

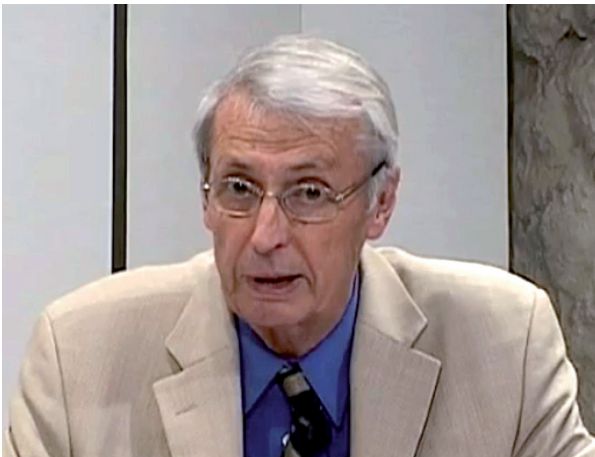
## **Können wir uns eine Dreiklassenmedizin sozial leisten?**

Abstract der 1. Gesundheitsarena der BGKS-Healthcare.

Panelteilnehmer: Prof. Dr. Ueli Mäder, Dr. iur. Carlo Conti,  
Thomas Cueni, Dr. rer. pol. Gerhard Kocher

Moderation: Dr. med. Michel Romanens

Datum: 4. Mai 2010



Teil1/<http://www.youtube.com/watch?v=kjqlaaXXCBg>

|      |      |  |
|------|------|--|
| 0    | 0311 | <p>Einleitung Dr. Romanens: Die erste Gesundheitsarena der BKGS widmet sich der Hauptfrage <b>«Können wir uns eine Dreiklassenmedizin sozial leisten?»</b>.</p> <p>Wenn wir von verschiedenen Klassen in der Medizin sprechen, meinen wir die Ebene des Komforts, also der Hotellerie. Das andere C, also nicht der Komfort, sondern der Care, oder besser, der Medical Care, sollte ja gemäss Verfassung in der Schweiz für alle gleich gut sein. Wir stehen nun im Gesundheitswesen vor einschneidenden Änderungen. Dabei wird die Budgetverantwortung mehr und mehr auf die Leistungserbringer verschoben. Genügt das Geld nicht mehr zur Behandlung der Patienten, <b>droht explizite oder implizite Rationierung</b> und damit ein <b>Qualitätsverlust</b>.</p> <p>Andererseits kann die vermehrte Budgetverantwortung auch zu einem rationelleren Umgang mit knappen Ressourcen führen. Diese wäre dann ein Garant für die Vermeidung von versteckter Rationierung und damit ein ethisch wichtiger Aspekt.</p> <p>Die Schweiz wäre nicht die Schweiz, wenn sie bei der Übernahme neuer Finanzierungsmodelle wie der Fallpauschalen diesen nicht den helvetischen Stempel aufdrücken würde.</p> <p>Im stationären Bereich erhebt sich die Hauptfrage, ob die Fallpauschalen einen genügenden Risikoausgleich erhalten und wie hier die Helvetisierung aussehen müsste.</p> <p>Im ambulanten Bereich könnten die Spitalambulatorien neu teils über Steuern finanziert werden und damit den Druck von den Krankenkassenprämien erheblich gemildert werden. Andernfalls droht eine <b>Initiative, welche das KVG-Obligatorium abschaffen möchte</b>.</p> <p>Im Spitalbereich sind dies die notwendige Zahl an Spitalbetten, der Risikoausgleich trotz Fallpauschalen, Pflegenotstand und Patientensicherheit sowie die offenen Fragen zur Begleitforschung. Im ambulanten Bereich sind es die erwähnte neue Finanzierung der Krankenkassenprämien, der <b>Risikoausgleich</b> der Kosten und die damit verbundene Methode der <b>Wirtschaftlichkeitsverfahren</b> der santésuisse und die Gewährleistung einer ausreichenden Prävention und Therapie in der medizinischen Grundversorgung.</p> |
| 0312 | 0445 | Dr. Romanens: Mangel an Akutbetten im Drittklassenbereich  |
| 0045 | 0804 | Dr. Kocher: Historischer Rückblick über die Spitäler und moniert der starke Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen.  |
| 0804 | 0953 | Dr. Romanens: Wie ermitteln wir den Bedarf an Akutbetten bezogen auf die Bevölkerung und Mangel an Pflegebetten, empirische Grundlagen?  |

