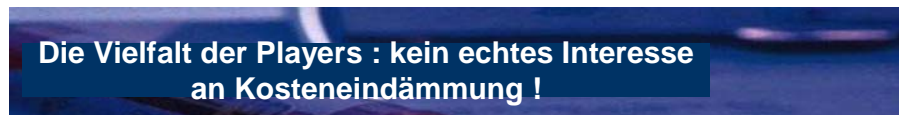


Vortrag volkswirtschaftliche Gesellschaft Bern

„Sind Gesundheit und Alter noch versicherbar?“

Montag, 6. Februar 2006

Von Prof. Dr. Roland Schaefer, Greng



Meine Damen und Herren

Einen Vortrag halten heisst ja immer, sich mit der Frage befassen, was soll man überhaupt erzählen. Soll man brav und bieder irgendetwas wiedergeben, das das Auditorium freundlich zur Kenntnis nimmt, aber niemanden interessiert, oder soll man sich zum Fenster hinauslehnen und versuchen, Anstösse zu geben. Auf die Gefahr hin, dass Adenauers Aphorismus zutrifft: Wer Anstoss geben will, wird Anstoss erregen.

Nun, Sie haben den Weg hierher gefunden, ev. wegen des Titels: Sind Gesundheit und Alter noch versicherbar? Für die Eiligen unter Ihnen hier bereits die Antwort:

Wenn wir so weiter machen wie bisher, wenn alle ihre eigenen Interessen verfolgen, wenn Gesundheitsleistungen generell noch nach dem

Selbstbedienungs- und nachfrageinduzierten Angebotsprinzip erbracht werden, dürften drastische Massnahmen in naher Zukunft liegen. Was sind drastische Massnahmen: Global Budget, Einfrieren von Prämien, das Generieren von stillen Lasten – ein neuer Begriff der Finanzanalysten, wenn man nicht sagen will, dass man pleite ist –, und allenfalls Lohnnebenkosten, die unsere Wettbewerbsfähigkeit in echten Märkten - der Gesundheitsmarkt ist keiner – noch mehr verschlechtern wird.

Nur nebenbei: Bei General Motors – Verlust mindestens 5 Milliarden US \$ im Jahre 2005 – belaufen sich die Lohnnebenkosten pro Fahrzeug auf rund 1800 \$. Es sind die Krankenversicherungsprämien und die Rentenzahlungen an Pensionierte – auf 2 Arbeiter ein Rentner -. Wenn sie sich einen KIA kaufen, dann machen die Lohnnebenkosten noch 100 US \$ pro Fahrzeug aus.

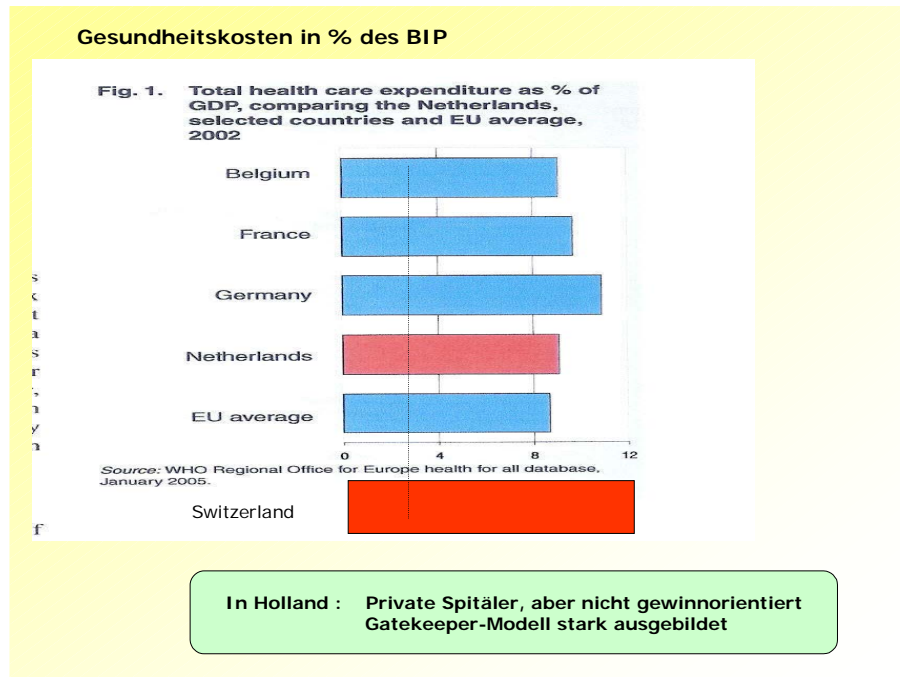
Wir werden in der kurzen uns zur Verfügung stehenden Zeit leider nicht Gelegenheit haben, uns noch mit dem Alter zu befassen. Die Begründung eines neueren Bundesgerichtsentscheides – BGer 12.03.2004, CaseTex Nr.: 5100,; 2A.441 – spricht aber Bände und sei deshalb stellvertretend für weitere Ausführungen diesbezüglich in den Raum gestellt. Recht hilflos und ohne saubere Benutzung der juristischen Hilfsmittel wie die sog. teleologische Auslegung, Lückenfüllung, qualifiziertes Schweigen – das was wir unseren Studenten immer predigen – kommt das BGer zum Schluss: Da die Leistungen in der obligatorischen beruflichen Vorsorge nicht gekürzt werden dürfen, da der Mindestzinssatz und der Umrechnungssatz festgeschrieben ist, gibt es nichts anderes als Zuschlagsprämien, wenn die Vorsorgeeinrichtung in Schiefelage gerät, auch wenn dies im Gesetz nicht vorgesehen sei. In der angelsächsischen Rechtsordnung hätten wir auch dafür auch das juristische Allerheilmittel: economic analyses of law oder die ökonomische Analyse des Rechts. Auch für die Eiligen: Meine sehr subjektiven Heilmittel – es sind natürlich nicht Generika, das Patent ist noch nicht abgelaufen und damit dürfen die GesundheitsökonomInnen schon nach Produktfehlern und damit einer Produkthaftung suchen – sind:

- **Naturalleistungsprinzip** für den Krankenversicherer, dann erbringt er einen echten added value im Bereich der Gesundheitsprävention und Gesundheitsversorgung.
- Die Harmonisierung des Gesundheitswesens auf **Bundesebene** und damit Abbau der kostentreibenden föderalistischen Strukturen. Wir haben es weitgehend letzte Woche bezüglich Schulwesen geschafft, weshalb sollte es nicht auch dort möglich sein, wo uns die Ausgaben schlicht und einfach davonlaufen.
- Klare und einfache Strukturen bei der **Spitalversorgung** und - **finanzierung** und damit ein Ende für das Schwarzpeterspiel
- Einführung eines steuerbefreiten **Medical Savings Accounts**, dessen Höhe mit dem Selbstbehalt bzw. der Franchise der Krankenversicherung – ob diese sozial oder privatrechtlich verankert ist, spielt keine Rolle – gekoppelt ist und damit Selbstverantwortung und Eigeninvestition des Konsumenten.

