wird. Die vorgeschlagenen Anpassungen sind zudem **intransparent**. Sie führen zu nicht nachvollziehbaren Verzerrungen zwischen den Krankenversicherern, verfälschen damit deren unternehmerische Leistung und führen in zunehmendem Masse in eine Kultur der kollektiven Verantwortungslosigkeit. Schliesslich sind sie **systemfremd**. Sie stellen einen weiteren Schritt in Richtung eines ausgeprägten Kostenausgleichs zwischen den Krankenversicherern und damit in Richtung einer Einheitskasse dar. Bei einzelnen Befürwortern einer Intensivierung des Risikoausgleichs erfolgt dies wohl aus einer gewissen politischen Naivität heraus. Andere hingegen können dies gleichsam als Tarnkappe benutzen. Wer eine Einheitskasse will, soll dies offen deklarieren und sich nicht hinter dem Risikoausgleich verstecken.

Die behaupteten Nachteile können durch die von uns hier postulierten Massnahmen vermieden werden, soweit sie überhaupt praxisrelevant sind. **Der Risikoausgleich sollte deshalb nach einer mehrjährigen Übergangsfrist – wie vom Bundesrat bereits bei dessen Einführung vorgeschlagen – abgeschafft werden.**

Hingegen sind unkomplizierte und durch die Krankenversicherer nicht manipulierbare Verfahren zum Versichererwechsel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung schaffen. Die Prämienbeiträge der Kantone für wirtschaftlich Benachteiligte sollen sich an den Prämien der jeweils günstigsten Krankenversicherer orientieren. Illegale Verhaltensweisen von Krankenversicherern, die „schlechte Risiken“ abschrecken wollen, sind mit Bussen ab Fr. 20' 000. — pro Fall, im Wiederholungsfall dem Entzug der Berufszulassung von fehlbaren Managern (analog der Bankengesetzgebung), gegebenenfalls dem Entzug der Betriebsbewilligung zu sanktionieren. Die vom Bundesrat in seiner Vernehmlassung zu Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung vorgeschlagenen differenzierten Regelungen über die Angaben im Beitrittsformular sind sehr zu begrüssen. 1)

Es ist im übrigen wichtig, dass im Zusammenhang mit der Abschaffung des Vertragszwangs der Versicherer mit Leistungserbringern verlässliche Grundlagen über Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern geschaffen werden („Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit“).

Die **Beleuchtung der Problematik aus Sicht der betroffenen Parteien** ergibt folgendes Ergebnis:

Falls **Versicherte** ihre Prämie als zu hoch beurteilen, sollen sie den Krankenversicherer wechseln (Risikoausgleich mit den Füßen). Sie werden dabei beachten, dass grosse Versichertenströme zu verhältnismässig kleinen Versicherern in den Folgejahren bei diesem zu bisweilen erheblichen Prämienerrhöhungen führen können. Falls Versicherte aus bestimmten Gründen, z.B. einer ausgezeichneten Servicequalität, ihrer Krankenversicherer trotz verhält-

1) Kommentar und Inhalt der Änderungen zur Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Bern, Januar 2006 (keine Vermischung der Angaben zur obligatorischen Versicherung und zu allfälligen Zusatzversicherungen)

nismässig hohen Prämien nicht wechseln wollen, ist die als Ausdruck ihrer Konsumentenpräferenzen zu respektieren. Falls ihr Krankenversicherer wegen hohen Prämien in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten sollte, können Versicherte problemlos zu einem andern Versicherer wechseln.

Krankenversicherer mit einer ungünstigen Risikostruktur haben geeignete unternehmerische Massnahmen, z.B. Produktinnovationen, zu treffen oder werden ganz oder teilweise verschwinden.

2.4 Zulassung von Leistungserbringern zur Leistungserbringung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Weder zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (inkl. derjenigen peripherer Gebiete) noch zur Gewährleistung des Zugangs zu hochspezialisierten Leistungen („Universitäre Medizin“) bedarf es der heutigen normativen staatlichen Versorgungsplanung mit Bedarfsfestlegung und Bezeichnung der für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer durch staatliche Organe. Andere interventionistische Massnahmen wie der Kontrahierungszwang von Versicherern gegenüber Leistungserbringern oder der gegenwärtig praktizierte Praxiszulassungsstopp sind ebenso entbehrlich wie das staatliche Eigentum an Spitälern („VEB Kantonsspital“). Der Staat soll auch im Gesundheitswesen die ihm obliegenden Aufgaben durch den Erlass und die Durchsetzung von Regeln und nicht über Eigentümerfunktionen wahrnehmen. Gleiche Korrekturen sind in andern Bereichen bereits im Gange (vgl. die Diskussion um die Swisscom), in bestimmten Bereichen aber noch in sehr weiter Ferne (z.B. Universitäten und Fachhochschulen).

Diese Reformen sind aus verschiedenen Gründen erforderlich. Das grösste Problem liegt im strukturellen Informationsdefizit staatlicher Planungsorgane. Diese verfügen nie über die erforderlichen, prospektiv ausgerichteten Informationen über die zukünftigen mengenmässigen und qualitativen Bedürfnisse. Damit entstehen Situationen der Über- oder Unterversorgung. Wie die Erfahrungen im Spitalbereich verschiedener Kantone zeigen, besteht die akute Gefahr der Entscheidbeeinflussung durch sachfremde politische Kriterien, z.B. parteipolitisch gefärbte regionalpolitische Rücksichten oder Rationierungstendenzen infolge finanzpolitischer Dominanz. Die staatliche Planung konzentriert sich – wie beobachtet werden kann - auf die Bezeichnung einzelner Leistungen, z.B. einzelne Transplantationstypen. Diese werden aus ihrem grösseren „produktionstechnischen“ Zusammenhang herausgerissen. Damit wird – um beim Beispiel zu bleiben - der Charakter universitärer Spitzenmedizin, die permanente Interdisziplinarität, grundlegend verkannt. 1)

1) Staatliche, normative Spitalplanungen sind der Kategorie der untauglichen **industriepolitischen** Massnahmen zuzuordnen. Zu dieser äussert sich u.a. Aymo Brunetti: „Selbst wenn man also annimmt, dass der Staat nach bestem Wissen und Gewissen das Ziel einer höheren Effizienz verfolgt, ist eine staatliche Lenkung dem privatwirtschaftlichen Ressourceneinsatz deutlich unterlegen. Brunetti Aymo, Gute statt gut gemeinte Schweizer Wachstumspolitik, in: Steinmann, Lukas, Rentsch, Hans (Hrsg.), Diagnose: Wachstumsschwäche, Zürich 2005, S. 162 ff.

Auch im Gesundheitswesen erfolgt damit der Übergang von der Logik der Produzenten zur Logik der Konsumenten. 1)

Die dem **Staat** verbleibenden Funktionen müssen klar definiert und begrenzt werden: Die Regulierungsbehörde (vgl. Abschnitt 3.3) erlässt aufgrund einer indikativen Planung Sicherstellungsvorgaben zu erlassen. Gestützt darauf beobachtet sie die Marktentwicklung. Sie greift ein, wenn ihre Zielvorgaben nicht erfüllt werden (subsidiäre Intervention). Die Sicherstellung des Zugangs zur Versorgung (Erreichbarkeit) obliegt – soweit nicht vom Markt selbst gewährleistet – den konzessionierten Versicherern mit Versicherten im entsprechenden Gebiet. Gegebenenfalls können zwischen Versicherern und Leistungserbringern Vereinbarungen über die Kapazitätsbereithaltung abgeschlossen werden. Wo keine befriedigenden Lösungen möglich sind, zum Beispiel bei der Versorgung dünn besiedelter peripherer Gebiete, schreibt der Regulierer die Versorgung unter Leistungsanbietern und Krankenversicherern zulasten der Versicherer mit Versicherten im betreffenden Gebiet aus.

