

29. September 2009: Polit-Talk Tertianum Segeten

Patient Gesundheitswesen – wie kann er gesunden?

Referat von Dr. Thomas Heiniger, Gesundheitsdirektor Kanton Zürich

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Gesundheitskosten machen Schlagzeilen:

«Politiker schnüren jetzt ein Sofortpaket», «Pharmaindustrie torpediert Sparpaket zur Krankenversicherung», «Spitäler treiben Gesundheitskosten in die Höhe» und «Spareffekt verpufft». So titeln die Zeitungen seit Monaten ihre Artikel zu den Sparvorschlägen im Gesundheitswesen. Es bleibt aber nicht nur bei den Schlagzeilen: Gerade in der aktuellen Ausgabe der Weltwoche sind sieben konkrete Massnahmen beschrieben, wie die Gesundheitskosten in der Schweiz gesenkt werden könnten.

Auch Veranstaltungen wie der heutige Polit-Talk reihen sich eine an die nächste. «Patient Gesundheitswesen – wie kann er gesunden?» fragen wir uns heute Abend; «Können wir uns Gesundheit überhaupt noch leisten?» hiess es letzte Woche... Meine Damen und Herren, alle scheinen sich der Kostenproblematik im Gesundheitswesen bewusst zu sein – und doch steigen die Kosten weiter an. Woran liegt's? Prominente Vertreter des Schweizer Gesundheitswesens behaupten, es gäbe überhaupt kein Gesundheitswesen auf der Welt, das Kosten spare. Technischer Fortschritt, Demographie und die Liebe zu sich selbst sind bekannte Gründe dafür. Hinzu kommt die volkswirtschaftliche Bedeutung: Rund 60 Mia. Franken beträgt der Jahresumsatz des Gesundheitswesens in der Schweiz. Rund 500'000 Menschen arbeiten im und leben vom Gesundheitswesen. Und diese Kurven steigen stets nach oben.

An konkreten Sparvorschlägen mangelt es dennoch nicht. Von allen Seiten – Politik, Krankenversicherer, Spitalverbände, Ärzteschaft – werden mögliche Massnahmen präsentiert. Doch bisher blieb es bei Vorschlägen und der Entscheidungsprozess krankt oft daran, dass keiner der Akteure zu Konzessionen bereit ist.

«Not invented here» hat sich in der Diskussion um Sparmassnahmen im Gesundheitswesen zum Killerargument entwickelt. Die Bereitschaft, Ansätze mit dem falschen Absender auch nur einer genaueren Prüfung zu unterziehen, ist erschreckend gering; das gilt namentlich für die Sparvorschläge des eben noch zuständigen Bundesrates, die beinahe reflexartig entrüstet zurückgewiesen wurden.

Die Standpunkte der verschiedenen Akteure decken sich leider allzu oft nur in einem Punkt: In der Argumentation, dass das Sparpotenzial im eigenen Bereich ausgeschöpft und dass für wirksame Sparmassnahmen folgerichtig bei allen anderen anzusetzen sei. So kommen wir nicht weiter. Mögliche Sparmassnahmen müssen so gestaltet werden, dass sie eben nicht nur bei einem Akteur – zum Beispiel bei den Krankenversicherern – ansetzen, sondern möglichst jeder Akteur seinen Teil dazu beitragen muss. Ein umfassendes Sparpaket mit zahlreichen Massnahmen, die an verschiedenen Stellen des Gesundheitswesens und bei verschiedenen Akteuren gleichzeitig ansetzen, wäre ein gangbarer Weg. Genauso ein Sparpaket wurde in der laufenden Session im National- und Ständerat diskutiert – mit einer bunten Palette von Massnahmen:

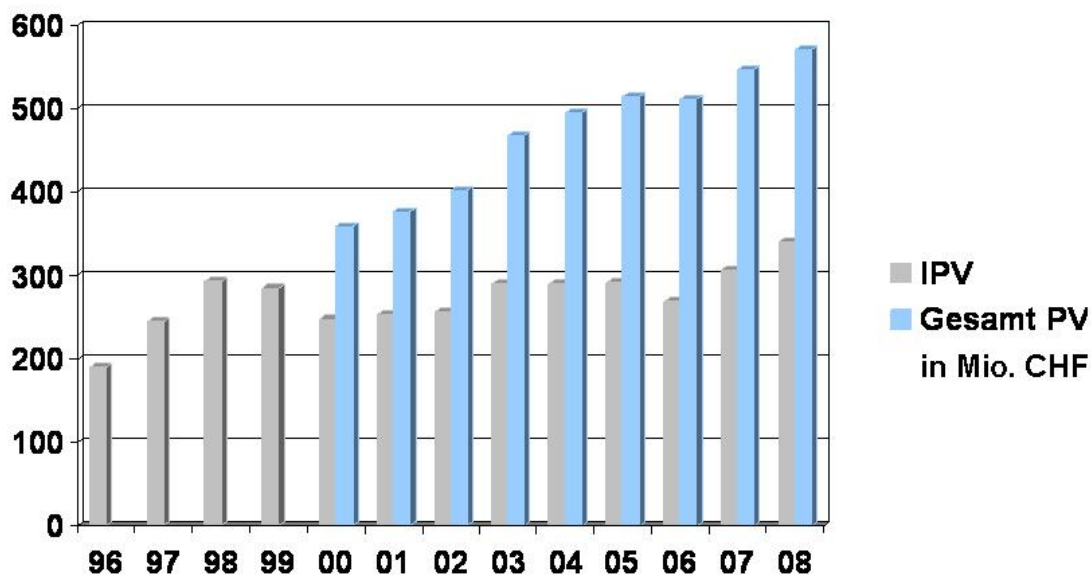
- Für Versicherte kostenlose und unabhängige telefonische Beratung
- Stärkung der Aufsicht über die Versicherer
- Verbot von Telefonwerbung und Versicherungsprovisionen
- Arztzeugnis nicht mehr kassenpflichtig
- Kantonale Regelung der Spitalambulatorien
- In jedem Kanton einheitlicher Taxpunktwert für alle Leistungserbringer (TARMED)
- Bundesrat kann Tarifstruktur ändern, wenn sie nicht sachgerecht scheint
- Bei gleicher Eignung sind preisgünstige Arzneimittel zu verordnen
- Wählbare Franchisen für drei Jahre abschliessen
- Bei um mehr als 2% höherer Kostenentwicklung in einem ambulanten Bereich eines Kantons kann der Bundesrat den Tarif um max. 10% für ein Jahr senken
- Selbstbehalt max. 700 Franken (Regelung auf Gesetzesstufe heben)
- 20% Selbstbehalt wenn direkt ein Spezialist oder Spital aufgesucht wird (ausser Notfall)
- Vertragszwang ab 2012 aufheben
- Praxisgebühr von 30 Franken
- Kein Anspruch auf Prämienverbilligung für Spitalzusatzversicherte (halbprivat/privat)
- Erhöhter Bundesbeitrag von 200 Mio. Franken für Prämienverbilligung

Der Nationalrat hat diese letzte Massnahme abgelehnt. Zum Glück! Mit der individuellen Prämienverbilligung hat der Staat nämlich ein Instrument geschaffen, das das Kostenbewusstsein und damit verbunden die Eigenverantwortung der Bevölkerung untergräbt. Dabei könnte gerade die Bevölkerung mit bewusstem Verhalten – meiner Meinung nach sie als einzige – einen wertvollen Beitrag leisten, um die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Viel zu oft werden heute medizinische Leistungen bezogen, ohne dass dem Kosten-Nutzen-Verhältnis überhaupt ein Gedanken geschenkt wird.

Das Grundproblem liegt darin, dass mit den bezahlten Krankenkassenprämien auch die Überzeugung verbunden ist, man habe die medizinischen Leistungen bereits im Voraus finanziert. Offen bleibt allerdings die Frage, wer genau im Voraus bezahlt hat: Die Gesundheitskosten sind heute nämlich so hoch, dass bereits jetzt rund ein Drittel der Bevölkerung ihre Prämienrechnungen gar nicht selber begleichen kann – Tendenz steigend, in Genf sind es mittlerweile 70 Prozent.