- Ersatz des wettbewerbsverzerrenden – sofern von Wettbewerb überhaupt gesprochen werden kann – **Risikoausgleichs** in der Krankenversicherung durch einen Schadenpool, der dem **Elementarschadenpool** der Sachversicherer nachgebildet ist.
- Koordinierte und konzertierte Behandlung, Betreuung und Begleitung von bestimmten Diagnosegruppen – echte **integrierte Versorgungsmodelle** – auch im Hinblick auf Arbeitsplatzsicherung und berufliche Rehabilitation, was eine gewisse virtuelle Zentralisierung der „Schadenbehandlung“ zur Folge hätte.

Aus diesem Framework dürfte klar hervorgehen, dass es mir nicht darum geht, irgendeinem einem Player in diesem Spiel den Schwarzen Peter zuzuspielen, so wie das in Extenso heute geschieht, sondern schlicht und einfach mal eine **Auslegeordnung** zu machen. Selbst das EVG hat sich dazu herabgelassen, anstatt selber die Problematik der Finanzierung sauber anzugehen und den Finger auf die Wunde Stelle zu legen, einfach mal die Player zu tadeln. Es tönt wie folgt: Die Leistungserbringer, die Versicherer und die staatlichen Organe würden die ihnen vom Gesetz zugeordneten Aufgaben, nämlich den Abschluss von Tarifverträgen nicht wahrnehmen. Wir können den Ball locker zurückspielen: Aufgabe unserer obersten Gerichtsinstanzen ist es, Lösungen im Graubereich unserer Normenlandschaft zu finden, wenn Rechtsunterworfenen – und dies gilt für alle Player - ihre eigenen Interessen soweit forcieren, dass sie mit denjenigen der andern Mitspieler kollidieren. Damit sehen Sie, wie auch die Judikative in diesem Spiel mitspielt und leider sehr zögerlich. Das eskalierende Problem der Überwälzungsmechanismen bei den Privatspitälern im Kanton Bern mit allgemeiner Abteilung wurde 2001 vor Verwaltungsgericht Bern entschieden, ans EVG weiter gezogen, dort bis 2005 mal aufs Eis gelegt, im Jahre 2005 ans Verwaltungsgericht Bern zurückgewiesen, dort im Dezember 2005 entschieden und nun ist der erste Fall wiederum in Luzern angelangt. Wenn es nochmals 4 Jahre dauert, hätten wir dann 8 Jahre verwendet, solange wie im Übrigen auch die Geburtswehen um die Harmonisierung des Schulwesens dauerte. Und das entspricht ja mal nur der Strategie: Strategische Arbeit ist 5 % der Gesamttätigkeit, umsetzen sind 95%.

Was die Folie nicht zeigt ist, dass unser Wachstum trotz aller beschwörenden, positiven Prognosen stottert. Umlageverfahren und insbesondere Generationenverträge – darauf basieren unsere Sozialversicherungssysteme – setzen Wachstum voraus. Einzig ein Bereich zeichnet sich als **Wachstumsbranche** mit hoher Dynamik - so Bundesrat Couchepin in der Einladung zu den Luzerner Trendtagen Gesundheit – aus: das Gesundheitswesen. Nimmt man noch den Vorsorgebereich dazu – Pflegekosten im Alter werden mittelfristig nur durch Kapitaldeckungsverfahren und damit durch Vorfinanzierung des Individuums versicherbar sein –, so sind wir hinsichtlich Gesamtumsatz auf einem Drittel des Bruttoinlandproduktes.



Die **Nachfrage nach Leistungen im Gesundheitsbereich** werden durch drei Faktoren geprägt:

- den **hohen Stellenwert** des Gutes Gesundheit,
- die **angebotsinduzierte Nachfrage**: Der Leistungserbringer bestimmt weitgehend, welche Leistungen erbracht werden, und
- den **Moral Hazard** oder die **Selbstbedienungsmentalität**: Der Versicherte muss für die Kosten der bezogenen Leistungen nicht selber aufkommen. Das System des Tiers Payant verstärkt diese Haltung noch zusätzlich.

Und die wohl gewichtigsten Ursachen für diese Nachfrage sind

- **Bewegungsmangel, Alkohol und Tabak**

Im Gesundheitsbereich scheint noch etwas zu holen zu sein und damit tummeln sich im Umfeld der unmittelbar Involvierten – Ärzte, Spitäler, die Pharmaindustrie, andere Leistungserbringer im medizinischen Sektor, Sozial- und Privatversicherer, Kantone, Gemeinden – weitere Anbieter: die Post, Postfinance, Swisscom, Beratungsfirmen, IT-Anbieter, Rehabilitationsspezialisten und vieles mehr. Die Wachstumsbranche zieht weitere Anbieter an und wird damit noch solange wachsen, bis wir es uns nicht mehr leisten können.

So hat die Zahl der FMH-Arztpraxen von 1997 bis 2002 um 9% zugenommen, von 13'256 auf 14'458. Im gleichen Zeitraum hat die Zahl

der Psychiater mit eigenen Praxen um 20% zugelegt, bei den Jugendpsychiatern sogar um 35%. Im Kanton Basel-Stadt kommen auf 100'000 Einwohner 88 Psychiater, die zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig sind, in Genf sind es 70, im Kt. Bern 33 und in Glarus 5.

Bevor wir versuchen, eine Begründung für meine einleitend aufgestellten Heilmassnahmen zu geben noch folgende Episode: Ein **Ereignis, an dem ich persönlich Anstoss nahm und das dann eigentlich auch prägend wirkte für das nachfolgende Infragestellen von Rechnungen, Tarifen und ähnlichem.**

Obwohl Oldtimer-Eishockey eigentlich sanft, ohne Checks und ohne übermässiges Profilierungsbedürfnis ablaufen sollte, erwischte es mich vor ca. 4 Jahren. Vier gebrochene Rippen mit Einlieferung ins Spital an einem Samstagabend. Nach dem Röntgen und der feststehenden Diagnose mein Wunsch, in einem Privatbett, Einzelzimmer liegen zu können. Ich verliess entgegen dem fast Befehlston annehmenden Rat der am Montagmorgen zahlreich aufrückenden Götter in Weiss das Spital, mit Unterzeichnung eines Waivers für mein unbotmässiges Verhalten. Wichtig aber: Aufenthaltsdauer zwei Nächte. Gemäss UVG werden drei Tage verrechnet mit einem Bettenpreis von 500.- pro Nacht. Dann kam die Zusatzrechnung für das Bett in der privaten Abteilung von weiteren 700.- pro Nacht: Aufenthaltskosten somit insgesamt 2'900.- für zwei Nächte. Nicht bedacht habe ich als ausgekochter Versicherungsprofi, dass mein seit 20 Jahren – schadenfrei – verlaufender Vertrag bei einem Krankenversicherer keine Zusatzdeckung für die Privatabteilung für das Unfallrisiko enthielt. Konfrontiert mit der Ablehnung und der Stellungnahme verschiedener Spezialisten im Krankenversicherungsbereich, dass es mit den 2'900.- schon seine Richtigkeit habe, habe ich es mir doch erlaubt, die Rechnung in Frage zu stellen. Total 1'450.- pro Nacht sei doch ein bisschen viel. Als das Spital nach langen Auseinandersetzungen endlich begriff, dass ich als Selbstzahler keinem Tarif unterstehe, hinsichtlich der 1'500 gemäss UVG keine Einwände hätte und somit „nur“ die zusätzlichen 1'400.- in Frage stelle, die von einem Zusatzversicherer auch ohne Murren bezahlt worden wären, und ich mich dazu juristisch auf Übervorteilung gemäss OR berufen werde, stand urplötzlich nur noch ein Selbstzahleransatz von 130.- pro Nacht zur Diskussion.

