

Generalversammlung santésuisse vom 11. Juni 2010 – öffentlicher Teil
Referat von Claude Ruey, Präsident santésuisse

«Wenn der Weise auf den Mond zeigt, schaut der Dumme auf den Finger», sagt ein chinesisches Sprichwort. Das ist natürlich schade, aber jeder kann sich einmal irren. Wenn ich heute das Verhalten einiger Politiker des Gesundheitswesens beobachte, so scheint mir, als verdrehten sie das Sprichwort; man zeigt nicht mehr auf den Mond, sondern auf den Finger selber. Also könnte ich heute sagen «Wer sich den Mond erhofft, dem zeigt der Demagoge auf den Finger». Und genau hier stossen die nötigen Reformen unseres Gesundheitssystems auf Widerstand: Die Demagogen fokussieren die Debatte auf die falschen Probleme.

Obschon die globalen Kosten und deren Finanzierung das eigentliche Problem des schweizerischen Gesundheitssystems sind, ist man nur um die Verwaltungskosten besorgt, die lediglich einen kleinen Teil der Gesamtrechnung ausmachen (ein Zwanzigstel). Die Verwaltungskosten wird es zudem immer geben, gleich welches System wir haben. Das Wichtigste auf der Rechnung aber wird übersehen! Man zeigt nicht mehr auf den Mond, sondern auf den Finger!

Die Ausgangslage ist unbestritten. Regelmässig werden bei den Gesundheitskosten neue Rekorde erreicht. Dagegen können selbst die bestgedopten Athleten nicht mithalten. Mit dieser Kostenentwicklung steht unser Land jedoch nicht alleine da. Das Phänomen ist international. 2006 machten die Gesundheitsausgaben der OECD-Länder im Schnitt 9% des Bruttoinlandprodukts (BIP) aus. 1990 waren es noch 7% und 1970 5%. Die Gesundheitskosten pro Einwohner stiegen zwischen 1997 und 2007 um durchschnittlich 4,1%: Dafür verantwortlich ist vor allem der Ausbau der Gesundheitsversorgung und der medizinische Fortschritt (Panorama de la santé 2009, Paris, OECD, 2009). Wir dürfen auch nicht vergessen, dass die Menschen im älter werden. Alle fünf Jahre steigt die Lebenserwartung der Bevölkerung um eineinhalb Jahre.

Ungeachtet dessen steigen die Gesundheitskosten zu viel und zu rasch an, um weiter tragbar zu sein. Deshalb müssen die Hauptursachen bekämpft werden, indem man die ganzen Anstrengungen auf den grössten Ausgabenblock konzentriert. Das verlangt der gesunde Menschenverstand. Doch die in ihrer etatistischen Ideologie gefangenen Demagogen entscheiden anders. Sie beschäftigen sich lieber mit Nebensächlichem, wie den 5% der Kosten, die auf den Verwaltungsaufwand der Kassen entfallen. Oder sie bringen – wieder – die Idee einer Einheitskasse auf den Tisch und versperren sich den Blick auf das

Wesentliche. Eine solche Monopollösung liefe wohl nicht nur dem eigentlichen Ziel zuwider, da wie in jeder zentralisierten Bürokratie die Verwaltungskosten klassischerweise steigen würden. Sondern, selbst wenn einige Einsparungen möglich wären, würden sie nur einen winzigen Teil der gesamten Gesundheitsausgaben unseres Landes betreffen (4 ‰ bis 8 ‰). Man hätte folglich alles auf den Kopf gestellt, für ein negatives Ergebnis, oder bestenfalls eine „Nullrunde“.

Im jetzigen Stadium ist das nicht einfach nur Demagogie. Vielmehr sind jene, die in ihrer etatistischen Ideologie gefangen bleiben, verblendet.

Verblendet, weil sie sich weigern, der Kostenrealität ins Auge zu schauen und sich darauf beschränken, die rechtlichen Strukturen der Kostenträger anzupassen.

Verblendet, weil sie die nichtgewinnorientierten Organisationen, was die sozialen Krankenkassen sind, mit profitgierigen Unternehmen verwechseln!

Verblendet, weil sie eine vernünftige Lösung bei den Managed Care-Netzen in Frage stellen, nur weil es linkspolitisch angeblich nicht korrekt ist, etwas gegen den medizinischen Überkonsum zu unternehmen.

Verblendet auch darum, weil sie sich 2003 gegen eine umfassende Reform stellten, obschon sie damals von Bundesrätin Ruth Dreifuss lanciert worden war: Diese 2. KVG-Revision hätte für unser Gesundheitssystem einen immensen Fortschritt bedeuten können.