Entwicklung PV im Kt. Zürich



Wenn der Bund nun eine zusätzliche Ausschüttung von 200 Mio. Franken sprechen würde, könnten noch mehr Leute von der Prämienverbilligung profitieren. Darin sehe ich eine grosse Gefahr: Mit dem Instrument der Prämienverbilligung finanzieren sich steigende Gesundheitskosten zur Freude aller Anbieter im Markt nämlich gleich selbst: sie werden vom Staat zusätzlich subventioniert, sobald sich ein Anstieg abzeichnet. Für rund einen Drittel der Bevölkerung wirkt sich der steigende Konsum im Gesundheitswesen wegen der Prämienverbilligung gar nicht direkt auf das persönliche Portemonnaie aus. Meine Damen und Herren, das ist doch ein völlig falscher Anreiz! Ein Ausbau der Prämienverbilligung unterläuft sämtliche Bemühungen, das Kostenbewusstsein bei der Bevölkerung zu fördern.

Eine ähnliche Fehlüberlegung liegt der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung zugrunde, die per 1. Januar 2010 in Kraft treten soll: Neu wird für jede zusätzliche Franchisenstufe,

die Versicherte wählen können, weniger Prämienrabatt gewährt als bisher, nämlich nur noch 70 und nicht mehr 80 Prozent des zusätzlichen Risikos. Dazu ein Zahlenbeispiel:



Zahlenbeispiel Wahlfranchise

Normalfranchise: CHF 300

Wahlfranchise: CHF 1000

Maximal-Rabatt bisher: CHF 560
[80% von (1000-300)]

Maximal-Rabatt neu: CHF 490
[70% von (1000-300)]

Mit einer Wahlfranchise von 1000 Franken war bislang ein Maximalrabatt von höchstens 560 Franken pro Jahr möglich, nämlich 80 Prozent von 700 Franken, der Differenz zwischen der gewählten Franchise von 1000 Franken und der Normalfranchise von 300 Franken. Neu wird die maximale Ermässigung bei diesem Beispiel auf 490 Franken, eben 70 Prozent der Franchisen-Differenz reduziert.

Mit dieser Massnahme werden genau jene Personen bestraft, die eigentlich von sich aus bereit sind, mit einer höheren Franchise einen höheren Anteil an ihre Gesundheitskosten zu bezahlen. Begründet wird diese kostensenkende Verordnungsänderung übrigens mit dem Gedanken der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Gesunde Menschen mit kleinerem Risiko sollen nicht mehr von so hohen Rabatten profitieren können wie bisher. Das ist die Antwort des Bundes auf die Billigkassen. Aber keine überzeugende. Meine Damen und Herren, ich bin sehr wohl für Solidarität im Gesundheitswesen.

Aber der Solidaritätsgedanke darf andere wichtige Aspekte des Gesamtsystems nicht schwächen. Wir können keine staatlichen Massnahmen brauchen, die Solidarität stärken, ohne das

Kostenbewusstsein zu fördern, es im Gegenteil noch untergraben. Viel eher brauchen wir einen Staat, der die Bevölkerung für Kosten-Nutzen-Überlegungen sensibilisiert und ihr auch die Grenzen der Solidarität aufzeigt. Entsprechend stehe ich dem Begriff «Zweiklassenmedizin» unvoreingenommen gegenüber und sehe darin nicht das Schreckensgespenst, das in weiten Kreisen beschworen wird. Denn wenn ich von Zwei- oder sogar Mehrklassenmedizin spreche, meine ich nicht, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen als Verlierer da stehen und nicht mehr angemessen medizinisch versorgt werden sollen. Rationierungsmassnahmen ausschliesslich zu Lasten der Armen, der Ausländer oder etwa der Alten, der Senioren, befürworte ich genauso wenig wie andere, einseitige Sparmassnahmen. Aber die Rationalisierungsdiskussion wird als Ganzes kein Tabu mehr bleiben können.

Ich bin überzeugt, dass unser heutiges Gesundheitssystem noch keine einschneidenden Benachteiligungen schafft. Im Gegenteil: Ich bin sicher, dass heute alle Zugang zu einer umfassenden und ausgezeichneten Grundversorgung haben. Das soll durchaus auch künftig so sein. Wer jedoch zusätzlich zur notwendigen Grundversorgung weitergehende medizinische Leistungen bezahlen kann und will, soll die Möglichkeit haben, etwas aus der «Extraklasse» zu bekommen, das über dem medizinisch indizierten «Must» liegt.

