

Karl Ehrenbaum präsentierte ein fulminantes Feuerwerk
gesundheitspolitischer Leckerbissen

ASDA

Alumni-Tagung –

Haubenköche

am Werk

Die gesundheitspolitische Diskussion in helvetischen Gefilden verläuft ja mitunter recht hektisch, bisweilen auch etwas diffus. Nur eine vordergründige Ruhe herrschte während der nun durchgeführten eidgenössischen Wahlen. Das schreiben wir dem sattsam bekannten Umstand zu, dass höchst wenige der Ratsherren und –damen auch nur ansatzweise eine Ahnung vom Gesundheitswesen haben und sich – das sei lobend erwähnt – für diesmal in nobler Zurückhaltung geübt haben: Schweigen ist Gold. Umso mehr freut es den Berichterstatter hingegen, wenn richtige intellektuelle Schwergewichte mit Argumenten fechten, so mit Bravour kürzlich in Luzern.



Karl Ehrenbaum, Ehrenbaum Health Consulting

Anlass dazu bot die Jahrestagung der Schweizer Vereinigung der diplomierten Versicherungsfachleute, die sich des französischen Kürzels ASDA (für Association Suisse des Diplômés en Assurances) bedient, was einerseits Feingefühl für die wichtigste Minderheit unseres Landes beweist, Geschmack durch das Verwenden der schönsten Sprache der Welt dokumentiert und drittens Erwartung schürt, dass ein solch feingühler Verband wohl auch in der Lage sein werde, etwas Gescheites auf die Beine zu stellen, wenn Einladungen zum

wichtigsten Vereinsanlass des Jahres verschickt werden.

Dem war eindeutig so – und vom einladenden Präsidenten, den Fuchs des Gesundheitswesens, Karl Ehrenbaum, auch mit Herzblut umgesetzt. Er präsentierte als Keynote-Sprecher Philippe Hebeisen, Directeur général der Vaudoise, Peter Fischer; CEO der Visana, sowie Martin Frei und Philippe Arnet, zwei Partner von PriceWaterhouseCoopers. So wie die besonders erwähnenswerten Referenten Andreas



Dummermuth, Geschäftsleiter der Ausgleichskasse und der IV-Stelle des Kantons Schwyz, Dr. Brigitte Buhmann, Direktorin der bfu, und Prof. Dr. Gottfried Schatz, emeritierter Ordinarius für Biochemie am Biozentrum der Universität Basel, liefen die Keynote-Sprecher zur Bestform auf. Sie servierten akustische wie substanzmässige Delikatessen, grad so wie es sich eben für Haubenköche der Gesundheitspolitik und des Versicherungswesens gehört.

Brillante Vorträge und ein veritabler Skandal

Die Protagonisten der ASDA Alumni-Tagung schmälern mit ihren ausgezeichnet unterlegten Aussagen und brillanten Vorträgen die Rendite unseres Verlags, weil wir nicht umhin kommen, in dieser und auch der kommenden Ausgabe von «clinicum» und «datamaster» ausführlich darüber zu berichten, was die bereits starke Seitenzahl nochmals erhöht. Gleichzeitig hebt das aber wieder Ihren Genuss beim Lesen, weshalb wir Sie heute mit grosser Freude einer ersten Zusammenfassung an dieser Stelle überlassen, während wir Karl Ehrenbaum eine spezielle Spalte innerhalb der Rubrik «Gesundheitspolitik» im «clinicum» reserviert haben.

Dort enthüllt er einen eigentlichen Skandal: Männer sind in der Vorsorge eindeutig benachteiligt. Und dieser kleine Unterschied zum (vermeintlich) schwachen Geschlecht kommt der Schweizer Volkswirtschaft überaus teuer zu stehen – ausgerechnet jetzt, wo alle nach mehr

Effizienz und optimalem Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen schreien.