**Teil 2/<http://www.youtube.com/watch?v=rzLNa0iMLj8>**

|      |      |  |
|------|------|--|
| 0    | 0350 | Prof. Mäder: Es gibt Fluktuationen, es ist schwierig mit Empirie-Studien schritt zu halten. Es ist auch eine Bedürfnisfrage oder eine Verschiebung der Häufigkeit von Krankheitserscheinungen. Man sollte aber die Gesundheitskosten weniger aufgeregt betrachten, es existiert ja mehr eine Prämienexplosion. <b>Warnt vor einem Abbau im Gesundheitswesen.</b> |
| 0351 | 0953 | Dr. Conti: Es gibt ja nur 140 akutsomatische Spitäler. Fehlbelegungen können vorkommen. Basel hat hier aber gut reagiert mit der Verfügbarmachung von Pflegeplätzen. Fallpauschalen reduzieren hier unnötige Fehlbelegungen. Zu viele kleine Spitalzentren mit geringen Fallzahlen. Fokussierung könnte eine bessere Qualität gewährleisten.                     |

**Teil3/<http://www.youtube.com/watch?v=Z5qdLJmvjKw>**

|      |      |   |
|------|------|---|
| 0    | 0240 | Dr. Conti: Man wird dafür Sorgen müssen, dass das Angebot vorhanden ist. Ferner müssen auch Privatspitäler allgemein Versicherte aufnehmen. Die Konkurrenzkonstellation wird die Qualität verbessern. Monopole führten zu Rationierungen. Mittelfristig wird eine Bereinigung aufgrund der Qualität stattfinden, aber nicht in einem ersten Schritt. Die Leute ärgern sich über die Prämienexplosion, aber nicht über die gute Qualität in den Spitälern.   |
| 0241 | 0400 | Dr. Romanens: Mangel an Akutbetten im Drittklassbereich mögliches Szenario? Privatisierungswelle in den Spitälern in Deutschland. Gefahr der vermehrten Wartezeiten für Drittklasspatienten.  |
| 0401 | 0813 | Dr. Conti: Die Gefahr besteht. Es wird aber weiterhin Spitallisten geben, jeder Leistungserbringer muss im Rahmen der Spitalplanung arbeiten, und anders als in Deutschland gibt es eine Aufnahmepflicht für Grundversicherte. In Deutschland Anlagennutzungskosten nicht im Preis eingeschlossen, somit duale Finanzierung, das war ein Fehler mit Investitionsstau in öffentliche Spitäler. Bei uns gibt es einen Investitionskosteneinschluss und Entschädigung für die Anlagekosten sowie operative Eigenständigkeit. |
| 0814 | 0950 | Herr Cueni: Wettbewerb hat sicher positive Effekte, insbesondere Dank der freien Spitalwahl, z.B. in der Lombardei.   |

**Teil 4/<http://www.youtube.com/watch?v=Xpan4RGQw7g>**

|      |      |  |
|------|------|--|
| 0    | 0136 | Was kostet was wo, wenig Transparenz und offene Qualitätsfragen. 40% der Frauen mit Brustkrebs erhalten keine Bestrahlung.   |
| 0137 | 0319 | Dr. Romanens zur Brustkrebsversorgung: Es gibt Mittelwertvergleiche, die jedoch keine Grundlage für Ursachen schaffen.   |
| 0320 | 0650 | Prof. Mäder: Wir müssen Lösungen mit einem gewissen Pragmatismus suchen. Fallpauschalen: Die Entscheide sind gefallen, die Praxis soll jetzt sprechen. Durchsetzung der Stärkeren. Qualität sollte gut überprüft werden.     |
| 0651 | 0950 | Dr. Conti: Dank der freien Spitalwahl sind die Spitäler darauf angewiesen, dass die Patienten kommen. Es gibt auch keine Budgets der öffentlichen Spitäler mehr. Der Kanton hat hier gar keine Steuerungsmöglichkeiten mehr. |

