

Wird mit dem Einheitskassen-Zauber alles gut?

Unser Gesundheitssystem ist kein ideales Gebilde: Vieles könnte verbessert, vereinfacht oder effizienter gestaltet werden. Das sagt, neben vielen anderen Untersuchungen, der OECD-Bericht zum schweizerischen Gesundheitssystem. Die Initianten der Einheitskassen-Vorlage behaupten, die Lösung allen Übels gefunden zu haben. Doch wäre dieses Gebilde wirklich in der Lage, die grössten Defizite unseres Gesundheitswesens zu beheben?

1. Unser Gesundheitswesen ist zu teuer.

Über ein Drittel der Bevölkerung ist in der reichen Schweiz nicht mehr in der Lage, die Krankenversicherungsprämien ohne staatliche Unterstützung zu bezahlen. Und die Kosten für die Grundversicherung steigen weiterhin jedes Jahr um einiges stärker als das Volkseinkommen. Es ist einleuchtend, dass diese Entwicklung mittelfristig gravierende Folgen haben kann. Oft wird argumentiert, dass unser gutes Gesundheitswesen seinen Preis habe. Das stimmt zwar, doch ist der Preis, den wir bezahlen, zu hoch. Die OECD hält in ihrem Bericht zum schweizerischen Gesundheitssystem (2011) fest: Die bestehende Qualität könnte mit deutlich weniger finanziellem Aufwand erreicht werden.

2. Die Rollenverteilung im Gesundheitswesen ist unklar.

Im Spitalbereich sind die Kantone gleichzeitig Planer, Spitalbesitzer, Kostenträger und Schiedsrichter bei Tarifstreitigkeiten. Diese verschiedenen Hüte der Kantone wurden an den Trendtagen Gesundheit Luzern 2014 von Politikern, Spitaldirektoren und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens bemängelt. Einen Platz im Gesundheitswesen, der eine erstrebenswerte Zukunft bietet, suchen die Grundversorger. Auch die Krankenversicherer sind von Rollenkonflikten betroffen: An die Behandlungen im stationären Spitalbereich zahlen die Kantone ab 2017 zwar den Anteil von 55 Prozent. Im ambulanten Bereich hingegen berappen die Krankenversicherer 100 Prozent.

3. Unser Gesundheitssystem bietet unnötige Anreize zur Mengenausweitung.

Der ambulante Tarif Tarmed hat vor Jahren die Apparatemedizin weniger lohnend gemacht, dafür die intellektuellen Leistungen und das Patientengespräch aufgewertet. Trotzdem besteht nach wie vor ein Ungleichgewicht zwischen der Bewertung gewisser technischer Leistungen und den zu wenig honorierten intellektuellen. Fazit: Der Tarmed hat die hochgesteckten Ziele nur zum Teil erreicht. Deshalb arbeiten die Tarifpartner zurzeit an einer Revision. Unabhängig davon ist und bleibt er ein Einzelleistungstarif: Je mehr die Leistungserbringer behandeln, desto mehr verdienen sie – unabhängig vom Nutzen der Massnahmen. Seit der Einführung von SwissDRG besteht im stationären Bereich nach wie vor der Anreiz für unnötige Operationen und Behandlungen.

4. Die Koordination unter den Leistungserbringern ist trotz des Erfolgs von Hausarztmodellen verbesserungswürdig.

2005 waren gut 12 Prozent der Bevölkerung in einem HMO- oder Hausarztmodell versichert. Im laufenden Jahr 2014 sind es bereits 61 Prozent. Das deutet darauf hin, dass sich zunehmend Menschen freiwillig für ein solches Modell entscheiden, das es ihnen ermöglicht, sich freiwillig einzuschränken. Dafür können sie Prämien sparen. Trotzdem ist die Koordination unter den Leistungserbringern in der Schweiz weiterhin ungenügend, so der Bericht, sie kann noch stark gefördert werden.

5. Die Transparenz bezüglich Qualität und Effizienz von medizinischen Leistungen ist nicht gegeben.

In der Schweiz gibt es keine systematischen Qualitätsmessungen, welche die Wirksamkeit und die Qualität von Behandlungen vergleichbar machen würden. Zwar herrscht – auch in Bezug auf die Leistungserbringer – eine grosse Wahlfreiheit, doch fehlt weitgehend die Möglichkeit, diese Wahl aufgrund handfester Kriterien zu treffen. Auch für die Aufnahme von neuen Therapieformen in den Leistungskatalog bestehen mit Ausnahme der abstrakten WZW-Regel keine Auswahlkriterien. Genau genommen gibt es in der Schweiz gar keinen ausformulierten Leistungskatalog für die Grundversicherung.



