

KVG-Revision: Notwendiges und Mögliches

Was erwarten die Ärzte von der KVG-Revision?*

A. M. Haefeli, Präsident Aargauischer Ärzteverband

Das Gesundheitswesen der Schweiz zeigt seit Jahren ein stetes (rund 5,4%/Jahr) von der übrigen Wirtschaftsentwicklung unabhängiges Wachstum. Von einer Explosion der Kosten kann nicht gesprochen werden. Bei knapp 11% Anteil am Bruttosozialprodukt bietet es rund 10,1% der Arbeitsplätze (Vollzeitäquivalente) (Quelle: BESTA) an. 4,6% der erwerbstätigen Männer und 19,5% der erwerbstätigen Frauen arbeiten im Gesundheitswesen an qualifizierten Arbeitsplätzen.

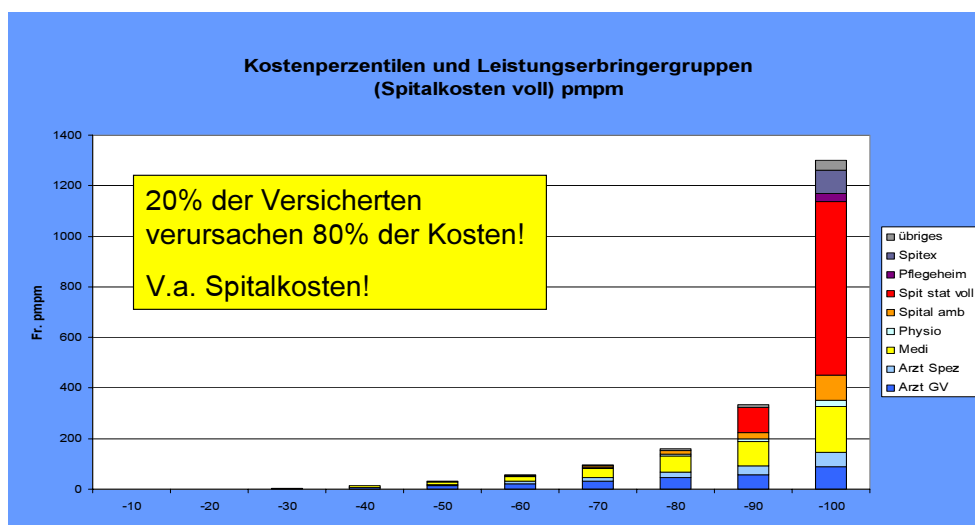
Verschiedene Änderungen der Finanzierung des Gesundheitswesens haben zu einem deutlich über der Leistungszunahme liegenden Wachstum der Versicherungsprämien geführt. Dies bewirkte ein Ungleichgewicht zwischen Lohnentwicklung und steigenden Prämien.

Leistungsspektrum, Zugang und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens haben sich im Laufe der letzten 15 Jahre stark geändert.

Die bestimmende Dominanz der Leistungserbringer, insbesondere der an zentraler Stelle agierenden Ärzte hat sich markant auf die Seite der Nachfrager, das heisst der Patienten verlagert. Die Gleichung: «Entwicklung der Ärztedichte = Motor der Kostenentwicklung» hat, wenn auch immer noch permanent wiederholt, ihre Gültigkeit verloren.

Die vom BAG und den Krankenversicherern in Auftrag gegebene Studie der Zürcher Hochschule Winterthur, welche Ende Juni 2004 in einer provisorischen Fassung publiziert wurde, reduziert den Einfluss der Ärztedichte auf das Kostenwachstum von immer wieder zitierten 70% auf knapp 20%. Selbst für die Arztkosten, welche sich über die letzten Jahre durch ein unterdurchschnittliches Wachstum von rund 3,7% auszeichneten, erklärt die Veränderung der Ärztedichte nur 40% des Kostenwachstums.

Ressourcenverbrauch Die Krankheit verursacht die Kosten



* Kurzfassung des Referates vom 26. August 2004, gehalten in Luzern

Korrespondenz:
Dr. med. Andreas M. Haefeli
Holzgass 1
CH-5242 Lupfig

Massgeblicher Motor ist ein zugrundeliegender «Trend» (Fortschritt, Inanspruchnahme usw.), welcher rund 56% des Wachstums erklärt.

Vor diesem Hintergrund ist es für die Ärzteschaft unverständlich, dass der Aufhebung des Vertragsrechtes in der jetzigen KVG-Diskussion ein derart hoher Stellenwert beigemessen wird und die einschneidenden Veränderungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis vernachlässigt werden.

Die zunehmende Komplexität des Gesundheitswesens verlangt nach vermehrter Führung durch die Leistungserbringer, insbesondere durch die Ärzte. Diese wird durch einen Kapazitätsabbau nicht gefördert.

Das Gesundheitswesen muss sich in den Prioritäten neu orientieren. Eine kleine Zahl von Patienten (20%) verbraucht rund 80% der Ressourcen der obligatorischen Krankenversicherung. Vor allem die Spitalkosten sind hier der entscheidende Faktor.

Um die Ressourcen korrekt einzusetzen, ist vordringlich die *Spitalfinanzierung* derart zu regeln, dass die Benachteiligung des ambulanten Sektors endlich entfällt.

