



Willy Oggier hat an der Hochschule St. Gallen in Volkswirtschaftslehre doktoriert und sich 1996 selbstständig gemacht. Er gehört heute zu den führenden Gesundheitsökonomern in der Schweiz.

VISIONÄR IN DER VERGANGENHEIT VISIONÄR IN DIE ZUKUNFT

Willy Oggier, Dr. oec. HSG
Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Küsnacht

Nach mehreren gescheiterten Versuchen, langjährigen parlamentarischen Diskussionen und einem intensiv geführten Abstimmungskampf trat 1996 das eidgenössische Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Kraft. Rund 10 Jahre vorher ereignete sich in der Privatmedizin Zürichs ein Strukturwandel ähnlichen Ausmasses. Das HerzZentrum Hirslanden wurde gegründet. Es nahm vorweg, was in den kommenden drei Jahrzehnten – nicht zuletzt auch als Folge des KVG – die Diskussionen um die Gesundheitsversorgung in der Schweiz prägen sollte.

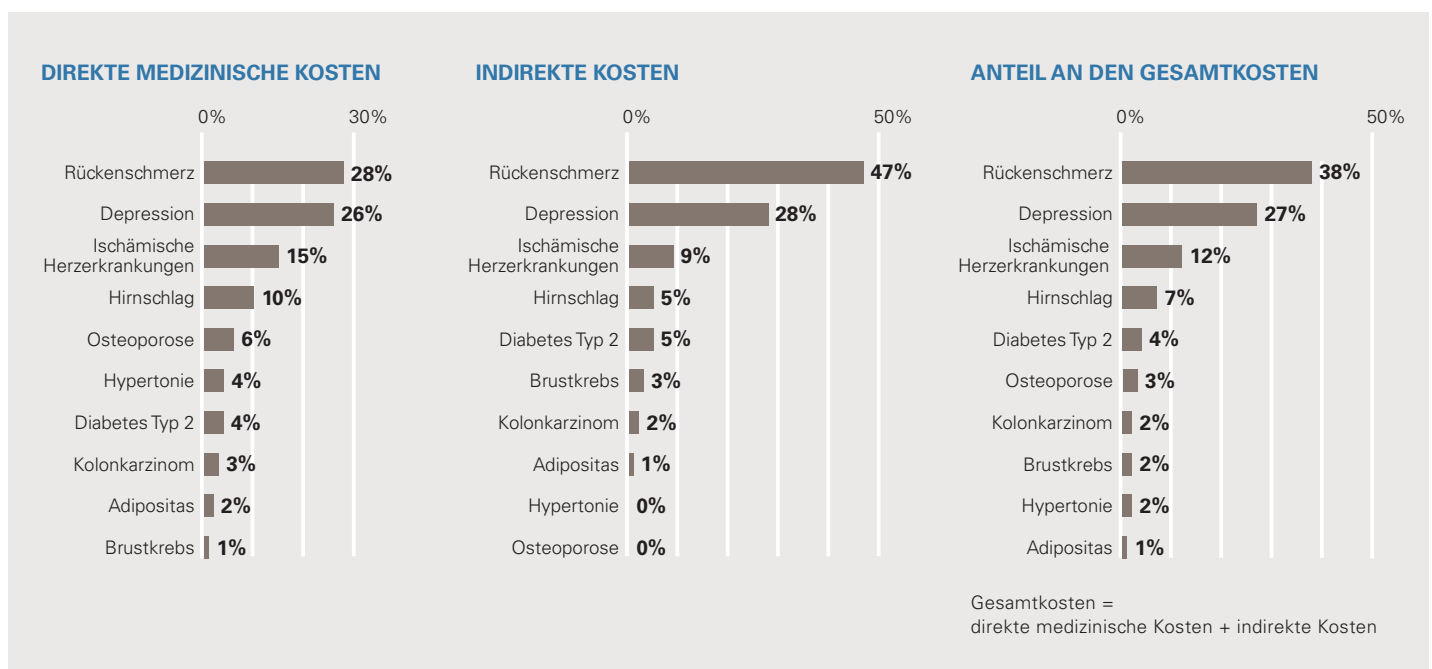
Innovative Kardiologen und Herzchirurgen realisierten ein innovatives Modell, weil sie früh erkannten, dass sie sich als Einzelkämpfer weder medizinisch noch wirtschaftlich sinnvoll positionieren konnten. Im Rahmen eines Gruppenmodells mit eigener unternehmerischer Verantwortung sahen sie die Zukunft. Dass es dabei auch eines starken Partnerspitals mit ähnlichem Flair für das Unternehmerische bedurfte, macht in

