Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 93 (1984)
Heft: 7

Artikel: Das Ei des Columbus
Autor: Kübler, R. / Brülhart, R.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-975516

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Das Ei des Columbus

Mit der hoch überproportionalen Entwicklung des Kostenindexes des gesamten Gesundheitswesens gegenüber allen andern Kostenindizes (Löhne, Konsumentenpreise usw.) haben wir in den letzten 20 Jahren leben gelernt. Breite Kreise der Bevölkerung lassen sich über neueste Meldungen – selbst wenn sie die eigene Krankenkassenprämie betreffen – kaum mehr beeindrucken. Und das Ei des Columbus?

Die Gesundheitskasse

Von R. Kübler[1]

Diese Gleichgültigkeit – oder ist es mehr Hilflosigkeit – können wir nicht tatenlos hinnehmen: Wenn wir die Kosten- und Leistungsparameter der Vergangenheit 10 Jahre in die Zukunft extrapolieren, wird deutlich, dass bis zu 10% der aktiven Bevölkerung die Krankenkassenprämien nicht mehr werden zahlen können. Bei viel mehr Leuten noch würde die unveränderte Weiterentwicklung im Gesundheitswesen einen erheblichen Konsumverzicht in anderen Bereichen bedingen. Wird dies politisch zu verkraften sein?

Die bisherige Diskussion um mögliche Massnahmen zur Verhinderung der Krise hat hauptsächlich in der Verteidigung von Positionen unter den wichtigsten Partnern (Ärzten, Spitälern, Krankenkassen, der chemischen Industrie) bestanden. Angesichts der mangelhaften wissenschaftlich gesicherten Kenntnisse über die Ursachen der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen erstaunt die Ratlosigkeit bei der Diskussion der Massnahmen wenig. Bei aller Unkenntnis über quantifizierbare kostenbestimmende Grössen (Ärztezahl, Spitalbettendichte, medizinischer und technischer Fortschritt, Altersstruktur der Bevölkerung, unbegrenzte Versicherungsleistungen werden unter anderem genannt) werden einige Gegebenheiten des «Gesundheitsmarktes» kaum bestritten:

- In unserem Gesundheitsversorgungssystem funktioniert der Markt kaum.
- Der «Markt» wird einseitig durch den Anbieter bestimmt, da dieser weitgehend auch die Nachfrage (Art, Dauer, Qualität der Behandlung) bestimmt.
- Der Preis als Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage spielt als Folge fester Tarife kaum.
- Der Nachfrager (Patient) zahlt die bezogenen Leistungen nicht selbst.

Es ist leicht einzusehen, dass die in Stichworten umschriebenen Bedingungen des Gesundheitsmarktes geradezu ideale Voraussetzungen zur Ausdehnung und Aufblähung bilden: Die Anzahl Anbieter nimmt ständig zu, das Einkommen des Anbieters nimmt proportional zur verkauften Menge zu, und der Patient verfügt kaum über die Möglichkeit zu beurteilen, ob eine Behandlung erforderlich und angemessen sei. Das heutige Versicherungssystem liefert kaum Anreiz zur Sparsamkeit.

Drei magische Buchstaben «HMO».

Hier setzt die Idee der «HMO», der Health Maintenance Organisation», an: die HMO – im deutschen Sprachraum wird gelegentlich von «Gesundheitskasse» gesprochen – will die Anreize für Anbieter und Nachfrager umkehren, indem sie von folgendem Ansatz ausgeht: Eine Anzahl Personen schliesst sich zusammen und «kauft» oder «mietet» sich ihr eigenes Versorgungssystem (Ärzte, Therapeuten, Spitalbetten, Medikamente usw.). Die Anbieter werden fest besoldet, und die Mitglieder zahlen feste Beiträge. Anbieter und Nachfrager (oder besser eben Nicht-Nachfrager) werden zudem am Erfolg beteiligt. Damit sind die Beteiligten an der optimalen Versorgung interessiert, das heisst an der bestmöglichen, wirklich nötigen und langfristig sinnvollen Behandlung. Zudem wird ein Interesse an präventivmedizinischen Massnahmen und an echtem krankheitsvorbeugendem Verhalten geschaffen.