Beispiele sind Eingriffe im Bereich der Schönheitschirurgie, MRI, die aus medizinischer Sicht nicht unbedingt notwendig sind oder mehr als die zwei leistungspflichtigen Ultraschalluntersuchungen während einer normal verlaufenden Schwangerschaft. All das sind Leistungen, die von der Grundversicherung richtigerweise nicht abgedeckt sind. Dennoch sollen diese Leistungen selbstverständlich beansprucht werden können, wenn jemand selber über die nötigen finanziellen Mittel verfügt.

Wenn ich von Leistungen spreche, die von der Grundversicherung gedeckt werden oder eben nicht, dann will ich kurz den sogenannten Leistungskatalog im Krankenversicherungsgesetz antippen. Hier sehe ich Sparpotenzial, wenn dieser Leistungskatalog von der heutigen Negativliste in eine Positivliste ungewandelt würde. Was heisst das? Im aktuellen Leistungskatalog wird festgehalten, welche Leistungen von der obligatorischen Krankenversicherung nicht gedeckt sind und somit nicht von Krankenversicherern bezahlt werden. Ob in einem konkreten Fall eine bestimmte Leistung nicht nur erlaubt, sondern auch sinnvoll, zweckmässig und richtig ist, wird damit nicht festgelegt.

Diesen Ansatz finde ich verkehrt. Viel verbindlicher, effizienter und damit kostengünstiger wäre es, eine Positivliste zu erstellen mit all jenen Leistungen, die in bestimmten, konkreten Situationen von der Grundversicherung gedeckt werden. Um auf diese Liste zu gelangen, müssten die Leistungen

ganz klare Kriterien erfüllen, auf die sie systematisch untersucht würden. Ein solches Vorgehen gibt es in der Schweiz bis heute nicht. Zwar schreibt das KVG vor, dass Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen wissenschaftlich erwiesen und periodisch überprüft werden müssen.



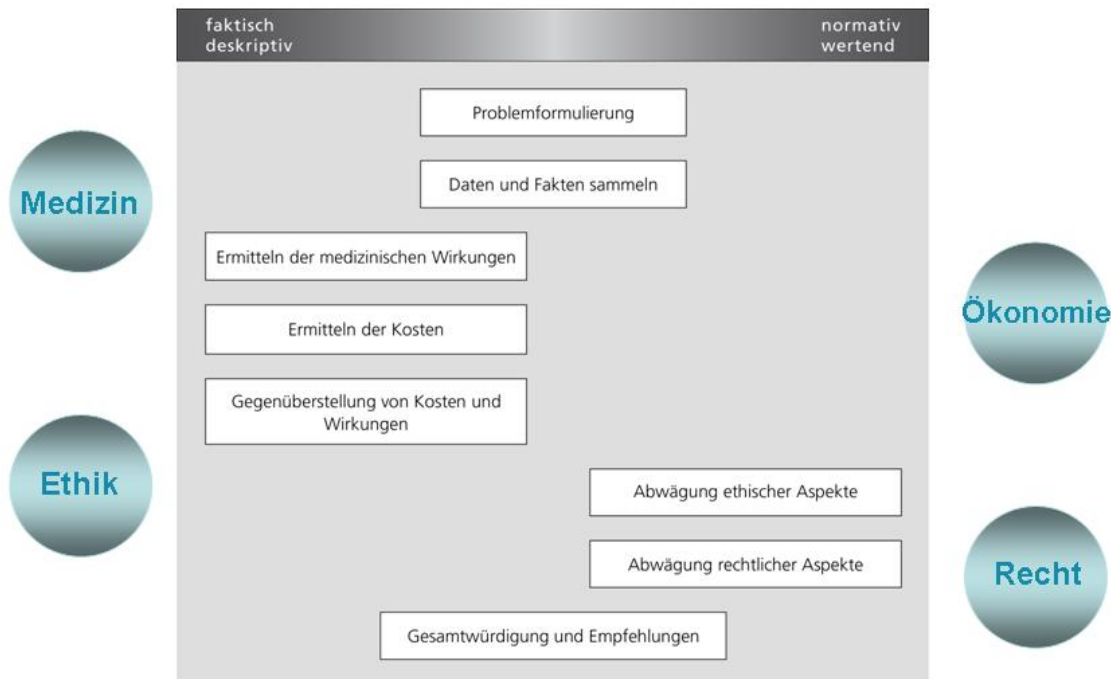
WZW-Kriterien gemäss KVG

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung verlangt, dass medizinische Leistungen periodisch überprüft werden auf:

- **Wirksamkeit**
- **Zweckmässigkeit**
- **Wirtschaftlichkeit**

Der Bund hat es allerdings versäumt, seinem eigenen KVG nachzukommen und ein Gremium zu schaffen, das die zugelassenen Medikamente und Leistungen systematisch auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit prüft. Selbstverständlich kann der Kanton Zürich dem Bund nicht vorschreiben, er müsse endlich ein solches Gremium schaffen, das sämtliche Leistungen systematisch evaluiert. Aber der Kanton Zürich kann eigene Anstrengungen unternehmen, um zumindest einzelne, zum Beispiel sehr teure oder vermeintlich wenig wirksame Leistungen auf die vom KVG vorgeschriebenen Kriterien zu überprüfen. Genau das haben wir in den letzten Monaten im Rahmen eines Pilotprojektes getan. Gerne stelle ich Ihnen das sogenannte «Medical Board» kurz vor.

Projekt «Medical Board»



Im «Medical Board» setzt sich ein Expertengremium mit ausgewählten medizinischen Leistungen auseinander und beurteilt diese unter den vier Aspekten Medizin, Ökonomie, Recht und Ethik. Darauf basierend gibt das Expertengremium eine Anwendungsempfehlung ab. Das «Medical Board» soll also Transparenz über die Wirksamkeit von Therapien und Diagnosen schaffen. Das bringt gleich mehrfachen Nutzen:

- Erstens erhalten medizinische Fachleute damit eine Entscheidungsgrundlage, um aus all den möglichen Massnahmen die effektivste herauszufiltern.
- Zweitens können mit dem Verzicht auf nicht nachweislich wirksame Eingriffe unnötige Kosten vermieden werden. Und wer weiss: vielleicht animieren die Empfehlungen des «Medical Boards» innovative Unternehmen aus Medizin und Pharma bereits bei der Forschung und Entwicklung neuer Produkte vermehrt an das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu denken.
- All das kommt drittens den Patientinnen und Patienten zugute, die von einer verbesserten Behandlungsqualität profitieren und vermehrt Klarheit über den Nutzen medizinischer Eingriffe und

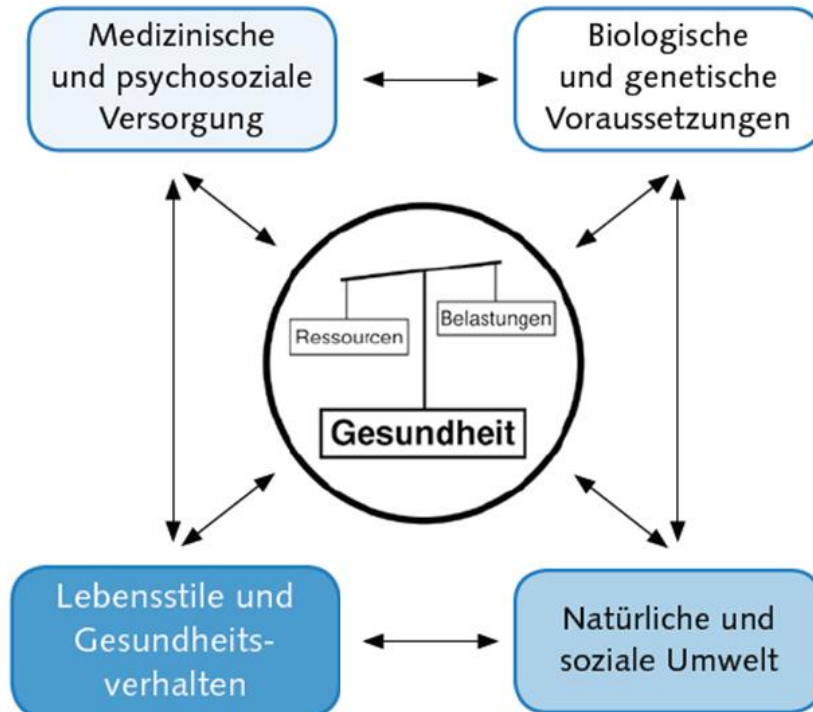
Diagnosen erhalten. Dieser Aspekt bringt mich zu einem nächsten Thema, nämlich die Notwendigkeit der Mitverantwortung von Patienten.