Dies hat mich aufgeschreckt, aufgeschreckt auch, dass die Praktiker in der Versicherung dies als absolut normal betrachteten. Und hat dann zur kritischen Infragestellung von auch anderen Problembereichen geführt.

Und damit nochmals: Wenn wir den Gesundheits- und Vorsorgemarkt finanziell stabilisieren wollen, müssen sich **alle Players hinterfragen**. Dazu gehören natürlich auch die Versicherer und insbesondere die Krankenversicherer, die im Grunde genommen sich darauf beschränken, Ressourcen zu allozieren, allenfalls Nachkontrollen zu machen, aber aktiv nichts unternehmen, um einen echten added value zu schaffen. Echte Prävention, echte Fallbegleitung wäre gefragt, Second Opinions, nicht als

Kontrolle empfunden, sondern als Bestärkung der eigenen Auffassung oder bei Abweichung, als Sicherungselement, um Haftpflichtfragen aus dem Wege zu gehen.

I. Zum aufgeklärten und mündigen Konsumenten

Make health care more affordable by giving consumers more direct control of their care

Nun: Präsident Bush scheint die Lösung für das amerikanische Health Care System gefunden zu haben: Vor knapp zwei Wochen liess er sich wie folgt verlauten:

"Do you realize the medical field is one where you don't do any **comparative shopping**", he told an audience last week. "When you buy tile... for your house, you're out there shopping it. You... say, 'Look, what am I bid?' When you're buying pipe or things you put in the wall... you're out there bidding price ... There's no transparency in pricing in medicine," he said. "You don't know whether the guy next [door] is going to offer a better deal."

Also: die Lösung ist klar, sie gehen ins Home Depot, zu Walmart, vergleichen die Preise und dann kaufen sie auch Leistungen im Gesundheitsbereich ein. Zu einfach oder doch nicht? Sie kennen die Pharmacies in Walmart, Walgreens, CVS und wie sie alle heissen. Ibuprofen 400 mg können Sie ohne Rezept, einfach so vom Gestell nehmen. Was sie sehrwahrscheinlich noch nicht kennen ist die sog. **„Nurse-Based primary care“** in Minnesota im Target, einem Superstore. Weshalb sollten erfahrene Krankenschwestern nicht in der Lage sein, Ohrenentzündungen, Halsweh, Grippe, ja sogar Sinusitis richtig zu behandeln und deshalb ist das Unternehmen Minute Clinic daran, diese „Gesundheitskioske“ zu verbreiten. Mit Medgate, dem ärztlichen Beratungszentrum, in der Schweiz haben wir im Grunde genommen ähnliche Denkansätze und die Durchdringung des Marktes nimmt zu.

Nur nebenbei: **Managed Care**, heute in der Schweiz das Schlagwort, wurde 1990 in den USA eingeführt. Es gab und gibt heute noch Modelle mit flat oder capitation fees und auch die konnten den Anstieg der Gesundheitskosten nicht vermeiden. Auch die Ansätze zu einem **Pay for Performance** anfangs der 2000-er Jahre – pay doctors and hospitals not

for how much care they give but rather for how well they care for patients. – waren mehr Tests als echte Versuche.

Der Ansatz von Präsident Bush ist nun der, nicht beim Provider anzusetzen, sondern beim **Konsumenten**. Der Markt soll's richten, denn wenn der Amerikaner mehr aus seiner eigenen Tasche bezahlen muss, auch wenn das Geld vom Arbeitgeber oder sogar vom Staat kommt, dann wird er sorgfältiger damit umgehen. Und wenn so der Kunde zu einem preisbewussten Shopper wird, dann müssten sich die Health-Care Provider auch wie ein Telefonanbieter oder Automaker verhalten. Der Weg dazu: **Health Savings Accounts**, womit der Amerikaner seit der Ära Bush steuerbefreit pro Jahr und Person 2'700.- US-\$ auf die Seite legen kann, 5'450.- pro Familie, und daraus dann diejenigen Health Costs übernehmen kann, die im deductible – d.h. also in der Franchise des Krankenversicherers – ungedeckt hängen bleiben. Interessanterweise führt dies zu einem echten Shopping: Gemäss einer Aussage eines family doctors werden bei ihm per Telefon die flat fees u.a. für eine Geburt nachgefragt. Es führe auch dazu, dass bestimmte Bluttests oder Ultraschalluntersuchungen nicht mehr durchgeführt würden – nur einer von 100 sei im Übrigen relevant –.

«Ce qui est simple est faux, ce qui est compliqué est inutilisable“ könnte man dem auf den ersten Blick entgegenhalten. Aber im Grunde genommen hat diese Idee, die im Übrigen 1997 in den USA ihren Anfang nahm, vieles für sich. Empowering Health Care Consumers through Tax Reform hiess das Buch von Grace-Marie Arnett.

Beim Konsum muss irgendwer die Abgrenzungslinie ziehen. Weshalb nicht der Konsument selber? Wir Juristen kennen dieses Problem bestens. Um mit einem berühmten Richter und Juristen – Cardozo – aus den USA zu sprechen: You have to draw the line.

Ein hübsches Beispiel ist die In-vitro-Fertilisation. Mal abgesehen von der Frage, ob überhaupt ein Krankheitszustand vorliegt – die gestörte Familienplanung wird in Deutschland als Krankheit anerkannt – stellen sich dann Fragen wie:

Wenn die Erfolgsquote statistisch betrachtet ca 20-30% ist, wie viele Male darf ich probieren? 3-mal, 6 mal 10 mal? Wie viele Kinder darf ich so zeugen? 1, 2, 5 und wie viele Male darf ich hier probieren? Und last but not least: Wenn's beim Mann hapert, muss die Versicherung des Mannes oder diejenige der Frau bezahlen? Oder soll man hier evtl. teilen?

BGH 03.03.2004: Der private Krankenversicherer des Mannes hat die Kosten für die In-vitro-Fertilisation vollumfänglich, d.h. auch die durch die Ehefrau verursachten, zu übernehmen.

Um allen Missverständnissen vorzubeugen: In der Schweiz wird die Kostenübernahme bei In-vitro-Fertilisation zu Lasten der obligat. Krankenversicherung verneint. Das EVG hat dazu am 04.07.2003 festgehalten, dass bei neuen oder Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befinden, eine Kommission von Spezialisten entscheide und es so dem Gericht nur noch offen stehe, zu überprüfen, ob dies den Prinzipien der Gesetzes- und Verfassungsmässigkeit entspreche, nicht aber, ob die mit besonderen Fachkenntnissen ausgestattete Kommission zu recht die komplexe medizinische Frage richtig beantwortet hat.

Wo wird bspw. die Linie gezogen bei einer **Lebertransplantation**? Insbesondere dann, wenn es sich um eine solche von einem Lebendspender handelt. Kosten so zwischen 150'000.- und 200'000.- Diese Frage wurde erst im September vergangenen Jahres dem Grundsatz nach entschieden. Der obligatorische Krankenversicherer hat diese Kosten zu übernehmen. Und um hier einen ungesunden Wettbewerb einzuschränken, macht man eine Einschränkung auf der Anbieterseite: Nur zwei Spitäler in der Schweiz dürfen derartige Transplantationen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung durchführen. Auch hier: You have to draw the line. Eher unjuristisch aber wirksam.