Die Versicherten sind nicht die Melkkühe eines fehlgeleiteten Systems

Hart ins Gericht mit der aktuellen Szene ging Visana-CEO Peter Fischer. Er stach mit seiner Keynote mehrfach in veritable Eiterbeulen, dass es nur so spritzte. – «Schweizer Gesundheitswesen: Mehr Mythen denn Fakten?» fragte der Chef der Visana an der kürzlichen ASDA Alumni-Tagung in Luzern. Trotzdem begann er mit Fakten, denn damit lassen sich Mythen am besten durchleuchten und auf ihren Wahrheitsgehalt überprüfen.

Fakt ist einmal, dass die Gesamtkosten im Gesundheitswesen zwischen 190 und 2012 von 2 auf 68 Milliarden Franken gestiegen sind. Dabei ist die Grundversicherung während der letzten 15 Jahre von 12 auf über

25 Milliarden Franken angestiegen. Der Anteil der Gesundheitsaufgaben am BIP beläuft sich in der Schweiz auf 11,7% – international ein Spitzenwert. Ähnlich hoch liegt Frankreich, Deutschland und Österreich bei 10,7% und Italien bei 9%.

Erhebliche Finanzierungsproblematik

Das Total der Gesundheitsausgaben steigt seit 1995 jährlich um durchschnittlich 3,8 Prozent. Der prämiendifinanzierte Anteil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung steigt seit Einführung des KVG um durchschnittlich 4,5 Prozent pro Jahr. Fischer: «Das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen erfolgt überproportional zulasten der Prämienzahler.»

Das zeige sich deutlich daran, dass der OKP-Anteil kontinuierlich wachse, von 31,3% 1996 auf 35,3% in diesem Jahr. Ausserdem würden verpolitisierte Prämien die Transparenz erschweren. So stiegen die Prämien im Landesschnitt vier Jahre lang bloss um 0,5% bis 3,7%. Daraus erfolgte prompt ein Nachholbedarf von 8,7% im letzten Jahr, weil die Reservequote der Krankenversicherer im Schnitt auf schmale 7,5% geschrumpft waren, derweil die gesetzliche Mindestquote 11,5% beträgt. Noch 2007 lag die durchschnittliche Reservequote bei 20,2%.



OKP-Prämien unter Druck

Kein Wunder, geraten die Grundversicherungsprämien weiter unter Druck. Der Hauptgrund des ungebremsten Kosten- und damit Prämienwachstums sowie auch der Leistungsmenge sind der Vertragszwang, ein ambulanter Tarif, der die Menge belohnt, die allgemeine Anspruchshaltung der Patienten und die enorme Medikalisierung der Gesellschaft. Dazu der Visana-CEO: «Die Leistungsausdehnung und der damit verbundene Anstieg der Kosten geht überproportional zulasten der sozial finanzierten Krankenpflegeversicherung!»

Problemfeld Spitalfinanzierung

Auch im stationären Bereich ortet Fischer grosse Probleme: «Im Hinblick auf die neue Spitalfinanzierung haben zahlreiche Kantone den Vergütungsteiler so festgelegt, dass die Prämien überproportional belastet werden. St. Gallen zum Beispiel hat den Vergütungsteiler für die Übergangszeit auf 50% (anstatt 55%) festgelegt. Das bedeutet einen hohen Prämieneffekt von + 5,2%.»

Generell aber belastet der ambulante Bereich die OKP-Prämien am massivsten. Peter Fischer zählte auf:

- Das Problemfeld der Einzelleistungstarifs Tarmed begünstigt Menge und nicht primär die Qualität und wird vollumfänglich durch die Versicherer abgegolten.
- Die unterschiedlichen Tarifsysteme führen zu einem Ungleichgewicht zwischen Spital stationär und Spital ambulant
- Aufgrund Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung ist der ambulante Bereich für die Spitäler lukrativer
- Dies ist zwar volkswirtschaftlich wünschenswert, es braucht aber auch im ambulanten Bereich ein qualitätsorientiertes Tarifsystem, denn der Kostenanstieg bleibt im Spital ambulant an der Spitze und dürfte dieses Jahr knapp 7% erreichen.