«Werden die Patienten erfolgreich in den Entscheidungsprozess mit eingebunden, fühlen sie sich besser behandelt, gesunden schneller und ersparen dem Gesundheitssystem unnötige Kosten.»

Langwieser Corinna, Health Style. Die Gesundheitswelt der Zukunft, Hamburg 2009, S. 210.

Gut informierte Patientinnen und Patienten können und müssen in den Entscheidungsprozess eingebunden werden; dadurch fühlen sie sich besser behandelt, gesunden schneller und ersparen dem Gesundheitssystem unnötige Kosten. Aus Kosten-Optik – und vor allem im Interesse jedes Einzelnen – wäre es natürlich noch viel besser, man würde gar nicht krank. Dass dies nicht einfach in unseren Händen liegt, ist klar. Genauso klar ist aber auch, dass gesundheitsbewusstes Verhalten einen wesentlichen Teil zu guter Gesundheit beiträgt.



Um sich gesundheitsbewusst zu verhalten, braucht es Gesundheitskompetenz. Das heisst, es braucht das Wissen und die Fähigkeit, so zu entscheiden und zu handeln, dass es für ein Individuum und seine Umwelt gesund ist. Über dieses Wissen und diese Fähigkeit verfügen jedoch längst nicht alle in gleichem Mass.

Meine Damen und Herren, es liegt mir fern, bei einer Veranstaltung in einer Altersresidenz gerade älteren Menschen auf die Füsse zu treten. Aber unsere Senioren haben im Bereich Gesundheitskompetenz und Prävention noch nicht dieselben guten Voraussetzungen, wie beispielsweise unsere Kinder, die heute bereits in Kindergarten und Schule von Gesundheitsförderungsprogrammen profitieren. Aus diesem Grund richtet der Kanton Zürich mit einer seiner Gesundheitsförderungskampagnen den Fokus ganz gezielt auf Senioren.



Die Broschüre «Gesundheit fördern im Alter» enthält Tipps zu Ernährung, Bewegung und Entspannung für alte Menschen. Meine Damen und Herren, Sie fragen sich jetzt vielleicht, ob es wirklich Sache des Kantons sei, Seniorinnen und Senioren Ernährungs- und Bewegungstipps zu geben. Darf oder muss der Staat dafür sorgen, dass die Bevölkerung sich gesundheitsbewusst verhält? Es mag Sie vielleicht erstaunen, dass gerade ein liberaler Politiker wie ich Ihnen antwortet: «Ja, es muss **auch** eine Aufgabe des Staates sein.»

Das Wissen über die Gesundheit ist zwar etwas sehr Persönliches und Individuelles – es muss aber im Interesse der Allgemeinheit auch vom Staat gefördert werden. Wenn wir die Kosten im Gesundheitswesen eindämmen wollen, dann ist eine gut informierte Gesellschaft eine unverzichtbare Voraussetzung. Nur wer informiert ist, kann bewusst Entscheide fällen und Mitverantwortung tragen. Dabei denke ich nicht nur an den Entscheid gesund zu essen oder Sport zu treiben. Ich denke zum Beispiel auch daran, sich bewusst für ein bestimmtes Versicherungsmodell zu entscheiden. Oder den Entscheid zu fällen, zum Hausarzt zu gehen, anstatt ein viel teureres Spitalambulatorium aufzusuchen.

Diese Überlegungen bringen mich zu einem nächsten Punkt, wo wir ansetzen könnten, um die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen. Ich denke an die Förderung von «Managed Care».

Managed Care



Hinter diesem Begriff steht eine Vielzahl von Modellen, zum Beispiel das Hausarztmodell, HMO-Praxen oder Ärztenetzwerke. Ihnen allen liegen dieselben Kerngedanken zu Grunde: Vernetzung und optimale Nutzung der Ressourcen. Beides mit dem Ziel, eine umfassende und gleichzeitig kostenbewusste Versorgung zu gewährleisten.