Dies gilt im Übrigen auch bei den **Schleudertraumafällen** und den häufigen psychosozial bedingten Folge-Erwerbsunfähigkeiten. Verfolgt man die Praxis des EVG über eine längere Zeitperiode mit Sorgfalt und versucht man, die eigentlichen Entscheidungsgründe zu spüren, so ist klar zu erkennen, dass nach einem ursprünglich etwas unbedachten Schleusenöffnen das EVG sanft aber immer mehr Gegensteuer gab und so die finanzielle Belastung eines der Sozialversicherungssysteme vermeidet. Nur nebenbei: Da das BGer ein etwas anderes Verständnis von der Adäquanz als Zurechnungsmassstab hat, wird das Haftpflichtrecht zum **Auffangbecken** für vom Sozialversicherer abgelehnte Fälle: Die Linie ist anderswo gezogen; nicht das Kollektiv der Sozialversicherten bezahlt, sondern das kleinere einer bestimmten Verursachergruppe. Ein Tummelfeld für clevere Anwälte.

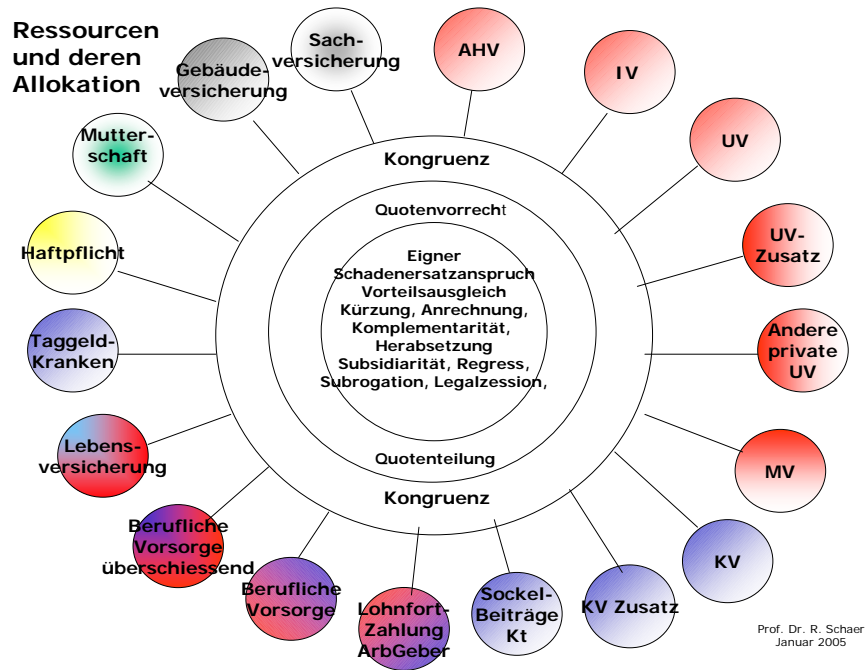
Und damit zurück zum aufgeklärten und marktgewandten Kunden: Nicht nur Bush geht von einem solchen aus, sondern auch unser **Bundesrat**. So scheint er noch Ende 2005 keinen Bedarf für die Normierung des **Online-Geschäftsverkehrs** zu orten: Das geltende Recht sei genügend und wir hätten aufgeklärte Konsumenten. Der Bürger sei mündig und im Übrigen lehne die Wirtschaft eine derartige Normierung ab. In Deutschland geht der BGH von weniger aufgeklärten Konsumenten aus, denn er verbietet in ständiger Rechtsprechung seit 1994 das **Cold Calling**. Ein Telefonanruf im Privatbereich zu Werbezwecken gilt als gegen die guten Sitten verstossend, ist eine Verletzung der geschützten Privatsphäre und nur dann zulässig, wenn zuvor ausdrücklich oder konkludent das Einverständnis zu einem derartigen Anruf gegeben wurde. Eine Regelung

in AGB genügt nicht. Wie viele Anrufe haben Sie letzten Herbst von Call Centers von Krankenversicherern erhalten?

Doch zurück zu den **MSA**: Hätte ich über die letzten mehr als 40 Jahre, in denen ich die Krankenversicherungsprämie selber bezahlen musste, ein MSA öffnen können, so würde sich dies heute wohl auf ca. 200'000.- belaufen. Ich war nie krank, abgesehen von einer chronischen Achillessehnenentzündung, die ich in einer teuren Spezialklinik in der Nähe von Basel bei einem Berner Sportarzt operieren liess, und könnte mein Konsumverhalten selber bestimmen. Bei Anzeichen von Stirn- und Nasenhöhlenentzündung nach langen Flügen in unterkühlten Flugzeugen werfe ich Baktrim Forte ein, nicht Nopil Forte oder sonst ein Antibiotika, das 6 mal teurer ist. Ich gehe auch nicht zu meinem Hausarzt, mit dem ich ab und zu einen Whisky trinke, was gemäss seinen Aussagen eine sehr gute Medizin sei. Ich könnte damit ein Versicherungsprodukt gebrauchen, das erst auf meinem angesparten MSA aufsetzt, was es sehr günstig werden liesse. Dass es dann teurer wird, wenn ich den MSA aufbrauche, liegt auf der Hand.

2. Zum Naturalleistungsprinzip und der Versicherungswirtschaft generell

Der Versicherer heute ist nichts anderes als Zahlstelle. Er verteilt, gestützt auf das Gesetz der Grossen Zahl(!), die Gelder, nimmt herzlich wenig Einfluss auf die Art der Behandlung, den Behandlungspfad, das heisst er bleibt passiv. Der Versicherer muss aktiv werden. Er hat im Grunde genommen ein übergreifendes Know-how, das er im Interesse der gesamten Volkswirtschaft einbringen muss. Er muss zu von einem blossen Zahler zu einem Berater, Betreuer, Begleiter mutieren. Was er eigentlich teilweise schon sollte, wenn man den Art. 27 des ATSG ernst nimmt.



Greifen wir doch mal die Invalidenversicherung heraus. In den 60-er Jahren ins Leben gerufen, dann Verdoppelung der Leistungen in den Boomjahren 1970 und folgenden. Die Überentschädigung war die Folge und deshalb wurde im Jahre 1979 die Subrogation für die Sozialversicherer eingeführt. Nicht wegen Finanzierungsproblemen damals, sondern um Überentschädigungen zu vermeiden.

Ich habe damals das Überentschädigungsverbot als allgemeines Grundprinzip bezeichnet, nicht zuletzt um der tastenden Rechtsfortbildung eine Stütze zu geben. Denn schliesslich lebt das Recht ja nicht von den Normen, sondern von der Klinik des Rechts selber. Der neue Fall entscheidet über die Eignung, Tauglichkeit oder Verbesserungswürdigkeit einer Norm; ausschlaggebend ist nicht sie, sondern das Operationsziel. Das EVG hatte Mühe, diesen Grundsatz anzuerkennen und es bedurfte dann schlussendlich des ATSG im Jahre 2003, mit dem dieses Prinzip verankert wurde.

Heute hat die Subrogation ein anderes Gesicht erhalten: Es geht darum, dass der Sozialversicherer soviel wie möglich zurückholt und damit ein anderes Kollektiv belastet wird. Hinter den Kulissen wird sogar das **Quotenvorrecht des Sozialversicherers** diskutiert, was schlicht Unsinn wäre.

