

«Wir haben eine ‹Teuermedizin›»

Für Gesundheitsminister **Mauro Pedrazzini** ist die Sache klar: Der Staat muss sparen und weitere Kostensteigerungen werden sich eins zu eins auf die Prämien auswirken. Deshalb ist es nötig, das Problem der grossen Mengen anzupacken, sonst werden die Prämien schnell unbezahlbar.

GÜNTHER FRITZ

Herr Gesundheitsminister Pedrazzini, am Montag haben gleich vier Verbände Ihren Vorschlag für eine KVG-Revision als Mittel zur Entsolidarisierung zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Besserverdienenden und Schlechtergestellten sowie zwischen Jüngeren und Älteren dargestellt und in der Luft zerissen. Inwiefern haben Sie mit einer so vernichtenden Kritik gerechnet?

Mauro Pedrazzini: Die Punkte, die von den besagten Interessensvertretern aufgeworfen werden, sind nicht neu, diese wurden ja bereits an den verschiedenen Informationsveranstaltungen vehement vorgebracht. Wir haben von Anfang an gesagt, dass die Vorlage ein paar politisch heikle Dinge beinhaltet, die breit diskutiert werden müssen. Nun ist diese Diskussion entstanden und das ist gut so. Kern der Vorlage ist es, die Prämien längerfristig bezahlbar zu halten. Die vorgeschlagenen Massnahmen dienen diesem Zweck und es wird nun anhand der Meinungen und Argumente abzuwägen sein, welche Massnahmen mehrheitsfähig sind. Eigenverantwortung wird dann zur Entsolidarisierung, wenn sie zu extrem ist. Es gilt hier, das richtige Mass zu finden. Es gibt ja heute schon eine Kostenbeteiligung. Die vorgeschlagene Erhöhung der Kostenbeteiligung ist meines Erachtens massvoll und wird den gesellschaftlichen Zusammenhalt nicht gefährden.

Mit der Wahlfranchise bis 3500 Franken würden sich die Besserverdienenden aus der Solidargemeinschaft ‹freikaufen› können und im Gegenzug günstige Prämien bekommen, sagte Christl Gstöhl vom Seniorenbund. Von dieser Art von Eigenverantwortung könnten aber gerade die Senioren nicht profitieren, weil sie das Geld dazu einfach nicht aufbringen könnten. Was sagen Sie zum diesbezüglichen Vorwurf, dass dieses System unsolidarisch sei?

Mauro Pedrazzini: Wir haben von verschiedenen Seiten die Rückmeldung erhalten, dass die Hinterlegung einer höheren Franchise auf einem Gesundheitskonto kritisch betrachtet wird. Der ursprüngliche Gedanke war, dass das hinterlegte Geld im Leistungsfall auch sicher zur Verfügung steht. Es ist auch nicht nötig, das Geld auf einmal zu hinterlegen, sondern man kann jedes Jahr etwas dazulegen und so schrittweise zur höheren Franchise kommen. Zur Herstellung von Solidarität gibt es verschiedene Möglichkeiten. Beispielsweise kann – wie in der Schweiz – festgelegt werden, dass Personen mit höheren Franchisen nicht den versicherungsmathematisch maximal möglichen Rabatt bekommen, sondern ein Teil der Prämie als Solidarbeitrag für die Personen mit geringeren Franchisen verwendet wird. Es liegt also an der konkreten Ausgestaltung des Rabattmodells für höhere Franchisen, wie solidarisch ein System ist. Höhere Franchisen an sich sind nicht unsolidarisch.

Der Seniorenbund lehnt vor allem auch die von Ihnen vorgesehene Einführung des Tiers Garant ab. Senioren, die von 2000 Franken AHV leben müssten, könnten es sich gar nicht leisten, mehrere Hundert oder Tausend Franken Vorkasse zu erbringen. Ebenso wenig könnten sich die Senioren die um 1000 Franken

vorgesehene Erhöhung der Kostenbeteiligung nicht leisten. Weshalb muten Sie diese Belastung den Senioren dennoch zu?

Mauro Pedrazzini: Der Tiers Garant ist ein System, das in der Schweiz gut funktioniert, es wird übrigens von der Schweizerischen Ärztevereinigung FMH in einer aktuellen Publikation favorisiert. In der Regel ist es so, dass die Rechnungen sehr schnell den Krankenkassen weitergeleitet und von diesen vergütet werden, so dass der Betrag vor der Zahlungsfrist auf dem Konto des Patienten ist und er nichts vorstrecken muss. Bei sehr hohen Kosten kann von den Krankenkassen eine Kostengutsprache eingeholt und die Rechnung direkt an die Krankenkasse geschickt werden. Ein in der Diskussion gegen die Umstellung auf ein anderes Abrechnungssystem vorgebrachtes Argument ist eine möglicherweise grössere Bürokratie. Wir werden dieses Argument nochmals prüfen. Ziel ist es, dem Patienten die Kosten mit einer detaillierten Rechnung bewusst zu machen und nicht wie heute die abgerechneten Leistungen geschickt vor ihm zu verborgen.

