Alles für alle

«extremer Standpunkt» von Jean-François Steiert, Vizepräsident des Dachverbandes der Schweizerischen Patientenstellen

Die Schweiz ist eines der reichsten Länder der Welt. Zwar weist sie nach den Vereinigten Staaten im Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt die weltweit zweithöchsten Gesundheitskosten aus, doch sie kann und soll sich ein für alle Versicherten zugängliches, qualitativ hochwertiges und somit auch kostspieliges Gesundheitssystem leisten und verfügt dazu auch über die notwendigen finanziellen Mittel.

Aus Patientensicht ergeben diese Feststellungen zwei gesundheitspolitische Prioritäten:

Zur Qualität des Systems

Verschiedene internationale Vergleichsstudien belegen, dass das Schweizer Gesundheitssystem sowohl objektiv wie in der subjektiven Wahrnehmung der Bevölkerung zur weltweiten Spitze gehört; dass dies so bleibt, und zwar für alle Versicherten – und nicht nur für die 25% der Versicherten, die sich gemäss Forderungen aus Versicherungskreisen den vollen Zugang zum System über teure Zusatzversicherungen leisten können – setzt einen umfassenden Grundkatalog von Leistungen voraus, deren Effizienz und Wirkung erwiesen sind und deren Kosten von der obligatorischen Grundversicherung übernommen werden; die naturgemäss rasche Entwicklung dieses Kataloges ist heute unzureichend geregelt; bei der schwierigen Austarierung zwischen Kosten und Wirksamkeit haben die Kassen, die objektiv an einem Rumpf-Grundkatalog mit frei verkaufbaren Zusatzversicherungen für die abgebauten Leistungen interessiert sind, sowohl formal wie faktisch ein zu grosses Gewicht, wogegen die KonsumentInnen- und PatientInnenorganisationen ein Mauerblümchendasein fristen.

Dies führt zu einsamen Entscheiden des Gesundheitsministers, der z.B. im Fall der Komplementärmedizin völlig allein einen Entscheid von weitgehender gesundheitspolitischer Bedeutung fällen konnte, der in vollem Umfang der Kassenstrategie eines Leistungstransfers von der Grundversicherung hin zu kostspieligen Zusatzversicherungen entspricht – dies gegen die Meinung der Patientenvertretungen.

Die Hauptfrage ist hierbei nicht die öffentlich polemisch ausgetragene Auseinandersetzung um allfällige Interessenkollusionen zwischen Pascal Couchepins Ministerialfunktionen und seinem früheren Amt als Verwaltungsrat der heute grössten Westschweizer Krankenkasse, sondern die Frage der Legitimität eines Präzedenzfall-Entscheides; bedeutender als die finanzielle Mehrbelastung bzw. der Leistungsabbau auf dem Rücken der Versicherten, die sich eher in einer symbolischen Grössenordnung bewegen, ist die Symbolkraft eines Entscheides, der in einem gesellschaftlich weithin anerkannten Bereich der gesundheitlichen Grundversorgung einen formalen Schritt in Richtung einer Zweiklassenmedizin darstellt.

In diesem Sinn brauchen die Schweizer Versicherten heute keine Einschnitte in den bestehenden Leistungskatalog, wie sie von verschiedenen Seiten gefordert werden, denn dadurch würden nur Kosten, die bereits bestehen und unabhängig von der über Reduzierung des Katalogs nicht zu reduzierenden Menge nicht steuerbar sind, aus dem bereits wenig sozial finanzierten Topf der Grundversicherung in die sozialfreie Kategorie der Zusatzversicherungen umgeschich-

tet, was zweifelsohne einem sozialpolitischen Rückschritt ohne jeden Effizienzgewinn entspricht; vielmehr müsste grundsätzlich hinterfragt werden, weshalb medizinisch kaum oder nicht bestrittene, notwendige Leistungen wie beispielsweise psychotherapeutische Leistungen oder dentalmedizinische Eingriffe im wesentlichen aus historischen Gründen nach wie vor weitgehend vom Leistungskatalog der Grundversicherung ausgeschlossen bleiben; im objektiven Vergleich mit anderen medizinischen Leistungen liesse sich allenfalls im dentalmedizinischen Bereich angesichts des erhöhten direkten kausalen Zusammenhangs zwischen dem individuellen Verhalten und einem Grossteil der zu behandelnden Pathologien eine erhöhte Kostenbeteiligung vertreten, auf keinen Fall aber ein fast vollständiger Ausschluss.

Das Fazit für den Leistungskatalog (und ohne hier auf die Qualität der einzelnen Leistungen eingehen zu können): Sowohl das Gesundheitssystem per se wie die grosse Mehrheit der Schweizer Versicherten brauchen heute allenfalls eine Erweiterung, sicher aber keinen Abbau des Leistungskatalogs.