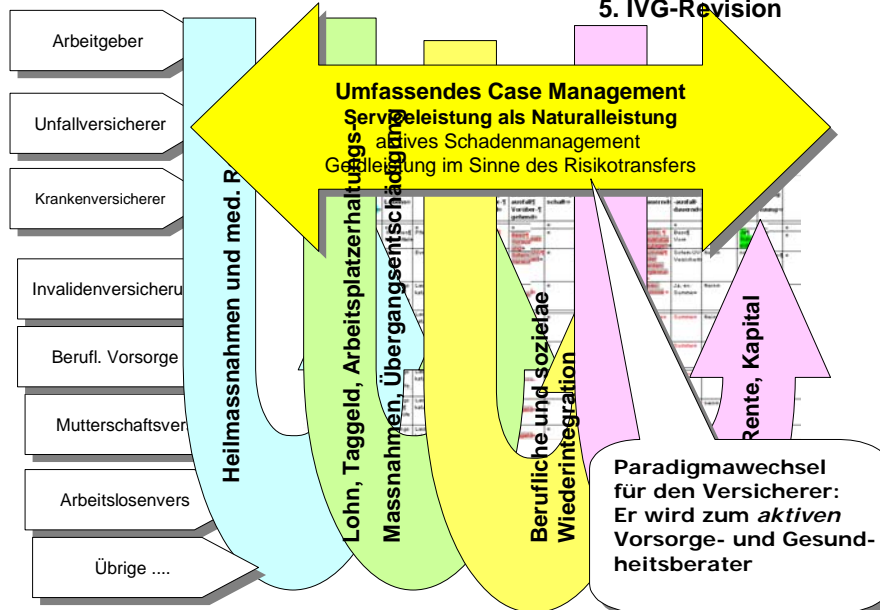
Finanziell ist die IV am Trudeln. Ein Loch von heute 7 Milliarden, das alljährlich um 1,5 Mrd. zunimmt. Mit der 5. IVG Revision verschiebt man bestimmte, heute von der IV übernommene Krankenleistungen auf den Krankenversicherer – linke Tasche, rechte Tasche –, was wiederum dort einen Prämienschub auslösen wird. Man preist das Allerheilmittel Eingliederung vor Rente, und macht damit ein Revival, denn dieser Grundsatz galt schon bei der Entstehung der IV. Er wurde schlicht nicht umgesetzt: Die IV kam systembedingt immer zu spät.

Und nun sollen es sog. „**integrierte Versorgungsmodelle**“ schaffen. Ursprünglich so bezeichnet, heisst es nunmehr abschwächend „**interinstitutionelle Zusammenarbeit**“. Es soll dazu verhelfen, dass bei sich abzeichnenden Invaliditäten alle Involvierten koordiniert vorgehen.

Navigator für Leistungsübersicht und Koordination
(Kumulation, Anrechnung, Subrogation u.a.)

Übersicht Leistungen												
	HK	Verrichtungen Tägl. Lebens	Pflege-Aufwand	Haushalt-Schaden	Beruf Erwerbs-ausstall. Vorüber-gehend	Nebenberuf Erwerbs-ausstall. Vorüber-gehend	Zusätzl. Aufwand Ersatz-stellung	Zusätzliche Berufsaus-übungs-kosten	Beruf Erwerbs-ausstall. Dauernd	Neben-Beruf Erwerbs-ausstall. Dauernd	Mehrkosten Berufs-ausübung	
UV - oblig.	Ja	Hilfsmittel	Pflege	Nein	Taggeld	Beso. Voraussetzung	Nein	Ev.	Rente, Teuenerungen	Beso. Vor	Nein	
UV - Zusatz	Ev.	Ev.	Ev.	Ev.	Taggeld-zusatz	Soltem UV-Versichert	Nein	Nein	Summe Oder	Soltem UV-Versichert	Nein	
UV - Privat	Ja	Leistungskatalog Überprüfen	Leistungs-katalog	Nein	Ev. Taggeld	Ev. Taggeld	Nein	Nein	Renten-Subrogation	Ja, ev. Summe	Nein	
UV - Inassen	Ja	Leistungskatalog Überprüfen	Leistungs-katalog	Nein	Taggeld	Taggeld	Nein	Nein	Summe	Summe	Nein	
UV - Abo	Ja	Leistungskatalog Überprüfen	Leistungs-katalog	Nein								
UV - Kreditkarten	Ja	Leistungskatalog Überprüfen	Leistungs-katalog	Nein								
UV - von Dritten	Ja	Leistungskatalog Überprüfen	Leistungs-katalog	Nein								
UV - Reise	Ja	Leistungskatalog Überprüfen	Leistungs-katalog	Nein								
UV - Schutzbrief	Ja	Leistungskatalog Überprüfen	Leistungs-katalog	Nein								
Lohnfortzahlung Arbeitgeber	Nein	nein	Nein									
UTI- Kranken-versicherer	Nein	Nein	Nein									
KrankenVers	Subsidar	Nein	Ja									
Kranken-Zusatzversicherung	Ja	Leistungskatalog Überprüfen	Leistungs-katalog	Nein								
Kollektivkranken-taggeldVers	Nein	Nein	Nein									

Umfassendes, integriertes Versorgungsmodell : vorgesehen mit der 5. IVG-Revision



Dies macht Sinn.

Aber: Ein Problemlösungsansatz ist häufig Inkubator für neue Probleme. Hier balgt man sich nun darum, wer den **Lead** hat. Gerade bei Unfallereignissen und Berufskrankheiten würde es ja Sinn machen, dass die Suva, die einen guten Job macht, dies tut. Ganz abgesehen davon sind ja nur 10% der Renten unfallbedingt, 10% sind geburtsgebrechensbedingt und ungefähr 80% sind krankheitsbedingt.

Und man sollte dort seine Kräfte bündeln, wo der grösste Hebel wirkt, d.h. bei **krankheitsbedingter Invalidität**. Und gerade hier hat die 5. IVG Revision einen systemimmanenten Fehler. Im Zusammenhang mit der Früherkennung soll nicht etwa der Krankenversicherer auf sich abzeichnende Invalidisierungsfälle aufmerksam machen. Dies obwohl gerade er, lange bevor sich eine Invalidität abzeichnet, diejenigen Patientengruppen - es sind im übrigen die diagnosespezifischen, die in Holland Grundlage des Risikoausgleichs sind, in der Schweiz aber in den Hintergrund gedrängt werden - kennt und seine Schadenerledigung darauf ausrichtet. Der in dieser Früherkennungsgemeinschaft teilnehmende Krankentaggeldversicherer hinkt mit den Wartefristen regelmässig mit einem Zeitverzug von 6 Monaten hinterher und kümmert sich ganz abgesehen davon herzlich wenig um die Diagnose. Weshalb der Krankenversicherer nicht? Datenschutz? Unverständlich...

...



