

Replik

## Selbstbedienungsluxusladen

Die *Weltwoche* wollte Probleme des Gesundheitswesens aufdecken. Herausgekommen ist eine platte Analyse voller Fehler und Klischees. Nicht Symptombekämpfung ist das Ziel: Die Eigenverantwortung der Patienten ist zu stärken. Die Prämien müssen steigen. *Von Cédric A. George*



In den *Weltwoche*-Ausgaben vom 17. und 24. September wurden das Gesundheitswesen und die von Jahr zu Jahr massiver steigenden Krankenkassenprämien zum Thema gemacht. Der Autor dieser Artikel nahm sich offensichtlich sehr viel vor, vielleicht zu viel, denn in etwas mehr als einem Dutzend ziemlich banalen, ziemlich schlecht recherchierten Thesen präsentierte er die Lösung für das immense Kostenwachstum.

Kurz zusammengefasst: Die Krankenkassenprämien steigen, weil sich alle auf Kosten der Allgemeinheit verschönern lassen, die Frauen für eine natürliche Geburt zu faul geworden sind und weil die Hausärzte beim ersten Auftreten von Beschwerden sofort umfangreiche radiologische Untersuchungen anordnen.

Als Akteur im Gesundheitswesen und damit direkt Betroffener kann ich dazu nur sagen: Wenn alles so trivial wäre, wie es hier präsentiert wird, dann hätten wir die Lösung tatsächlich schon längst gefunden. Tatsache ist jedoch, dass es sich beim Gesundheitswesen und bei der Gesundheit insgesamt um eine Problematik handelt, die nicht nur sehr komplex und selbst für viele Involvierte undurchschaubar geworden ist, sondern die ständig von moralischen und ethischen Gedanken

überlagert wird, welche eine ganzheitliche und ausgewogene Beurteilung praktisch verunmöglichen.

### These 1: Die Kassen bezahlen absurde Leistungen wie Schönheitsoperationen

Der Autor will den Lesern tatsächlich glaubhaft machen, dass Schönheitsoperationen jederzeit über die Kassen abgewickelt werden können. Für eine dermassen realitätsfremde Behauptung bedarf es mehr als eines ausgeprägten Sinns für journalistische Provokation: Das ist pure Desinformation. Als plastischer Chirurg mit mehr als zwanzigjähriger Erfahrung auf dem Gebiet kenne ich kein einziges Beispiel für eine angeblich rein kosmetische Operation, welche von der Krankenkasse übernommen wurde. Genau das Gegenteil ist der Fall: Es wird immer schwieriger, wenn überhaupt noch möglich, sogar echte krankheitswertige Befunde oder schwere Missbildungen über die Krankenkassen abzuwickeln. Bei einer Brustverkleinerung müssen zum Beispiel verschiedene sehr strenge Kriterien erfüllt und aufwendige Abklärungen erfolgt sein.

### These 2: Der Arzt ist ein Kostentreiber

Ich vertrete ebenfalls die Meinung, dass der Leistungskatalog im Grundversicherungsbereich gestrafft werden sollte. Pflichtleistungen sollten von Nichtpflichtleistungen klar getrennt werden. Aber schon hier beginnt das Problem: Die Unterscheidung zwischen Pflicht- und Nichtpflichtleistungen ist nun mal nicht so einfach. Es gibt nicht nur schwarz und weiss wie im Klischeejournalismus. Die Übergänge sind fließend: Ab wann ist eine wegen psychischen Unwohlseins erfolgte Konsultation beim Psychiater von der Krankenkasse zu übernehmen? Ab wann soll eine Kie-

fer- oder Schädelwachstumsstörung, die zu



Regelrechtes Wetttrüsten: Klinik.

einer Entstellung des Gesichtes geführt hat, über die Versicherung abgewickelt werden? Was die Geschichte mit dem Kopfwepulver angeht, so kenne ich keinen Hausarzt, und es gibt wohl auch keinen, der bei erstmaligem Auftreten von Kopfschmerzen ein MRI verschreibt. Last, not least: Auch die gebärenden Frauen und ihre Gynäkologen müssen einmal mehr für die stereotype Argumentation eines Journalisten herhalten. Wenn schon von Kaiserschnittquoten gesprochen wird, dann müsste diese Quote auch jener Statistik gegenübergestellt werden, welche geburtsbedingte Schädigungen infolge eines zu späten oder ganz unterlassenen Kaiserschnitts aufzeigt. Bei der Mehrheit der Wunschkaiserschnitte handelt es sich übrigens um Privatpatientinnen.

