

Gesundheits- und Krankenversicherungs- politik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung

Spycher Stefan (2005): Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung. Im Auftrag des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes

Zusammenfassung:
http://www.buerobass.ch/studienverz_d.html

Vollständiger Bericht:
http://www.buerobass.ch/studienverz_d.html

Inhaltsübersicht

Vorwort

Avant-Propos

Zusammenfassung

Résumé

1. Ausgangslage
2. Grundsätzliche Überlegungen
3. Die heutige Krankenversicherung
4. Umriss einer solidarischen Gesundheitspolitik
5. Die laufende zweite KVG-Revision (Stand September 2004)
6. Gedanken zur strategischen Positionierung des SGB
7. Anhang
8. Literaturverzeichnis

Ausgangslage

Der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB) möchte in der Gesundheitspolitik verstärkt aktiv werden. Daher beschloss er, seine zukünftigen Aktivitäten durch eine entsprechende, wissenschaftlich basierte Auslegeordnung abzustützen. Sie soll sich im Rahmen des durch das heutige Krankenversicherungsgesetz (KVG) abgesteckten Rahmens bewegen und nicht grundsätzliche Alternativen dazu evaluieren (bspw. den Übergang zu einem nationalen Gesundheitsdienst).

Grundsätzliche Überlegungen

Um die Konzeption und die Wirkungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) einordnen zu können, werden zuerst einige grundsätzliche Überlegungen angestellt.

■ Zu Unrecht wird die öffentliche Diskussion um die **Gesundheitspolitik** auf eine Diskussion rund um die Krankenversicherung reduziert. Es finden sich immer mehr Hinweise dafür, dass in Zukunft die grössten Fortschritte für die Volksgesundheit durch mehr soziale Gleichheit, mehr Gesundheitsförderung und mehr Krankheitsverhütung erzielt werden können.

■ Die oft polarisierende Diskussion um **«Staat»** oder **«Markt»** im Gesundheitswesen greift zu kurz. Beide Organisationsformen sind möglich, allerdings stehen jeweils andere Ziele im Vordergrund. Bei einem eher staatlich ausgestalteten Gesundheitssystem steht der für alle sozialen Schichten garantierte Zugang zu den Leistungserbringer/innen sowie die Kostenkontrolle im Zentrum. In einem Gesundheitssystem, das mehr auf wettbewerbliche Elemente setzt, steht die Wahlfreiheit der Versicherten sowie die effiziente Erbringung der Leistungen im Vordergrund. Der Marktmechanismus kann, wie in vielen anderen Bereichen, auch im Gesundheitswesen nutzbringend eingesetzt werden. Allerdings braucht es dazu starke und klare staatliche Rahmenbedingungen.

■ Im Gesundheitswesen spielt die **Solidarität** eine zentrale Rolle. Oft wird aber zu wenig unterschieden, wer mit wem und warum solidarisch sein soll. Im Zentrum steht sowohl die Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» wie auch zwischen «Reich» und «Arm». Diese Solidaritäten können durch eine entsprechende Gesundheitspolitik, die die soziale sowie die gesundheitliche Ungleichheit bekämpft, durch eine Solidarität bei den Leistungen der Krankenversicherung (breiter Grundleistungskatalog; gesicherter Zugang) sowie durch eine Solidarität bei der Finanzierung der Krankenversicherung erreicht werden.

■ Die **Kostenentwicklung** wird zurecht als besorgniserregend bezeichnet, weil die Zunahme seit Jahren über derjenigen der Löhne und Preise liegt. Ein genaueres Hinschauen zeigt aber, dass weniger die Kostenentwicklung selbst, sondern die Finanzierung der Kosten problematisch ist. Letztere wird für einkommensschwache Haushalte immer schwieriger; dies vor allem auch deshalb, weil die Prämienverbilligungen noch nicht ausreichend wirksam sind. Die Kostenentwicklung ihrerseits steht vor allem auch für den medizinisch-technischen Fortschritt und für die immer besseren Leistungen der Medizin. Dies ist nicht zu beklagen. Aus

ökonomischer Sicht ist allerdings zu kritisieren, dass dieselben Leistungen wesentlich billiger zu haben sein dürften, wenn die Anreize für verschiedene Akteur/innen richtig gesetzt würden.

