

# Die Kosten im Gesundheitswesen

*Auch die Ärzteschaft macht sich Gedanken darüber*

*Aber bitte mit etwas Weitsicht. Einer der grössten Mängel des KVG ist der Anspruch, Wettbewerb und wirtschaftliche Rahmenplanung unter einen Hut bringen zu wollen, zwei Begriffe, die sich widersprechen und zu Schwierigkeiten bei der Anwendung führen müssen.*

*Weit entfernt davon, diese Widersprüche zu beseitigen, enthält der zweite Teil der durch den Ständerat teilweise genehmigten Gesetzesrevision noch stärkere Eingriffe und wird zu einem schwer verständlichen Flickwerk, das den Anspruch erhebt, die Kosten in den Griff zu bekommen. Die Revision der Spitalfinanzierung sollte eine Gleichstellung der ambulanten und stationären Behandlung bringen. Die monistische Vision sollte die Verwirklichung dieses Ziels theoretisch möglich machen. Aber, indem es letztendlich die Verantwortung von der Spitalleitung auf die Krankenkassen überträgt, bürdet dieses Gesetz ihnen eine grundsätzlich neue Aufgabe auf. Diese an sich wünschenswerte Option, die die soziale Komponente des Systems verstärken könnte, die aber gleichzeitig auch eine neue Aufgabenstellung und eine Kehrtwendung um praktisch 180 Grad bedeutet, steht in totalem Gegensatz zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs.*

*Diese Massnahme, die vorgibt, den Wettbewerb zu fördern (zwischen wem? Zwischen den Ärzten, die arbeiten und denjenigen, die nicht arbeiten?), gibt effektiv den Krankenkassen grünes Licht zur Ausübung eines massiven Drucks auf die Sozialversicherung. Sie könnten als Kompensation für die Einschränkung von Leistungen und Qualität ein noch breiteres Angebot von Zusatzversicherungen entwickeln. Diese neue Einnahmequelle auf Kosten der Sozialversicherung freut die Kassen, die damit endlich eine Rolle als Versicherer nach amerikanischem Modell spielen*

*könnten. Aus Angst vor den Folgen seiner eigenen Kühnheit möchte der Ständerat der Macht, die er ihnen angeblich in sogenanntem Einverständnis mit der FMH geben will, einige Beschränkungen auferlegen. Eine paritätische Kommission soll zur Abklärung diverser Punkte eingeschaltet werden: eine Bedürfnisklausel im Hinblick auf den potentiellen Zustrom von Ärzten aufgrund der bilateralen Verträge, falls diese tatsächlich jemals ratifiziert werden sollten, Beibehaltung der Anerkennung des behandelnden Arztes für chronisch kranke Patienten, Rekurswege, kurz, ein Wirrwarr von unterschiedlichen Überlegungen, die den Grundsatzentscheid praktisch unwirksam machen und zu einem extremen administrativen Aufwand führen müssten.*

*Last but not least muss hier noch erwähnt werden, dass die Streitigkeiten mit Versicherten, die ihre Prämien nicht bezahlen, neu auf die Leistungserbringer überwältzt werden sollen. Bis heute waren die Kassen verpflichtet, die Leistungen weiter zu erbringen und wenn nötig ein juristisches Verfahren gegen säumige Prämienzahler einzuleiten, allenfalls mit Unterstützung des Kantons. Nach dem neuen Vorschlag wäre es in Zukunft Aufgabe der Ärzte, Apotheker und Spitäler, solche Patienten weiter zu betreuen und selbst die Ausstände auf dem Prozessweg oder via Sozialdienste einzutreiben.*

*Fast könnte man meinen zu träumen. Die Ärzteschaft ist sich ihrer Verantwortung im Gesundheitswesen bewusst. Sie ist sicherlich bereit, im Rahmen von TARMED Opfer zu bringen, Opfer, die für gewisse Spezialisten besonders einschneidend sind. Sie ist sogar bereit, mit dem Recht zur Praxisausübung einen Vertrag über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu verbinden, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden und den Medizintourismus zu bekämpfen. Aber sie weigert sich, in dieser Farce der Geprellte zu sein, angesichts eines Pakets von unvereinbaren, widersprüchlichen, potentiell asozialen, in bezug auf die Kostendämpfung wahrscheinlich unwirksamen und sogar ausgesprochen stossenden Massnahmen.*

*Dr. Yves Guisan  
Vizepräsident der FMH, Nationalrat*