



### Une mauvaise loi

Zu den Beiträgen von Dr. Yves Guisan in der Schweizerischen Ärztezeitung 1/2, 3, 4 [1–3].

Ein schlechtes Gesetz: Mit seinem Votum gegen die Teilrevision des KVG hat der Vizepräsident der FMH im Nationalrat die Ablehnung der Vorlage erreicht. Er hat ein erfolgversprechendes Referendum und den damit verbundenen Zeitverlust verhindert. Das Nein werde erlauben, so schloss er seinen Aufruf, sofort auf einer gesünderen und realistischeren Grundlage neu aufzubrechen – «de repartir tout de suite».

Bundesrat Couchepin möchte nicht verlieren. Wie schon seiner Vorgängerin ist ihm bewusst, dass zwei Hauptprobleme nicht miteinander zu vermengen sind: Die Kostenbegrenzung in einem allen zugänglichen Gesundheitswesen und die für alle tragbare Prämienbelastung. Beide Bereiche verlangen Alternativen zu zwei extremen Initiativen. Das Beitragsproblem betrifft die Ärzteschaft nicht unmittelbar. Doch wäre sie wohl beraten, auch da bei der gesetzlichen Regelung mitzuwirken.

Das geltende System der einheitlichen Kopfprämien ist ungerecht. Andererseits wären Prämien in Lohn- und Vermögensprozenten, wie das die SP fordert, in der Schweiz wohl nur in einem wirklichen Notstand durchsetzbar. Vor zehn Jahren fanden die Schöpfer des KVG eine Ersatzlösung, den einkommensabhängigen Prämienausgleich für jeden Haushalt. Die Summe der vollen Prämien pro Haushalt sollte die obere Grenze der Eigenleistung (Selbstbehalt) bilden. Darüber hinaus keine Erhöhung, keine Reichtumssteuer, um ein bürgerliches Reizwort zu verwenden. Die kluge Idee wurde damals vom Parlament zerzaust, die Durchführung den Kantonen überlassen. Es entstanden 26 Systeme der sogenannten Prämienverbilligung. Die Wortwahl suggeriert Unterstützung statt gerechte Abstufung. Die Beiträge des Bundes richten sich nach der Bevölkerungszahl, der Finanzkraft und der Prämienhöhe der Kantone. Ab 1. Januar 2002 entfiel das letzte Kriterium zuungunsten der Kantone mit den höchsten Prämien, Basel-Stadt, Tessin und die einsprachigen Kantone der Westschweiz. Scheinbar ein Triumph der Ost- und Zentralschweiz über die teure Romandie.

Die Situation war schon vorher unbefriedigend. Am 8. März 2001 erschien eine «Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung», erarbeitet von der Firma Interface im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherung. Die 143 Seiten landeten in der (elektronischen) Schublade ([www.](http://www.interface-politikstudien.ch)

[interface-politikstudien.ch](http://www.interface-politikstudien.ch)). Immerhin war bereits seit dem 1. Januar 2001 eine KVG-Revision in Kraft, die u.a. drei Verbesserungen vorsah: Die Kantone sorgen dafür, dass bei der Überprüfung der Anspruchsberechtigung die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse berücksichtigt werden; zudem sorgen sie dafür, dass die Prämienzahlungspflicht nicht vorschussweise erfolgen muss; und schliesslich waren die Regionen für sämtliche Versicherer einheitlich festzulegen. Was ist seither geschehen? Die letzte Forderung wurde um fast drei Jahre verspätet erfüllt. Die beiden ersten Bestimmungen warten in manchen Kantonen bis heute auf die Verwirklichung.

Die Analyse von Interface führte zu einigen Empfehlungen, die auch die Administration vereinfachen: Automatische Erfassung der Ausgleichsberechtigung aufgrund der Steuerdaten, Antragsformulare nur bei Wechsel der Einkommens- und Familienverhältnisse ohne Befristung, in allen anderen Fällen lediglich Bescheinigung der Richtigkeit durch den Berechtigten; Auszahlung generell an die Versicherer, nicht an die Versicherten, und dies vor der Fälligkeit der Prämienrechnung. Freilich, selbst die volle Ausschöpfung der Bundesbeiträge genügt in einigen Kantonen nicht, um die Zielgruppen ausreichend zu entlasten.

Manche Kantone bemühten sich um Verbesserungen. In vorbildlicher Weise geschah das in Graubünden, zuletzt mit einem von allen Parteien unterstützten und vom Volk angenommenen Prämienverbilligungsgesetz 2002. Die Botschaften der Regierung setzten sich mit einem Postulat nach 100%iger Ausschöpfung der Bundesbeiträge auseinander und wiesen nach, dass dies (damals) für Graubünden nicht nötig sei. Die obere Grenze der für einen Haushalt zumutbaren Prämien wurde zwischen 5 und 10% des Einkommens mit Einbezug des Vermögens festgesetzt; ferner Ermittlung von durchschnittlichen Richtprämien. Der Anreiz, einem kostengünstigen Versicherungssystem beizutreten, blieb so erhalten.

