

Der kollektive Aufschrei als Chance

Ende September hat das Bundesamt für Gesundheit für 2017 eine durchschnittliche Erhöhung der Standardprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung von 4,5 Prozent kommuniziert. Die Reaktionen auf die Meldung waren heftig – wie jedes Jahr. Das Wort Prämienschok dominiert seither die Medienlandschaft. Politikerinnen und Politiker sämtlicher Couleur sind sich einig, dass es «so nicht weitergehen kann», und die Versicherten stellen sich die bange Frage, wie sie den neuerlichen Prämienanstieg finanziell verkraften sollen. Wie weiter also?

Die Prämien erhöhungen für das Jahr 2017 waren – einmal mehr – eine Hiobsbotschaft mit Ankündigung. Sozusagen nach dem Motto: «the same procedure as every year». Versicherungsverbände, Gesundheitsdirektoren, Vergleichsportale und Statistiker, sie alle haben schon früh im Jahr darauf hingewiesen, dass die Gesundheitskosten erneut steigen werden. Denn der Mechanismus ist immer derselbe: Aus Kosten werden Prämien; das schleckt keine Geiss weg.

Der jährliche kollektive Aufschrei

Es liegt in der Natur der Sache, dass die jährliche Prämien-erhöhung – gerade wenn sie massiv ist – all diejenigen auf

den Plan ruft, die wissen, oder glauben zu wissen, wie der Teufelskreis von stetig steigenden Gesundheitskosten und Versichertenprämien durchbrochen werden kann. Und wenn Versicherte, Versicherer, Patientenorganisationen und Politiker der Meinung sind, dass «es so definitiv nicht mehr weitergeht», so ist dies im Grunde genommen positiv zu werten. Bleibt die Frage, wie dem stetigen Kostenwachstum begegnet werden kann. Oder wie der kollektive Aufschrei nachhaltig zur Systemoptimierung genutzt werden kann. Rezepte hierfür gibt es zuhauf, wobei auffällt, dass sie immer auch etwas mit Schuldzuweisungen zu tun haben. Wenn zu hohe oder nicht mehr zeitgemässe Arzttarife, überrissene Medikamentenpreise, unnötige Werbekosten der Krankenversicherer, ineffiziente Spitalplanungen oder die fehlende Selbstverantwortung der Patienten ins Feld geführt werden, so sind die Schuldigen leicht ausgemacht. Was ausserdem auffällt: Die Vorschläge zur Kosteneinsparung widerspiegeln immer auch Parteiprogramme und die Befindlichkeiten einer Branche, Organisation oder Berufsgattung.

Kein Aufbruch ohne Risiken und Nebenwirkungen

Stellt sich also die Frage, wie weiter? Lässt sich das Momentum der kollektiven Empörung über stetig steigende Kosten und entsprechende Prämien-Höhenflüge nutzen? Ein

Foto: Prisma



Die bange Frage vieler Versicherten: Wie lässt sich der neuerliche Prämienanstieg finanziell verkraften?

Blick in die Rezeptblöcke der am Gesundheitssystem beteiligten Exponenten ist aufschlussreich; die Behandlungsvorschläge lassen – je nach Standpunkt – hoffen und bangen zugleich. Eines ist sicher, jede Medizin birgt die Gefahr von Risiken und Nebenwirkungen. Konkret: Ohne den Blick auf das Ganze, ohne gegenseitige Annäherung, Kompromisse oder Abstriche wird eine Systemoptimierung schwierig, um

nicht zu sagen unmöglich. Sind die betroffenen Exponenten heute dazu nicht in der Lage, wird es für die Medienschaffenden im September 2017 einfach. Mit «copy-paste» der diesjährigen Schlagzeilen wird sich die Berichterstattung erledigen lassen.

SUSANNE STEFFEN

Der Blick in die Rezeptblöcke

Die *Medikamentenpreise* müssen sinken. Gegen diese Forderung wehrt sich ausser der Pharmabranche niemand. Auf dem Rezeptblock stehen vereinfachte Zulassungsverfahren, die jährliche Überprüfung der Medikamentenpreise, die Einführung eines Festbetragssystems für Generika sowie das Beschwerderecht von Versicherern und Patientenorganisationen gegen Preis- und Zulassungsverfügungen.

Neue, *sachgerechte Arzttarife*, basierend auf betriebswirtschaftlichen Grundlagen, kostenneutral eingeführt. Gefordert von links bis rechts. Auch von den Ärzten, allerdings ohne Kostenneutralität.

Gleiche Finanzierung für ambulante und stationäre Leistungen – es braucht jetzt den *Monismus*. Krankenversicherer, Gesundheitsökonomien oder Mitteparteien verlangen eine Systemänderung. Sie wehren sich dagegen, dass ambulante Leistungen vollumfänglich von den Krankenversicherern – sprich Prämienzahlenden – berappt werden, während stationäre Leistungen zu 55 Prozent steuerfinanziert sind. Ein Vorschlag, der in den Kantonen umstritten ist.

Die Schweiz braucht eine *effektivere Spitalplanung*: Die hochspezialisierte Medizin ist auf einige wenige Standorte zu konzentrieren. Eine alte Forderung der Krankenversicherer. Und ein Rezept das einleuchtet, nicht nur den Versicherern. Jedoch nur so lange, als der eigene Kanton, die eigene Region nicht davon betroffen sind.

Der *Vertragszwang muss gelockert werden*. Die Krankenversicherer sollen anhand klar definierter Qualitätskriterien entscheiden können, mit welchen Ärzten und Therapeuten sie zusammenarbeiten – insbesondere bei den Spezialärzten. Eine Forderung von Versicherern und Mitteparteien, die bei Ärzten, Therapeuten, bei Patientenorganisationen sowie im linken Parteispektrum auf erbitterten Widerstand stösst.

Die Versicherten übernehmen mehr Eigenverantwortung. Der Selbstbehalt auf medizinische Leistungen und Medika-

mente wird von 10 auf 15 Prozent erhöht. Höhere Wahlfranchisen, kombiniert mit tieferen Prämien, bremsen die Kostenspirale. Die Bedenken im linken Parteispektrum und bei den Patientenorganisationen zu diesem Vorschlag sind gross.

Mehr Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen. Krankenversicherer, Aufsichtsbehörden und einige Mitteparteien verlangen eine konsequente Kosten-Nutzen-Betrachtung bezüglich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit aller medizinischen Leistungen. Bis dato fehlen jedoch verbindliche Qualitätsstandards, Qualitätsindikatoren sowie die entsprechenden Messungen.

Kantonale Ausgleichskassen legen die Versichertenprämien fest und verwalten die Reserven. Eine immer wiederkehrende Forderung des linken Parteispektrums, insbesondere in der Westschweiz. Deren Umsetzung bedingt eine Änderung der Bundesverfassung. Ein schwieriges Unterfangen, wie die Vergangenheit gezeigt hat.

Die Forderungen von santésuisse

Finanzierung neu regeln

- Gleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (Monismus)
- Einführung von Pauschaltarifen für häufige Behandlungen im ambulanten Bereich

Kosten eindämmen

- Vermehrte systematische Überprüfung der medizinischen Leistungen in Bezug auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit
- Mehrfachrolle der Kantone hinterfragen

Vertragszwang lockern und Qualität verbessern

- Berufszulassung und Berechtigung zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Grundversicherung entkoppeln
- Den Qualitätswettbewerb im ambulanten Bereich forcieren