

Auf den  
Punkt  
gebracht



► Dr. med. Josef Widler, Zürich  
josef.widler@aerztehaus-zuerich-west.ch

*Sehr geehrte Leserinnen und Leser*

**A**lles spricht von Hausarzt- und Managed-Care-Modellen. Was sind Modelle und wozu werden sie gebraucht? In der Wissenschaftstheorie haben wir gelernt, dass die Wissenschaft Modelle entwickelt, die versuchen, die Wirklichkeit möglichst genau abzubilden und somit erlauben, zuverlässige Voraussagen zu machen. Dem Modell liegen Axiome zugrunde, die nicht bewiesen oder abgeleitet sind. Das System muss auch widerspruchsfrei sein, sonst kann damit alles bewiesen werden.

Welche Axiome liegen also den Hausarzt- und Managed-Care-Modellen zu Grunde?

- Die freie Arztwahl ist teuer
- Eine Einschränkung der Arztwahl führt zur Kostensenkung im Gesundheitswesen
- Gute Qualität ist nicht teurer
- Gute Qualität hat ihren Preis
- Der Patient gibt unter Kostendruck seine freie Arztwahl preis
- In einem Netzwerk wird bessere Qualität produziert
- Das Gesundheitswesen ist teuer, weil der freie Markt nicht spielt
- Weil der freie Markt nicht spielt, muss er noch mehr reguliert werden
- Marktregulierung führt zur Kostensteigerung
- Marktregulierung führt zur Kostensenkung.

## Modelle in der Gesundheitspolitik

Dem gegenüber stehen einige Fakten: Die Lebenserwartung in der Schweiz steigt seit Jahrzehnten, und die Menschen leben immer länger bei besserer Gesundheit. Die Menschen leben nur einmal, und die meisten möchten gerne bei möglichst guter Gesundheit möglichst lange leben.

Mit den oben genannten widersprüchlichen Axiomen ist eine logische Lösung nicht möglich. Deshalb sucht man eine politische Lösung, denn politisch ist schliesslich alles, was mit Logik nichts mehr zu hat. Logisch?

Wer versucht, den Sachverhalt möglichst einfach darzustellen, kommt zu den folgenden Axiomen:

- Eine Einklassenmedizin wird es nie geben
- Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz können sich die heutige Medizin nicht leisten
- In der Schweiz werden seit Jahrzehnten zu wenig Ärzte ausgebildet
- Es geht einzig darum, wieviel das Individuum für seine Gesundheit bezahlen muss und wieviel von der Gesellschaft übernommen werden soll
- Die Qualität kann nicht durch Regulation herbeigeführt werden, wenn immer mehr Leute Leistungen bei immer weniger Anbietern nachfragen.

Welche Schlüsse lassen sich daraus ziehen? Ein Modell, das ein Spar- und Umverteilungsmodell mit dem Anspruch auf eine Qualitätssteigerung verbindet, ist bereits im Ansatz voller Widersprüche.

Mit den folgenden Axiomen kommt man dagegen wahrscheinlich zu widerspruchsfreien Lösungen:

- Die Mehrklassenmedizin ist eine Tatsache, die nicht zu ändern ist

- Die medizinische Versorgung muss für alle Klassen einen hohen Standard aufweisen und allen zugänglich sein
- Die Ansprüche des Einzelnen lassen sich im Krankheitsfall nur schwer einschränken
- Die Verbesserung der bereits sehr hohen Qualität in der Medizin führt nicht zu signifikanten Einsparungen
- Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegefachleute nimmt von Jahr zu Jahr ab.

Folgende Lösungen wären möglich: Der Tarifschutz wird aufgehoben. Der Kontrahierungszwang wird aufgehoben. Der Staat stellt durch Verträge mit Versicherten und/oder Anbietern sicher, dass alle Bewohner am hohen Standard der Medizin partizipieren. Der Staat beteiligt sich an den Kosten entweder durch Prämienverbilligungen oder im Rahmen von Leistungsverträgen. Die Prämien, der Risikoausgleich und einige wenige Rahmenbedingungen für die Grundversicherung werden vom Staat festgelegt. Die Krankenkassen regeln die Kostenaufteilung zwischen sich und den Versicherten selber (z. B. welcher Selbstbehalt zu welcher Prämienermässigung führt).

Und dann wäre da noch die Qualität. Ja, über die Qualität muss man sicher auch sprechen. Wahrscheinlich ist es aber ratsam, zuerst den Umverteilungskampf abzuschliessen. Logisch?

Dr. med. Josef Widler, Zürich