Auf der **Angebotsseite** bestimmt jeder **Leistungserbringer** selber, welche **Dienstleistungen** er anbieten will. Ob er eine Leistungsnachfrage auslösen und welche Preis er erzielen kann, ist – nach Aufhebung des Vertragszwangs für Krankenversicherer - sein unternehmerisches Risiko. Damit plant auch jeder Leistungsanbieter plant für sich. Die Koordination der individuellen Pläne ergibt sich „auf dem Marktplatz“ (und nicht mehr in der Amtsstube). Es werden mittel- und längerfristig nur solche Kapazitäten aufrechterhalten und Leistungen angeboten, für welche eine Nachfrage besteht. Damit entsteht – nach Aufhebung des Territorialitätsprinzips - ein Qualitäts- und Preiswettbewerb unter den Leistungsanbietern des In- und Auslandes. In der **Forschung** bestehen bereits geeignete Prozeduren für eine qualitäts- und leistungsbezogene Mittelzuteilung, namentlich im Rahmen des Schweizerischen Nationalfonds. Im Bereich der **Lehre** ist ein Wettbewerb um Akkreditierung, Studierende und Lehrende erst im Entstehen.

Auf der **Nachfrageseite** erfolgt die Wahl der Leistungserbringer durch den Versicherten / Patienten aus der Gesamtheit aller (qualitäts-)akkreditierter Leistungserbringer des In- und Auslandes. Gegebenenfalls - je nach vertraglichen Regelungen zwischen Versicherten und Krankenversicherern erfolgt die Auswahl innerhalb einer vereinbarten Liste (preferred provider).

1) vgl. dazu Juvin, Hervé, Le devoir de gestion, Paris 1996: „La loi du producteur caractérise les économies dirigées, planifiées, autoritaires. Ce sont des économies de fonctionnaires et d'ingénieurs, convaincus de trouver la juste solution aux besoins économiques de tous les acteurs de l'économie dans leurs équations et leurs règles à calcul – ou leur tableurs. Ce sont des économies de bureaucrates, convaincus de faire le bien de ces acteurs sans eux, voire malgré eux.“ (p 42).

ferner: Porter, Michael E., Olmsted Teisberg, Elisabeth, Redefining competition in health care, Harvard Business Review, June 2004

ENTWURF

In besonderen Fällen, wie zum Beispiel der Spitzenmedizin 1), kann die Regulierungsbehörde bei Nichtzustandekommen einer Marktlösung die erbringenden Leistungen ebenfalls international ausschreiben, analog der Lösung bei peripheren Gebieten. Die Vergabe der zu erbringen Leistungen kann einzeln, in Teilpaketen oder als Gesamtpaket für eine minimale Dauer, zum Beispiel 7-10 Jahre, erfolgen.

Die Wettbewerbsgesetzgebung ist auch im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf Krankenversicherer und Leistungserbringer anwendbar zu erklären.

-
- 1) Spitzenmedizin: Tertiäre Versorgungsstufe
Im Universitätsspital: permanente Interdisziplinarität in Dienstleistung, Forschung und Lehre
Im Privatspital: in einem oder mehreren Fachgebieten, mit oder ohne Einbezug von Forschung und Lehre

Universitäre Medizin: Alle innovativen Ansätze, ungeachtet der Versorgungsstufe

KASTEN

Stellen die vorgeschlagenen Reformen eine Geringschätzung der Leistungserbringer, namentlich der Ärzteschaft, dar?

Unsere Antwort lautet NEIN. Eine gut aus- und weitergebildete, patientenorientierte Ärzteschaft (und andere Leistungserbringer) stellt ein wichtiges Kapital dar, das es zu wahren und mehren gilt. Aber: So wenig man die Aussenpolitik den Diplomaten und die Verteidigungspolitik den Generälen überlassen darf, so deutlich müssen allfällige Alleinansprüche der Ärzteschaft (aber auch der Gesundheitsökonom!) auf die definitive Lufthoheit in der Gesundheitspolitik zurückgewiesen werden.

„Naturally the pattern of reforms varies from one country to another. But in developed economies, there is now a drive to tackle the roots of rising healthcare costs by getting medical markets to function more effectively. **Such reforms are uncomfortable for doctors. They are meant to be.**” 1)

1) The Economist, o. V., August 18th 2005 - Hervorhebungen durch H.L.

2.5 Leistungsentschädigung: Prospektive Leistungs- und qualitätsbezogene Preise

Die gegenwärtige Regelung, charakterisiert durch Vertragszwang und Tarifgenehmigungen durch voll in Interessenkonflikten stehende Kantonsregierungen als Normalfall hat sich nicht bewährt.

Sie muss durch eine konsequent gelebte Vertragsautonomie von Leistungserbringern und Krankenversicherern mit freien Preisvereinbarungen und den Krankenversicherern als Monisten abgelöst werden. Durch die Schaffung von Wettbewerbsverhältnissen entfällt auch die Grundlage für Interventionen des Preisübersichters. Der Vertragszwang für Krankenversicherer gegenüber Leistungserbringern ist konsequenterweise aufzuheben.

Die Vertragspartner sollten raschmöglichst auf prospektive, leistungs- und qualitätsbezogene Entschädigungssysteme („pay for performance“) übergehen. Dabei wird es von den spezifischen Gegebenheiten der einzelnen Behandlungen abhängen, in welchem Ausmass Outcome-, Prozess- oder Strukturqualitätsmerkmale herangezogen werden. Leistungsentschädigungssysteme sollen gesundheitspolitische Ziele bestmöglich unterstützen, z.B. die Verlagerung stationär zu ambulant oder die Handhabung geführter Patientepfade (Disease Management).

Der Übergang zu prospektiven, leistungsbezogenen Entschädigungssystemen entkoppelt die Einnahmen von den Kosten der einzelnen Leistungserbringer, es werden (Markt-)Preise bezahlt und nicht institutionsspezifische Kosten vergütet. Dies verstärkt Anreize zur wirtschaftlichen Führung der einzelnen Leistungserbringer, erhöht aber gleichzeitig die Ansprüche an deren unternehmerische Gesamtleitung: geeignete Rechtsform, Einhaltung der Regeln von good corporate governance, Qualität der Entscheidungsorgane. Ferner setzt diese Lösung eine höhere Risikotragfähigkeit voraus, dazu gehören namentlich ein systematisches Risikomanagement und eine risikoadäquate Eigenkapitalausstattung. Diese Zusammenhänge illustrieren die Notwendigkeit eines ganzheitlichen und vernetzten Vorgehens in treffender Weise. Im gleichen Zusammenhang kann dargestellt werden, wie die Ausgestaltung der Leistungsfinanzierung direkte oder indirekte Steuerungswirkungen auf die Leistungsanspruchnahme und die Produktionsstruktur entfaltet. So ergeben sich je nach der allfälligen Differenzierung von Selbstbehalten unterschiedliche Wirkungen auf die Inanspruchnahme und Förderung von Managed Care.