Dies wird in Zukunft immer noch wichtiger werden, weil sich unsere Gesellschaft verändert: Die immer höhere Lebenserwartung hat zur Folge, dass in unserer Gesellschaft immer mehr alte, mehrfach- oder chronischkranke Menschen leben, die eine umfassende medizinische Versorgung benötigen. Gerade für alte oder chronischkranke Menschen mit eingeschränkter Mobilität ist es ein grosser Vorteil, wenn sie dank Hausarzt- oder HMO-Modell eine einzige Anlaufstelle haben, ein Zentrum, wo die umfassende Versorgung *organisiert* wird. *Gewährleistet* wird diese umfassende Versorgung hingegen nicht von einer einzigen Berufsgruppe.

Viel eher braucht es eine lückelose und gut funktionierende Behandlungskette, die sich aus zahlreichen Berufsleuten zusammensetzt: Allgemeinpraktiker, Pflegefachkräfte, Apotheker,

Therapeutinnen, Spezialisten. All diese Berufsleute müssen neben- und miteinander, sich ergänzend arbeiten; aber nicht doppelspurig. Genau hier sehe ich Optimierungsbedarf: Die zahlreichen Akteure auf dem Gesundheitsmarkt müssen noch besser aufeinander abgestimmt werden. Je besser das Hand in Hand im Gesundheitswesen funktioniert, desto effizienter und günstiger wird es. Dabei denke ich nicht nur an die soeben genannten medizinischen Berufsleute. Viel mehr braucht es ein Hand in Hand aller Beteiligten: Berufsleute, Verbände, Politik und Bevölkerung. Veranstaltungen wie der heutige Polit-Talk sind in meinen Augen ein wertvoller Beitrag, dieses Hand in Hand an der Schnittstelle Politik - Bevölkerung zu fördern.

Wenn wir **unser** Gesundheitswesen nicht in den Griff bekommen, stehen andere rasch für unsere Patienten zur Verfügung; das verdeutlicht ein Blick auf weltweite Patientenströme. Ist die ärztliche Versorgung im eigenen Land zu teuer oder zu schlecht, scheuen Patienten die Reise ins Ausland nicht, der Medizintourismus boomt. Ich denke an Car-Unternehmen, die zahlreiche Schweizerinnen und Schweizer nach Osteuropa zur zahnärztlichen Behandlung fahren und ich denke an das luxuriöse Bangkok-Hospital, wo sich gemäss der Zeitschrift «Spiegel Wissen» jährlich Tausende von Patienten aus aller Welt behandeln lassen. Das Phänomen des Medizintourismus ist in den letzten zehn Jahren langsam gewachsen; Billigflüge und Internet machen es möglich.

In der ersten Phase waren es hauptsächlich oberflächliche Eingriffe am Körper, für die man ins Ausland reiste. Es ging in der Regel darum, schöner zu werden und nicht darum, gesund zu werden. Die Behandlung ernsthafter Krankheiten blieb bis vor kurzem eine nationale Angelegenheit. Doch auch das, meine Damen und Herren, hat sich in jüngster Zeit verändert und könnte auch für Schweizerinnen und Schweizer zu einer echten Alternative werden. Die Weltwoche schreibt in ihrer aktuellen Ausgabe, dass eine Bypassoperation in der Schweiz rund 34 000 Franken kostet, während sie in Indien für 11 000 Franken durchgeführt wird. Ähnliche Vergleiche gibt es für Thailand. Dort ist man für den Medizintourismus übrigens bestens gerüstet: Zum Bumrungrad International Hospital gehört ein Reisebüro, das nötigenfalls für seine Patienten eine Visum-Verlängerung besorgt.

Meine Damen und Herren, die Konkurrenz schläft nicht. Packen wir es gemeinsam an, unseren Patienten «Gesundheitswesen» gesund zu pflegen! Mit der heutigen Veranstaltung machen wir einen Schritt in diese Richtung. Ich möchte Ihnen, liebe Frau Vieli, herzlich für die Organisation danken und Ihnen, geschätzter Herr Rohrer, für die Plattform, die Sie uns im Tertianum zur Verfügung stellen. Vor allem aber danke ich Ihnen, verehrte Damen und Herren, dass Sie heute Abend dabei sind und Interesse zeigen. Ich bin gespannt auf Ihre Meinung und stehe für Fragen sehr gerne zur Verfügung.