■ Im Bereich der Gesundheitspolitik spielen verschiedene wissenschaftliche Disziplinen eine Rolle. Sie unterscheiden sich nicht zuletzt aufgrund ihres **Menschenbildes**. Im vorliegenden Rahmen gehen wir von einem erweiterten ökonomischen Ansatz aus. Damit nehmen wir an, dass sich Menschen stark von Anreizen leiten lassen. Wenn man diese Anreize ändert, dann kann man auch das Verhalten der davon betroffenen Menschen beeinflussen. Für die Reformvorschläge bedeutet dies, dass diese sich stark auf Anreizänderungen konzentrieren, ohne die vorhandenen Institutionen zu vernachlässigen und das Sozialkapital zu schmälern.

Die heutige Krankenversicherung

Die Analyse der heutigen Krankenversicherung zeigt folgendes:

■ Dem KVG liegt das ökonomische Konzept des **«gelenkten Wettbewerbs»** zu Grunde. Dies bedeutet, dass man Wettbewerb zwischen den Versicherern und den Leistungserbringer/innen innerhalb von klaren staatlichen Rahmenbedingungen will. Die wichtigsten Eckpunkte sind dabei: Obligatorium mit Aufnahmewang für die Versicherer, Mindestanforderungen an die Qualifikationen der Leistungserbringer/innen, abschliessende Definition des Grundleistungspackets, Mindestversorgungsvorschriften, Prämienverbilligung etc.). Allerdings wurde dieses Konzept nicht in Reinkultur umgesetzt, sondern an verschiedenen Stellen vom Gesetzgeber entscheidend modifiziert.

■ Die vom Bundesamt für Sozialversicherung (heute: Bundesamt für Gesundheit) durchgeführte **Wirkungsevaluation** des KVG kommt zum Schluss, dass im Bereich der Solidarität und der Qualität des KVG die Ziele weitgehend, aber keineswegs vollständig erreicht worden sind. Unerfüllt blieben die Erwartungen im Bereich der Kostendämpfung.

■ Die Analyse der Probleme des KVG zeigt, dass sie schwergewichtig mit der **unvollständigen Umsetzung** des Konzeptes des «gelenkten Wettbewerbs» zu tun hat. In der Folge liegen die notwendigen Reformschritte bei der konsequenteren Umsetzung des Konzeptes und nicht bei der Abkehr vom Konzept.

Es werden im Bericht eine Vielzahl von **Reformen** diskutiert. Im Vordergrund stehen folgende Schritte:

■ **Verstärkung der Solidarität:** Verbesserung der Prämienverbilligung; Prüfung der Erhöhung des steuerfinanzierten Anteils, der aber nicht für die

Finanzierung des stationären Bereichs eingesetzt werden soll (Abkehr von der Objektfinanzierung).

■ **Kostendämpfung:** Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten und stationären Bereich; Übergang zur monistischen Finanzierung (Einspeisung der kantonalen Subventionen über die Versicherer); Förderung von Managed-Care-Modellen; Verbesserung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenversicherern; Prüfung des Verbotes des Angebotes von Zusatzversicherungen; einkommensabhängige Kostenbeteiligungen; gezielte und bessere Information der Versicherten (Guide santé); Erleichterung von Kassenwechseln; Bildung von Versorgungsregionen; Prüfung der Aufteilung in Grossrisiken und Normalrisiken; Förderung der Prävention und der Gesundheitsförderung.

■ **Erhöhung der Qualität:** Messung der Qualität; gezielte und breite Einführung des Qualitätsmanagements im ambulanten und stationären Bereich.

Umriss einer solidarischen Gesundheitspolitik

Soziale Ungleichheit wirkt sich über unterschiedliche gesundheitliche Belastungen, über unterschiedliche gesundheitliche Ressourcen, die für die Bewältigung der Belastungen zur Verfügung stehen, über unterschiedliche Versorgung bei Krankheit sowie über unterschiedliche Lebensstile auf die gesundheitliche Ungleichheit aus. Eine solidarische Gesundheitspolitik muss daher an fünf Stellen zugreifen:

■ **Soziale Ungleichheit reduzieren:** Soziale Ungleichheit kann stark durch die Bildungs-, Gleichstellungs- und Integrationspolitik beeinflusst werden. In all diesen Bereichen müssen Massnahmen ergriffen werden, um mehr soziale Gleichheit zu erreichen. Mehr soziale Gleichheit wirkt sich selbstverständlich nicht nur im gesundheitlichen Bereich, sondern auch noch in vielen anderen Bereichen positiv aus.