Zu den Kosten

Aus der individuellen und aus der Systemperspektive braucht es eine Kostenverteilung, die den finanziellen Möglichkeiten der einzelnen Versicherten gerechter wird; das heutige Prämien- und Prämienverbilligungssystem hat bei zahlreichen Versicherten und insbesondere bei Familien des unteren Mittelstandes finanzielle Belastungen zur Folge, deren Härte zwar nicht frei von subjektiven Wahrnehmungen bleibt, objektiv aber einen Druck hervorruft, den einzelne politische Aktoren wie z.B. die SVP mit ihrer Volksinitiative „für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“ zu einer Reduzierung des Leistungskatalogs und damit faktisch zu einer Rationierung von Leistungen auf Kosten der finanziell schwächeren Versicherten zu nutzen versuchen. In dieselbe Richtung weisen auch Vertreter grosser Krankenkassen, die eine Abbaupolitik unter dem Druck stark wachsender Prämien offen oder im Sinn eines Eventualvorsatzes unterstützen.

Aus Patientensicht folgen daraus zwei Hauptforderungen:

- Die Einführung eines Finanzierungssystems, dass der finanziellen Situation des einzelnen Versicherten bereits bei der Prämienerhebung besser Rechnung trägt und nicht erst im Nachhinein über Verbilligungsmechanismen unzureichend und mit hohem bürokratischem Aufwand korrigierend einwirkt; das bedingt, dass zumindest ein Teil der Prämien (z.B. für Grossrisiken) über Steuer- oder Lohnprozente erhoben wird, wie dies im Übrigen die meisten westeuropäischen Staaten praktizieren;

- eine deutlich bessere Ausschöpfung des Rationalisierungspotentials, bevor die unbestreitbar existierenden Rationierungsfälle gekoppelt mit dem Spardruck als Vorwand für die systematische Einführung von Rationierungsmechanismen verwendet werden; dabei geht es nicht um Ideologien, sondern um praktische Grundsätze einer sozialen Gesundheitspolitik: Rationierungsmassnahmen – dazu gehören insbesondere Ausschlüsse aus dem Leistungskatalog – führen unweigerlich zu einer Zweiklassenmedizin mit Grundversicherten, die ein Leistungsangebot aus einem zumindest relativ stets schrumpfenden Katalog verfügen und Zusatzversicherten, die sich den Zugang zu einem Teil der medizinisch sinnvollen Leistungen über kostspielige Zusatzversicherungen erkaufen können; dass in Schweiz ein bedeutendes Rationalisierungspotential vorhanden ist, kann mit dem zugegebenermassen etwas karikierenden Beispiel der jährlichen Durchschnittskosten pro Versicherten in den Kantonen Waadt

und St. Gallen illustriert werden: trotz ähnlicher Strukturen und Bevölkerungszusammensetzung weist der Kanton Waadt über 50 Prozent höhere Pro-Kopf-Kosten aus als der Kanton St. Gallen – bei gleichem Leistungskatalog und vergleichbaren Lebenserwartungen; dies ergibt für die vier Mitglieder einer Waadtländer Durchschnittsfamilie von der Geburt bis zum Lebensende Mehrkosten von rund 400'000 Franken, was als Eigenkapital für eine komfortable Villa ausreichen würde. Ausschlaggebend für diesen Unterschied sind nur die Menge der konsumierten medizinischen Leistungen sowie in einem geringeren Umfang ihr Preis. Analoge Schlüsse – wenn auch in einem kleineren Ausmass – könnten gesamtschweizerisch im Vergleich mit europäischen Staaten gezogen werden, die eine vergleichbare Lebenserwartung aufweisen. Auch wenn unterschiedliche Kostenstrukturen die damit illustrierten potentiellen Sparmöglichkeiten leicht reduzieren, bleibt ein zumindest theoretisches Potential von mehreren Milliarden Franken pro Jahr, das bei einer klareren Steuerung unseres Gesundheitssystems über Preis- und Mengenreduzierungen umgesetzt werden könnte.

Fazit

Die Schweizer Versicherten brauchen heute in ihrer grossen Mehrheit ein sozialeres Finanzierungssystem und Zugang zu allen medizinisch sinnvollen Leistungen, nicht aber in unbeschränkter Menge soweit die zusätzliche Menge keinen zusätzlichen Nutzen bringt, womit das Prinzip „Alles für alle“ als qualitatives kategorisches Imperativ eines sozialen Gesundheitssystems definiert ist.

Eine Ideallösung im Hinblick auf dieses Ziel gibt es nicht: von den vorliegenden Lösungsvorschlägen in der heutigen politischen Agenda der Schweizer Gesundheitspolitik ergibt sich aber gegenüber den verschiedenen Deregulierungs-, Entsozialisierungs- und Privatisierungsvorschlägen, die diametral in die entgegengesetzte Richtung eines sozialeren und allgemein zugänglichen Gesundheitssystems weisen, ein Lösungsansatz, der sowohl die Forderung einer sozialeren Finanzierung wie die zur Umsetzung des Rationalisierungspotentials notwendigen einheitlichen Steuerungsmechanismen beinhaltet: Gemeint ist das mittels einer Volksinitiative deponierte Postulat einer nationalen Einheitskasse, in der im Initiativtext vorliegenden Form einer staatlichen Kassen mit einkommensabhängigen Prämie oder in einer Pool-Variante, wie sie etwa vom früheren FMH-Vizepräsidenten und FDP-Nationalrat Yves Guisan vorgeschlagen wurde.