**Teil 5/**<http://www.youtube.com/watch?v=2UA71cnARbY>

|      |      |  |
|------|------|--|
| 0    | 0042 | Dr. Conti : Übergangspflege im Akutbereich in der Praxis noch nicht genau gelöst.  |
| 0043 | 0400 | Dr. Kocher: Weist auf ein Buch von möglichen Auswirkungen hin, Urs Brügger, Gesundheitsökonom, Impact of DRG's, Literaturanalyse. Der Effekt von DRG habe eine insgesamt ausgewogene Auswirkung: 38% DRG positive Auswirkungen, 30% negative Auswirkungen, Rest neutral.   |
| 0401 | 0549 | Dr. Romanens: Geheimniskrämerei um Fallpauschalen und Studienresultate, private Vereine wie der Spitalbenchmark.ch geben keine Zahlen heraus, es ist nicht überprüfbar, warum z.B. das Kantonsspital Olten zu teuer sei. Zudem Problem der versteckten Rationierung durch Rationierung der Pflegeleistungen. Wie messen wir die Versorgungsqualität?   |
| 0550 | 0844 | Dr. Conti: Über die Patientenzufriedenheit. <b>Es gibt keine objektivierbare Qualitätsmessung.</b> Zu viele heterogene Antworten. Frau Dr. Sens zeigte keine Evidenz einer Qualitätsverschlechterung. Spitäler, welche bei der Pflege sparen, werden nicht bestand haben. Mortalitätsraten geben ebenfalls keine verlässlichen Antworten zur Qualität. |
| 0845 | 0900 | Dr. Romanens: BAG hat Mortalitätsraten publiziert. Diese sind zum Teil falsch und äusserst fragwürdig und unethisch. Problem des <b>risk avoidance creep</b> .   |
| 0845 | 0900 | Dr. Conti: Kein Problem mit Mortalitätszahlen. Höhere Mortalitätsraten haben aber nichts mit der Qualität zu tun, sondern mit dem Mortalitätsrisiko der behandelten Patienten.   |

Teil 6/<http://www.youtube.com/watch?v=AGvY-06GC04>

|      |      |   |
|------|------|---|
| 0    | 0041 | Dr. Romanens: Mortalitätszahlen sollten nicht als Qualitätsmerkmal verwendet werden.  |
| 0042 | 0312 | Herr Cueni: Probleme werden unter den Tisch gekehrt. Wir wollen mehr wissen über die Qualität der Institutionen. Z.B. Häufigkeit von Eingriffen eines Chirurgen, die Komplikationsraten.  |
| 0313 | 0630 | Prof. Mäder: Qualitätskontrolle ausweiten. Mortalitätsraten von beschränkter Reichweite. Je einfacher die soziale Herkunft, desto höher die Mortalitätsrate. Es sollte eine Verknüpfung mit sozialen Variablen geben. Hier wäre auch Raum für Einsparungen durch Prävention. Der eidg. Armutsbericht zeigt ein einseitiges Interpretieren des Subsidiaritätsprinzips, doch es braucht auch ein Solidaritätsprinzip. Im Gesundheitswesen ist hier das Problem der Prämienexplosion zu nennen, hier braucht es Lösungen, z.B. über progressive Steuern.   |
| 0631 | 0653 | Dr. Romanens: Kosten sparen über duale Finanzierung der Spitalambulatorien?   |
| 0654 | 0950 | Dr. Conti: Im OECD Vergleich sind die <b>Kosten in der Schweiz unterdurchschnittlich gewachsen</b> , ca 1% Steigerung im Vergleich zum Bruttosozialprodukt. Der Selbstbehalt – 15 Mia pro Jahr – ist in der Schweiz am höchsten, der Fiskus schießt somit am wenigsten Geld in das System hinein. Die Wahrheit ist, dass wir eine Prämienexplosion haben und zudem die Kantone die Beiträge in das Gesundheitswesen seit dem Jahr 2000 reduziert haben. Die Fallkostenpauschalen betreffen nur den stationären Anteil. Wachstum von 11% in den Spitalambulatorien, und dies wird noch mehr geschehen, das führt aber zur Verzerrung der Finanzierung. |