Ein überzeugendes Modell, aber nicht 1:1 auf die ganze Schweiz übertragbar. Hauptgrund: die Krankenkassenprämien in Graubünden waren (damals) halb so hoch wie in Genf. Trotzdem ist das Prinzip des prozentualen (nicht stufenmässigen) Prämienausgleichs wohl die einzige praktikable Lösung. Dieses Konzept des Ständerats und der Schlichtungskonferenz sollte nicht aufgegeben werden. Es entlastet mehrköpfige Familien besser als Prämienbefreiung der Kinder. Der unglückliche Vorschlag der CVP müsste durch staatliche Leistungen an die Versicherer kom-

pensiert werden und würde den einkommensabhängigen Ausgleich konkurrenzieren oder gar verunmöglichen. Niedrigere Kinderprämien sind dagegen sinnvoll (in Graubünden ein Viertel der Normalprämie) und von den Krankenkassen zu verkraften.

Der Zentralvorstand der FMH äusserte einmal, er würde zur gegebenen Zeit konstruktive Vorschläge zur Revision des KVG vorbringen. Die gegebene Zeit ist jetzt.

*Dr. med. Georg Kaufmann, Zürich*

- 1 Guisan Y. Une mauvaise loi. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(1/2):20.
- 2 Trutmann M. Monsieur Couchepin n'aime pas perdre. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(3):87-90.
- 3 Trutmann M. Herr Couchepin verliert nicht gerne. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(4):149-52.



#### Bedrohlicher Anstieg der Fallkosten

Ein grosses Problem bleibt ungelöst: die gewollte Besserstellung der Grundversorger (und Psychiater) steht der vom Bundesrat verordneten Kostenneutralität diametral entgegen, schreibt Jürg Pellaton in seiner Replik [1].

Das erste dürfte die Untertreibung des Jahres sein: da ist nicht einfach ein kleines Problem ungelöst – das zweite ist schlicht ein Unsinn. Da hat sich die AK ja etwas Schlaues einfallen lassen! Der schwarze Peter wird einfach dem Bundesrat zugeschoben – als ob nicht von Anfang an klar gewesen wäre, dass die Besserstellung der einen zwangsläufig mit einer Schlechterstellung der anderen gekoppelt sein muss. Es war nie die Rede davon – auch vor dem Eingreifen des Preisübersichters nicht –, dass es einfach allen nachher besser oder mindestens gleich gut gehen werde, so habe ich das jedenfalls über die Jahre wahrgenommen – samt dem erbitterten Widerstand derjenigen, die Einkommenseinbussen auf sich nehmen müssen.

Es kann doch nicht wahr sein, dass wir nun sozusagen durch die Hintertüre um die Früchte der harten Verhandlungsarbeit gebracht werden! Unsere Kosten als Fachgruppe müssen deutlich über den bisherigen liegen können, alles andere empfinde ich als unzumutbare Hinhaltenaktik. Wir haben wiederholte Male auf die unbefriedigende finanzielle Abgeltung unserer Arbeit hingewiesen. Der vormalige Präsident der ständigen

Tarifkommission der SGPP Heiner Lachenmeier hat ja diesbezüglich eine geradezu aufsässige Hartnäckigkeit an den Tag gelegt, die man sich von den doch sonst so zurückhaltenden und entsprechend pflegeleichten Psychiatern/-innen wohl nicht gewohnt war. Und es schien sich gelohnt zu haben: in einigen Kantonen haben wir unser Tarifziel erreicht.

Und nun dies: die Kostenneutralität muss in der Kostenneutralitätsphase pro Fachgruppe eingehalten werden! Man komme mir nun nicht mit den 18 Monaten, im Sinne von: jetzt Zurückhaltung, nachher ist alles anders! Es wird nachher eben nicht alles ganz anders sein. Es kann auch nicht anders sein, wenn der Tarif richtig angewendet wird: weder ausgereizt noch beschönigt! Mit dem korrekt angewendeten neuen Tarif ist eine normale Konsultation 20 bis 25% teurer als früher, so war das auch intendiert und so ist es auch nötig. Für alles andere sind wir nicht mehr zu haben! Die AK hat es in der Hand, wie sie die Kostenneutralität umsetzen will, es kann und darf nicht auf Kosten der Psychiater/innen und der Grundversorger/innen sein.

*Dr. med. Christine Romann,  
Präsidentin ZGPP, Zürich*

- 1 Pellaton J. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(8):376.



#### Neulich beim Zahnarzt ...

Im Wartezimmer meines Zahnarztes werden die Patienten mit einem blauen Handzettel über «Tarife und Transparenz beim Zahnarzt» orientiert. Darin wird ein Stundentarif von Fr. 400.– bis 450.– als betriebswirtschaftlich gerechtfertigt und seinerzeit vom Preisüberwacher als gutgeheissen erläutert ...

Auch unser neuer TARMED-Tarif soll betriebswirtschaftlich errechnet worden sein, wobei ich als Kinderarzt auch mit den am höchsten bewerteten Leistungen (die ja auch intellektuell am anspruchsvollsten sind!), nämlich Gipsen und Hüftultraschall, nie auf diesen Stundentarif komme, geschweige denn mit den üblichen Konsultationen, viele zwar dringlich und innert Stunden auszuführen, jedoch ohne vermehrte Entschädigung, da ja keine «richtigen» Notfälle mehr ...

*Dr. M. Ryffel, Kinderarzt, Münchenbuchsee*