■ **Gesundheitliche Belastungen reduzieren:** Eine nachhaltige Umwelt- und Verkehrspolitik kann die gesundheitlichen Belastungen ganz generell reduzieren. Darüber hinaus sind aber vor allem in der Arbeitswelt die gesundheitlichen Belastungen weiter zu verringern (Arbeitszeitpolitik, Gesundheitsschutz, Unfallverhütung etc.). Im Gesundheitswesen selbst gibt es – sowohl bei den Ärzt/innen wie auch bei den Pflegenden – ebenfalls vielerlei Belastungen, die reduziert werden sollten.

■ **Gesundheitliche Ressourcen erhöhen:** Bei den persönlichen Ressourcen ist sowohl an eine geeignete Bildungs-, Lohn-, Gleichstellungs- und Integrationspolitik zu denken. Darüber hinaus

können gezielte Massnahmen eingesetzt werden, um die Versicherten in der Bewältigung von Krankheiten zu stärken. Ressourcen sind aber nicht nur persönlich, sondern haben auch mit dem sozialen Umfeld zu tun. Eine entsprechende Gesellschaftspolitik (bspw. auch Familien- und Sozialpolitik) soll dazu führen, dass das Sozialkapital der Gesellschaft erhalten und erhöht wird. Insbesondere ist für eine ausgewogene Verteilung von Einkommen und Vermögen zu sorgen.

■ **Gesundheitsbewussteres Verhalten ermöglichen und fördern:** Durch entsprechende Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsaufklärung aber auch der Gesundheitserziehung soll gezielt auf das Gesundheitsverhalten Einfluss genommen werden. Ungebrochen wichtig ist darüber hinaus aber auch ein guter KonsumentInnenenschutz, um die Versicherten vor Gesundheitsbelastungen zu schützen.

■ **Solidarischere Gesundheitsversorgung:** Der fünfte und letzte Ansatzpunkt besteht im System der Krankenversicherung selbst. Es soll eine ausreichende Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank» bzw. zwischen «Reich» und «Arm» angestrebt werden.

Die laufende 2. Teilrevision des KVG

Die vom Bundesrat im Frühjahr 2004 gemachten Vorschläge für die 2. Teilrevision des KVG gehen – ganz grob beurteilt – mehr oder weniger in die richtige Richtung, wenn sie auch insgesamt zu wenig weit reichen und sowohl in Einzelheiten wie teilweise auch in grundsätzlichen Aspekten noch angepasst werden sollten. Darüber hinaus werden verschiedene Reformen, die ebenfalls notwendig wären, nicht angegangen (bspw. beim Risikoausgleich). Abzulehnen sind die bundesrätlichen Vorschläge im Bereich der Kostenbeteiligungen (Erhöhung des Selbstbehaltes von 10 Prozent auf 20 Prozent), da sie vor allem den unteren und mittleren Mittelstand belasten.

Gedanken zur strategischen Positionierung des SGB

Das vorliegende Papier gibt einige Hinweise für die strategische Positionierung des SGB:

■ Aus **wissenschaftlich-ökonomischer Sicht** liegt es nahe, den vom Bundesrat in der 2. Teilrevision des KVG eingeschlagenen Weg – mit einigen wesentlichen Korrekturen und Erweiterungen – weiter zu verfolgen. Dies ist nicht spektakulär, aus einer pragmatischen Sichtweise aber sinnvoll. Es gibt im Moment keine überzeugende grundsätzliche Alternative zum eingeschlagenen Weg. Allerdings lohnt es sich, in Bereichen, die dem SGB besonders wichtig sind, besonders darauf zu achten, dass die Entwicklung in die richtige Richtung geht.

Dann ist es aus wissenschaftlich-ökonomischer Sicht ebenfalls ganz wichtig, den Blick über das KVG hinaus auf die generelle Gesundheitspolitik auszuweiten. Übereinstimmend sind viele Autor/innen der Ansicht, dass im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung besondere Anstrengungen notwendig und sinnvoll sind.