**Teil 7/<http://www.youtube.com/watch?v=ZpeTMCPpna4>**

|      |      |  |
|------|------|--|
| 0    | 0134 | Dr. Conti: Die Mengenausweitung im den Spitalambulatorien wird somit stattfinden. Wenn die Kantone sich an diesen Kosten beteiligen würden, könnten die Prämien mit 1.6-1.7 Mia Franken pro Jahr aus Steuergeldern entlastet werden.   |
| 0135 | 0257 | Dr. Kocher: erwähnt, dass die Kosten im Gesundheitswesen doch erheblich zunehmen, z.B. pro Tag 4.5 Mio Franken mehr gegenüber dem Vorjahr. Aus oekonomischer Sicht ist damit der Grenznutzen erreicht. Dieses Geld könnte besser in andere Bereiche wie Erziehung und Wohnen investiert werden. Die Rationierung haben wir schon, aber verdeckt. Wir können uns solche Zunahmen der Kosten nicht mehr lange leisten.   |
| 0258 | 0541 | Prof. Mäder: Unterstützt das Votum von Dr. Conti betreffend Prämientlastung. Es besteht keine Kostenexplosion; natürlich steigen die Kosten relativ an, sie können aber in relativen Zahlen abnehmen, wie das im Sozialbereich gegenüber dem Bruttosozialprodukt faktisch passiert ist. Auch der Bund könnte hier wieder mehr in die Finanzpflicht einbezogen werden. Wenn man ferner bedenkt, dass auf den Privatkonti 4000 Mia Franken abgelegt wurden, betragen Ausgabensteigerungen z.B. im Sozialbereich im Betrag von 4 Mia Franken gerade ein Promille. |
| 0542 | 0730 | Dr. Romanens: Wenn das Szenario von Dr. Conti nicht realisiert wird und tatsächlich auch noch die Spitalinvestitionskosten den Prämienzahlern aufgebürdet werden, könnten Schmerzgrenzen in der Prämienlast erreicht werden, welche gewissen Leuten, welche das KVG Obligatorium von 1996 wieder abschaffen möchten, Auftrieb geben.   |
| 0731 | 0954 | Dr. Conti: Man sollte versuchen, die Strukturen zu optimieren und die Abläufe zu verbessern, ferner sollten die verfügbaren Gelder besser eingesetzt werden. Auch der Trend Richtung ambulante Medizin wird zunehmen. Die untersten Schichten haben keine Probleme mit der Verbilligungen. Das Problem ist ein mittelstandspolitisches Problem, vor allem bei grösseren Familien mit mehreren Kindern.   |

Teil 8/<http://www.youtube.com/watch?v=G-j9WjxhSy4>

|      |      |   |
|------|------|---|
| 0    | 0049 | Dr. Conti: <b>Eine vierköpfige Familie bezahlt viel mehr, als sie bezieht.</b> Die Solidarität ist damit nicht mehr aktualisiert.   |
| 0050 | 0315 | Herr Cueni: Die Abschaffung des KVG-Obligatoriums steht überhaupt nicht zur Diskussion. Die Pharma hat gewisse Spielräume bei den Generika, um Kosten zu senken. Die santésuisse will aber auch Zugang zu Innovation.   |
| 0316 | 0600 | Dr. Romanens: Stichwort Prävention und ambulante Medizin. Hier existiert faktisch eine versteckte Rationierung wegen der Wirtschaftlichkeitsverfahren des santésuisse.  |
| 0613 | 0720 | Herr Cueni: Erfreulich ist, dass Herr Burkhalter integrierte Versorgung stark propagiert und positiv sagt, man müsse den Risikoausgleich verbessern; dieser ist im Moment völlig ungenügend. In das Managed Care System kommen nur Personen herein, welche darin auch anständig behandelt werden.   |
| 0721 | 0752 | Dr. Romanens: Das Sparpotenzial von Managed Care ist zu wenig bekannt, die meisten Personen darin waren low risk Patienten mit niedrigen Jahreskosten.  |
| 0753 | 0950 | Dr. Conti: Die Lösung besteht darin, dass ein Team chronisch Kranke behandelt, welches diese Patienten kennt, das kann auch der Hausarzt sein. In den Spitalzentren besteht aus Unkenntnis des Patientenhintergrundes die Gefahr der Überversorgung. Wenn die Diskussion um den Risikoausgleich richtig geführt wird, ist auch die Diskussion um die Einheitskasse obsolet. |