Nur so zeigt ein gutes Disease-Management, welches Hospitalisationen vermeidet, die entsprechenden Resultate.

Die schlechte Ausgestaltung des *Risikoausgleichs*, welcher sich nur an Alter und Geschlecht

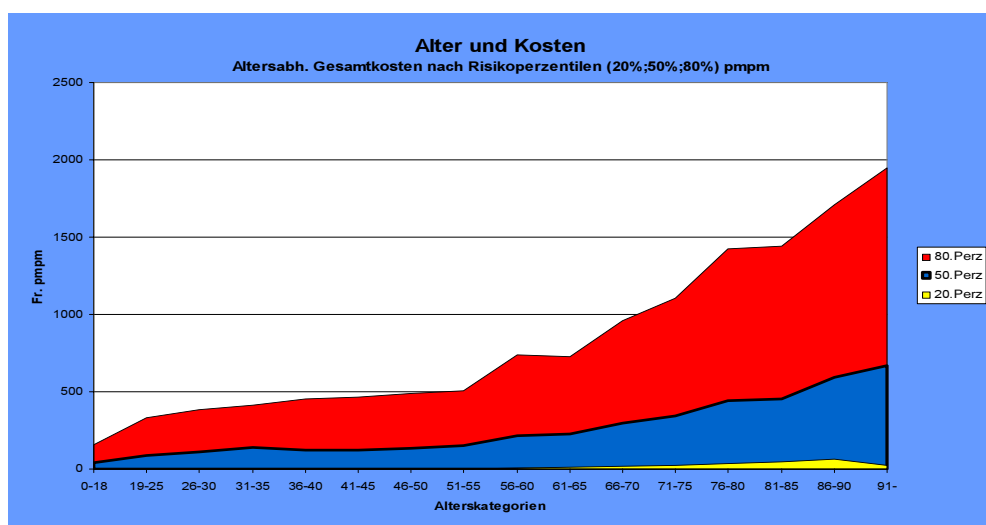
orientiert, setzt völlig falsche Anreize. Statt kostenintensive Patienten besser zu führen, müssen diese zur Korrektur der Risikostruktur an andere Versicherer und an andere Leistungserbringer ausgelagert werden. Beide Ebenen bringen keinen Systemgewinn – die Selektion auf Stufe der Leistungserbringer, welche vor dem Hintergrund der neusten Rechtsprechung und unter dem Aspekt der Aufhebung des Kontrahierungsrechtes eine hohe Virulenz erreicht, wird umgekehrt eher kostentreibend wirken.

Die Aufhebung des Kontrahierungsrechtes verschiebt die Prioritäten des Leistungserbringers weg von den Interessen des Patienten hin zu den Interessen der Versicherer. Der Patient verliert damit seine zentrale Vertrauensperson – der Behandlungsvertrag wird durch das existentielle Risiko des Verlustes eines Kassenvertrages unterlaufen.

Die Überprüfung einer wirtschaftlichen Behandlung hat durch eine korrekte, *risikojustierte Wirtschaftlichkeitskontrolle* zu erfolgen.

Sorgen bereitet auch uns die zunehmend un- ausgewogene Verteilung der Leistungserbringer. Hier wird man um staatliche Vorgaben nicht herumkommen, welche eine Unterversorgung der Peripherie und eine Überversorgung der Zentren verhindern soll. Damit wird sich der Staat auch bewusst um genügend Ausbildungsplätze für Grundversorger in den Spitälern bemühen.

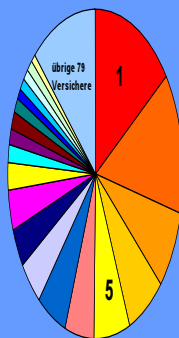
Potential der Risikoselektion durch Versicherer/Arzt



- Die Ärzteschaft fordert für die KVG-Reform eine andere Prioritätensetzung:
- Revision der Spitalfinanzierung;
 - Modifikation des Risikoausgleichs;
 - Förderung von Managed Care durch Reduktion der Kostenbeteiligung;
- eine Aufhebung des Kontrahierungsrechtes lehnen wir ab. Die ausgewogene Verteilung der Ärzte ist nicht den Versicherern zu überlassen – hier ist eine Gesamtplanung notwendig.

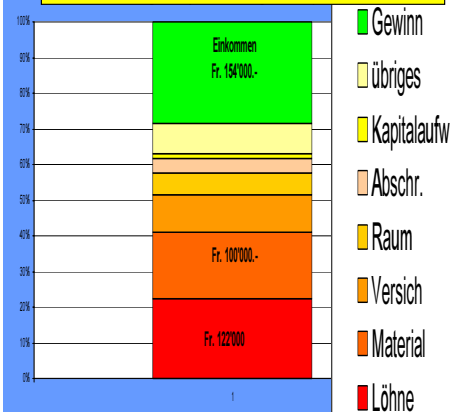
Der Wettbewerb – gleich lange Spiesse?

Die fünf grössten Versicherer decken 50% des Marktes ab



Quelle: BSV

Eine Allgemeinarztpraxis hat >70%UNKosten



Quelle BSV / ROKO 2002 Aargau

«Vertragsfreiheit» Versicherer - Arzt

