

Annamaria Müller beim Wort genommen

Wo packen wir jetzt wie an?

Die Analyse von Annamaria Müller ist pickelhart und die Ideen zur Verbesserung des in vielen Facetten müden Gesundheitssystems sind revolutionär. – Geht das überhaupt in der eher konservativen Schweiz, wo drei Mal überlegt wird, ob man überhaupt etwas ändern möchte. Wir haben daher der Gesundheitsökonomin ein paar Fragen gestellt.

Die Kantone haben heute die Hoheit über die meisten Teile des Gesundheitswesens. Sie pochen sehr auf ihr Mitspracherecht, weil sie hohe Beiträge an die Finanzierung leisten. Wie wollen Sie die Kantone von ihrem Modell überzeugen?

Den Kantonen wird nichts weggenommen. Sie werden weiterhin eine entscheidende Rolle im Gesundheitswesen tragen, und (kräftig?) mitfinanzieren dürfen. Allerdings werden die Karten neu gemischt: Die staatliche Finanzierung geht via Bürgerinnen und Bürger an die GVO und nicht mehr – direkt oder indirekt – an die (stationären) Leistungserbringer. Die Leistungserbringer werden zur Gänze von den GVO finanziert. Heutige, mehr oder weniger versteckte, wettbewerbsverzerrende Zuschüsse für gemeinwirtschaftliche Leistungen und ähnliches fallen weg. Die GVO tragen denn auch die Verantwortung für die zur Verfügungstellung sämtlicher benötigter Leistungen – wie dies heute z.B. im Unfallversicherungsbereich der Fall ist.

Der Staat selber betreibt keine Spital- oder Pflegeheimsteuerung mehr, sondern konzentriert sich auf die Aufsicht – eine Aufgabe, die um

einiges wichtiger sein wird als bisher – und sorgt für genügend Transparenz. Ich gehe dabei davon aus, dass auch die Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen überdacht werden müssten: Wer beaufsichtigt die Leistungserbringer und wer die GVO? Wichtig ist, dass alles transparent abläuft und dass die Erwartungen klar und Sanktionen griffig sind.

Wie die Kantone davon «überzeugt» werden können, ist mir ehrlich gesagt aber auch ein Rätsel. Als langjährige Kennerin der Szene und ehemalige stellvertretende Zentralsekretärin der GDK weiss ich, dass sich die Kantone selten einhellig hinter eine Idee scharen – es sei denn es gehe um die Verteidigung ihrer Interessen. Mittelfristig müssten aber auch sie einsehen, dass die partikulare Gesundheitspolitik, die wir aktuell betreiben, nicht zukunftsfähig ist.

Könnte ein koordiniertes Vorgehen von Verbänden der wichtigsten Leistungserbringer und der Krankenversicherer ihr Modell beflügeln? Welches sind die wichtigsten Trümpfe, welche die beiden Akteure überzeugen könnten?

Sicher wäre es wünschenswert, wenn sich die Verbände hinter die Idee des «GVO-Modells» stellen könnten. Allerdings ist dies vermutlich ebenso illusorisch wie die Einmütigkeit der Kantone. Irgendeiner wird immer einen Nachteil wittern, und sei dies nur, weil ein anderer einen Vorteil erkennt oder er sich profilieren muss. Dies läuft sowohl zwischen den Verbänden als auch auf Verbandsebene so ab, wie mich meine knapp sechsjährige Erfahrung als Generalsekretärin der FMH gelehrt hat. Darum plädiere ich für ein pragmatisches Vorgehen: Wir müssen das Thema ernst nehmen, es breit diskutieren, Ideen gebären, wieder verwerfen, Gemeinsamkeiten herauschälen und uns so – ganz «grassroot-mässig» – auf ein gemeinsames Zielbild einjustieren. Vielleicht ist mein Zielbild nicht das Richtige, aber wir brauchen eins. Unbedingt. Das ist der Trumpf, und zwar der einzige, den wir haben. Alles andere führt ins Leere.

In einem liberalen System geniessen Wahlfreiheit und Leistungsdifferenzierung hohe Anerkennung. Beides fördert ja auch den Wettbewerb und die Initiative von Leistungserbringern wie Krankenversicherern. Bleibt das in ihrem Modell ausreichend gewährleistet?