3. Institutionelle Regelungen: Die einzelnen Akteure und ihre Beziehungen

3.1 Vorbemerkungen

Unsere Vorschläge zur Neugestaltung umfassen sowohl Massnahmen, die bereits in andern Wirtschafts- und Gesellschaftszweigen umgesetzt sind oder umgesetzt werden also auch spezifisch auf das Gesundheitswesen zugeschnittene Massnahmen. In allen Bereichen gilt es festzulegen, welcher Ebene des föderalistischen Staates Kompetenzen zugeordnet werden sollen und welche Rollen und Instrumente staatlicher Tätigkeit problemadäquat sind. Ferner ist es generell wichtig, dass die Aufgaben und Rollen aller übrigen Akteure eindeutig und möglichst widerspruchsfrei bestimmt werden.

3.2 Die aufgabenspezifisch richtige Ebene staatlicher Zuständigkeit

T. Poledna hat überzeugend dargelegt, dass beim heutigen Entwicklungsstand des Gesundheitswesens nur eine weitestgehende Kompetenzzuordnung auf die Bundesebene problemadäquat ist. Nachdem aber nicht davon ausgegangen werden kann, dass dieser wichtige Schritt bereits in naher Zukunft verwirklicht werden kann, stellen wir auch verbesserte (Übergangs-)Lösungen dar.

3.3 Die Kernaufgaben des (Bundes-)Staates

Der Staat soll – um ein vielverwendetes Bild in etwas abgeänderter Form zu benutzen - weder selber rudern noch steuern, sondern die Spielregeln der Regatta bestimmen, deren Einhaltung beobachten und nötigenfalls durchsetzen.

Nach Schaffung der Grundlagen für eine umfassende Bundeskompetenz ist eine **eidgenössische Regulierungskommission als unabhängige Behörde** zu bilden. Sie nimmt die Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen vor, konkretisiert die „Spielregeln“ und sanktioniert fehlbare Verhaltensweisen. Die Regulierungskommission ersetzt in ihrem Tätigkeitsbereich die traditionelle, politikabhängige Verwaltungsbürokratie der Kantone und des Bundes. M. Finger stellt die Grundlagen einer derartigen Konzeption dar. 1) 2) Der damit geschaffenen „regulatorischen Autonomie“ in der Gesetzesanwendung kommt eine sehr hohe Bedeutung zu. Sie gewährleistet die für unternehmerische Entscheide wichtige Beständigkeit der Rechtsumsetzung und stellt Professionalität vor politische Interventionen und „rent seeking“ durch einzelne Interessengruppen. Diese Wirkung wird durch den Rückzug der Kantone aus der Rolle als Leistungserbringer noch verstärkt. 3)

Damit sei auch klargestellt, dass auch marktwirtschaftlich ausgerichtete Konzepte staatlicher Ordnung bedürfen, nicht zuletzt, um dem Missbrauch privater Macht zu begegnen. Der Staat hat nicht abzudanken, er wechselt seine Rolle. Als Rechtsstaat setzt demokratisch festgelegte Regeln durch. Instrument und Schutzobjekt der Regulierung ist der mögliche lautere Wettbewerb.

1) Für die institutionelle Ausgestaltung der Regelung und Steuerung kann das Gesundheitswesen dabei sowohl auf die Erfahrungen im **Finanzsektor** als auch auf Lösungsansätze in den **Netzindustrien** zurückgreifen, auch wenn einzelne spezifische Gegebenheiten der Netzindustrien (z.B. „natürliche“ Monopole im Verteilnetz) im Gesundheitswesen nicht vorliegen. Das „Gesetz der Nähe“ und die Notwendigkeit des möglichst zeitverzugslosen Zugangs zur Primärversorgung sind andererseits spezifische Gegebenheiten des Gesundheitsbereichs, zu deren Lösung wir in den Abschnitten zur inhaltlichen Reform geeignete Massnahmen vorschlagen.

Robinson hält dazu interessanterweise folgendes fest: „The lessons of utility regulation and deregulation. (...) Indeed, the utility industries are potentially more relevant to the emerging health care system than the oft-cited experiences of health care in other nations, which evolved in different cultural contexts and under different political institutions.“ in: Robinson, James C., The corporate practice of medicine, Berkeley 1999, p. 214.

2) Die Begriffe „Regulierung“ bzw. „Regulierer“ werden hier für die dargestellte institutionelle Ausgestaltung der Umsetzung staatlicher Regelungen verwendet und nicht im Sinne des begrifflichen Gegensatzpaars „Regulierung – Deregulierung“

3) „(Dieser) Punkt richtet sich auf eine Bereichsbeschränkung der Politik im Sinne einer Entpolitisierung von Aufgaben, die ein hohes Mass an Fachkenntnis, Unabhängigkeit und Langfristorientierung erfordern.“ Borner, Silvio, Blockierte Schweiz: Wie weiter? in: Steinmann, Lukas, Rentsch, Hans (Hrsg.), Diagnose: Wachstumsschwäche, Zürich 2005, S. 201 ff.

3.4 Verbesserung der Rechtsstellung der Krankenversicherer

Den Krankenversicherern ist die Rechtsstellung als „konzessionierte Versicherungsunternehmen“ zuzubilligen. Ihr gegenwärtiger Status einer organisatorischen Einheit der ausgelagerten Bundesverwaltung ist sowohl in der Praxis als auch bezüglich des Symbolgehalts äusserst problematisch. Die Ermöglichung der Gewinnerzielung auch im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kann Anreize für den Eintritt weiterer, dynamischer Marktteilnehmer schaffen. Die Mindestreservesätze sollen ausschliesslich nach objektiven Kriterien im Sinne der risikoorientierten Finanzaufsicht definiert werden. Gerade diese scheinbar technische, in Tat und Wahrheit aber äusserst politische und unternehmerische Frage zeigt, wie ein unzweckmässiger institutioneller Grundsatzentscheid (der heutige Rechtsstatus der Krankenversicherer) in der Folge zu einer Vielzahl von Fehlsteuerungen und zu Missbräuchen führen kann.

3.5 Neugestaltung der Normen des KVG für die Leistungserbringer

Das KVG ist überdeterminiert. Verschiedene Regelungen sind systembedingt im föderalistischen Staat nicht zwingend, z.B. Art, 39 Absatz 1, Ziffer a-c betreffend die personelle und einrichtungsmässige Ausstattung. Alle Leistungserbringer verfügen im Status quo ja bereits über eine kantonale Berufsausübungs- oder Betriebsbewilligung. Hier ergäbe sich allerdings bei Schaffung einer umfassenden Bundeskompetenz für das Gesundheitswesen ohnehin eine grundsätzliche Änderung.

Der Erlass von Detailbestimmungen über die Ausgestaltung der Leistungsentschädigungssysteme, z.B. die Vorschrift einer „einheitlichen Tarifstruktur“ durch den Gesetzgeber ist ebenfalls systembedingt unnötig, da er den Primat der Vertragsbeziehungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern verletzt.

Korrekturen von sozial- oder regionalpolitisch politisch unerwünschten Folgen von marktwirtschaftlichen Mechanismen sollen durch gezielte Vermittlung von Kaufkraft, also z.B. Prämiensubventionen, und nicht durch Eingriffe in die Marktbeziehungen erfolgen.

Zu stärken ist – wie an anderer Stelle noch ausgeführt werden wird - die Pflicht der Leistungserbringer zur Rechenschaftsablegung über Leistungen und deren Qualität.

3.6 Anwendbarkeit der Wettbewerbsgesetzgebung auch im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die Wettbewerbsgesetzgebung (Kartellgesetz, UWG, BG über die Konsumenteninformation) muss auch im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zur Geltung gebracht werden. Der dem KVG zugrunde liegende Primat der Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern ist konsequent umzusetzen und zu stärken. Generell sollen die Vorzüge von Markt und Wettbewerb als innovatives Entdeckungsverfahren genutzt werden.