#### Grund- und Zusatzversicherung

Und genau hier haben wir ein weiteres Problem, welches der Autor ebenfalls nicht differenziert hat: In all den Beispielen über angebliche Kostentreiber wird nie zwischen Leistungen aus Grund- und Zusatzversicherung unterschieden. Mit keinem Wort wird auf die verschiedenen Versicherungsklassen eingegangen. Dies wäre sehr wichtig, wenn

man bedenkt, dass bei Spitalbehandlungen in der Grundversicherungsklasse (KVG) weniger als fünfzig Prozent von den Kassen bezahlt werden, der grössere Teil also vom Staat übernommen wird. Dagegen sind Spitalbehandlungen im Privatbereich voll durch die Zusatzversicherung (VVG) gedeckt, sofern sich ein Patient in einem Privatspital behandeln lässt. Verfälscht wird der Wettbewerb leider aber auch in dieser Zusatzversicherungsklasse, weil ein Privatpatient, der sich im öffentlichen Spital behandeln lässt, einen sogenannten Grundsockelbeitrag an das Spital auslöst. Dieser wird von Kanton und Wohngemeinde getragen! Als Steuerzahler trage ich also die Kosten meines privatversicherten Nachbarn mit, wenn sich dieser in einer öffentlichen Institution behandeln lässt.

Dies widerspricht dem eigentlichen Sinn und Zweck der Zusatzversicherung diametral. Steuern sind bekanntlich ein Umverteilungsinstrument. Dieses ist wenigstens transparent. Im Gesundheitswesen geht aber die Umverteilung viel weiter. Zum Beispiel über die Prämienverbilligung oder die Quersubventionierung zwischen verschiedenen Versicherungsklassen (nicht selten werden KVG-Defizite der Kassen mit ungerechtfertigten VVG-Prämien erhöhungen gedeckt), aber auch über die Quersubventionierung im Spital selber, indem Privatversicherte die Defizite der Allgemeinabteilung mittragen. Das alles findet in einem Land statt, in dem der Durchschnittsbürger häufig ein Mehrfaches von seinen Krankenversicherungsprämien für Freizeitbeschäftigung, für Auto, für Zigaretten, Restaurantbesuche oder Ferien ausgibt.

#### Die Finanzierungsfälle

Als Bürger und nicht als auf Wahlstimmenfang orientierter Politiker darf ich den Verursacher der Kostensteigerungen beim Namen nennen. Das Hauptproblem liegt in der Finanzierung des Systems. Das heutige Gesundheitswesen betrachtet den Schweizer Durchschnittsbürger als Sozialfall. Zumindest im Spitalsektor kann man schon heute von einem verstaatlichten System sprechen. Dies wird mit der Einführung der Fallpauschalen (DRGs) nicht besser. Mit dem System der Fallpauschalen werden die Behandlungen pauschal vergütet, also unabhängig von den Einzelleistungen, die erbracht wurden. Damit wird sich die Kontrolle des Staates

auf viele, bis anhin nicht unter dessen Kontrolle stehende Privatkliniken ausweiten. Zudem wird die Spitalplanung 2012 auch zu einem enormen Ausbau von Verwaltung und Administration führen.

Datentransfers und Qualitätskontrollen sind unabdingbar mit dem System der Fallpauschalen verbunden. Ob dabei tatsächlich Kosten gespart werden, ist eine andere Frage. Tatsache ist, dass durch die bevorstehende Umstellung momentan massive, meist unnötige Investitionen in Milliardenhöhe im Gang sind. Insbesondere die öffentlichen Spitäler erlauben sich ein regelrechtes Wettrüsten, um sich vor 2012 in eine möglichst gute Ausgangslage zu bringen. Auf dieses Datum verlieren die Spitäler ihre Defizitgarantie. Kleinere und veraltete Häuser geraten damit unter grossen Druck und wollen so eine mögliche Spitalschliessung verhindern. Ein inzwischen bekanntes Beispiel: Im Grossraum Basel planen gleich mehrere Spitäler im Umkreis von wenigen Kilometern ein eigenes Herzkatheterlabor: das Universitätsspital, das Claraspital, das Kantonsspital Liestal und das Bruderholz-Spital.