Die Idee der HMO ist in den USA seit bald 50 Jahren realisiert. HMO existieren heute dort in verschiedensten Grössen und Ausgestaltungsformen. In unserem Lande ist die HMO im Verlaufe der letzten zwei Jahre im Zusammenhang mit einem Projekt des Nationalen Forschungsprogramms Nr. 8 und im Rahmen der Nationalen Sparkonferenz im Gesundheitswesen (Arbeitsgruppe 4) neu in die Diskussion gebracht worden. Neuerdings liegt auch ein Rechtsgutachten vor, das zum Schluss kommt, dass eine HMO im Rahmen der schweizerischen Krankenversicherungsgesetzgebung realisierbar wäre. Aus Kreisen der Krankenkassen und vor allem der Ärzte, verspürt man der Idee gegenüber eine gewisse Skepsis, teils gar Ablehnung.

Pilotprojekt CH

Unter diesen Voraussetzungen hat sich eine fünfköpfige Gruppe von Gesundheitsökonomen vorgenommen, nicht mehr länger zu theoretisieren, sondern aufgrund der amerikanischen Erfahrungen in unserem Lande das Pilotprojekt einer HMO zu realisieren. Aufgrund erster Modellrechnungen geht die Gruppe von folgenden Voraussetzungen aus: 5000 Mitglieder sollen jährlich einen für alle gleichen Beitrag (= Prämie) von etwa Fr. 800.– zahlen. Auf der Einnahmenseite kommen, da das Projekt im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes betrieben werden soll, pro Mitglied rund Fr. 100.– an Subventionen hinzu. Mit gesamten Einnahmen von rund 4,5 Mio. Fr. können beispielsweise folgende Personen entlöhnt werden: 6 Ärzte, 1 Gesundheitsschwester, ½ Psychotherapeut, 1 Sozialarbeiter, ½ Apotheker, 1 Physiotherapeut, 3 Arztgehilfinnen und 3 Verwaltungsangestellte. Zusätzlich würden mit den Einnahmen folgende Kosten abgedeckt: Miete der Gruppenpraxis, Medikamente, Überweisungen an externe Spezialisten, Spitalbetten (feste Option in einem bestehenden Spital) sowie Rückversicherungen für Grossrisiken. Die ersten groben Modellrechnungen, die grossenteils auf Schätzungen beruhen, werden zurzeit anhand einer Vielzahl analysierter Daten und von Erfahrungswerten aus den USA überprüft und angepasst.

Bitte umblättern

IM JAHR 2000 GANZES EINKOMMEN FÜR GESUNDHEITSWESEN

Wenn die Kosten in Zukunft in gleichem Masse zunähmen, müsse der Schweizer im Jahre 2000 sein ganzes Einkommen für das Gesundheitswesen ausgeben, meint Felix von Schroeder, Präsident des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen. Unter diesen Umständen sei es klar, dass sich die Krankenkassen gegen einen weiteren Leistungsausbau wehrten und eine wirkungsvolle Eindämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen verlangten.

[1] Zentralsekretär SDK (Schweiz. Sanitätsdirektorenkonferenz)

Der süsse Biss
ins volle Korn

Kambly

Chocofit, das hochwertige
Vollkornbiscuit mit feinster,
zartschmelzender Schokolade

Bettfedernfabrik Basel AG
Manufacture de plumes et duvets Bâle SA

4013 Basel Telefon 061 57 17 77
Hüningerstrasse 85

B
seit 1881

Federkissen
Daunendecken
Balette

herzog söhne
HS

Herzog Söhne AG
Bauunternehmung

Hoch- und Tiefbau, Umbauten
Reparaturen

HERZOG
Holzbau

Herzog Holzbau AG
Schreinerei, Innenausbau
Zimmerei, Spezialschalungen,
Reparaturen

3013 Bern, Schulweg 14
Telefon 031 42 38 68
Postfach 3000 Bern 11

UMFRAGE

Gesucht: 5000 Mitglieder

Eine der schwierigsten Aufgaben bis zum Start des Pilotprojektes wird darin bestehen, die 5000 Mitglieder zu finden. Dies scheint realistischerweise nur möglich, wenn die Freizügigkeit beim Übertritt zum HMO – und damit natürlich ein freizügiger Rück-Übertritt – im Rahmen der Krankenversicherungsgesetzgebung gesichert ist.