3.7 Schaffung von Rahmenbedingungen zur Stärkung der Stellung von Versicherten und Patienten

Die rechtlichen Rahmenbedingungen sollen alle Akteure dazu anhalten, sich vermehrt an den Interessen von Versicherten, Patienten und Konsumenten zu orientieren. Diese bedürfen geeigneter Entscheidungshilfen. Dazu gehört namentlich die Schaffung von Markttransparenz durch Information über Mengen, Preise und Qualität der Angebote sowohl im Markt für Versicherungen als auch im Markt für Leistungen der Gesundheitsversorgung. Auskunft- und Beratungsstellen sollen Betroffenen helfen, die ihren Bedürfnissen und Präferenzen entsprechenden Entscheide zu treffen. Die von uns postulierten Qualitätssicherungs- und Förderungsmassnahmen mit Zertifizierung der Qualitätsmanagementsysteme durch unabhängige Dritte anhand von qualifizierten Referenzsystemen sollen insbesondere auch die Preis- und Qualitätselastizität der Nachfrage erhöhen. Der Wettbewerb unter Anbietern soll die Informations- und Marktmacht der Versicherten und Patienten stärken. Damit kann dem Grundsatz einer hohen Konsumenten-, Versicherten-, Patientensouveränität („informed choice“) nachgelebt werden. Weitere Verbesserungen der Patientensouveränität ergeben sich durch „opting out“ Angebote: Verzicht auf Tarifverträge zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern, dafür Rückerstattungstarife der Krankenversicherer nach Massgabe der individuellen Versicherungsverträge.

Soziale Härtefälle sind nicht durch wettbewerbsbehindernde Staatseingriffe in die Vertragsfreiheit sowie die Preis- und Mengenbildung, sondern mit gezielten Subjekthilfen abzufedern.

4. Flankierende Massnahmen: Daten, Informationen, Wissen

4.1 Führungsinformationssysteme

Die heutige „Kultur der Behauptungen“ muss durch eine „Kultur des Wissens“ abgelöst werden. Das Gesundheitswesen soll sich zum lernenden System weiterentwickeln.

Eine umfassende Datenbasis über die Volksgesundheit und die Versorgungssituation „**Ta-bleau de bord**“ soll allen Entscheidungsträgern zur Verfügung stehen. 1) 2) Wie ausländische Erfahrungen zeigen, ist hierfür ein langjähriger, systematischer Entwicklungs- und Lernprozess erforderlich. 3) Mit der Schaffung des „Gesundheitsobservatoriums“ sind in der Schweiz erste, umfassend angelegte Entwicklungsschritte erfolgt. Diese bedürfen aber der Verbreiterung und Vertiefung. Von ihrer Nutzung im Sinne von „evidence-based-health-politics“ sind wir aber noch weit entfernt.

1) McGlynn E.A., Asch, S.M., Adam J. et al, The quality of health care delivered to adults in the United States. N Engl J Med 2003; 348:2635-45

„Our results indicate that, on average, Americans receive about half of recommended medical care processes. Although this point estimate of the size of the quality problem may continue to be debated, the gap between what we know works and what is actually done is substantial enough to warrant attention. These deficits, which pose serious threats to the health and well-being of the U.S. public, persist despite initiatives (...) to improve care. What can we do to break through this impasse? Given the complexity and diversity of the health care system, there will be no simple solution. A key component of any solution, however, is the routine availability of information on performance at all levels. Making such information available will require a major overhaul of our current health information systems, with a focus on automating the entry and retrieval of key data for clinical decision making and for the measurement and reporting of quality. Establishing a national base line for performance makes it possible to assess the effect of policy changes and to evaluate large-scale national, regional, state or local efforts to improve quality.”

Es gibt keine Anhaltspunkte, wonach diese Situation in der Schweiz grundsätzlich anders wäre.

2) Diese Datenbasis sollte auch – nach entsprechender Anpassung der gesetzlichen Grundlagen – das heute krankenkassenseitig betriebene „Kompetenzzentrum für Wirtschaftlichkeitsverfahren“ ablösen. Dank ihrer Neutralität und breiten Verankerung käme ihren Daten und Analysen die hohe Glaubwürdigkeit zu, welche gerade in Verfahren zur Ahndung unwirtschaftlichen Verhaltens seitens einzelner Leistungserbringer von besonderer Bedeutung ist.

3) Scott, C. Williams, et. Al., Quality of Care in U.S. Hospitals as Reflected by Standardized Measures, 2002-2004, N Engl J Med 353; 3

“Although the public reporting quality measures in the HQA database represents an important start, our results provide a hint of the hard work that lies ahead. The variability of hospitals’ performance across conditions and hospitals indicates that we will need to expand our data-collection efforts to include many more conditions and that we will most likely need to focus quality-improvement efforts on a large set of hospitals.”

3) vgl., McGlynn et al, 2003

4.2 Patientensicherheit und Qualitätsmanagement

Im Bereich der Patientensicherheit und des Qualitätsmanagements bestehen erhebliche Defizite.

Die Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit 1) bestehender und neuer Leistungen im Anwendungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung soll inskünftig durch ein neu zu schaffendes Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit erfolgen, dem auch aus sog. obliegt. Entsprechende Organisationen, mit denen eine enge Zusammenarbeit gepflegt werden kann, bestehen bereits im Ausland. 2)

Alle Leistungserbringer sind anzuhalten, regelmässig standardisierte **Qualitätsberichte** zu veröffentlichen. Diese sollen insbesondere international vergleichbare Indikatoren wie Fallzahlen, Mortalitätsraten, nicht geplante Re-Hospitalisationen, Alter der Patienten und durchschnittliche Aufenthaltsdauern pro Eingriffsart umfassen. Dazu soll die Angabe von Patientenzufriedenheitsindizes sowie die Nennung der erworbenen Zertifizierungen mit Hinweisen auf das Referenzsystem, die zugrundegelegten Normen und Standards sowie des Zertifizierers kommen. Ferner sollten periodisch die tatsächlichen, um den Schweregrad bereinigten Fallkosten publiziert werden. Als Beispiel kann der „National Healthcare Quality Report“ der USA dienen. 3).

Sofern sich dies nicht als Folge des Wettbewerbs um Verträge mit Krankenversicherern und Patienten ergibt, muss der Regulierer eingreifen.

1) Health Technology Assessment im weiteren Sinne des Wortes

2) Ausländische Organisationen, mit denen eine enge Zusammenarbeit gepflegt werden kann:

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence (UK)

NPSA – National Patient Safety Agency (UK)

The Healthcare Commission – Inspecting Informing Improving (UK)

IOM – Institute of Medicine (USA)

IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (D)

4.3 Gesundheitssystembezogene Forschung, Systemevaluation, Managementausbildung

Zur Behebung der heutigen, weitgehenden „black box“ - Situation bedürfen die Klinische Epidemiologie und die Versorgungsforschung einer energischen Förderung.

Zudem bedarf es zur Beseitigung des generellen „Management-Gaps“ im Gesundheitswesen einer eigentlichen Bildungsoffensive im Bereich der Kaderschulung. Dies stellt eine gemeinsame Aufgabe aller Partner dar. Obschon das Gesundheitswesen attraktive und entwicklungs-fähige Arbeitsplätze anbietet, ist es weit davon entfernt, „employer of choice“ für die Besten und Besten zu sein. Korrekturmaßnahmen sind vordringlich, nicht zuletzt bei den monetären und nicht monetären Anstellungsbedingungen.