Gebrechens- / Fallbearbeitungsgruppen

Nr.	Grp.	Bezeichnung	Nr.	Grp.	Bezeichnung
1	1	Diabetes I	12	6	Epilepsie
2	1	Diabetes II	13	6	Parkinson und Multiple Sklerose
3	2	Herzkrankheiten	14	7	Magenkrankheiten
4	2	Herzinsuffizienz	15	7	Morbus Crohn / Magengeschwüre
5	2	Hirnschlag	16	8	HIV
6	3	Rückenschmerzen, Rheuma	17	9	Glaukom
7	3	Arthrose (Cox- / Gon-)	18	10	Niereninsuffizienz
8	3	Polyarthritis	19	11	Organtransplantationen
9	4	Psychiatrie	20	12	Asthma / COPD
10	4	Demenz	21	13	Hypertonie
11	5	Krebs			

Heierli/Schaer/habegger
Nov 2005

...

Hahnenkämpfe im Hintergrund: SVV und SUVA über die Zuweisung von Risiken... Die Finanzierungsfrage unserer Sozialversicherungssysteme ist die zentrale Frage, man sollte die Muskeln nicht bei völlig untergeordneten Problemkreisen spielen lassen. Waste of energy.

Und damit ist der **Service** angesprochen. Mit dem Naturalleistungsprinzip hätten wir einen grossen Hebel, um im Gesundheitsprozess aber auch in der Prävention einzuwirken. Eine Billigkasse tut dies nicht. Mit anderen Worten: Die Hysterie der Billigkassen heute dürfte eines der Symptome einer Krankheit unseres Systems selber sein. Macht es überhaupt Sinn, wenn bestehende Kassen Billigkassen gründen, obwohl gerade der **Risikoausgleich** eigentlich ins Leben gerufen worden war, um derartige Billigkassen zu verhindern.

Krankenkasse	Anzahl Vt In 1000	Erhalten	Bezahlt	Reserven In Mio	Reserven In %
CSS	974	106	---	348	15,7
Helsana	913	395	-----	263	10,6
Group Mutuel	680	-----	176	320	18,1
Swica	563	-----	12	211	17,3
Concordia	540	66	-----	229	18,6
Visana	434	350	-----	254	20,8
Assura	386	-----	256	170	19,5
Sanitas	371	-----	149	128	15,1
Intras	367	----- -	101	90,3	9,1
KPT	321	-----	35	129	16
Wincare	274	102	----- --	122	17,1
Progres	180	----- -	117	54	14,5
...					
... etc					
	7,4	1'212'	1'212'		

Werfen wir einen Blick auf den Umverteilmechanismus: Zwei Kassen erhalten mehr als 70% des gesamten Risikoausgleichstopfs, der sich auf ca. 1,2 Milliarden Franken beläuft. Diese werden noch mehr erhalten, wenn der Ständerat wirklich eine Verfeinerung nur gestützt auf einen allfälligen Spitalaufenthalt vornimmt. Erstaunlich, denn gleichzeitig arbeitet man hinter den Kulissen in der Schweiz seit langem an Fallpauschalen, die in Deutschland seit geraumer Zeit gesetzlich normiert sind, was dann wiederum dazu führt, dass der Spitalaufenthalt nicht mehr relevant ist.

Wie heisst es doch im Büro von Walter Spahni:

vision without action is a daydream
action without vision a nightmare

Das wirklich Sinnvolle wäre ein **Schadenpool**, nicht ein Risikopool, vergleichbar mit dem Elementarschadenpool in der Sachversicherung. Ein einfaches Konstrukt, kostengünstig in der Durchführung und ein Aufteiler, der ohne grosse mathematische Modelle und Formeln auskommt. Ein Schadenpool, in dem diejenigen definierten Fälle virtuell erledigt werden, die 80% der gesamten Schadenkosten ausmachen. Dies ist in der Schweiz nicht anders als in den USA, wo sogar 8% der Bevölkerung 80% der Kosten verursacht. Diese diagnosebasierten Schadensgruppen – man kann sie in 13 Bereiche einteilen –, dienen in Holland bereits seit längerem für einen gewissen Ausgleich unter den Versicherern. In der Schweiz hat die ständerätliche Gesundheitskommission darüber gesprochen, sie aber auf später verschoben. Dies einfach so. Das latente Begründungsdefizit glaubt man mit dem Hinweis überdecken zu können, dass dies die Meinung von Gesundheitsexperten sei. Diese werden über meine Ausführungen wohl weise den Kopf schütteln getreu dem Grundsatz:

**Willst Du bei Fachgenossen gelten,
das ist vergeblich Liebesmüh
Was Dir misslingt, verzeihen sie selten
Was Dir gelingt, verzeihen sie nie.**

Und ganz abgesehen davon: Wenn wir wirklich Case Management und Disease Management, also intensive Fallbegleitung wollen, dann gibt es nichts anderes als einen Schadenpool, denn welcher Versicherer wollte sich selber ins Abseits manövrieren, indem er eine sehr gute Schadenerledigung und –Begleitung aufbaut und dadurch mit höheren Kosten zu rechnen hat.

Und wenn ich nun schon daran bin, etwas zu den Versicherern zu sagen – nach über 36 Jahren Praxis und Wissenschaft gekoppelt fühlt man sich dazu ermächtigt – nur kurz: Wenn der Bundesrat in seiner Botschaft zur Ablehnung der Volksinitiative für tiefere Krankenkassenprämien festhält, dass das Kostendämpfungsziel nicht erreicht worden sei (S. 4323 der Botschaft) weil der Wettbewerb zwischen den Versicherern noch ungenügend spielt, so irrt er sich schlicht und einfach. Die Ausführungen zum Risikoausgleich haben bereits gezeigt, dass von einem Markt gar nicht die Rede sein kann, es sei denn von einem völlig verzerrten. Die Ausführungen zu den Billigkassen haben ebenfalls gezeigt, dass derjenige am besten fährt, der gar keinen Service bietet, am besten noch, wenn er

nur auf gesammelte Rechnungsbelege Ende Jahr eintritt und dass Case Management und Disease Management gar nicht im Interesse der Billigkassen liegen. Die Aussage, der Risikoausgleich sei grundsätzlich unbestritten (a.a.O. S. 4324) – grundsätzlich ist so eine typisch juristische Floskel und signalisiert, dass Einwände da sind – ist so ebenfalls nicht richtig.

Und ganz falsch ist meines Erachtens der alljährliche Hype zum Versichererwechsel. Macht es Sinn, dass 300'000 Versicherte alljährlich wechseln und damit Kosten – insbesondere Abschlussprovisionen – von wohl über 100 Mio. verursachen? Ist es rechtlich überhaupt zulässig, Abschlussprovisionen im obligatorischen Grundversicherungsbereich zu bezahlen? Das EVG hätte diese Frage, die seit langem pendent ist, lösen können. Es ist in goldmedaillenverdächtiger Gewandtheit im noch druckwarmen Entscheid vom 09.01.2006 um diese Slalomstange herumgekurvt.

Ein Verein – Zielsetzung: gegen Abtreibung und für ein funktionierendes Sozialversicherungssystem – lässt sich bei der Mitgliederaufnahme gleichzeitig eine Vollmacht unterschreiben, dass er im Grunde genommen als Makler oder Broker die Versicherungsbelange seiner Mitglieder erledigt. Dann verschiebt man die gesamten Mitglieder – immerhin 29'000 – zu einer Billigkasse und macht dort eine Provision in der Höhe von 1 Million Franken geltend. Das EVG hat hier eine Riesenchance verpasst, to draw the line: Generelle Vollmachten würden dem hier subsidiär anwendbaren Stellvertretungsrecht nicht widersprechen. Die Frage, ob Provisionszahlungen im sozialen Grundversicherungsgeschäft überhaupt zulässig sind, sei nicht Prozessthema.

