

## Sieben Todsünden im Gesundheitswesen

**GESUNDHEITSPOLITIK** Das Gesundheitswesen in der Schweiz strotzt von Fehlentwicklungen, falschen Anreizen und Absurditäten. Für folgende sieben Todsünden sollten die Verantwortlichen zur Beichte gehen.

CLAUDE CHATELAIN

Würden ein Gesundheitsökonom, ein Arzt, ein Spitaldirektor und ein Krankenkassenmanager unabhängig voneinander im Elfenbeinturm ein Gesundheitssystem nach ihrem Gusto entwerfen, so kämen vier total verschiedene Konzepte zum Vorschein. Doch jedes dieser Systeme wäre wohl besser als das heute gültige.

Etliche Mechanismen sind unlogisch. Sie sind historisch gewachsen, häufig als Resultat von Grabenkämpfen und Kompromissen im politischen Prozess. Für folgende sieben Todsünden sollten die Verantwortlichen zur Beichte gehen.

### 1. Die Rolle der Kantone

Die Kantone sind gleichzeitig Spitalplaner, Spitalbesitzer und Spitalbetreiber. Gleichzeitig bestimmen sie, welche Spitäler auf die Spitalliste kommen. Sie vergeben auch die Leistungsaufträge. Schliesslich setzen sie die Tarife fest, wenn sich Spitäler und Krankenversicherer nicht einigen können. Und zu guter Letzt sind die Kantone auch Finanzierer, indem sie gewisse Spitalleistungen mit Steuergeldern bezahlen müssen.

Das Problem: Mehrfachrollen führen naturgemäss zu Interessenkonflikten. Nur ein Beispiel: Der Kanton beaufsichtigt die privaten wie die öffentlichen Spitäler. Der Verdacht liegt nahe, dass die Aufsicht bei jenen Spitälern weniger streng ist, bei welchen der Kanton gleichzeitig auch Besitzer ist.

### 2. Die Rolle des BAG

Die Krankenkassen werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) beaufsichtigt. Es hat unter anderem die Prämien zu genehmigen. Das BAG ist aber nicht unabhängig. Es untersteht einer politischen Führung, dem Gesundheitsminister respektive dem Bundesrat.

Das Problem: Will der Bundesrat exorbitante Prämien erhöhungen aus politischen Gründen vermeiden, pocht er auf moderate Prämien erhöhungen, selbst wenn dadurch die Reservequoten der Krankenkassen unter die gesetzlichen Vorgaben fallen. So

geschehen unter dem ehemaligen FDP-Bundesrat Pascal Couchepin.

### 3. Die Spitalfinanzierung

Ob ein Patient im Spital stationär oder ambulant behandelt wird, sollte für die Finanzierung unerheblich sein – ist es aber nicht. Verbringt der Patient einige Tage im Spitalbett, zahlt die Krankenkasse 45 und der Kanton 55 Prozent der Kosten. Wird er hingegen in der Notfallstation ambulant behandelt, zahlen die Krankenkassen 100 Prozent. Hinzu kommt, dass stationäre und ambulante Behandlungen unterschiedlichen Tarifsystemen unterliegen. Im stationären Bereich wird mit Fallpauschalen abgerechnet; im ambulanten Bereich gilt der Ärztetarif Tarmed.

Das Problem: Die Krankenkassen, die via eigene Gruppenpraxen an Einfluss gewinnen, können ein Interesse daran haben, dass der Patient oder die Patientin stationär statt ambulant behandelt wird. Wie gesagt: Bei stationärer Behandlung zahlen die Krankenkassen nur 45 Prozent der Kosten. Problematisch ist auch die unterschiedliche Tarifierung: Gewisse Leiden kann man stationär oder ambulant behandeln. Die Spitäler werden jene Variante wählen, welche mehr einträgt.

### 4. Selbstdispensation

Ärzte sind freie Unternehmer. Sie verrechnen für ihre Leistungen einen bestimmten Betrag. Sie verdienen nicht nur an ihrer Expertise, sie verdienen auch am Verkauf von Medikamenten und auch an den Labortests.

Das Problem: Ärzte haben einen finanziellen Anreiz, eher mehr als weniger Medikamente zu verordnen. Ärzte sollten für ihre medizinische Expertise, nicht für den Verkauf von Medikamenten entschädigt werden.