5. Wege zur Umsetzung

5.1 Grundsätzliches

Auch hier gilt: „Der Umschwung beginnt im Kopf“! Am Wichtigsten ist die rasche Verbreitung der erforderlichen neuen Einsichten. Möglichst viele Entscheidsträger und Betroffene sollen sich bei ihren jeweiligen eigenen Entscheiden von den hier dargestellten neuen Ansätzen leiten lassen. Die Entwicklung irgendwelcher „Masterpläne zur Umsetzung“ stellte nicht nur einen inneren Widerspruch zur liberalen Überzeugung dar, dass der Markt selber das beste Entdeckungsverfahren darstellt, ein derartiges Vorgehen wäre auch unzweckmässig. Es führte zu einer Fixierung auf irgendwelche politische oder finanzielle Engpasssituationen, deren Blockierung den ganzen Prozess abwürgen könnte.

Immerhin können Analogien zum politischen und wirtschaftlichen Bereich herangezogen werden. Zu den **generellen Voraussetzungen zur politischen Reform** äussert sich T. Straubhaar. Die von ihm als erste genannte Voraussetzung, ein Problembewusstsein besteht zwar, aber in falscher Weise. Es hinterfragt den bestehenden institutionellen Status quo selten und ist vor allem auf die Prämienentwicklung und damit verbunden die Sicherung zusätzlicher Finanzierungsströme fokussiert. Wo institutionelle Vorschläge vorliegen, gehen sie in eine planwirtschaftlich-etatistische Richtung, wie beispielsweise der Ausbau des Risikoausgleichs oder das Postulat der Einheitskasse. Es wird ausserordentlich grosser Anstrengungen bedürfen, um ein richtiges Problembewusstsein zu schaffen. Dies gilt nicht zuletzt auch, weil niemand die „Leadership“ wahrzunehmen bereit ist und deshalb die Glaubwürdigkeit von Reformbotschaften, die zweite und dritte Anforderung von T. Straubhaar, fehlt. Damit ist es auch schwierig, Vetokräfte zu schwächen, die vierte Handlungsempfehlung von T. Straubhaar. Wir vertrauen demzufolge in erster Linie auf die Kraft neuer Leitideen und die beharrliche Stärkung von Reformkräften (die fünfte und sechste Empfehlung), die im positiven Fall stufenweise umgesetzt werden können. Wissenschaftlich begleitete Pilotversuche und die Schaffung von Kompetenzräumen für den Bundesrat für die gezielte und limitierte Freigabe von Liberalisierungen können hier zu Türöffnern werden (vgl. dazu Abschnitt 5.2.).

Darüber hinaus hegen wir die – zugegebenerweise etwas zynische – Hoffnung, dass der Problemstau und die Unfähigkeit zur Reform eine „vorrevolutionäre Situation“ schaffen (im Sinne von Kuhns wissenschaftlichen Revolutionen bzw. Paradigmawechsel verstanden!) und die Bereitschaft zur „Flucht nach vorn mangels Alternativen“ erhöhen. Die sich abzeichnenden Parallelen zur Situation des Jahres 1974 vor der Volksabstimmung über das KVG mehrten sich: hektische Betriebsamkeit, drastische, undifferenzierte und per Notrecht eingeführte Massnahmen mit erheblichen Folgeschäden. Damals waren es unter anderem der Prämienstopp, heute sind es der Praxiseröffnungsstopp sowie die Notlösungen bezüglich der Leistungsfinanzierung im Spitalbereich sowie bei der Pflegefinanzierung, welche die von T. Straubhaar genannten Reformfenster öffnen könnten.

Unterstützung könnte auch aus den **Erfahrungen in andern Bereichen öffentlichen Wirkens** kommen. Gleichartige Defizite haben dort teilweise dramatische Folgen gehabt, etwa bei der Luftfahrt oder den Seilbahnen. Dort sind aber – leider auch zu spät – die Konsequenzen gezogen und neue Lösungen umgesetzt worden. Als Beispiele können die Trennung der Politikberatungs- von der Regulierungsfunktion im Bundesamt für Zivilluftfahrt oder die Trennung der Eigentümerfunktion des Bundes von der Regulierfunktion im Eisenbahnbereich genannt werden.

Es ist naheliegend, ebenfalls zu prüfen, ob und inwieweit **Erfahrungen aus ausländischen Gesundheitssystemen** herangezogen werden könnten. Alle der mit den Verhältnissen in der Schweiz vergleichbaren OECD-Staaten sind von den unser Land beeinflussenden Faktoren wie die hohe Wertschätzung von Gesundheits und Gesundheitsversorgung durch die Bevöl-

kerung, den medizinisch-technischen Fortschritt oder die demographischen Veränderungen betroffen. Es sind verschiedene gleichartige Entwicklungen zu beobachten, der Umgang mit diesen wird aber von den einzelnen Gesundheitssystemen zugrunde liegenden Prinzipien stark beeinflusst. Zu den Gemeinsamkeiten gehört namentlich die Universalität der Versicherung (mit dem Sonderfall der USA ohne Versicherungsobligatorium) bzw. das Vorhandensein eines staatlichen Gesundheitsdienstes. Unterschiedlich sind die Gewichtung der beiden Pole „Einheitlichkeit –Wahlmöglichkeiten“ und die unterschiedlich starke Betonung von Prinzipien wie „Solidarität“ bzw. der Ablehnung von „Mehrklassenmedizin“. Der spezifisch schweizerische „Werte- und Systemmix“, charakterisiert durch im internationalen Vergleich stark betonte individuelle Ansprüche, bereits relativ viele marktwirtschaftliche Elemente und den föderalistischen Staatsaufbau verhindern die integrale oder weitgehende Übernahme von ausländischen Lösungsansätzen. Hingegen können derartige „best practices“ punktuell herangezogen werden. Dies trifft namentlich für die Bereiche Patientensicherheit und Qualitätsmanagement“, Leistungsentschädigungssysteme sowie Informatik- und Telekommunikation zu.

Ferner liegen **Erfahrungen aus andern Industrien** vor, bei denen schon früher Deregulierungs- und Liberalisierungsprozesse eingeleitet wurden oder die sich aufgrund anderer Einflüsse wie beispielsweise technischen Neuerungen grundlegend neu entwickelt haben. Es gilt in erster Linie, auch ein Regulierungsversagen zu vermeiden, wie dies etwa bei der kalifornischen Elektrizitätsversorgung oder den britischen Eisenbahnen aufgetreten ist. In beiden Fällen lag die Ursache in unvollständiger oder inkonsequenter Regulierung und der fehlenden Abstimmung der Instrumente (unterschiedliche Regelungen für Detailhandels- und Grossistenstrompreise in Kalifornien, u.a. zu starke Aufsplitterung und fehlende Verantwortungszuordnung in England). Bezüglich der Folgen von beschleunigten „natürlichen“ Entwicklungsprozessen sowie De- und Neuregulierungen liegt eine Vielzahl von Beispielen vor. Sie belegen, dass neu geschaffene Märkte durch Such- und Entdeckungsprozesse charakterisiert sind und die Analyse von Schumpeter, wonach durch Wettbewerb eine schöpferische Zerstörung stattfindet, nach wie vor gilt. Dies wird auch im Gesundheitswesen zu tiefgreifenden Veränderungen führen, beispielsweise zu neuen Unternehmensmodellen.

