

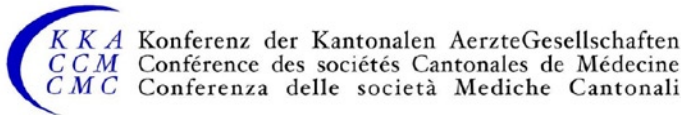
Ärzte mit Patientenapotheke



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



interpharmaph



Mut zu einem Neu-Anfang

Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 divergieren das durchschnittliche Wachstum der Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) pro Versicherten (d.h. die bezahlten Leistungen der Versicherer brutto abzüglich der Kostenbeteiligung der Versicherten) und die durchschnittliche Prämienentwicklung nur leicht. Werden jedoch die einzelnen jährlichen Kosten- bzw. Prämienentwicklungen analysiert, zeigen sich grössere Unterschiede. Der höchste jährliche Wert bei der Kostenentwicklung lag bei 7.5 Prozent im Jahr 2000, der tiefste bei 0.9 Prozent im Jahr 2006. Bei der jährlichen Prämienenerhöhung (ordentliche Franchise, normale Grundversicherung) betragen die Extremwerte 9.7 Prozent im Jahr 2002 bzw. 0.5 Prozent im Jahr 2008. Die stärkeren Schwankungen bei der durchschnittlichen Prämienentwicklung verursachen eine gewisse Hektik.

Wenn nicht noch ein Wunder geschieht, dürfte der Prämienanstieg auch nächstes Jahr über dem Kostenanstieg liegen. Dies ist nötig, weil viele Krankenversicherer von der Substanz leben. Zwang zum Reservenabbau, tiefer als notwendig eingegebene Prämien genehmigungsgesuche der Krankenversicherer, um konkurrenzfähig zu bleiben und fehlende Finanzerträge als Folge der Finanzmarktkrise sind einige Gründe dafür.

Dies alles stellt keine einfache Ausgangslage für den neuen Vorsteher des Departements des Innern, Herrn Bundesrat Burkhalter, dar.

2. Kein widersprüchliches Flickwerk

Die aktuelle Diskussion über das Sofortpaket zur KVG-Revision läuft in die falsche Richtung. So verständlich die Sorge um die Prämienentwicklung ist, so wichtig ist eine sorgfältige Prüfung der vorgeschlagenen Massnahmen auf ihre Nachhaltigkeit und Kohärenz hin. Daran fehlt es zurzeit. Statt dem neuen Bundesrat eine Chance zu geben, so wie es das Parlament beim Amtsantritt von Pascal Couchepin gemacht hat, kam in den vergangenen Monaten eine

Sofortmassnahmen-Hektik auf. Wegen der Prämienexplosion, die keine Folge einer Kostenexplosion war, ist Aktivismus nach dem Motto „Wir müssen endlich handeln“ ausgebrochen.

Und gehandelt wird nach dem Motto „Der Staat muss jetzt eingreifen.“ Diskutiert wird, die Kostenbeteiligung zwischen Grundversorgern und Spezialisten fix vorzuschreiben oder in einvernehmlich zustande gekommene Tarifverträge zwischen Krankenversicherern und Ärzten bzw. Spitälern einzugreifen, um die Preise zu senken. Im Medikamentenbereich sollen nur noch die günstigsten Medikamente abgegeben werden können. Bei der Medikamentenabgabe stehen Einschränkungen und massive zusätzliche Margenkürzungen zur Diskussion, ohne die Auswirkung auf Qualität und Sicherheit der Versorgung der Patienten zu berücksichtigen, Und die alte mehrmals verworfene Idee der Einheitskasse wird auch wieder zu einem Thema.

Diese einschränkenden Forderungen sind gekoppelt mit neuen Schlagworten. Gefördert werden sollen Netzwerke und die integrierte Versorgung. Doch bestehen weder einheitliche Vorstellungen über diese Konzepte noch Einigkeit darüber, welche Ziele damit verfolgt werden sollen. Netzwerke und integrierte Versorgung brauchen als Voraussetzung Rahmenbedingungen, damit sie funktionieren können. Genau diese Rahmenbedingungen müssen durch die Politik festgelegt werden.