Was würde die Einheitskasse an diesen wunden Punkten ändern?

1. Die Einheitskasse beschleunigt das Kostenwachstum.

Die Einheitskasse trägt nichts zur Kostendämpfung bei. Im Gegenteil: Die Einheitskasse als Monopolistin hätte kaum Sparanreize. Insbesondere die Rechnungskontrolle würde an Bedeutung verlieren. Weil laut Initiativtext auch die Leistungserbringer in der Verwaltung der Einheitskasse Einsitz nähmen, hätte diese Institution auch kein Interesse mehr an konsequenten Tarifverhandlungen oder an Wirtschaftlichkeitskontrollen. Es braucht nicht viel Phantasie, um sich vorzustellen, was passiert, wenn man mit sich selbst das eigene Einkommen verhandelt und sich selbst kontrolliert.





Was geschieht, wenn Leistungserbringer, Kantons- und Bundesvertreter an den Schalthebeln der Einheitskasse sitzen? Unser Karikaturist wirft einen Blick in die Zukunft

2. Die Einheitskasse führt zu weiteren Doppelrollen und Interessenkonflikten.

Die Einheitskasse würde von Leistungserbringern, Versichertenvertretern und Behörden gemeinsam verwaltet. Zumindest die Leistungserbringer geraten so in einen Interessenskonflikt: Einerseits müssen sie im Interesse der Prämienzahler dafür sorgen, Preise und Menge in vertretbarem Rahmen zu halten. Andererseits haben sie die Möglichkeit, die eigene Entlohnung mitzugestalten. Die Gefahr ist gross, dass eine so geführte Einheitskasse gegenüber Mengenausweitung und Preiserhöhungen nicht sehr kritisch eingestellt wäre. Die Tarife würden steigen. Aufgrund der Doppelrolle der Leistungserbringer würden auch die Kontrollen über das zulässige Ausmass der Behandlungen der Ärzte – die Wirtschaftlichkeitsprüfungen – larger gehandhabt. Was resultiert, sind höhere Kosten für die Steuer- und Prämienzahler.

3. Die Einheitskasse verhindert neue Tarifsysteme.

Die Anreize zur Mengenausweitung könnten mit besseren Tarifsystemen abgeschwächt werden. Doch dazu braucht es Verhandlungen und gemeinsame Anstrengungen – wie

dies beim Projekt SwissDRG für eine leistungsge-rechte Spitalabgeltung geschehen ist. Die Einheitskasse mit Leistungserbringern an den Schalthebeln wäre weniger konsequent in solchen Verhandlungen. Tarifmodelle mit Budgetverantwortung oder mit Fallpauschalen hätten nur geringe Chancen, realisiert zu werden.

4. Die Einheitskasse verhindert alternative Versicherungsmodelle.

Von Ärzten und Patienten freiwillig gewählte bzw. betriebene alternative Versicherungsmodelle (Managed Care) würden mit der Einheitskasse verschwinden. Der Anreiz für eine Monopolistin, solche Modelle für ihre Kunden zu entwickeln, ist kleiner. Dafür würde die Zwangs-Managed-Care gefördert. Sprich: Die Einheitskasse würde Ärzten und Patienten zunehmend vorschreiben, welche Behandlungen sie in Anspruch nehmen dürfen. Die Einheitskasse ist der erste Schritt zur Staatsmedizin, die reglementiert, vorschreibt und verwaltet, statt die freie Wahl der Therapie für den Arzt und die freie Wahl des Arztes für den Patienten zulässt.

5. Die Einheitskasse bringt keine Verbesserung der Transparenz.

Möglicherweise würden die Versichertenvertreter versuchen, die Einheitskasse zu mehr Engagement in Sachen Qualitätsmessung zu verpflichten. Bis anhin haben sich sowohl Behörden als auch Leistungserbringer in dieser Frage eher zögerlich gezeigt. Es ist nicht einzusehen, warum die Einheitskasse laufende Projekte beschleunigen und die Qualität und Effizienz der medizinischen Leistungen schneller transparent machen könnte. Die Transparenz bei den Krankenversicherern ist durch die Auflagen des Bundes und durch die strengen Kontrollmechanismen bereits heute gewährleistet – genauso gut wie bei den zentral geführten Sozialversicherungen.

Fazit

Die Einheitskasse würde an den Schwachstellen unseres Gesundheitswesens gar nichts ändern, sondern diese teilweise sogar noch zementieren. Die Probleme – insbesondere die Kostenentwicklung – lassen sich nur mit sinnvollen Anreizen für alle Akteure in den Griff bekommen. Der Weg dorthin führt über die laufende KVG-Revision – und nicht über die Einheitskasse.

SILVIA SCHÜTZ