der Rückschau deutlich, dass bereits vor 30 Jahren das Thema der vor- und nachgelagerten Behandlungen und der Kooperationen pionierhaft angegangen wurde.

Nicht der Grosse frisst den Kleinen, sondern der Schnelle den Langsamen. So war es auch bei der Einführung des KVG. Weil die Gründer des HerzZentrums von Anfang an Qualität und Wirtschaftlichkeit aus unternehmerischer Sicht betrachteten, stellten sie früh die Frage der Differenzierung zwischen Grund- und Zusatzversicherten-Behandlungen.

«Nicht der Grosse frisst den Kleinen, sondern der Schnelle den Langsamen.»

ANTEIL VERSCHIEDENER KRANKHEITEN AN DEN ENTSPRECHENDEN KOSTEN



Quelle: R. Mattli u.a., Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz, Schlussbericht vom 18. Juni 2014, Winterthur, S. 63f.

Denn nach der Systemumstellung wurde von Seiten der Krankenversicherer vermehrt die Frage aufgeworfen, welche Mehr-Leistungen zusatzversicherte Patienten bekommen, wenn sie teilweise bis zu mehreren Hundert Franken mehr Krankenversicherungs-Prämien bezahlen als ausschliesslich Grundversicherte.

Das belegärztliche Prinzip des HerzZentrums erwies sich dabei als Stärke, weil eine durchgängige persönliche Betreuung der Patienten von der ersten Konsultation bis zur Schlusskontrolle nach der Rehabilitation als Zusatznutzen ins Zentrum rückte und das HerzZentrum von anderen, oft öffentlichen im Chefarzt-System geführten Spitälern unterschied.

Patienten wollen mehrheitlich nicht gesteuert, sondern beraten und gelenkt werden. Auf den ersten Blick mag diese Formulierung semantisch einen kleinen Unterschied darstellen, von der Grundeinstellung her weist sie aber auf einen grösseren Freiheitsgrad hin, weil nicht nur, aber gerade auch die Zusatzversicherten die freie Arztwahl als hohes Gut betrachten und darum für den stationären Bereich eine Zusatzversicherung abschliessen. Filets können Zusatzversicherte nämlich in der Regel auch sonst essen. Deswegen geht man nicht ins Spital. Und bei schwerwiegenden Erkrankungen gehört es sich auch nicht, dass jemand als Türsteher den Zugang zur ambulanten Erst-Konsultation beim Spezialisten versperrt.

Belegarztsystem und persönliche Betreuung dürften auch wichtige Eckpfeiler auf dem Weg in die Zukunft sein – gerade weil, ausgehend von deutschen Erfahrungen mit ähnlichen Abgeltungssystemen, Kassen unter der im Jahr 2009 eingeführten neuen Spitalfinanzierung nach KVG Versuche unternehmen, diese wichtigen Elemente ihren Versicherten vorzuhalten oder gar ganz zu nehmen. Verkannt wird dabei, dass gleiche Finanzierungssysteme unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen unterschiedliche Folgen haben können. Dies trifft gerade auf das Belegarztsystem zu. Während in unserem nördlichen Nachbarland rund vier Prozent der Leistungen auf Belegarztkliniken entfallen, sind es in der Schweiz zwischen 25 und 30 Prozent. Während in Deutschland rund 10 Prozent der Personen eine reine private Krankenversicherung aufweisen, haben prozentual rund dreimal so viele Personen in der Schweiz in Ergänzung zu ihrer Grundversicherung eine Halbprivat- oder eine Privatversicherung.