Kern der Vorlage ist es, die Prämien längerfristig bezahlbar zu halten.

Senioren mit geringem Einkommen und Vermögen haben das Anrecht auf Prämienvergünstigung und AHV-Ergänzungsleistungen. Eine höhere Selbstbeteiligung wird in den Unterstützungssystemen berücksichtigt, so dass Rentner mit geringen Einkommen und Vermögen keine Nachteile erleiden werden. Dann möchte ich noch betonen, dass auch Senioren von der um 420 Franken geringeren Prämie profitieren werden, so dass die Zusatzbelastung bei hohem Leistungsbezug nicht 1000 Franken, sondern 580 Franken betragen würde.

Der Seniorenbund fordert die Beibehaltung der hälftigen Kostenbeteiligung für Pensionisten und auch weiterhin die Befreiung der chronischen Kranken von der Kostenbeteiligung. Inwiefern könnten Sie sich vorstellen, nochmals darüber nachzudenken?

Mauro Pedrazzini: Diese Kritik kam von vielen Seiten und dies sind sicher Punkte, bei denen wir nochmals über die Bücher müssen. Ziel muss aber dennoch sein, vom Giesskannenprinzip wegzukommen und trotzdem Härten zu vermeiden.

Herlinda Tiefenthaler von der Patientenorganisation (Lipo) erklärte, dass der Patient aus allen Blickwinkeln der Vertierer sei, während die Kassen klare Gewinner seien: ‹Die Kassen geben das Risiko an die Leistungsbringer ab, lassen von nun an den Patienten den Kontrollleur spielen und erwirtschaften Zinsen auf das Gesundheitsparkonto.› Haben Sie bei der Entwicklung der KVG-Revision tatsächlich die Patienteninteressen aus den Augen verloren?

Mauro Pedrazzini: Es ist interessant, dass die Patientenorganisation sich zuallererst Sorgen um das Risiko macht, dass Ärzte ihr Geld nicht erhalten. Sie müsste die Transparenz in der Leistungsabrechnung begrüssen, welche mit der Zusendung der Rechnung an die Patienten realisiert werden kann. Der Patient



Bild: Daniel Ospelt

Geht dem Deckmantel der ärztlichen Behandlungsfreiheit von einigen Ärzten viel zu viel abgerechnet.»

kann und soll kontrollieren. Es ist mir ein Anliegen, dass die Bezeichnungen der Leistungen im Tarif angepasst werden, so dass sie allgemein verständlich sind. Zusammen mit den indikativen Zeitangaben kann sich der Patient dann schon ein Bild davon machen, ob der Arzt eher ‹sportlich› abrechnet. Der Patient ist auch Prämienzahler und er wird davon profitieren, wenn die Prämien bezahlbar bleiben. Die Zinsen werden zudem kaum die Kontoführungskosten decken, die Kassen werden hier keine Gewinne einfahren.

Weiter vermisst die Lipo ein Bonusmodell zur Belohnung eines gesunden Lebensstils und eines verantwortungsvollen Leistungsbezugs sowie faktisch unabhängige Vertrauensärzte. Also alles kein Thema für Sie?

Mauro Pedrazzini: Wer keine Leistungen bezieht, spart 420 Franken pro Jahr, das ist auch wie ein Bonus. Wer denkt, dass er keine oder nur geringe Leistungen bezieht, wählt eine höhere Franchise und spart noch mehr. Wir haben zudem ein explizites Bonusmodell geprüft und sind zum Schluss gekommen, dass es aus verschiedenen Gründen nicht praktikabel ist. Die Ausführungen hierzu finden sich im Vernehmlassungsbericht.

Ich habe um niemanden Angst, der seinen Beruf anständig ausübt.