Seit dieser Zeit sind die Positionen verhärtet. Es gab zwar einige Ausnahmen, wie die Pflegefinanzierung für ältere Menschen und die Spitalfinanzierung. Aber beide Reformen sind noch nicht in Kraft.

Es ist an der Zeit, die Positionen aufzuweichen, stupide Querelen beizulegen und Vertrauen aufzubauen. Wir müssen die von Bundesrat Didier Burkhalter in die Wege geleitete Öffnung in konstruktiver Weise nutzen. Also raus aus den verblendeten Ideologien! Nicht wahr Herr Pascal Strupler. Der Direktor des Bundesamtes für Gesundheit sprach kürzlich in einem Interview davon, dass *Ideologien Gefangenschaft bedeuten*. Er hat recht. Und um die Ideologien hinter sich zu lassen, muss man sich trauen, die Realitäten zu sehen. Sich den Realitäten stellen, ohne Vorurteile und Verblendung, genau das wollen die Versicherer von santésuisse.

Wir haben den Worten bereits Taten folgen lassen: Im letzten April setzte santésuisse ein klares Zeichen in Richtung Versicherte und Politik. Wir haben ein Massnahmenpaket für ein besseres Funktionieren der obligatorischen Krankenversicherung geschnürt. Vereinfacht dargestellt stehen vier Schwerpunkte im Vordergrund:

1. santésuisse will den Wettbewerb unterbinden, den sich die Krankenversicherer bei den Prämien über die "Jagd nach guten Risiken" liefern. Dieses Engagement bedeutet: Anpassung des aktuellen Risikoausgleichs und Verbot von Quersubventionierungen. santésuisse ist dafür.

2. santésuisse unterstützt die Förderung von Managed Care für eine koordinierte Versorgung der Patienten, als Garant für Innovation, Qualität und wirksames Kostenmanagement. Allerdings darf es keinen Zwang für Managed-Care-Systeme geben, da sie ansonsten in erster Linie dem Gesetz und nicht den Patientenbedürfnissen Genüge tun.

3. santésuisse spricht sich für mehr Transparenz und eine stärkere Kontrolle der Kassen durch den Bund beziehungsweise das Bundesamt für Gesundheit aus.

4. santésuisse verlangt ein Sparprogramm, das auf die Prämien 2011 wirken kann. Die Massnahmen müssen auf die Arzneimittel und die medizinischen Apparate zielen und für ambulante Leistungen die gleichen Tarife vorsehen, egal ob sie im Spital oder in einer Arztpraxis erbracht werden.

In der nichtgewinnbringenden obligatorischen Versicherung sind die Versicherer eigentlich nur die Versichertenvertreter. Sie verfolgen also keine Eigeninteressen, obwohl dieses Bild oft vermittelt wird. Wir haben in diesem Sinne einen wichtigen Schritt gemacht. Wir wollen pragmatisch vorgehen und uns bewusst vor Augen führen, was hierzulande und anderswo im Gesundheitswesen passiert. Daraus wollen wir Lehren ziehen. Deshalb haben wir heute zwei Gäste eingeladen: einen Referenten aus Deutschland, der in einem Land mit bismarckschem Sozialsystem lebt, und einen Gast aus Kanada mit einem System nach Beveridge, also einem staatlicheren System. Ich freue mich auf die Beiträge der beiden Gäste. Auch hier geht es uns darum, von der Realität zu lernen. Damit müssen wir in der Lage sein, Lösungen zu realisieren, die es ermöglichen, unser oberstes Ziel zu erreichen: die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu bestmöglichen Preisen für die gesamte Schweizer Bevölkerung.

Referate Rowohl und Marcotte

Wir haben gerade zwei sehr kontrastreiche Referate gehört. Sie sind für uns von grossem Interesse, können wir doch für die Schweiz einige Schlussfolgerungen daraus ziehen. Unser Gesundheitssystem ist eine Mischform. Öffentlicher und privater Sektor sind beide vertreten. Wie in Deutschland, das die Spitalfinanzierung bereits kennt, die in unserem Land noch eingeführt werden sollte, und wie in den Niederlanden, wo die Regierung – im Bündnis mit den Sozialdemokraten – dem privaten Sektor mehr Handlungsspielraum zuwies, ist dieses Mischsystem effizienter und kann sich besser auf die Patientenbedürfnisse einstellen als staatliche Systeme. Das Beispiel Quebec illustriert hier sehr gut die aktuellen Gefahren.