#### Mehr Eigenverantwortung

Wenn man die Problematik im Gesundheitswesen ernsthaft und komplett untersuchen will, dann muss man sich also in erster Linie mit dessen Finanzierungsmodell befassen. Die vom Autor suggerierten Sparmassnahmen gehören in die Kategorie der punktuellen Symptombekämpfung und hätten demzufolge auch nur einen beschränkten Effekt auf Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien. Die Lösung liegt in der vermehrten Einbindung des Bürgers in die Verantwortung. Jedes Gut, das zu günstig zu haben ist, führt zu dessen Verschwendung. Das Gesundheitswesen ist ein Selbstbedienungsluxusmarkt zu Spottpreisen.

Ist es nicht paradox, dass im Rahmen der neuesten Prämienhöhungsrunde genau diejenigen zur Kasse gebeten werden, welche bereit waren, mit höheren Franchisen mehr Risiko einzugehen? Durch die Umverteilung auf verschiedenen Ebenen wird die Mehrheit der Bürger von der gesamten Problematik abgekoppelt und quasi entmündigt.

Wettbewerb wird auf allen Ebenen verhin-

dert. Die Parlamentarier vertreten die verschiedenen vom System profitierenden Lobbyisten und blockieren so die monistische Spitalfinanzierung. Die FMH ihrerseits stemmt sich als Vertreterin der Ärzteschaft gegen die notwendige Aufhebung des Vertragszwanges. Und das KVG-Obligatorium ist eine wettbewerbsverzerrende, pseudosoziale Errungenschaft, die paradoxerweise zu einer Benachteiligung der Mehrheit der Bürger führt, indem diese für ein schlechteres System vermehrt zur Kasse gebeten werden.

#### Liberales System als Lösung

Diese Erkenntnis führt zum Schluss, dass die echten Kosten auf ein privates Solidaritätssystem, also eine echte Privatversicherung, umgewälzt werden müssten, vergleichbar mit Sach- oder Autoversicherungen. Der Staat hat in einem liberalen Gesundheitssystem eine Aufsichtsfunktion und betreibt darüber hinaus für den minderbemittelten Teil der Bevölkerung ein medizinisches Netzwerk. Planwirtschaft ist längst Geschichte, und ihre Nachteile sind evident: Ineffizienz, Ressourcenverschwendung und Qualitätseinbusse. Trotzdem nehmen die planwirtschaftlichen Aspekte im Gesundheitswesen eindeutig zu. So kann man entweder zuschauen, wie im planwirtschaftlichen System die Qualität sinkt, die Kosten steigen und die Prämien davongaloppieren, oder sich als Bürger für eine Idee engagieren, die zwar ebenfalls zu einer massiven, dafür aber gerechten und sinnvollen Prämienhöhung führen würde, denn nur so kann die Kostenspirale gebremst werden.

**Cédric A. George**, Dr. med., ist Gründer und Delegierter des Verwaltungsrates der Klinik Pyramide am See in Zürich. Die Klinik Pyramide ist die bislang einzige akutesomatische Privatklinik, welche im Kanton Zürich nicht für einen Listenplatz kandidiert. Die Klinik verfolgt eine konsequente Nischenstrategie im Topsegment der Privatversicherten und Selbstzahler. Als Vertragsspital von Versicherungen will die Klinik Pyramide beweisen, dass ohne Subventionen vom Staat, aber dank Effizienz und Wettbewerb ein sinnvolles Preis-Leistungs-Verhältnis bei besserer Qualität auch im Gesundheitswesen möglich ist. Bereits heute weist die Klinik aus diesem Grund einen überdurchschnittlichen Anteil an selbstzahlenden Patienten auf. Ab 2010 werden in der Klinik Pyramide in Zürich nur noch Privatpatienten und Selbstzahler beziehungsweise Allgemein- und Halbprivatpatienten mit Upgrade behandelt. In Schwerzenbach, dem zweiten Standort der Klinik, wird die Halbprivatabteilung weitergeführt.



*Kein MRI bei leichten Kopfschmerzen: Arzt und Patientin.*