An **Risiken und Widerständen** wird es sicher nicht mangeln. Es ist in der Schweiz erfahrungsgemäss generell schwierig, Neuerungen einzuführen. Gerade im Gesundheitswesen gibt es in den verschiedensten Lagern Besitzstandwahrer und Pfründenverteidiger. Repräsentanten und Nutzniesser des heutigen Systems werden beim Übergang vom heutigen Eklektizismus zum „evidence-based-policy-making“ (nicht zu Unrecht!) Machtverluste befürchten. Wie verschiedene Beispiele belegen, werden sie sich nicht scheuen, mit Angstszensarien und „Killerbegriffen“ wie der „Zweiklassenmedizin“ zu versuchen, Bürgerinnen und Bürger zu verunsichern und sich einem inhaltlichen Diskurs zu entziehen. 1) 2).

1)

vgl. dazu auch Baltensperger, Ernst, Mut zum Aufbruch, Bern 2005, S. 13: „Reformprozesse sind naturgemäss zähflüssig und mühsam, sie kommen fast immer nur unter Leidensdruck zustande. Weil sie Besitzstände und Interessen tangieren, muss der Anteil jeder, die von einer Änderung profitieren können, hinreichend gross sein. Die Schwierigkeit des Reformprozesses liegt darin, genügend grosse Bevölkerungsanteile davon zu überzeugen, dass vorgeschlagene Reformen für sie langfristig vorteilhaft sind und dass sie bei ausbleibender Reform umgekehrt auf die Dauer negativ betroffen sein werden.“

2) In gleicher Weise haben sich Jürg Baumberger und der leider früh verstorbene Jost Gross schon vor fünfzehn Jahren (!) geäussert. Baumberger, Jürg (1990): Thesen zu Erfolgsstrategien und Misserfolgsgründen für Reformen im Gesundheitswesen. *Gross, Jost (1990): Gesetzmässigkeiten beim Tod von Reformideen im Gesundheitswesen, beide in Locher, Heinz (Hrsg.): Für ein reformfähiges Gesundheitswesen, Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Horgen.

5.2 Die Umsetzung inhaltlicher Neuregelungen

Wie einleitend festgestellt, ist bzw. wäre die in der Schweiz durch das KVG eingeführte Lösung eines Obligatoriums der Krankenpflegeversicherung mit definiertem Leistungspaket und einer Mehrzahl von Krankenversicherern bei richtiger Ausgestaltung und Handhabung grundsätzlich geeignet, die sich stellenden Aufgaben gut zu meistern. Es bedarf also keines grundsätzlichen Systemwandels, sondern der Verstärkung wettbewerblicher und damit wirtschaftlicher Anreize. Unseres Erachtens kommt dabei der auf selbstverantwortliches Handeln der Versicherten und Patienten ausgerichteten Neugestaltung der Regelungen in verschiedensten Bereichen (Franchise, Selbstbehalt, Auswahlmöglichkeiten unter Versicherungsplänen und Leistungserbringern usw.) die entscheidende Bedeutung zu.

Verschiedene der postulierten Entwicklungen können bereits im Rahmen der geltenden Gesetzgebung ganz, weitgehend oder doch teilweise umgesetzt werden. In seinem Bericht vom Januar 2006 über verschiedene Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung bekennt sich der Bundesrat auch ausdrücklich auf diesen Weg. Seine diesbezüglichen Überlegungen zum Vorgehen sind sehr positiv zu werten. 1) 2)

1) Ein schrittweises Vorgehen mit permanenter Evaluation und Rückkoppelung ist aufgrund der Erkenntnisse der evolutionären Mikroökonomie angesichts der grossen Ungewissheiten ohnehin angezeigt. Regulierung kennt keinen Autopiloten! Vgl. dazu Moreau François, The role of the state in evolutionary economics, Publikation im "Cambridge Journal of Economics" angekündigt, mit umfassender Literaturübersicht zum Thema.

2) „Da die parlamentarische Beratung (der) zentralen Revisionselemente noch wenig fortgeschritten ist, hat der Bundesrat im September 2005 entschieden, zwischenzeitlich und ergänzend zu den Vorschlägen auf Gesetzesstufe, auch auf Verordnungsebene alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die wettbewerblichen bzw. wirtschaftlichen Anreize des Systems zu verstärken. Nach ersten Massnahmen, die auf den 1. Januar 2006 in Kraft getreten sind (Erhöhung des Selbstbehaltes bei Originalpräparaten, generelle Senkung um 10% der Höchstvergütungsbeiträge der Mittel- und Gegenstände und Senkung des Taxpunktwertes der Analysen um 10%) schlägt das EDI nun verschiedene Massnahmen vor, die entweder wettbewerbliche Elemente stärken (Lockerung der Territorialitätsprinzips) (...), den unternehmerischen Spielraum vergrössern (Senkung der Reservesätze der Versicherer) (...) oder die Transparenz als Voraussetzung jeden Wettbewerbs erhöhen (teilweise Positivierung der Aufsichtspraxis gegenüber den Versicherern). (...) In einem zweiten Schritt wird, auch in Abhängigkeit des Ergebnisses des Anhörungsverfahrens, die Änderung von Artikel 34 Absatz 2 KVG geprüft. Die Änderung dieses Artikels kann in eine der bereits laufenden KVG-Revisionen eingebracht werden. Das Territorialitätsprinzip bleibt im Grundsatz erhalten (unveränderter Absatz 1 von Art 34 KVG), dem Bundesrat wird aber die Kompetenz eingeräumt, auf Verordnungsebene diejenigen Leistungen zu bezeichnen, die zulasten der OKP im Ausland erbracht werden können. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass die Frage der grenzüberschreitenden Leistungen differenziert angegangen und die Lockerung des Territorialitätsprinzips für bestimmte Leistungsbereiche gezielt geprüft werden kann. Die gesetzliche Anpassung ist auch Voraussetzung dafür, dass Resultate der versuchsweise durchgeführten Pilotprojekte gegebenenfalls zeitlich unbeschränkt umgesetzt werden können.“

Von besonderer Bedeutung für die Reform ist die **Durchsetzung des Vertragszwangs für alle zugelassenen Krankenversicherer gegenüber potenziellen Versicherten**. Diese stellt auch eine der Voraussetzungen für die Aufhebung des Risikoausgleichs dar. Das **Recht auf freie Wahl zwischen zugelassenen Krankenversicherern** muss nicht nur faktisch ermöglicht, sondern auch ausgeübt werden. Hier zeichnet sich eine positive Entwicklung ab, in dem die Zahl bewusster Wahlentscheide sowohl zwischen verschiedenen Versicherungsangeboten der bisherigen Versicherer als auch der Wechsel von Versicherern andauert und in Teilberei-

chen zunimmt. 1) Den verschiedenen **Internetvergleichsdiensten** kommt dabei eine wichtige und zu würdigende Rolle zu. Ihre Existenz stellt eines der neuen Unternehmensmodelle dar,

wie sie bei der Entwicklung von Industrien als Folge technischer Innovationen und regulatorischer Liberalisierungen generell zu beobachten sind. Von der formellen Regelung der Offertpflicht der Krankenversicherer gegenüber interessierten potentiellen Versicherten kann vorläufig abgesehen werden (Abschnitt 2.1).

1) „Sparmodelle haben massiven Zulauf“, Der Bund, 12. Januar 2006

Gemäss wiederholten Bekundungen seitens des Bundesamtes für Gesundheitswesen ist die systematische **kritische Überprüfung des Katalogs der obligatorisch versicherten Leistungen** im Gange. Erste Entscheide sind bereits getroffen worden, so bezüglich komplementärmedizinischer Leistungen. (Abschnitt 2.1). Die Überprüfung des Leistungskatalogs stellt eine Daueraufgabe dar. Das Potential dieser Massnahmen sollte aber nicht überschätzt werden. Von wesentlicherer Bedeutung ist die Steuerung der Leistungsmengen, die ja nicht einfach eine „objektive“ Grösse (als Folge von evidenzbasierten Indikationsstellungen), sondern auch Ergebnis anderer Einflussgrössen sind. Dazu gehören beispielsweise die Anreize von Leistungsentschädigungssystemen und der Kostenbeteiligung von Patienten, also die Grenzkosten (zusätzlich) nachgefragter Leistungen nach Entrichtung der Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und dem Ausschöpfen der Franchise. Hier liegt unseres Erachtens eine der zentralen Gestaltungsaufgaben mit der einleitend postulierten Angleichung der Konsumsituation im Gesundheitswesen an die übrigen Lebens- und Wirtschaftsbereiche.