Die am häufigsten gehörte Kritik an einer HMO für die Schweiz betrifft die «positive Auslese» von Mitgliedern und die Einschränkung der freien Arztwahl. Dieser letzte Punkt scheint in der Diskussion überbewertet zu werden. Die Auswahl unter 6 HMO-Ärzten, plus nötigenfalls eine Überweisung zu Spezialisten, entspricht bestimmt mindestens der echten Freiheit in der Arztwahl in allen ländlichen Gebieten unseres Landes. Das Argument der «positiven Auswahl», das heisst, dass sich in erster Linie junge Versicherte mit guten Risiken an einem derartigen Projekt beteiligen würden, ist nicht von der Hand zu weisen und deshalb ernst zu nehmen. Sollte es entgegen der Zielsetzung der Initianten nicht gelingen, eine bezogen auf Alters- und Risikoverteilung befriedigende, das heisst möglichst repräsentative Zusammensetzung der Mitgliedschaft zu erhalten, müssten entsprechende finanzielle Rückstellungen gebildet werden. Damit müssten zu einem späteren Zeitpunkt die höheren Risiken dieser angenommen geschlossenen HMO-Population gedeckt werden, um einen unverhältnismässigen Anstieg der Beiträge zu vermeiden. □

Vertrauensärzte

Die Schweizerische Ärztekammer (Delegiertenversammlung der Verbindung der Schweizer Ärzte/FMH inklusive Vertreter der medizinischen Fakultäten sowie der Assistenz- und Oberärzte) hat in ihrer Sitzung vom 28. Juni 1984 in Bern nach Orientierung durch den FMH-Präsidenten, Dr. Karl Zimmermann, eine grundsätzlich positive Wertung des derzeitigen Standes der Krankenversicherungs-Revision vorgenommen. Wir zitieren folgenden Punkt:

- Die Schweizer Ärzte unterstützen den Vorschlag, dass die heutige Regelung durch die obligatorische Einführung von Vertrauensärzten mit ihrer unentbehrlichen Mittlerrolle zwischen Krankenkassen und Ärzten ausgebaut wird. Der Vertrauensarzt, den die Krankenkassen im Einvernehmen mit der Ärzteschaft wählen, wird dadurch seine Wirksamkeit unter voller Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Patienten vorab im medizinischen, aber auch im ökonomischen Bereich verstärken können. □

Die Basisversicherung

Von R. Brülhart[1]

Krankenkassen: Paradies der Funktionäre

Viele Krankenkassen sind heute Funktionärsdemokratien, einer inneren Hierarchie verpflichtet, und keine Demokratien der Mitglieder, was sie eigentlich sein sollten. Ein modernes Management ist dadurch praktisch ausgeschlossen. Die jährlichen Delegiertenversammlungen, an denen sich die grossen Linien in kleine Details auflösen, der traditionelle Ausflug mit Kind und Kegel, scheinen immer noch wichtiger als das Bewältigen der Probleme.

Der andere Pferdefuss ist das Fehlen der offenen Buchhaltung, die mangelnde Transparenz. Aus Konkurrenzgründen schirmen sich allzuviele Kassen vorsichtig ab. Keinem Aussenstehenden ist es erlaubt, in die Karten zu sehen.

Dabei wäre eine offene Buchführung eine der Voraussetzungen, um den echten Gründen der Kostenexplosion auf die Sprünge zu kommen, die einzige Möglichkeit auch, unnötige Kosten zu eliminieren. Wir Kassen müssten gemeinsam alle Kostenkontrollen ausschöpfen, um die Wahrheit zu erfahren.

Reines Verkaufs- und Konkurrenzdenken hat den ursprünglich sozialen Grundge-

[1] Direktor der Schweiz. Grütli Krankenversicherung, Bern

danken der Krankenkassen verdrängt. – Kassen sind keine gewinnstrebenden Unternehmen, sie sind nicht zu verwechseln mit der Privatassekuranz. – In einer Kasse schliessen sich Versicherte zusammen, um gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall versichert zu sein.

Jagd nach den guten Risiken

In jeder Krankenkasse sind sogenannte gute Risiken und schlechte Risiken versichert. Die Durchmischung wird immer ungünstiger. Die schlechten Risiken belasten die Kassen zusehends. Die guten Risiken sind junge, gesunde Leute, die, obwohl sie die Kassen nicht oder kaum beanspruchen, die gleich hohen Prämien bezahlen wie die schlechten Risiken.

