



25 Jahre Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Errungenschaft mit Entwicklungspotenzial

Dass unser Gesundheitssystem heute zu den weltbesten gehört, verdanken wir zu einem grossen Teil dem vor 25 Jahren in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz. Um diese Errungenschaft nicht zu gefährden – und damit diese Spitzenposition bezahlbar bleibt – sind kontinuierliche Reformen jedoch unabdingbar.

Einen heftigen Abstimmungskampf erlebte die Schweiz damals, 1994, als es um die Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) ging. Die Befürworter der neuen Sozialversicherung stellten mehr Solidarität und eine kostendämpfende Wirkung in Aussicht, die Gegner warnten vor einer Kosten- und Prämienexplosion. Das neue Gesetz wurde schliesslich knapp, mit 51,8 Prozent Ja-Stimmen, angenommen und trat vor genau 25 Jahren in Kraft. Und beinahe so lange wird seither am KVG herumgedoktert; wird reformiert, revidiert und optimiert. Mit unterschiedlichem Erfolg. Aber in der Regel immer mit der Absicht, ein an sich bewährtes System noch besser zu machen.

Gelebte Solidarität, zu hohe Kosten

Hervorragend – ein Prädikat, das im Zusammenhang mit dem Schweizer Gesundheitswesen immer wieder zu hören ist. Eher neidvoll blickt man aus dem Ausland auf den umfassenden Leistungskatalog, den unsere obligatorische Krankenpflegeversicherung ab-

deckt. Auf die tatsächlich gelebte – und im Abstimmungskampf versprochene – Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, Männern und Frauen, Alten und Jungen, Gutverdienenden und Einkommensschwachen. Auf die einkommensunabhängige Einheitsprämie und den raschen Zugang zu qualitativ hochstehenden medizinischen Leistungen für jede und jeden, freie Arzt- und Spitalwahl inbegriffen. Dann gibt es aber auch die Kehrseite der Medaille dieses Gesundheitssystems. So sind die Kosten und damit auch die Prämien in den vergangenen 25 Jahren nicht wie versprochen weniger geworden, sondern kontinuierlich angestiegen, um jährlich rund vier Prozent. 1996 belastete die soziale Krankenversicherung eine versicherte Person mit durchschnittlich 1539 Franken pro Jahr, 2019 waren es jährlich rund 3772 Franken. Die Gründe für diesen ungunstigen Trend sind sattsam bekannt: Das Bevölkerungswachstum – und damit einhergehend die soziodemografische Entwicklung – in Kombination mit dem medizinisch-technischen Fortschritt und einer stetig steigen-

den Anspruchshaltung, liessen das Leistungsvolumen seit 1998 kontinuierlich ansteigen (siehe Grafik). Hinzu kommen Fehlanreize, für Ärzte, Spitäler und Apotheken, wie auch für Patienten. Bekannt sind auch die Folgen dieser Entwicklung. Heute sind gut ein Drittel aller Versicherten auf die von Bund und Kantonen aus Steuergeldern finanzierten individuellen Prämienverbilligungen angewiesen. Tendenz steigend.

Revision folgt auf Revision

Dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung zwar eine gute Sache ist, punkto Kosten- und Prämienentwicklung jedoch in die falsche Richtung läuft, zeichnete sich bereits kurz nach deren Einführung ab. Schon 1998 beschloss der Bundesrat angesichts des ungebremsten Prämienwachstums deshalb eine erste Gesetzesrevision. Diese trat Anfang 2001 in Kraft und brachte Prämienrabatte für junge Erwachsene, die bedingte Zulassung von Generika im Medikamentenbereich sowie eine erste Notbremse gegen die Ärzteschwemme. Eine zweite Teilrevision, die

unter anderem die Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Versicherern und Ärzten sowie eine einkommensabhängige Begrenzung der Prämienbelastung mit sich bringen sollte, erlitt 2003 im Parlament Schiffbruch. Nägel mit Köpfen zur Entlastung der Prämienzahler wurden erst wieder 2011 gemacht, mit der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Seither leistet die Grundversicherung einen Pauschalbeitrag an die Pflegeleistungen im ambulanten Bereich (Spitex) oder im Pflegeheim. Die restlichen Kosten haben die öffentliche Hand sowie die Versicherten selber zu tragen. Bewährt haben sich die Fallpauschalen im stationären Bereich. Dank diesen herrscht Transparenz über die Kosten. Umso wichtiger wäre – gerade auch angesichts des starken Kostenanstiegs – dass auch für den ambulanten Bereich Pauschalen eingeführt werden.