In den USA sind die Konsumentenschützer, nachdem sie lauthals nach Jahresverträgen geschrien haben, nunmehr dazu übergegangen, 3-Jahresverträge zu verlangen, weil der gesamte Aufwand, aber auch die jährlich sich wiederholende Chance des Versicherers, den Vertrag nicht zu erneuern, eigentlich nicht den Interessen des Konsumenten entspricht.

3. Zu den Reserven und Rückstellungen

Leider können wir hier nicht im Detail darauf eingehen. Es wäre ein abendfüllendes Thema. Sie dürfen aber vom Grundsatz ausgehen, dass Reserven und Rückstellungen das A und O des Versicherungsgeschäfts überhaupt sind. Die **Reserven der sozialen Krankenversicherer** sind von den sog. Rückstellungen zu unterscheiden, die dazu dienen, die transitorischen Fälle zu bezahlen. D.h. ca. 28% der bezahlten Schäden werden auf die Jahresschadenbelastung aufgerechnet um damit die überjährigen Schadenfälle zu bezahlen. Die davon abzugrenzenden Reserven sind eigentlich nichts anderes als das Eigenkapital und sollen auf diese Art und Weise eine bestimmte Schwankungsreserve bilden. Bei einer

Pandemie reichen sie nicht aus, so dass man sich wirklich fragen muss: Braucht es sie noch? Macht damit der vom Bundesrat angesprochene, kontinuierliche Abbau um 1 % pro Jahr – dies als Prämienverbilligung oder Abfederung einer allfälligen Erhöhung – Sinn oder ist es politische Augenschere? Nun die Antwort ist klar: Entweder ist diese Reserve genügend für erhebliche Schwankungen oder sie ist es nicht. Trifft letzteres zu, so ist sie aufzuheben und die öffentliche Hand müsste einen Pool für derartige Fälle einrichten.

In Zeiten mit Finanzierungsproblemen nicht gerade einfach. Und nur nebenbei: Das Modethema Stausehaftung – ich durfte vor langer Zeit in der Expertenkommission mitwirken – verblasste immer mehr, als die Finanzierungsfrage in den Vordergrund rückte.

4. Schleichender Rückzug der Kantone aus der Spitalfinanzierung

Kommen wir abschliessend noch zum Versuch des schleichenden Rückzugs der Kantone aus der Spitalfinanzierung. Wir haben in der Schweiz 26 abgeschottete Gesundheitsbereiche. Zu Zeiten der Globalisierung der Märkte leben wir die Regionalisierung des Gesundheitswesens in der Form der kantonalen Territorien. Ich spreche ganz bewusst nicht von Märkten, denn die Gesetze des freien Marktes spielen gar nicht. Da weder bezüglich Leistungen noch Preise ein Wettbewerb stattfinden kann, haben wir einen **Ausstattungs Wettbewerb** mit einer weltrekordverdächtigen Hightech-Dichte in der Schweiz. Das kt. Territorialitätsprinzip führt zu Überangeboten und Doppelspurigkeiten. Wir haben nach Japan die zweitgrösste MRI-Dichte von über 32 MRI pro Million Einwohner, der Kt. Wallis alleine hat 9. Wir belegen aber auch einen Spitzenplatz bezüglich Spitalbetten.

Dass dies finanziell interessant ist, zeigt die Tatsache, dass ein Zuger Spital wegen 16 zusätzlich zu den bereits bewilligten 50 Betten vor EVG ging und dazu auch noch die EMRK brauchte. Für uns hier wesentlich die Aussage, dass der Entscheid, ob ein Spital in die Spitalliste aufzunehmen sei, eine wesentliche gesundheits- und sozialpolitische, aber regelmässig auch regional-, beschäftigungs- und allgemeinpolitische Bedeutung hat. Deshalb bewegt sich der Regierungsrat im Kanton Bern nicht.

So musste sich das EVG im Verlaufe des Dezembers 2005 mit der Frage befassen, ob ein Zugerspital Anrecht darauf habe, von den 50 im Rahmen der Spitalplanung zugestandenen Betten auf 66 aufzustocken. Dies nicht zuletzt unter Anrufung der EMRK mit dem Hinweis darauf, man habe einen Anspruch auf Aufnahme in die Spitalliste. Wenn man so argumentiert, dann müssen 16 Betten doch recht gewinnträchtig sein. Und man kann zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen. Dies gilt auch für Privatspitäler, wenn sie auf der Liste sind. Das EVG hat richtig erkannt: „Der Entscheid, ob

ein Spital in die Spitalliste aufzunehmen sei, hat demnach eine wesentliche gesundheits- und sozialpolitische, aber regelmässig auch regional-, beschäftigungs- und allgemeinpolitische Bedeutung. Es handelt sich dabei um einen primär politischen Entscheid. Dementsprechend gibt das Gesetz den einzelnen Spitälern keinen Rechtsanspruch auf Aufnahme in die Spitalliste...". Und weiter: „Da aber auch Zusatzversicherte bei Spitalbehandlung einen Anspruch auf einen Sockelbeitrag aus der Grundversicherung haben, d.h. dass die soziale Krankenversicherung denjenigen Betrag bezahlen muss, den sie leisten müsste, wenn sich der Versicherte in der allgemeinen Abteilung behandeln liesse (BGE 123 V 304; RKUV 2004,211), muss sich die Spitalplanung auch auf Spitäler und Spitalbetten beziehen, in denen Zusatzversicherte untergebracht werden; denn andernfalls könnte die Spitalplanung beliebig umgangen werden: Es könnten ohne Begrenzung durch die Spitalplanung Zusatzversicherte aufgenommen werden, bei denen der Sockelbetrag durch die Grundversicherung bezahlt werden müsste. Der mit der Spitalplanung angestrebte Zweck – nämlich die Kosteneindämmung in der sozialen Krankenversicherung durch Begrenzung des Angebots – könnte damit vereitelt werden. Die Planungskompetenz besteht deshalb nicht in Bezug auf die Privatspitäler und Zusatzversicherungen als solche, wohl aber in Bezug auf die dadurch ausgelösten Leistungen der Grundversicherung". Die Nichtaufnahme der streitigen Betten in die Spitalliste bedeutet demnach nicht, dass das Spital diese Betten nicht führen dürfte, sondern bloss, dass für die in diesen Betten untergebrachten Patienten keine Beiträge aus der Grundversicherung geleistet werden. Faktisch erfolgt eine erhebliche Einschränkung, da die meisten Patienten Spitäler meiden, in denen die Behandlung nicht (mindestens teilweise) von der Grundversicherung bezahlt wird.

Mit anderen Worten: Mit dem KVG hätten wir es eigentlich in der Hand, eine koordinierte und auch kantonsübergreifende Spitalplanung zu betreiben, wenn wir es wollten. Wir, insbesondere der Kanton Bern, wollen aber nicht.

Eine toughe Behauptung. Mit dem Entscheid im Jahre 2001, dass die Kantone auch bei Aufenthalt in Privat- und Halbprivatabteilungen eines öffentlichen Spitals, aber auch bei ausserkantonalen Aufenthalten ihren Sockelbeitrag zu erbringen hätten, wurde vieles in Gang gesetzt, u.a. erhebliche Zahlungen den Versicherern gegenüber. Sicherlich nicht zur Freude des Finanzdirektors.