Schritt in die richtige Richtung

Die neue Spitalfinanzierung und die Einführung Fallpauschalen bezeichnete der Referent als Schritt in die richtige Richtung: «Die neue Spitalfinanzierung im stationären Bereich führt zur Strukturbereinigung. Die Spitäler werden sich spezialisieren und vermehrt besser zusammenarbeiten. Sie werden versuchen, hohe Fallzahlen zu erreichen, und dies wird zu einer Qualitätssteigerung führen. Zudem sind die Spitäler interessiert an integrierter Versorgung. Fischer geisselte hier das inakzeptable Verhalten von H+ hinsichtlich der Datenlieferungen. Das ist eine Verhinderungs- und Verzögerungstaktik. Der Prozess ist aber irreversibel, ähnlich wie bei Tarmed.»

DRG sind auch positiv für die Zusatzversicherungen. In diesem Bereich sind künftig nur noch effektive Mehrleistungen versicherbar. Das bedeutet freie Arztwahl, Zimmerkomfort und weitere Extraleistungen gegenüber allgemeiner Abteilung, aber keine Quersubventionierungen und keine Ertrags- und Einkommensoptimierung zugunsten Spitäler und Chef- und Belegärzten mehr. Ergo: Spitalzusatzversicherungen in der heutigen Form sind ein Auslaufmodell.

Das bedeute, dass der Leistungsumfang der Spitalzusatzversicherungen in der heutigen Form um 50 Prozent sinken werde. Spitalzusatzversicherungen werden also wieder erschwinglich. Dieses Geld gehört den Versicherten und nicht den Ärzten, Verwaltungsräten von Spitälern oder Kassen oder den Kantonen: Zusatzversicherte sind keine Melkkühe!» unterstreicht Fischer.

Die eigentlichen Ursachen bekämpfen

Im ambulanten Bereich gibt es viele Ideen zum Sparen. Eine davon ist Managed Care. «Die Managed Care-Vorlage ist ein politischer Versuch, über zusätzliche Regulie-

rungen die Produktivität zu erhöhen. Das eigentlich Problem ist aber der Tarmed-Einzelleistungstarif, der ein Mengenwachstum wegen ineffizienter, fragmentierter Versorgung beschert. Die politische Managed Care-Diskussion ist deshalb eine Symptombekämpfung.»

«Heute wird zudem Qualität noch immer ungenügend gemessen. Qualitätsindikatoren sind auch heute noch eher die Ausnahme als die Regel. Unser Gesundheitssystem braucht aber Qualitätsmessungen um besser vergleichbar und somit effizienter zu werden. Mit der neuen Spitalfinanzierung werden Qualitätsindikatoren für die Spitäler angestrebt. Das muss auch auf andere Leistungserbringer ausgeweitet werden. Deshalb sind Datenlieferungen der Spitäler und Transparenz bei DRG für Qualitätsindikatoren unabdingbar.» Was Not tue, seien notwendige Reformen gegen den Kostenanstieg. Der kampfbetonte Referent zählte sie auf:

- Weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs mit dem Faktor Morbidität
- Sicherstellung der regionalen medizinischen Versorgung durch verstärkte Vernetzung
- Einführung des Monismus bei der Spitalfinanzierung und damit Aufhebung Ungleichbehandlung Finanzierung ambulant und stationär
- Umbau Tarmed analog DRG: Belohnung von Effizienz statt Menge
- Wettbewerb umsetzen, der mit neuer Spitalfinanzierung gegeben ist

Finanzmisere auch bei der IV

Interessantes zu den Ursachen der Finanzmisere aus den 90ern zeigte Andreas Dummermuth, Leiter der Ausgleichskasse und der IV-Stelle des Kantons Schwyz. Er nannte als Hauptursachen, dass immer mehr jüngere IV-Rentnerinnen und -Rentner und immer mehr IV-Renten aus psychischen Gründen zu finanzieren seien. Es besteht daher ein grosser Handlungsbedarf

bei der IV. Der Schuldenbestand erreichte 2010 sehr hohe 15 Milliarden Franken.