Integrierte Versorgung lässt sich nicht fördern, wenn durch rigide differenzierte Kostenbeteiligungen noch mehr finanzielle Verzerrungen statt weniger eingeführt werden. Die wichtigste Zielgruppe für integrierte Versorgung sind chronisch oder schwer kranke, häufig ältere Patientinnen und Patienten. Für diese ist eine qualitativ gute und kontinuierliche Betreuung und Behandlung zentral. Wie soll dies beispielsweise bei einer Frau mit 79 Jahren, chronisch krank, mit einem täglichen Bedarf von 12 Medikamenten, umgesetzt werden, wenn durch ständige Preisänderungen immer wieder auf ein anderes, da günstigeres Medikament umgestellt werden müsste? Eine gute Medikamenteneinstellung durch die behandelnden Ärzte und Apotheker würde massiv erschwert. Günstigere Medikamente sind zudem nicht notwendigerweise identische Medikamente, denn sie verfügen oft über andere Füllstoffe und können dadurch auch unerwünschte Wechselwirkungen und Allergien auslösen.

Mit der vom Parlament verabschiedeten Spitalfinanzierung sollen die Spitäler dazu angehalten werden, Patienten früher zu entlassen. Nun soll aber der direkte Gang zum Spital auf ambulante Wege erschwert werden. In Deutschland erwies sich der Ausbau der ambulanten Spitalversorgung unter dem neuen, auch für die Schweiz vorgesehenen Spitalabgeltungsmodell (Diagnosis Related Groups, DRG) als Motor für integrierte Versorgung. Spitäler und frei praktizierende Ärzte können strukturiert und abgesichert vor- und nachgelagerte Behandlungen koordinieren. Das Gleiche gilt für die zahlreichen Modelle der Notfallversorgung zwischen Hausärzten und Spitälern. Durch einen differenzierten Selbstbehalt werden solche patientenfreundliche Regelungen erschwert.

Falsche und zu viele Staatsinterventionen sind wesentlich für die Prämienexplosion im Gesundheitswesen mitverantwortlich. Gefragt ist daher genau das Gegenteil: eine Verstärkung der Politik und weniger, dafür durchdachte Regulierung.

3. Eine andere Politik wagen

Es braucht ein Zurückbesinnen auf wesentliche Anreize, um eine optimale Medizin sicherzustellen. Diese Anreize müssen so ausgestaltet sein, dass Qualitätsverbesserung und Kosteneffizienz gefördert werden. Genau dies kann das Sofortprogramm nicht leisten. Deshalb gehört es integral zurückgewiesen.

Was es danach braucht? Die erste und wichtigste Massnahme ist die Verbesserung des Risikoausgleichs, indem der Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigt wird und nicht nur der Spitalaufenthalt wie in der bereits beschlossenen Revision des Risikoausgleichs. Damit wird die Jagd nach guten Risiken für Krankenversicherer weniger interessant und die Suche nach qualitativ hochstehender und integrierter Versorgung dagegen spannend. Genau das braucht es für die optimale Behandlung der kostenintensiven chronischkranken Patienten.

Als zweite Massnahme ist die Einführung der Leistungsbezahlung aus einer Hand (sog. monistische Finanzierung) zu realisieren. Grundsätzlich sind verschiedene Akteure (Krankenversicherer und öffentliche Hand) als einziger Zahler denkbar. Zu beachten ist in einem solchen Modell die vermehrte Trennung von Einkäufer- und Regulatoren-Rollen der einzelnen Akteure. Mit der Bezahlung aus einer Hand können Strukturbrüche zwischen ambulanter und stationärer Versorgung abgebaut und echte integrierte Versorgungskonzepte gefördert werden. Zudem bestehen in einem solchen System weder für die öffentliche Hand noch für die Krankenversicherer Anreize, die eine oder andere Behandlungsform wegen unterschiedlicher Kostenteiler zu bevorzugen bzw. abzulehnen.

Der neue Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern verdient die Chance für einen Neuanfang im oben dargestellten Sinne, um durch mehr Transparenz und echte integrierte Versorgung ein patientenorientiertes System für die alternde Bevölkerung zu erarbeiten. Hierfür braucht es die Rückweisung sämtlicher zurzeit diskutierter Sofortmassnahmen und die dringend nötigen Rahmenbedingungen.

Wir empfehlen Ihnen daher die Rückweisung des Sofortmassnahmen-Programms.

20. November 2009

Bradke Sven, Dr. rer. publ. HSG, Geschäftsführer Ärzte mit Patientenapotheke

Cueni Thomas, Generalsekretär Interpharma

Fischer-Taeschler Doris, Geschäftsführerin Schweizerische Diabetes-Gesellschaft

de Haller Jacques, Dr. med., Präsident Schweizerische Ärztesgesellschaft FMH

Hölzle Walter, Präsident vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

Jordan Dominique, Präsident pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband

Oggier Willy, Dr. oec. HSG, Gesundheitsökonomische Beratungen AG

Stoffel Urs, Dr. med., Co-Präsident der Konferenz der Kantonalen Ärzte-Gesellschaften

Wegmüller Bernhard, Dr. phil., Direktor H+ Die Spitäler der Schweiz