### 5. Schulmedizin über alles

Schulmedizinische Leistungen werden über die obligatorische Grundversicherung vergütet, für komplementärmedizinische Leistungen braucht man eine Zusatzversicherung.

Das Problem: Der Patient hat keinen Anreiz, den Alternativmediziner oder Komplementärtherapeuten aufzusuchen, obschon deren Therapien häufig günstiger sind als die Schulmedizin.

### 6. Spitzenmedizin überall

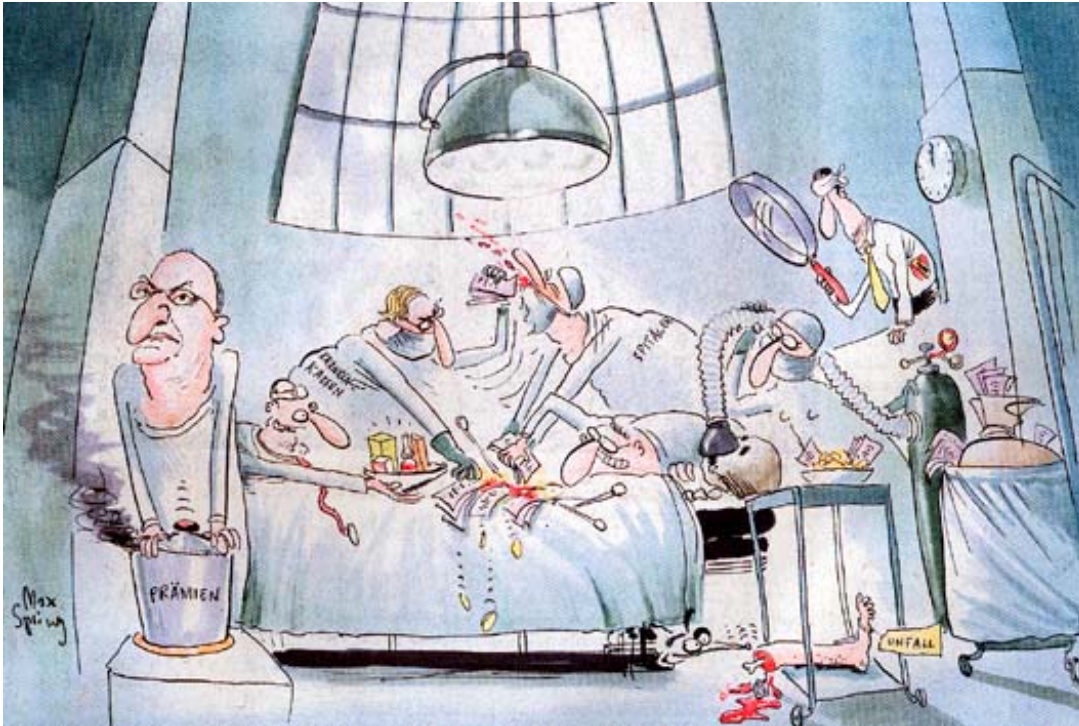
Hochspezialisierte medizinische Leistungen werden an viel zu vielen Spitälern der Schweiz erbracht. Vielerorts ist dabei die Fallzahl äusserst gering.

**Das Problem:** Je kleiner die Anzahl behandelter Fälle, desto schlechter die Qualität. In der Wissenschaft ist man sich einig, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der Zahl der behandelten Fälle, der gesammelten Erfahrung und der Qualität besteht.

### 7. UVG versus KVG

Welche Leistungen bei einem Unfall gesprochen werden, steht im Unfallversicherungsgesetz (UVG); auf welche Leistungen man hingegen bei einer Krankheit Anspruch hat, steht im Krankenversicherungsgesetz (KVG).

**Das Problem:** Wer verunfallt, hat Glück im Unglück: Die Leistungen sind viel grosszügiger als die Leistungen bei Krankheit. Das führt zum Beispiel dazu, dass der Verlust eines Körperteils eine unterschiedliche IV-Rente auslöst, je nachdem, ob der Verlust krankheits- oder unfallbedingt ist.



© Berner Zeitung