Zentrale Weichen gestellt

Eines hat der kontinuierliche Reformprozess am Krankenversicherungsgesetz in den vergangenen Jahren deutlich gezeigt: Die entscheidende Reform, die Gesetzesrevision, um die Kostenspirale zu brechen, gibt es nicht. Nur exakt aufeinander abgestimmte ordnungspolitische Instrumente können den Durchbruch bringen. Unter diesem Gesichtspunkt ist das vom Bundesrat 2018 initiierte und von den Krankenversicherern mehrheitlich gutgeheissene Massnahmenpaket zur Kostendämpfung ein Schritt in die richtige Richtung. Mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit, bessere Leistungsqualität, funktionierende Tarifpartnerschaften sowie mehr Wettbewerb und eine sinnvolle Koordination des Leistungsangebots sollen unser Gesundheitssystem wieder auf Kurs bringen. Das ist dringend nötig. Denn nach wie vor gehen Bundesrat und Gesundheitsökonominnen davon aus, dass rund 20 Prozent der in der Schweiz erbrachten medizinischen Leistungen unnötig sind oder der Patientin, dem Patienten sogar schaden. In Zahlen ausgedrückt: Von den gut 34 Milliarden Franken, die derzeit jährlich zulasten der Grundversicherung abgerechnet werden, liessen sich beinahe sieben Milliarden einsparen. Diese kostspielige Überversorgung gilt es zu lokalisieren, zu benennen und dagegen anzukämpfen.

Aufbruchgeist und Absturzgefahr

25 Jahre KVG haben es gezeigt: Einschneidende gesundheitspolitische Reformvor-

schläge – egal aus welcher Ecke sie kommen – haben es nicht leicht. Ihre Durchsetzung verlangt einen langen Atem, weil die Interessen der am System beteiligten Akteure einander oft diametral entgegengesetzt sind. Und so liegen Aufbruchgeist und Absturzgefahr eng nebeneinander. Auch in der parlamentarischen Diskussion, wo derzeit Reformvorhaben mit offensichtlichem Kosteneinspar- oder Effizienzpotenzial zwischen den beiden Kammern hin und her geschoben werden, ohne dass es zu einer Einigung kommt. Als jüngstes Beispiel sei das Referenzpreissystem im Medikamentenbereich erwähnt. Die unverständliche Ablehnung durch das Parlament ist eine verpasste Chance, um ein im Ansatz gutes und bewährtes Gesetz konti-

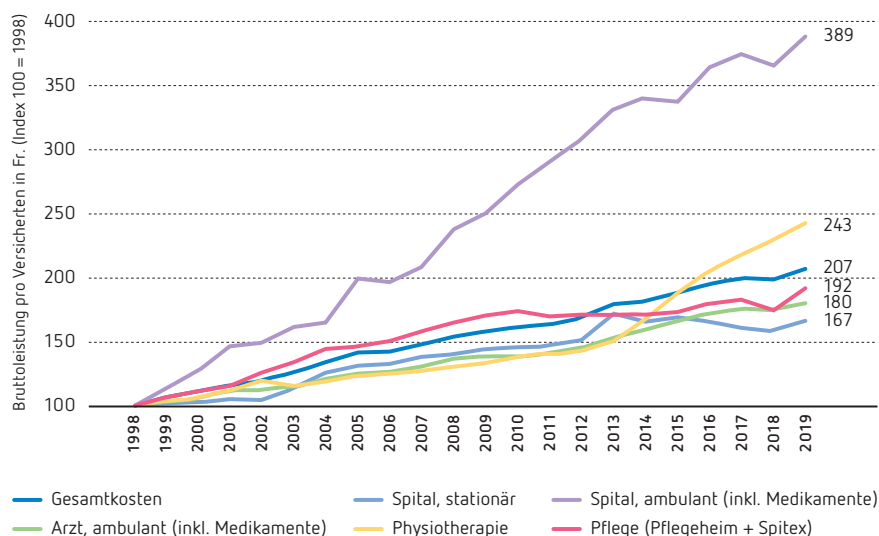
nuierlich noch besser zu machen. Denn wir haben keine Wahl: Steigen die Kosten weiter wie in den letzten 25 Jahren, wird das System schon bald nicht mehr finanzierbar sein. Deshalb braucht es Reformen. Diese müssen sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren. Und viel weniger an den zahlreichen Kreisen, die aktuell vom Gesundheitswesen profitieren – ohne einen Beitrag an die Weltklasse zu leisten, in der wir uns nach wie vor befinden. Nur wenn uns das gelingt, können wir uns auch in 25 Jahren das jetzige, bewährte System noch leisten.

Susanne Steffen

Leistungsspirale generiert Kostenspirale

Am Anfang der Kostenspirale steht die Leistungsspirale. Je mehr medizinische Leistungen durch Ärzte, Spitäler, Physiotherapeuten oder Pflegefachleute zulasten der Grundversicherung abgerechnet, je mehr Medikamente verabreicht werden, umso teurer wird das System. Die Grafik zeigt die Entwicklung der Bruttotoleistungen pro versicherter Person seit Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes.

Ins Auge sticht die enorme Zunahme der **ambulanten Spitalleistungen**. Hierfür verantwortlich sind die Verlagerung von Behandlungen weg von den Hausärzten hin in den spital-ambulanten Bereich, die vermehrte ambulante Betreuung von Krebspatienten mit teuren Therapien sowie die technologisch bedingte, kontinuierliche Verlagerung von operativen Eingriffen aus dem stationären in den ambulanten Bereich. Eine starke Leistungszunahme zeigt sich weiter insbesondere bei der Physiotherapie und der Langzeitpflege.



Anmerkung: Aufgrund der jährlichen Anpassungen des Vergütungsteilers wird das Wachstum im spital-stationären Bereich von 2012 bis 2017 unterschätzt. Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.