Die IV ist chronisch unterfinanziert

Die befristete Mehrwertsteuer gibt zwar für 7 Jahre Luft für Reform. Es muss aber gehandelt werden. Dazu Dummermuth: «Seit 1960 sind die Einnahmen der IV ungenügend. Der Beitragssatz ist – anders z.B. bei der Kranken- und Unfallversicherung – nicht an die Ausgaben gekoppelt. Ab 1994 gelten fix: 1,4 Lohnprozent. Der Beitrag der öffentlichen Hand beträgt 37,7 % der Ausgaben. Das Defizit geht zwischen 1960 und 2010 „unsichtbar“ zu Lasten des AHV-Fonds. Fazit: Das Defizit war vorprogrammiert; die AHV ist in der Geiselhaft der IV. Deshalb war die Trennung der Fonds per 1.1.2011 wichtig und ebenfalls die befristete MWSt als Zeitfenster für weitere Sanierungsschritte.»

«Die Sanierung ist möglich durch 3x ein demokratisches OK und 1x kein Referendum», betonte der Referent, d.h. aufgrund der Verfahrensvorlage, die eine sogenannte Verfahrensstraffung – in Kraft seit 1.7.2006 – brachte, aufgrund von materiellen Revisionen, letztmals die 5. IV-Revision, in Kraft ab 1.1.2008. Drittes Element ist die befristete Zusatzfinanzierung. Sie ist in Kraft vom 1.1.2011 bis 2017. Alles ging ja zum Glück ohne Referendum durch.

Konsequent weiterfahren

Die Ziele der 5. IV-Revision, ab 2008 in Umsetzung, sollen konsequent realisiert werden:

- Langfristige Sicherung und finanzielle Sanierung der IV
- Ausgaben reduzieren durch Sparmassnahmen
- Verstärkung der Eingliederung (Früherfassung; Frühintervention, usw.)
- Dämpfung der Zunahme von Neurenten
- Korrektur von negativen Anreizen
- Bessere Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs (BVM)

Die dadurch erwarteten finanziellen Auswirkungen belaufen sich auf minus 500 Mio. Franken pro Jahr. Dummermuth: «Die Umsetzung zeigt die erwarteten erfreulichen Resultate. Die IV-Stellen und Ausgleichskassen machen ihre Hausaufgaben.»

Ein grosser Erfolg sind schweizweit die 11'100 Früherfassungen im Jahre 2010. Ebenso bedeutungsvoll wirken sich die verstärkten Wiedereingliederungen aus. Tatsache ist, dass ab 2003 in der Schweiz die Zahl der neuen IV-Renten sinkt. Waren es 2003 noch 27'700, sind es mittlerweile noch 15'137 (2010). Das ist eine enorm hohe Abnahme in 7 Jahren um 44%.

Mehr als Zwischenresultate

Andreas Dummermuths Fazit leuchtet ein: «Das System IV ist steuerbar – der Tanker dreht. Volk und Stände, Parlament und Bundesrat entscheiden – die Umsetzung

klappt. Die positiven Auswirkungen für die IV zeigen sehr positive Auswirkungen für die berufliche Vorsorge. Kann da eine Senkung der Risikoprämien als Belohnung für die Arbeitgeber erfolgen?»

Wichtig sei es nun, das Erreichte zu festigen. Dazu können die Betriebe viel beitragen, denn jede Eingliederung trägt die Unterschrift eines Arbeitgebers.

Das heisst im Klartext:

- Betriebliches Gesundheitswesen einführen
- Mut haben, über Probleme zu sprechen
- Ausgliederung verhindern; Arbeitsplatz erhalten
- Eingliederung ermöglichen
- Chancen für Testarbeitsplätze schaffen
- Zusammenarbeit mit der IV-Stelle vor Ort pflegen;
- Dienstleistungen nutzen

Mehr über die Alumni-Tagung lesen Sie in «clinicum 6/2011»