■ Aus der **Sichtweise einer solidarischen Gesundheitspolitik** drängen sich verschiedene Massnahmenbereiche auf:

a) Der SGB kann mit seinen bisher bereits betriebenen Aktivitäten – vor allem auch im Rahmen der GAV-Verhandlungen – dazu beitragen, dass soziale Ungleichheiten und gesundheitliche Belastungen reduziert sowie gleichzeitig die Ressourcen für die Bewältigung der gesundheitlichen Belastungen erhöht werden.

b) Der SGB könnte sich aber auch ganz bewusst stärker im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren.

c) Der SGB kann sich noch mehr als bisher für die Integration gefährdeter Gruppen (bspw. von Teilinvaliden, Migrant/innen etc.) in den Erwerbsprozess einsetzen. Die Integration dürfte bei diesen Gruppen förderlich für die (psychische) Gesundheit sein.

d) Es drängt sich auf, dass sich der SGB (wiederum) für die Einführung einer obligatorischen Krankentaggeldversicherung einsetzt, um die Ungleichheiten beim krankheitsbedingten Lohnausfall auszugleichen. Dadurch werden indirekt die Ressourcen zur Bewältigung von Krankheiten erhöht.

e) Der SGB kann sich ganz gezielt in der Prävention von Krankheiten bei seinen Mitgliedern engagieren. Dazu gehören vor allem Massnahmen im Bereich der Information und der Bildung.

■ Mit **Blick auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen** drängt es sich für den SGB auf, sich für möglichst gute Arbeitsbedingungen einzusetzen. Insbesondere muss darauf geachtet werden, dass sich der zunehmende Druck auf die Ärzt/innen nicht negativ auf die Pflegenden auswirkt.

■ Mit **Blick auf besonders gefährdete Gruppen** drängt es sich auf, dass sich der SGB vor allem für diejenigen Gruppen einsetzt, die sich in seinem Tätigkeitsfeld bewegen. Dazu gehören sicher die ausländischen Erwerbstätigen. Hierbei ist besonders darauf zu achten, dass die Ausländer/innen das Gesundheitssystem verstehen, sich darin bewegen können und die Leistungen in Anspruch nehmen, auf die sie ein Anrecht haben.

Weiter drängt es sich aber auch auf, dass sich der SGB für diejenigen Mitglieder besonders

einsetzt, die höheren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind und auch mit höheren Risiken der Invalidisierung leben. Hier eröffnet sich das ganze Spektrum von Möglichkeiten: Bildung, Information, Präventionsmassnahmen, Gesundheitsförderungsmassnahmen, Lohnpolitik etc.

Eine weitere Gruppe, die die Aufmerksamkeit des SGB verlangt, sind die working poor. Gerade bei dieser Gruppe kann vermutet werden, dass die Ressourcen zur Bewältigung von Krankheiten nicht sehr gross sind. Existenzsichernde Löhne sind hier sicher eine ganz zentrale Massnahme, um die Situation der working poor zu verbessern.

■ Mit **Blick auf die Frauen** sollte darauf geachtet werden, dass die bereits erkämpften Errungenschaften nicht in Frage gestellt werden. Dazu gehört bspw. die Prämiengleichheit zwischen Männern und Frauen in den Grundversicherung. Dann könnte daran gedacht werden, auch bei den Zusatzversicherungen die Prämiengleichheit zwischen den Geschlechtern einzuführen.

■ Dann wäre auch zu überlegen, ob der SGB nicht ganz direkt ein **Akteur im Gesundheitswesen** werden möchte. Dies könnte über verschiedene Wege erfolgen, beispielsweise:

a) Es könnte daran gedacht werden, eine eigene, neue Krankenversicherung zu gründen. Dies geschieht heute immer wieder. Mit einer eigenen Versicherung könnte man auf allen Ebenen versuchen, einer solidarischen Gesundheitspolitik Ausdruck zu geben. Beispielsweise über die Einrichtung von Managed-Care-Organisationen, über die Einrichtung von Zusatzversicherungen, die besonders solidarisch ausgestaltet sind, über Qualitätsförderungsprogramme, welche mit kooperationswilligen Leistungserbringer/innen zusammen entwickelt würden, etc.

b) Es könnte eine eigene HMO gegründet werden, die sich besonders der qualitativ hochwertigen Versorgung verschreibt.

c) Es könnte eine Stiftung eingerichtet werden, die sich ganz bewusst der betrieblichen Gesundheitsförderung widmet.