Wer private Medizin auch in der Zukunft erfolgreich positionieren will, dürfte in der Schweiz nicht darum herum kommen, den vor 30 Jahren eingeschlagenen Weg des HerzZentrums weiter zu verfolgen: Gute Medizin mit guten Ärzten, gutem Therapie- und Pflegepersonal im Verbund mit einem oder mehreren starken Spital-Partnern anbieten, dabei die Arzt-Patienten-Beziehung in den Mittelpunkt stellen und für medizinische und wirtschaftliche Innovationen offen sein.

«Belegarztsystem und persönliche Betreuung dürften auch wichtige Eckpfeiler auf dem Weg in die Zukunft sein.»

Klar ist aber auch: Mit der neuen Spitalfinanzierung drängen (noch) mehr Spitäler u.a. in den Bereich Herzchirurgie vor, weil sie sich dort wegen der höheren Schweregrade im Rahmen einer leistungsorientierten Finanzierung auch höhere Erträge erwarten. Dies sollte aber nicht der Weg sein, denn Qualität kommt vor (nicht statt!) Kosten. In der Schweiz bieten rund 20 Spitäler herzchirurgische Eingriffe an. Dies ist eindeutig zu viel, bedarf es doch für grössere Erfahrung einer minimalen Anzahl Patienten und eines grösseren Einzugsgebiets.

Hinzu kommt, dass angesichts der sich abzeichnenden neuen Möglichkeiten im Bereich Big Data davon auszugehen sein dürfte, dass beispielsweise integrierte Versorgung nicht beim Hausarzt beginnt, sondern bei den gesammelten Daten, die den Beratung suchenden Menschen helfen, das medizinische Problem zu definieren, für das sie Hilfe brauchen. Herzmedizin dürfte damit vermehrt zu prädiktiver Medizin werden und gleichzeitig der insbesondere rehabilitativen Nachbetreuung vermehrte Beachtung schenken.



Denn Herzmedizin und Rehabilitation sind in einer älter werdenden Gesellschaft als Investitionen in Lebensqualität zu bezeichnen und können helfen, hohe Folgekosten zu vermeiden. So weisen etwa im Jahr 2014 publizierte Schätzungen zu den Kosten nicht übertragbarer Krankheiten in der Schweiz darauf hin, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den direkten (Behandlungs-) Kosten mit bis zu über 10 Milliarden Franken im Jahr 2011 nach den muskuloskelettalen Krankheiten auf dem zweiten Platz landeten, bei den durch vor-

zeitige Erwerbsminderung und Tod anfallenden indirekten Kosten (Wertschöpfungs-Verluste) mit je nach Schätzung zwischen knapp fünf bis über sechs Milliarden Franken sogar auf dem ersten.

Ich wünsche dem HerzZentrum gerade auch angesichts der dargestellten Zahlen viel Erfolg – zum Wohle der Patienten und der Volkswirtschaft.

DIREKTE UND INDIREKTE KOSTEN DER KÖRPERLICHEN INAKTIVITÄT IM JAHR 2011

Krankheit	DIREKTE KOSTEN			INDIREKTE KOSTEN		
	Schätzwert	Untere Plausibilitätsgrenze	Obere Plausibilitätsgrenze	Schätzwert	Untere Plausibilitätsgrenze	Obere Plausibilitätsgrenze
Hypertonie	51	23	70	5	2	7
Hirnschlag	120	86	149	62	44	77
Ischämische Herzerkrankungen	173	104	225	128	77	166
Diabetes Typ 2	43	25	61	65	38	92
Adipositas	23	8	38	14	5	23
Rückenschmerz	327	217	411	649	431	816
Osteoporose	72	48	86	0	0	0
Kolonkarzinom	37	5	63	27	4	45
Brustkrebs	16	13	21	42	33	54
Depression	303	273	328	377	339	408
Total	1'165	802	1'451	1'369	973	1'688

Quelle: R. Mattli u.a., a.a.O., S. 62f.