

Alle warten auf eine grosse Diskussion zur Rationalisierung im Gesundheitswesen – doch der Umbau ist längst im Gange

Die Ärzte werden in Zukunft öfter Nein sagen müssen

KATRIN HOLENSTEIN, Bern



Allmählich ergibt sich aus den vielen Einzelteilen ein Bild. Teils wurden sie vom Parlament in diesen Tagen beschlossen, teils stecken sie noch in der Pipeline. Zusammen werden sie – ohne dass dies in der Bevölkerung bisher wahrgenommen wurde – in der Krankenversorgung zu einem Richtungswechsel führen: In Zukunft soll nicht mehr automatisch getan werden, was medizinisch möglich ist, sondern das, was innerhalb eines festgelegten Budgets zahlbar ist.

SCHNELLER. Im Fokus stehen die Spitäler, die mit 40 Prozent den weitaus grössten Kostenfaktor in der Krankenversicherung ausmachen. In den Spitälern wird schon bald nur noch mit standardisierten Fallpauschalen (DRG) gerechnet. Vereinfacht gesagt: Für eine Hüftprothese erhält ein Spital vielleicht 15 000 Franken, für einen Bypass 80 000. Mit dieser Pauschale ist der finanzielle Rahmen für jeden einzelnen Fall im Voraus festgesetzt. Leistungen, die diesen Rahmen sprengen, müssen im Spital andernorts kompensiert werden. Das gilt auch, wenn ein Patient länger als vorgesehen im Spitalbett bleibt, weil Komplikationen aufgetreten sind oder die Genesung länger dauert als die Fallpauschale vorsieht. Wie streng diese Pau-

schalen festgesetzt werden und wie gross der Spielraum noch sein wird, wird derzeit ausgehandelt.

WENIGER. Ein solches finanzielles Korsett sollen auch die Ärzte erhalten. Können sie heute weitgehend verordnen, was sie für angebracht halten, sollen dieser Freiheit künftig Grenzen gesetzt werden. Unter dem Titel Budgetverantwortung sollen in einem ersten Schritt die Ärztenetze, etwa HMO-Praxen, zur Sparsamkeit angehalten werden. Die Krankenkassen

Patienten werden erfahren, dass zur Kostensenkung auch die drittbeste Prothese gut genug ist.

können für sie ein Budget festlegen, mit dem alle Kosten der Patienten finanziert werden müssen, inklusive Spitaleinweisung oder Überweisung an einen Spezialisten. Wird das Budget unter- oder überschritten, werden die HMO-Ärzte am Gewinn bzw. Verlust beteiligt.

SPARSAMER. Der Druck, günstiger zu arbeiten als bis anhin, soll mittelfristig auf alle Ärzte ausgeübt werden. Und wiederum sind es die Kassen, die diese

Sparsamkeit durchsetzen sollen. Sie sollen künftig frei entscheiden können, mit welchen Ärzten und Spitälern sie zusammenarbeiten, und sie werden die sparsameren zweifellos bevorzugen. Heute muss die Grundversicherung alle Mediziner akzeptieren.

GÜNSTIGER. Wie umfassend die neue Freiheit der Krankenkassen sein soll, ist politisch noch immer nicht geklärt. Wie eine heisse Kartoffel schieben Parlament und Bundesrat die wichtige Frage vor sich her. Klar ist aber, dass die Kassen damit die Möglichkeit erhalten, den Ärztemarkt nach eigenem Ermessen zu organisieren. Einen Vertrag erhielten vor allem jene Ärzte, die kostengünstig arbeiten und mit medizinischen Abklärungen und Therapien zurückhaltend sind. Doch das Potenzial ist noch grösser: Die Kassen hätten auch die Möglichkeit, weniger Ärzte unter Vertrag zu nehmen und das Versorgungsangebot damit zu verknappen, um die Kosten zu senken.

BESCHIEDENER. Die Patienten in der Schweiz werden sich darauf einstellen müssen. Die goldenen Zeiten sind vorbei. Und als Erstes wird es die Drittklasspatienten treffen. Sie werden akzeptieren müssen, dass Spitäler, HMO oder freie Ärzte künftig häufiger auf zusätzliche Untersuchungen oder aufwendige Massnahmen verzichten werden, selbst wenn diese medizinisch vielleicht



Gesundheitswesen. Auch die Kosten werden vermehrt auf Herz und Nieren geprüft. Foto Keystone

sinnvoll wären. Sie werden auch erfahren, dass im Namen der Kostensenkung die zweit- oder drittbeste Prothese gut genug ist. Nicht nur die Ärzte, auch die Patienten werden also umdenken müssen.

TEURER. Das letzte Glied in der Kette ist die Pflege. Und bereits ist absehbar, dass der Druck auch hier merklich steigen wird. Wenn Patienten als Sparmassnahme zu früh aus dem Spital entlassen werden, wird der Bedarf nach Pflegehilfe zu Hause

entsprechend steigen. Doch hierfür mehr Geld auszugeben, ist nicht vorgesehen. Stattdessen, so hat es das Parlament beschlossen, müssen Pflegebedürftige künftig zwanzig Prozent der Kosten selber zahlen.

UNANGENEHMER. Für die Prämienzahler sind all diese Einzelmassnahmen eine gute Sache, denn sie werden zweifellos mit- und helfen, den Prämienanstieg zu bremsen. Für die Patienten hingegen können die Folgen unangenehm sein. Die Ärzte schliess-

lich werden im Alltag entscheiden müssen, welche Leistungen in Anbetracht der Kosten in Frage kommen und welche nicht. Bemerkenswert ist, dass all diese einzelnen Änderungen vom Volk kaum akzeptiert würden, wenn sie als überschaubares Paket vorgelegt würden. Es gibt im Übrigen auch keinen expliziten Richtungsentscheid des Parlaments. Es sind nur lose, kleine Einzelbeschlüsse, die sich allmählich zu einem Bild zusammensetzen.

katrin.holenstein@baz.ch

ANZEIGE

Weil jede Position eine andere Ausgangslage schafft



Stoll Giroflex AG. Orange Kunde seit 2007.

Nur wer die Ansprüche seiner Kunden differenziert versteht, hat auf Dauer Erfolg. Deshalb ist Stoll Giroflex AG für Orange nicht einfach Kunde, sondern Partner. Wir realisieren richtungsweisende Lösungen für individuelle, sich verändernde Bedürfnisse. Mit langfristigem Horizont. Wenn Stoll Giroflex AG uns vertraut, warum nicht auch Sie?
orange.ch/business

Business
Services

orange™