Bezüglich der **Öffnung der Gestaltungsmöglichkeiten von Prämien, Franchisen und Selbstbehalt** hat der Bundesrat – wie erwähnt - erste, positiv zu wertende Massnahmen ergriffen. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen ermöglichen ihm eine noch weiter ausgestaltbare Handlungsfreiheit in eigener Kompetenz (Abschnitt 2.2). Der **Verzicht auf eine spezielle Pflegeversicherung** und die bessere Koordination zwischen der Krankenversicherung und andern Sozialversicherungszweigen, namentlich der Regelung der Ergänzungsleistungen, bedarf der Mitwirkung des Parlaments.

Jedermann kann heute schon im Rahmen der eigenen Budgetplanung und –gestaltung persönliche „**Health Saving Accounts**“ bilden (Abschnitt 2.2). Deren steuerliche Begünstigung wird allerdings verschiedene Grundsatzfragen aufwerfen, die nur in einem grösseren Zusammenhang (Steuergesetzgebung, Gesetzgebung über die Altersvorsorge) gelöst werden können.

Die **Neugestaltung der Rechnungs- und Zahlungsabwicklung** ist im Rahmen der Umsetzung neuer Tarifmodelle und als Folge des vermehrten Einsatzes von EDV-basierten Prozessen ohnehin in vollem Gange (Abschnitt 2.2). Die vorgeschlagene neue Abrechnungsprozedur kann auf der Grundlage der bestehenden Gesetzgebung realisiert werden.

Bezüglich des **Risikoausgleichs** sind legislatorische Massnahmen erforderlich. Vorerst gilt es, die skizzierten „Verschlimmbesserungen“ zu verhindern. Nach Ablauf der geltenden Lösung kann deren Abschaffung unter Vorgabe einer mehrjährigen Übergangsfrist eingeleitet werden (Abschnitt 2.3).

Hinsichtlich der **Zulassung von Leistungserbringern** obligatorischen Kranpflegeversicherung würde bereits die geltende Gesetzgebung verschiedene Freiräume und ordnungspolitisch vielversprechende ermöglichen (Abschnitt 2.4). Dies ist insbesondere für den stationären Sektor (mit den sog. Spitalisten) relevant. Leider haben sich die Kantonsregierungen und der Bundesrat (in seinen Beschwerdeentscheiden) von untauglichen

Vorstellungen leiten lassen. Die Kantonsregierungen haben ihre Stellung missbraucht, indem sie die Schonung der Kantonsfinanzen höher gewichten als die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Bundesrat hat die Zweiteilung der Spitalisten durch die Kantone ohne eine klare ordnungspolitische Konzeption sanktioniert und damit die Krankenversicherer gezwungen, in allen Listenspitälern Leistungen zu lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen. Ein sehr grosser Handlungsbedarf besteht bezüglich der **Ablösung der normativen Spitalplanung**. Allerdings wäre eine liberale Handhabung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen, einen entsprechenden politischen Willen vorausgesetzt, kurzfristig möglich (Übergang zur indikativen Planung mit Marktbeobachtung und sekundärer, subsidiärer Intervention). Die volle **Anwendung der Wettbewerbsgesetzgebung auch auf den Geltungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** erfordert gezielte gesetzgeberische Massnahmen. Materiell sollte sie – wie die Regelung und Praxis in der Bundesrepublik Deutschland zeigt – keine grösseren Probleme bieten. Im gleichen Zuge können die Kompetenzen des Preisüberwachers entsprechend angepasst werden. Positiv zu werten ist die – wenn auch vorerst nur zaghafte – Bereitschaft des Bundesrat zur **internationalen Öffnung der Märkte für Leistungserbringer**. Hier können im Sinne der genannten permanenten Evaluation und Rückkoppelung wichtige Erfahrungen gemacht sowie Ängste und Widerstände abgebaut werden – das Gesundheitswesen wird vermehrt zum lernenden System. In diesem Sinne ist das explizite Bekenntnis des Bundesrates zur Durchführung von **Pilotversuchen**, begleitet von wissenschaftlichen Untersuchungen (Vernehmlassungsbericht vom Januar 2006, S. 4) sehr positiv zu werten. Ähnliche Wege ist der Bundesrat mit Erfolg bereits im Vorfeld der KVG-Revision gegangen und hat damit erste Erfahrungen mit Managed-Care-Ansätzen ermöglicht.

Die **Neugestaltung der Leistungsentschädigung** ist bereits in vollem Gange (Einführung Tarmed, Projekt SwissDRG). Sie können allerdings ihre Wirkung nicht voll entfalten. Die grösste Einschränkung stellt der noch bestehende Vertragszwang für Krankenversicherer gegenüber Leistungserbringern dar, dessen Aufhebung im parlamentarischen Verfahren sowie in einer als sicher geltenden Referendumskampagne auf grosse Widerstände stossen wird. Weitere Einschränkungen zeichnen sich bei der Handhabung und Umsetzung der neuen Systeme ab, da verschiedenen Entscheidungsträgern offensichtlich noch nicht bewusst geworden ist, dass es sich dabei nicht mehr um „Tarife“, sondern um Preise handelt, die in Ausübung der Vertragsautonomie zustande kommen. Besonders fatal wirkt sich in diesem Zusammenhang bei der geltenden Rechtslage die widersprüchliche Mehrfachrolle der Kantonsregierungen und ihrer Exponenten dar (Abschnitt 2.5).

5.3 Die Umsetzung institutioneller Reformen

Die Umsetzung der vorgeschlagenen institutionellen Reformen setzen ihrem Charakter gemäss in erhöhtem Masse vorgängige gesetzgeberische Massnahmen voraus.

Dies gilt insbesondere für die postulierte **Konzentration der Regelungskompetenzen auf Bundesebene** auf der Grundlage neuer Verfassungsbestimmungen. Aber auch hier bestehen bereits in der Zwischenzeit, ein entsprechender politischer Wille vorausgesetzt, Verbesserungsmöglichkeiten gegenüber dem Status quo. So könnte das **Bundesamt für Gesundheitswesen** im Rahmen der bundesrätlichen Kompetenzen zur Organisation der Bundesverwaltung **ab 1. Januar 2007** in einen Bereich „Politikberatung“ einerseits und eine Regulierungsbehörde „avant la lettre“ andererseits aufgeteilt und auch entsprechend geführt werden. Auf den gleichen Zeitpunkt hin könnte auch eine bessere Koordination zwischen dem Bundesamt für Gesundheitswesen, dem Bundesamt für Justiz (Beschwerdeinstruktion zuhanden des Bundesrates), der Wettbewerbskommission, dem Preisüberwacher, dem Staatssekretariat für Bildung und Forschung (Hochschulmedizin), dem Bundesamt für Metrologie und Akkreditierung (Qualitätssicherung) und dem Bundesamt für Statistik (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) umgesetzt werden. In verschiedener Hinsicht herrschte hier eher eine *Co-habitation* als eine *Cohabitation*.