**Teil 9/<http://www.youtube.com/watch?v=RMW3Lw2WbIY>**

|      |      |  |
|------|------|--|
| 0    | 0248 | Dr. Conti: Betreffend Gesamtkosten: Etwa 2/3 sind Personalkosten. Bereits eine Lohnaufbesserung von 1% und Teuerung von 1% verteuert des Gesundheitswesen um fast 2%, ohne dass sich irgendetwas an der Qualität verbessert hat. Es gibt eben auch inhärente Kosten. Die meisten Kosten fallen in den zwei letzten Lebensjahren an, dies kann auch durch eine gute Prävention nicht verbessert werden. Bei der SUVA verursachen 5% der Fälle 83% der gesamten Kosten. An diesem Verhältnis wird sich auch durch die Prävention nicht viel ändern.  |
| 0249 | 0410 | Dr. Cao: Man gewinnt im Gesundheitswesen nur, wenn die Qualität und damit die Investitionen und Kosten gut sind.   |
| 0411 | 0607 | Dr. Kuoni: Wenn eine sinnvolle Prävention betrieben wird, gibt es eine „compression of morbidity“, d.h. die Kosten in den letzten beiden Lebensjahren sind bei älteren Personen deutlich niedriger (Dr. Fries, Stanford University). Die Medicare fand heraus, dass die Gesamtkosten trotz Zunahme des Alters deutlich abgenommen haben. Die Kosten werden häufig auch nur verschoben. In Anbetracht der Zunahme der Kosten stellt sich die Frage, ob alles, was gemacht wird, auch sinnvoll ist. Neue Verfahren brauchen gar nicht besser zu sein. Der Patient kann zwar die Qualität beurteilen, wird aber von den Möglichkeiten der modernen Medizin geblendet. |
| 0608 | 0800 | Dr. Conti: Wir brauchen tatsächlich dringend Vergleichsdaten. Es gibt aber keine absolute Objektivierbarkeit in einem System, in dem die freie Spitalwahl legiferiert wurde. Das Spital, das mehr Patienten akquirieren kann, wird überleben.  |
| 0801 | 0950 | Dr. Romanens: Erklärt den BERNCA Index von Frau Maria Schubert, wo die Patientenzufriedenheit mit dem gefühlten Druck auf das Pflegepersonal und den Patientenkomplikationen korreliert wird. Bereits geringe Zunahme des Drucks über versteckte Rationierung von Pflegezeit führt zu einer signifikanten Zunahme von Komplikationen. Welche Spitaler aktuell an einer grossen Folgestudie teilnehmen (N=34), ist allerdings geheim.  |

**Teil 10**/<http://www.youtube.com/watch?v=QE9PxqylpI8>

|      |      |  |
|------|------|--|
| 0    | 0210 | Prof. Mäder: Der Einbezug der Sinnfrage, dass wir permanent so angstbesetzt die Effizienz optimieren. Es wäre hier vielleicht etwas mehr Gelassenheit richtig, wie auch bei den Personalkosten. Es gibt ja auch eine Rendite der Kosten, das sind wirtschaftlich betrachtet hochwirtschaftliche Ausgaben in der Medizin. |
| 0211 | 0329 | Frage aus dem Publikum: Es besteht ein Mangel für Pflegeplätze im Onkologiebereich, z.B. Palliativmedizin. Die öffentlichen Spitäler verschlafen hier ev. dieses Segment.  |
| 0330 | 0440 | Dr. Conti: Dieser Bereich muss tatsächlich noch besser ausgebaut werden.   |