

Titelseite:

Heute

Gesundheitswesen

Jagd der Krankenkassen auf Junge und Gesunde stoppen

Wichtige Akteure im Gesundheitswesen haben sich zusammengetan, um Bundesrat Didier Burkhalter den Weg für grosse Reformen zu ebnet. Sie wollen, dass die Krankenkassen das Buhlen um gute Risiken beenden. Initiant ist Gesundheitsökonom Willy Oggier.

Seite 3:

«Diese Chance gibt es nur einmal in einer Amtszeit als Bundesrat»

Unter Federführung des Gesundheitsökonom Willy Oggier raufen sich die Akteure im Gesundheitswesen zusammen: Hauptziel ist es, die Jagd der Krankenkassen auf junge und gesunde Versicherte zu stoppen.

Mit Willy Oggier sprach Markus Brotschi, Bern

Spitäler, Ärzte, Pharmabranche und Apotheker wollen dem neuen Gesundheitsminister Didier Burkhalter das Feld für eine grosse Reform ebnet. Sie haben auf die heute beginnende Wintersession allen Parlamentariern einen Brief geschickt, wie die «NZZ am Sonntag» berichtet. Enthalten ist der Aufruf, mit hektischen Sofortmassnahmen aufzuhören. Federführend war Gesundheitsökonom Willy Oggier.



«Bundesrat Burkhalter ist am Anfang seiner Amtszeit, offen und auf Kooperation aus. Wir müssen diese Gunst der Stunde nutzen.»

Herr Oggier, Sie haben wesentliche Akteure im Gesundheitswesen vereint. Diese rufen das Parlament auf, mit der Sofortmassnahmenhektik aufzuhören. Was ist schlecht daran, rasch Kosten zu senken?

Die Akteure verwenden viel Energie dafür, einzelne, für sie nachteilige Massnahmen zu bekämpfen. Eine ganzheitliche Sicht kommt so nie zustande. Die Massnahmen, die das Parlament nun behandelt, bringen alle mehr staatliche Eingriffe und sind unter sich zum Teil

widersprüchlich. Das motivierte mich, die Akteure zusammenzubringen. Ich hatte dafür kein Mandat und bekomme kein Geld.

Die von Ihnen versammelten Akteure müssten mit den Sofortmassnahmen Federn lassen: Apotheken über tiefere Margen, Ärzte und Spitäler über Tarifeingriffe, die Pharma soll nur noch das günstigste Medikament verrechnen. Kein Wunder, wollen die das nicht.

Man kann das auch so sehen. Aber fast alle grossen Gesundheitsreformen in Europa waren nur mit den wesentlichen Leistungserbringern möglich. Alle Beteiligten sind sich einig: Das grosse Problem ist die Jagd auf gute Risiken. Bundesrat Burkhalter ist am Anfang der Amtszeit, offen und auf Kooperation aus. Wir müssen die Gunst der Stunde nutzen. Diese Chance gibt es nur einmal in einer Amtszeit.

Zwei wichtige Akteure sind nicht im Boot: die Kassen und die Kantone. Kann da ein Neustart gelingen?

Eines der Hauptprobleme im Gesundheitswesen ist die Jagd der Kassen nach guten Risiken. Deshalb muss ein verbesserter Risikoausgleich unter den Kassen her. Dieser muss nicht nur Alter, Geschlecht und die Spitalaufenthalte der Versicherten berücksichtigen, sondern auch deren Gesundheitszustand. Da kann der Kassenverband Santésuisse kein ernst zu nehmender Partner sein. Santésuisse ist wegen unterschiedlicher Haltungen der Kassen zum Risikoausgleich blockiert. Die Kantone sind unter anderem Regulatoren im Gesundheitswesen. Das ist eine andere Rolle. Als Besitzer der Spitäler waren sie aber vertreten über den Spitalverband H+.

Nötig sind Kosten senkende Massnahmen. Was bringt ein besserer Risikoausgleich und die Finanzierung der Leistungen aus einer Hand?

Künftig muss es interessant werden, chronisch Kranke kosteneffizient und qualitativ gut zu betreuen. Würde sich heute eine Kasse mit einem solchen Angebot auszeichnen, liefe sie Gefahr, dass viele chronisch Kranke zu ihr kämen. Das verschlechtert ihre Prämiensituation. Weiter existieren heute finanzielle Fehlanreize: Bei den Kosten der stationären Spitalbehandlungen zahlen die Kantone tüchtig mit, beim Arzt oder Spital ambulant zahlt die Kasse allein. Künftig muss überall der gleiche Finanzierungsschlüssel gelten. Was das in Franken und Rappen an Einsparungen bringt, kann ich nicht sagen. Aber erst auf dieser Basis wird es sich lohnen, integrierte medizinische Betreuung anzubieten.

Das will das Parlament auch. Wer sich bei einem Ärztenetzwerk behandeln lässt, soll 10 Prozent Selbstbehalt zahlen, wer keine Einschränkung will, 20 Prozent.

So wird nur eine weitere finanzielle Verzerrung eingeführt. Zudem geht dieses System davon aus, dass der Grundversorger, meist ein Allgemeinmediziner, die Behandlung steuert. Das trägt einer älter werdenden Gesellschaft mit häufigen Mehrfacherkrankungen nicht Rechnung. In den USA kommt man von dieser Art integrierter Versorgung wieder weg. Wenn etwa die psychiatrische Grunderkrankung im Vordergrund steht, muss der Psychiater die Behandlung steuern können.

© Tages-Anzeiger