

## Gegenvorschlag zur SVP-Initiative

## Ein kategorisches NEIN am 1. Juni 2008!\*

Thomas Burgener

Staatsrat des Kantons Wallis,  
Vorsteher des Departements für  
Gesundheit, Sozialwesen und Energie

Letzten Dezember wurde die SVP-Initiative «für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» von den eidgenössischen Räten verworfen. Die Initiative war unannehmbar, da sie eine massive Einschränkung der krankenversicherten Leistungen gebracht hätte.

Die eidgenössischen Räte haben aber einem in aller Hast erarbeiteten Gegenvorschlag zugestimmt. Dieser Gegenvorschlag wird am 1. Juni dem Volk zur Abstimmung vorgelegt und scheint auf den ersten Blick keine grossen Änderungen mit sich zu bringen. Der neue Verfassungstext will aber den Grundsatz verankern, dass im Gesundheitswesen einzig die Prinzipien des Wettbewerbs und der Konkurrenz gelten. Die Folge: Einschränkung des Zugangs zu Pflegeleistungen, Bruch der Solidarität zwischen den Generationen einerseits sowie zwischen Gesunden und Kranken andererseits.

Mit dem Gegenvorschlag wird in der Bundesverfassung verbindlich festgelegt, dass eine Krankenversicherung nach den Prinzipien der Konkurrenz zu installieren ist. Konkret soll zwischen den Versicherungen und den Leistungsanbietern sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die Vertragsfreiheit eingeführt werden. Darüber hinaus sieht der Gegenvorschlag vor, dass Beiträge der öffentlichen Hand jener Organisation überwiesen werden, die die Leistungen finanziert. Konkret heisst das Einführung einer monistischen Finanzierung: Die Kantone wären fortan verpflichtet, ihren Anteil an den Spitalkosten den Versicherungen zu überweisen und nicht wie bisher den Spitälern; damit wären die Versicherungen die einzigen, die die Spitäler direkt finanzieren würden.

Diese Regelung ist für die Leistungserbringer, für die Versicherten und für die Kantone aus verschiedenen Gründen inakzeptabel: Wenn die Versicherungen jedes Jahr frei wählen können, welche Pflegeleistungserbringer und welche Spitäler zu Lasten der Krankenversicherung praktizieren dürfen, verfügen diese über überproportional viel Macht ohne jegliche demokratische Legitimation. Sie entscheiden faktisch über die Spitalplanung. Und wenn solche Entscheide der Bevölkerung nicht behagen, können die Chefs der Krankenkassen – anders als etwa die Gesund-

heitsdirektor/innen – nicht vom Volk abgewählt werden.

Die Verhandlungsposition der Leistungserbringenden und insbesondere auch der Spitäler gegenüber den Kassen würde sich drastisch verschlechtern. Sämtliche Finanzmittel – inklusive des Anteils der Kantone – wären in den Händen der Versicherungen, die jedes Jahr unilateral entscheiden könnten, wem welche Leistungen vergütet werden.

Man muss weiter davon ausgehen, dass der Blick auf die zu entschädigenden Leistungserbringer einzig durch die Kostenbrille erfolgt. Dies benachteiligt alle Ärztinnen und Ärzte, die chronisch kranke oder betagte Patienten behandeln. Diese verursachen selbstredend mehr Kosten. Diese Entwicklung wird auch die öffentlichen Spitäler benachteiligen, die im Gegensatz zu den Privatkliniken verpflichtet sind, alle Patienten, auch polymorbide mit höheren Behandlungskosten, aufzunehmen.

Auch die Versicherten haben bei der Annahme des Gegenvorschlags viel zu verlieren: Die freie Wahl des Arztes oder des Spitals werden nur noch jene Personen haben, die sich eine Zusatzversicherung leisten können. Darüber hinaus lässt der neue Verfassungstext sogar die Möglichkeit offen, auf das Versicherungsobligatorium zurückzukommen. Der Bundesrat kann – muss aber nicht – die Krankenversicherung für obligatorisch erklären. Ein eklatanter Rückschritt!

Umgekehrt werden die Prämien der Versicherten nicht sinken: Es ist nicht bewiesen, dass die Aufhebung des Vertragszwangs eine Kosteneindämmung mit sich bringen wird. Auch Bundesrat Couchepin hat im vergangenen Dezember vor dem Nationalrat erklärt, dass die Vertragsfreiheit nicht automatisch zu einer Kostenreduktion führt.

Das Beispiel der USA zeigt anschaulich, zu welchen Ergebnissen marktwirtschaftliche Gesundheitssysteme führen: Die USA ist das Land mit den höchsten Gesundheitskosten, obwohl ein grosser Teil der Bevölkerung nicht krankenversichert ist.

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs liegt einzig im Interesse der Kassen: Sie profitieren davon, mehr Zusatzversicherungen verkaufen zu

\* Auszug aus dem Referat des Autors am Kongress Quadrimed vom Januar 2008 in Crans-Montana.

Korrespondenz:  
Thomas Burgener  
St. Martinstrasse 13  
CH-3930 Visp

thomas.burgener@admin.vs.ch

können. Im Bereich der Zusatzversicherungen sind die Kassen ermächtigt, Gewinne zu erzielen und Prämien nach Alter und Gesundheitszustand der Versicherten zu differenzieren. Dies führt zwangsläufig zu einer Diskriminierung von betagten und kranken Personen und untergräbt die Solidarität in der Krankenversicherung.

Es gibt effizientere Mittel zur Kostenbegrenzung, die erstens von den verschiedenen Partnern akzeptiert werden, zweitens allen den Zugang zu pflegerischen Leistungen garantieren und drittens das Solidaritätsprinzip gegenüber den Kranken nicht untergraben:

- Der Aufbau von integrierten Versorgungsnetzen muss gefördert werden;
- kranke Personen (und nicht nur junge, gesunde Menschen) müssen veranlasst werden, diese Versorgungsnetze zu beanspruchen, zum Beispiel durch weniger hohe Franchisen;

- den angeschlossenen Ärzten ist eine budgetäre Mitverantwortung anzuvertrauen;
- die Konsultation eines Hausarztes vor Aufsuchen eines Spezialisten muss zur Pflicht werden. Ausnahme bilden Notfälle oder Konsultationen bei bestimmten Spezialisten wie z. B. Gynäkologen.

Ich danke der FMH und allen Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz für ihren Einsatz gegen diese katastrophale Verfassungsänderung. Ein Vorschlag, der nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten ist, der sich gegen die Ärzte und die anderen Leistungserbringer richtet und der es den Kantonen verunmöglicht, ihre Rolle als Garanten einer umfassenden Pflegeversorgung und als Rekursinstanz wahrzunehmen.