Ja natürlich! Und ich denke, es bestehen im neuen Modell mehr Freiräume als bisher. Wenn wir ehrlich sind, ist das heutige Zusatzversicherungsangebot ja nicht gerade berauschend: Es wird Spitalhotellerie verkauft, die man auch günstiger haben könnte, Spitalarztwahlfreiheit, die unter der Lupe betrachtet, so gar nicht existiert, sowie diverse Jux- und Nischenangebote im Bereich des Komforts oder der Wellness, welche die Prämie nicht wert sind (und ursprünglich auch eher für das Versichertenstreaming gedacht waren – bis der Risikoausgleich die gesunden 90-Jährigen in die Zielgruppe katapultiert hat). Eine echte Zusatzleistung im ambulanten Bereich existiert nicht – wie will man da z.B. AVOS für Zusatzversicherte attraktiv machen? Ausserdem beargwöhnen die Finma

Annamaria Müller, Vorsteherin Spitalamt des Kantons Bern



und andere Marktüberwacher den VVG-Bereich mit Argusaugen und vergällen einem die Aussicht auf grosse Volumina. Das gilt sowohl für die Kassen als auch für die Leistungserbringer. Dabei wissen wir alle, dass wir die Grundversicherung nur dank der Zusatzversicherten finanziell über die Runden bringen. Ein Wegbrechen der Querfinanzierung wäre für alle fatal. Nur wissen halt manche nicht, auf welcher Seite des Astes sie sitzen, an dem sie grad sägen...

Momentan wird viel über die Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS) gesprochen. Dies wäre ja bei Ihrem neuen System obsolet. Könnte daher Ihnen gegenüber nicht besonders starke Opposition erwachsen, weil namentlich eidgenössische ParlamentarierInnen finden könnten: Jetzt haben wir uns doch (endlich) auf diese EFAS eingelassen und nun soll gleich wieder alles über den Haufen geworfen werden?

Sicher könnte das der Fall sein. Meine Idee ist disruptiv. Das wird vielen nicht passen, die sich gerade leidenschaftlich für andere Lösungen

einsetzen. Leider sind dies in meinen Augen alles Scheinlösungen, die vielleicht einigen nützen, aber keine generelle Verbesserung für das System bringen. EFAS regelt nur den Kostenteiler neu. Das bringt sicher ein paar Verschiebungen mit sich; so versprechen sich beispielsweise die Ärztevertreter, auch endlich an die Futterkrippe der Staatsmittel vorzudringen (wenn der Tarmed staatlich subventioniert wird, könnte es den Versicherern egal sein, die Taxtpunktwerte ein paar Prozente anzuheben...). Handkehrum pochen die Kantone aufs Mitschwatzen im ambulanten Bereich (wie will man dies übrigens umsetzen, ohne die freie Arztwahl aufs Spiel zu setzen?). Die Systemgrenzen bleiben dagegen aufrecht, an der Art der Gesundheitsversorgung ändert sich nichts. Aus meiner Sicht ein aufwändig inszeniertes Nullsummenspiel.

Ihr Modell entspricht einem gewaltigen Systemwechsel. Das ist schwer zu verdauen. Lassen sich Ihre Vorstellungen auch schrittweise umsetzen und – wenn Ja – auf welche Weise?

Gegenfrage: Sie stehen im neunzehnten Jahrhundert und schielen ins einundzwanzigste; was

müssen Sie alles planen, vorbereiten, inszenieren und vorkehren, um dorthin zu gelangen? Die Antwort auf diese – zugegebenermassen suggestive – Frage lautet natürlich: nichts! Das Weltgeschehen lässt sich nicht steuern wie ein Flugzeug, man landet bei bester Planung nur umso präziser daneben. Das gilt auch für komplexe Systeme wie das Gesundheitswesen. Damit will ich jetzt nicht sagen, dass wir nichts tun können oder sollen, doch wir sollten nicht der Illusion anheimfallen, dass wir das System bauplanmässig Schritt für Schritt umkrepeln können oder sollen.

Mir schwebt vielmehr ein «inkrementelles» Vorgehen vor: Sobald wir uns im Grundsatz auf Zielbild geeinigt haben, sollte jede Massnahme, die diskutiert wird, darauf abgeklopft werden, ob sie uns dem Bild näher bringt oder nicht. Was in die falsche Richtung führt, wird verworfen. Alles andere kann laufen gelassen werden. So kommen wir vielleicht nicht schnell zum Ziel und müssen eventuell ein paar Umwege machen oder Lernschlaufen drehen. Aber wir müssen weder in Duldungsstarre verharren, bis ein Karajan kommt und uns die Musik erklärt, oder unkoordiniert in die Tuben blasen, wie das derzeit der Fall zu sein scheint.



Trendtage
Gesundheit
Luzern

Trends und Perspektiven im Gesundheitswesen
Machbarkeit – Finanzierbarkeit – Ethik

27. und 28. März 2019
KKL Luzern
trendtage-gesundheit.ch

Jetzt anmelden!
Frühbuchungs-
rabatt bis
26. November 2018



GENETIK



Chance und Dilemma

#TGL2019