Im Kanton Bern sind auf der Spitalliste auch **Privatspitäler mit sog. Allg. Abteilungen** enthalten. Seinen Sockelbeitrag von ca. 50% erbringt der Kanton für die öffentlichen Spitäler, nicht aber für die Allg. Abteilungen der Privatspitäler, obwohl er sie auf die Spitalliste aufnimmt. Betrachten wir mal, was dies für Auswirkungen hatte:

Leistungsvergleich Spital akut Kanton Bern, allgemeine Abteilung

	OKP-Leistungen in Mio.			OKP Leistungen je Tag			Differenz 03-04/05		Spitaltage		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2004	2005	2003	2004	2005
Privatspitäler	4.0	14.5	12.8	536	1'826	1'653	241%	209%	7'468	7'942	7'744
Insel	5.0	4.8	5.0	689	751	786	9%	14%	7'258	6'392	6'361
übrige Spitäler	8.0	8.2	10.0	351	346	379	-1%	8%	22'813	23'673	26'395
Kanton BE	17.0	27.5	27.8	453	724	686	60%	52%	37'539	38'007	40'500
davon öffentl	13.0	13.0	15.0	432	432	458	0%	6%	30'071	30'065	32'756

Auffällig insbesondere die Explosion in den Jahren 2004 und 2005: Nicht erwartet und damit in der voraus kalkulierten Prämie nicht berücksichtigt und genau dies hat zum Prämien Schub im Kt. Bern geführt.

Leistungsvergleich Spital ambulant Kanton Bern

	OKP-Leistungen in Mio.			OKP Leistungen je Pat.			Differenz 03-04/05		Patienten		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2004	2005	2003	2004	2005
Privatspitäler	5.3	6.1	6.8	731	808	840	10%	15%	7'248	7'552	8'140
Insel	6.5	7.5	7.4	966	1'083	1'068	12%	11%	6'728	6'905	6'931
übrige Spitäler	4.9	6.2	6.7	676	764	795	13%	18%	7'252	8'140	8'427
Kanton BE	16.7	19.8	20.9	787	876	891	11%	13%	21'228	22'597	23'498
davon öffentl	11.4	13.7	14.1	815	911	918	12%	13%	13'980	15'045	15'358

Meine Damen und Herren

Ich will Sie nicht langweilen mit dem möglichen juristischen Approach zum Problem der allg. Abteilung in Privatspitälern auf der Spitalliste. Eines ist klar: Es ist wesentlich teurer als in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital und da der Kanton seine Sockelbeiträge hier nicht entrichten will, stellt sich die Frage, ob der Krankenversicherer nun die gesamte Rechnung übernehmen muss. Oder ist es allenfalls der Versicherte selber?

Wie sieht es trivial betrachtet aus und – da es sich um Bundesgerichtsentscheide handelt –, wird man wohl kaum behaupten können, die Zahlen stimmen nicht:

EVG 06.06. 2005, CaseTex 5271:	7'760.- im Verhältnis zu 2'117.-
EVG 17.05. 2005, CaseTex 5251:	11'000.- im Verhältnis zu 2'117.-
EVG 06.06. 2005, CaseTex 5272:	7'355.- im Verhältnis zu 2'117.-
EVG 06.06. 2005, CaseTex 5273:	3'163.- im Verhältnis zu 330.-

Und damit sind wir wiederum beim EVG. Nicht im Sinne einer Schelte, sondern wohl wissend, dass diese latenten Finanzierungsfragen die Rechtsprechung schlicht lähmen. Denn was nützt Rechtsfortbildung, wenn man es nicht finanzieren kann.

Es geht um die Spitalfinanzierung und niemand will die heisse Kartoffel aufnehmen.

Im Raume stehen folgende Aussagen des EVG:

Instanz: EVG 02.09.2004, CaseTex Nr.: 5209, Fundort: K 74/03

Aussage 1: Mais l'hôpital privé ne tombant pas sous le coup de la règle instituée à l'art. 49 al. 1 deuxième phrase LAMal, le taux de couverture à la charge des **assureurs-maladie** s'élève ainsi à 50% au maximum.

Aussage 2: Il serait dès lors contraire à la ratio legis que le **canton** où la personne habite, si celle-ci a été hospitalisée en division commune d'un hôpital privé (ni public ni subventionné par les pouvoirs publics), doive contribuer également à la prise en charge des coûts imputables.

Schlussfolgerung: Der Kanton muss den Restbetrag nicht bezahlen, der Versicherer ebenfalls nicht, also wohl der Versicherte selber.

Weit gefehlt, denn ein paar Monate später heisst es:

Instanz: EVG 17.05.2005, CaseTex Nr.: 5251, Fundort: K 134/01

Des Weiteren dürfen – da der Tarifschutz greift – dem **Versicherten** bei einem Spital mit Leistungsauftrag und bei Aufenthalt in dessen allg. Abteilung keine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ungedeckten Kosten erwachsen.

Schlussfolgerung: Auch der Versicherte muss nicht bezahlen. Ja wer dann?

Würde nun schlussendlich entschieden, dass der soziale Krankenversicherer auch bei der allg. Abteilung von Privatspitalern 100% der Rechnung zu bezahlen hat, so ist der nächste Bundesgerichtsentscheid programmiert. Nämlich derjenige des Versicherungsnehmers, der sagt, ich gehe nur in ein öffentliches Spital und ihr Krankenversicherer müsst mir ein Produkt anbieten, das nur die Kosten eines öffentlichen Spitals übernimmt, denn ich bin nicht bereit, mit meinem Prämienzahlungen auch die Privatspitäler mitzufinanzieren.

Dass nun diejenigen Versicherer, die es wagen, das Problem auf den Tisch zu bringen, von Privatspitalern mit einem sog. Teuerungszuschlag von 5 bis 7% auf den zu Lasten der Zusatzversicherung gehenden Rechnungen bestraft werden – wir bezeichnen ihn als **Retorsionszuschlag** – macht die Sache nicht besser, führt wiederum nur zu Kostensteigerungen, zu Verhärtungen der Fronten. Dass andererseits Notfallpatienten trotz ausdrücklicher Anordnung nicht ins Insele Spital, sondern in ein Privatspital

mit allg. Abteilung transportiert werden, lässt auf eine Unterart von Ambulance Chasing schliessen.

Schlussbemerkungen

Die Frage stellt sich: Gehören die Eingriffe am Patienten Gesundheitswesen der kurativen oder palliativen Chirurgie an. Entscheiden Sie!

Meine quer denkenden Ansätze:

- Gesundheitswesen auf Bundesebene und damit
- Saubere Spitalplanung und -finanzierung
- Naturalleistungsprinzip
- MSA und komplementäre Versicherungsprodukte
- Echte integrierte Versorgungsmodelle
- Schadenpool für eine aktive Schadenbehandlung und –Prävention

Palliative Chirurgie wird bekanntlich wie folgt definiert: Behandlung Chronischkranker mit begrenzter Lebenserwartung ohne Hoffnung auf Gesundung durch Operation, Medikamente und Pflege, mit dem Ziel, das Leben zu verlängern.

Lassen Sie mich mit einer Aussage von Thomke schliessen, immerhin ehemals Arzt und bekannter Unternehmenssanierer: Will man wirklich sanieren, so muss man tief ins gesunde Gewebe schneiden...