Schliesslich könnten auf Bundesebene sofort die Vorarbeiten für die Bildung einer besonderen Regulierungsbehörde an die Hand genommen werden, der vorerst der **Eidgenössischen Krankenversicherungskommission (KVCom)**. Diese könnte später, nach dem Übergang weiterer Kompetenzen an den Bund auf Grund des vorgeschlagenen neuen Verfassungsartikels, zur **Eidgenössischen Regulierungskommission für das Gesundheitswesen (GesCom)** weiterentwickelt werden. Dabei kann sowohl auf die Erfahrungen mit der Eidgenössischen Kommunikationskommission als auch auf die jüngsten Entwicklungen in der Finanzmarktaufsicht zurückgegriffen werden. Es geht darum, eine unabhängige Konzessions- und Regulierungsbehörde zu schaffen. Diese hätte sieben vom Bundesrat ernannte Mitglieder zu umfassen, alle unabhängige Sachverständige. Die Kommission soll in ihren Entscheiden keinen Weisungen seitens des Bundesrats oder interessierter Departemente unterliegen. Zur Wahrung ihrer Eigenständigkeit sollte sie mit einer weitgehenden Organisationsfreiheit ausgestattet und von den Verwaltungsbehörden auch administrativ unabhängig sein und über ein eigenes Sekretariat verfügen. Diese Sofortmassnahmen sind geeignet, rasch Nutzen zu stiften. So ist es vordringlich, dass Ziele, Konzepte und Instrumente der Krankenversicherungs- bzw. Gesundheitspolitik patientenorientiert aufeinander abgestimmt werden. Der gegenwärtig vorherrschende ordnungspolitische Eklektizismus mit widersprüchlichen Anreizen und seiner konzeptionsarmen Mischung von plan- und marktwirtschaftlichen Instrumenten, verbunden mit bürokratischen Interventionen und Input-Steuerungen sollte raschmöglichst aufgegeben werden. Eine „Stilblüte“ derartiger Input-Steuerungen stellt die detaillierte Vorschrift des Führens einer Kostenrechnung auf Verordnungsstufe dar.

Soweit die **Kantone** heute Regulierungsaufgaben wahrzunehmen haben, namentlich im Bereich der Spitalisten, könnten sie diese in viel liberalerer Weise wahrnehmen, als dies gegenwärtig der Fall ist. Wir beurteilen eine schrittweise faktische Abkehr von der normativen zur indikativen Planung als durchaus machbar. Ferner wäre eine Öffnung der heutigen kantonalen Märkte durch zumindest regionale Freizügigkeitsklauseln ohne weiteres möglich. Die bewirkte ein rasches Ende der heutigen „Geiselnahme der Patienten durch ihre eigene Kantonsregierung“. Ferner sollten die Bemühungen um einen Verzicht auf die Führung kantonseigener Spitäler wieder reaktiviert werden. Zur Wahrung allenfalls verbleibender kantonalen hoheitlicher Aufgaben bedarf es nicht des Eigentums an Produktionsmitteln, sondern an Kompetenzen zur Steuerung eines Bereichs.

Bezüglich der **Rechtsstellung der Krankenversicherer** wäre vor der Änderung der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen zumindest eine ordnungspolitisch korrekte Handhabung der geltenden Regelung durch die zuständigen Bundesbehörden und insbesondere der Verzicht auf rein politisch motivierte Manipulationen, z.B. bezüglich der Mindestreservesätze, durchaus möglich. Die Handhabung der Normen für Leistungserbringer kann ebenfalls kurzfristig im Sinne einer vermehrten wettbewerblichen Ausgestaltung erfolgen, nicht zuletzt auch durch entsprechende Korrekturen auf Verordnungsebene.

Viele der postulierten Massnahmen zur Stärkung der **Stellung von Versicherten und Patienten** sind ebenfalls kurzfristig umsetzbar. Dies gilt integral für die vorgeschlagenen **flankierenden Massnahmen**.

5.4 Spezifische Erwartungen an einzelne Partner des Gesundheitswesens

Bund und Kantone sollten bereits im Vorfeld grundlegender gesetzlicher Anpassungen die vorstehend dargelegten Massnahmen umsetzen. Zudem ist es mehr als wünschenswert, dass sie von weiteren rein taktischen Manövern abgehen und inhaltlich überzeugende Lösungen ausarbeiten und umsetzen. Ein Beispiel hierfür sind die unwürdigen Manöver auf dem Verschiebebahnhof zwischen verschiedenen Finanzierungsquellen der Leistungsentschädigung im Spitalbereich. Ferner sollten die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Instrumenten viel konsequenter und früher als heute beachtet werden. So erfordert der Übergang zu prospektiven, leistungsbezogenen Entschädigungssystemen im Spitalbereich eine wesentlich höhere Autonomie und Risikotragfähigkeit der Spitäler, insbesondere eine ihren unternehmerischen Risiken angepasste Eigenkapitalausstattung.

Die postulierte Neuordnung der Rechtsstellung der **Krankenversicherer** bleibt in der Entfaltung ihrer Wirkungen entscheidend gehemmt, solange diese nicht auch in viel dynamischerer Weise als heute wichtige gesundheitspolitische und unternehmerische Funktionen wahrnehmen. Dazu gehören, je nach Versicherungsvertrag, zusätzliche Rollen als Leistungseinkäufer für Versicherte und die operationelle Umsetzung der Versorgungssicherheit nach Einführung der monistischen Leistungsentschädigung.

Konsumenten- und Patientenorganisationen könnten und sollten ihre starke Fixierung auf staatlichen Schutz und behördliche Massnahmen aufgeben. Wir vermissen neue, kreative Ansätze, wie sie in andern Märkten längstens etabliert sind. Als Beispiel sei die Benutzer-Evaluation in Marktplattformen wie e-bay genannt. Weshalb entstehen solche von den Konsumenten- und Patientenorganisationen betriebenen sogenannten „User-Sites“ nicht auch für Spitäler, Arztpraxen und Krankenhäuser?

6. Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Konzepte und Massnahmenpläne für eine grundlegende Umgestaltung unserer Gesundheitswesens vorliegen. Alle Anstrengungen sind darauf zu richten, sie auch umzusetzen. Der Schlüssel zum Erfolg liegt im Entstehen einer breiten Bewegung der „health literacy“. Nur wenn möglichst viele Menschen beginnen, ihre eigenen Interessen und Prioritäten als Stimmende, Versicherte, Patienten und Konsumenten zu formulieren und zu reklamieren, entsteht der vielflächige Druck auf alle übrigen Akteure. Dieser ist aber unabdingbar, um die heutige unwürdige Situation zu beenden. Steve Case, der Mitbegründer von American Online, charakterisiert das amerikanische Gesundheitssystem - zu dessen Weiterentwicklung er nun mit seinem Unternehmen mit dem programmatischen Titel „Revolution“ selber beitragen will – mit folgenden Worten:

„There are certainties in life. The need for health care is one of them. The need for a more effective health care system is another. Many who have followed this nation’s health care crisis claim it is too complex and intractable to change. We disagree. Health care is a huge industry (...) but it is hard to find an industry that is so big that has so many disenfranchised constituencies – not the least of which are consumers themselves, who are increasingly frustrated as they go about trying to keep themselves and their families healthy in an increasingly inflexible, inconvenient, bureaucratic system. Most people don’t feel like empowered customers, they feel like a peripheral part of the process, with seemingly everybody but them being able to make the decisions that must impact their lives and the lives of their loved ones.”

.....

Steve Case. Revolution. USA

Dies gilt auch für die Schweiz. Gehen wir also an die Arbeit!