Schlechte Risiken sind ältere Menschen, sind Chronischkranke und sind die Frauen. Trotzdem die letzteren rund 10% mehr Prämien bezahlen, kosten sie die Krankenkassen doch rund 50% mehr als die Männer.

Auf der Jagd nach guten Risiken bauen nun die Kassen ihre Leistungen immer mehr aus, denn sie wollen diese vor dem Abwandern in die Privatassekuranz abhalten.

Doch die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass gute Risiken, die bei der Privatassekuranz weniger Prämien bezahlen, wieder zur öffentlichen Kasse zurückkommen, wenn sie zu schlechten Risiken geworden sind.

Der Leistungsausbau der Kassen aber bleibt bestehen, er ist zum Zwang geworden. Die Preisspirale dreht sich und kann eines Tages die Kassen selber ausser Betrieb setzen. Es ist erneut das Prinzip des Zauberlehrlings im Spiel.

Ausweg aus der Sackgasse: die einheitliche Basisversicherung

Um dieser ungesunden Entwicklung entgegenzuwirken, hat Grütli ein Modell entworfen: die einheitliche Basisversicherung. Die einheitliche Basisversicherung sieht eine Zweiteilung der Versicherung vor, und zwar in

a) eine Basisversicherung, mit welcher die dringendsten Bedürfnisse abgedeckt sind,
b) freiwillige Zusatzversicherungen (Privatpatientenversicherung, Spitalzusatzversicherung usw.).

Für die Basisversicherung verlangen alle Kassen die gleichen Prämien und bieten dafür die gleichen Leistungen (die Autohaftpflichtversicherung arbeitet bereits nach diesem Prinzip). Um der unterschiedlichen medizinischen Versorgung in der Schweiz Rechnung zu tragen, könnte dabei auf regionale Unterschiede Rücksicht genommen werden.

Eine von den Kassen bezeichnete Stelle, zum Beispiel das Bundesamt für Sozialversicherung, müsste die korrekte Abwicklung garantieren und den Ausgleich der finanziellen Defizite und Überschüsse zwischen den Kassen vornehmen.

Die Subventionierung durch die öffentliche Hand erfolgt nur auf der Basisversicherung, also in Fällen, wo dies aus sozialen Gründen wirklich notwendig ist.

Ein Leistungsausbau der Basisversicherung wäre nicht mehr das Resultat konkurrentieller Sachzwänge, sondern echter Bedürfnisse.

Während die Basisversicherung als solidarisches Ganzes zu verstehen ist, käme die profilierte Konkurrenz der Kassen dann beim freiwilligen Überbau, mit Zusatz- und Privatpatientenversicherung usw., trotzdem voll zum Zug.

Solidarität von acht grossen Kassen wäre nötig

Es gibt noch über 400 Krankenkassen in der Schweiz. Die grösste zählt 1,2 Mio. Mitglieder, die kleinste deren 28 Versicherte. Doch rund 80% aller Versicherten sind Mitglieder der grössten 8 bis 10 Krankenkassen.

Eine privatrechtliche Konvention unter diesen grössten Kassen würde genügen, um die Basisversicherung Realität werden zu lassen.

Aus meiner Sicht ist das die einzige privatrechtliche Alternative zu einer angesichts der beängstigenden Kostenentwicklung immer öfters geforderten Verstaatlichung der Krankenkassen oder der von der Schweizerischen Vereinigung privater Kranken- und Unfallversicherungen (PKU) vorgeschlagenen Rückwandlung der öffentlichen Krankenkassen in blosse Armenkassen. □

OM

Laboratoires OM Genève

plus de 40 ans
au service de la médecine

Transporte und Reisen
um die ganze Welt mit

GO service unlimited GONDRAND

Basel, Brig, Buchs, Chiasso, Genf, Romanshorn, St. Gallen, St. Margrethen, Schaffhausen, Vallorbe, Zürich

Druckerei Rickli AG

rickli

Fotosatz
Offsetdruck
Buchdruck

3027 Bern
Eymattstrasse 5
031 55 15 15

Wir liefern sämtliche Drucksachen in Buch- und Offsetdruck prompt, einwandfrei und preisgünstig