Ich möchte einen Augenblick beim Quebec-Modell verweilen. Vor kurzem war ich eingeladen, an der Universität Montreal das schweizerische Gesundheitssystem vorzustellen. In Gesprächen und beim Lesen von Zeitungen ist mir sofort aufgefallen, in welcher schwierigen Lage sich das Gesundheitssystem Quebecs befindet. In Spitälern herrscht akuter Mangel an Notfallbetten und Fachkräften im Intensivpflegebereich. Akuter Mangel herrscht auch bei den Allgemeinmedizinerinnen, weil sich die Praxisbedingungen stark verschlechtert haben. Die Patientinnen fürchten oft schon den Augenblick, wenn ihr Arzt in Pension geht, weil kein Nachfolger bereit steht, der die Patientinnen weiter betreuen wird.

Aber schlimmer noch: Eine Frau stirbt, nachdem sie vier Tage im Flur einer Notfallstation verbracht hat; ein Mann verstirbt, weil er zu lange auf eine Operation warten musste; bei einem anderen Patienten wird die anstehende Operation zehn Mal verschoben. Ein Drittel der Patientinnen, die auf ihre Operation warten, hat die empfohlene Frist für einen Eingriff am Kardiologischen Institut von Montreal überschritten. Der Notfalldienst in Spitälern ist chronisch überlastet. Es kommt sogar vor, dass ein Spital die Bevölkerung aufruft, in den nächsten 48 Stunden wegen Überlastung des Notfalldienstes in Notfällen nicht mehr vorbeizukommen. Dabei ist diese Situation nicht einmal auf eine Epidemie, auch keine Grippeepidemie, zurückzuführen.

Dieser Zustand zieht sich schon seit Jahren hin. 2005 fällte das Oberste Gericht Kanadas sogar ein Urteil, das für viel Wirbel sorgte. Um das öffentliche Gesundheitssystem vor Übertritt in den Privatsektor zu schützen, ist es gesetzlich untersagt, eine Privatversicherung abzuschliessen: Das Oberste Gericht erachtete dieses Monopol – das öffentliche Einheitssystem also – als unzulässig und verlangte dessen Aufhebung. Ausschlaggebend waren für das Gericht nicht wirtschaftliche Kriterien der Gleichbehandlung oder des Wettbewerbs, sondern gesundheitspolitische Überlegungen. Das Monopol mit

seinen Verfehlungen und Schwächen gefährde direkt das Recht auf Leben und Sicherheit der Patienten. Laut Urteil erhöhen die Wartefristen im öffentlichen Gesundheitssektor das Leiden gewisser Patienten. Irreversible Gesundheitsschäden und der Tod von Patienten können die direkte Folge davon sein. Das Verbot von Privatversicherungen führt dazu, dass sich nur sehr reiche Patienten eine private Gesundheitsversorgung leisten können. Die anderen müssen die Wartefristen des öffentlichen Systems und die Konsequenzen in Kauf nehmen...

Soweit das schöne Bild eines rein staatlichen Systems, dessen Qualitäten der GDK-Präsident (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren) noch im Januar 2010 hervorhob. Ein solches System mag für verblendete Ideologen verlockend sein. Aber schaut man genauer hin, sieht die Realität ganz anders aus. Man versteht auch besser, warum der Präsident des Collège des médecins québécois, Dr. Yves Lamontagne, im März die Entpolitisierung der Steuerung der Gesundheitsdienste verlangte. Die Rolle einer Regierung, sagt Yves Lamontagne, ist es, eine Gesundheitspolitik aufzubauen und nicht Politik mit der Gesundheit zu betreiben. Genau das Gegenteil von dem, was gewisse Kreise, allen voran der GDK-Präsident, hierzulande verlangen: Sie wollen nicht nur eine monopolisierte Versicherung, sondern auch den Ausbau der staatlichen Strukturen und Ärzte als Beamte oder zumindest Lohnempfänger (siehe Aussagen von P.Y. Maillard in der Westschweizer Wochenzeitschrift L'Hebdo vom 14. Mai 2009).

In der Schweiz müssen wir die Debatte entpolitisieren. Die Ideologie schadet der konkreten Analyse der Realitäten und den gemeinsamen Interessen. Wir stehen vor einem Richtungswechsel. santésuisse hat einen konstruktiven Anfang gemacht. Nun muss jeder seinen Beitrag leisten.

santésuisse will Managed Care-Angebote fördern und die neue Spitalfinanzierung und die Pflegefinanzierung in Alters- und Pflegeheimen konkretisieren. Wir sind bereit, im Rahmen des vom Eidgenössischen Departement des Innern eröffneten Dialogs realistische Lösungen aufzubauen. Dieser Dialog mit allen Partnern ist möglich, vorausgesetzt die Waffen der Ideologen bleiben im Schrank. Das erwartet die Bevölkerung. Wir haben nun die Gelegenheit, sie nicht zu enttäuschen.

Claude Ruey