Das Thema Vertrauensärzte werden wir noch vertieft prüfen. Sie sollten aber nicht nur unabhängig sein von den Krankenkassen, sondern auch unabhängig von den betroffenen Ärzten. Die Krankenkassen haben die unangenehme Aufgabe, gewisse geforderte Leistungen abzuweisen, beispielsweise wenn es um teure Kuren und Therapien geht, die man auch in günstiger Form erbringen könnte. Es gibt hier sicher Zweifelsfälle. Würden die Krankenkassen aber einfach alles durchwinken, dann würden die Kosten und damit die Prämien

regelmässig auf, bei diesem Problem Hand zu bieten. Ich habe dem Vorstand sogar eine namentliche Liste der Umsätze übergeben mit der Aufforderung, in eine Diskussion darüber einzutreten. Es ist nichts passiert. Ich bin überzeugt, dass eine gut aufgestellte Ärztekammer wirksame Gegenmassnahmen ergreifen könnte. Offenbar will die Präsidentin das Thema der schwarzen Schafe aber nicht anpacken, daher wird das der Gesetzgeber alleine machen müssen.

Hansjörg Marxer, Präsident des Dachverbandes der Gesundheitsberufe, wirft Ihnen ein Aufbrechen der bisherigen Partnerschaft von Versicherern und dem Staat vor. Inwiefern stimmt es, dass sich die Regierung mit dem LKV gegen die Interessen der Patienten und Leistungsbringer verbündet hat?

Mauro Pedrazzini: Die Regierung hat sich mit keiner Seite gegen eine andere Seite verbündet. Wir haben einfach gesehen, dass es viele Entscheidungen gibt, bei denen im heutigen Gesetz ein Konsens zwischen Ärztekammer und Krankenkassenverband gefordert ist. In der Praxis führt dies oft zu langen Blockaden. Gerade bei der Bedarfsplanung ist die Entscheidungsfindung viel zu träge und auch von persönlichen Interessen gesteuert. Das ist nicht gut für unser System. Daher schlagen wir vor, dass die Kompetenzen klarer de-

Das Mengenproblem muss jetzt angepackt werden.

finiert werden. Die ‹Partnerschaft›, von der Marxer spricht, hat wohl politisch für Ruhe gesorgt, sie war aber für die Kostenentwicklung in den letzten Jahrzehnten fatal. Der Staat hat die steigenden Kosten einfach mit höheren Staatsbeiträgen an die Krankenkassen überdeckt, während die von den Ärzten und anderen Leistungsbringern abgerechneten Mengen unkontrolliert angewachsen sind. Der Staat muss nun sparen und weitere Kostensteigerungen werden sich eins zu eins auf die Prämien auswirken. In diesem Umfeld ist es nun nötig, das Problem der grossen Mengen anzupacken, sonst werden die Prämien schnell unbezahlbar.

Wie gehen Sie mit der Forderung des Dachverbandes der Gesundheitsberufe nach einer Stärkung der Planungs- und Rechtssicherheit für die Leistungsbringer um?

Mauro Pedrazzini: Jeder hätte gerne Planungssicherheit über die nächsten Jahrzehnte, nicht nur die Personen in den Gesundheitsberufen. Die Realität ist, dass die meisten in unserem Land in einem Anstellungsverhältnis mit dreimonatiger Kündigungsfrist leben. Selbständig-erwerbende müssen sich nach jedem abgeschlossenen Auftrag einen neuen suchen. Die heutige faktische Unkündbarkeit von Verträgen im Gesundheitswesen seitens der Krankenkassen führt zu einem Kräfteverhältnis, in dem auch extrem auffällige Leistungsbringer nicht zu disziplinieren sind. Wenn sie ermahnt werden, machen sie einfach so weiter wie bisher, und wenn die im Gesetz vorgesehenen Sanktionen eingeleitet werden sollen, nehmen sie sich einen Anwalt und streiten. Diese Streitereien

bezahlt letztlich der Prämienzahler über Beiträge der Krankenkassen an den Verband. Die Beschränkung des Vertrags auf vier Jahre soll bewusst machen, dass es ein Privileg ist, einen solchen Vertrag zu besitzen und entsprechende Verhaltensweisen fördern. Wir sind aber allen konstruktiven Lösungsvorschlägen gegenüber offen, die zum selben Ziel führen, nämlich das Problem mit fehlbaren Leistungsbringern in den Griff zu bekommen. Die Erwerbsaussichten in den Gesundheitsberufen bleiben aber angesichts der demografischen Veränderungen hervorragend, ich habe hier um niemanden Angst, der seinen Beruf anständig ausübt.

Alle vier Verbände wollen Sie zurück auf Feld 1 schicken und Sie eine neue KVG-Vorlage ausarbeiten lassen, bei welcher die Patienten nicht im Regen stehen gelassen werden. Was passiert nun mit den ablehnenden Stellungnahmen dieser vier Verbände? Wie sehen Sie aus heutigener Sicht die Chance einer mehrheitsfähigen Vorlage, die letztendlich auch vor dem Volk bestehen könnte?

Mauro Pedrazzini: Es gibt nicht nur ablehnende Stellungnahmen zur Vernehmlassung, sondern auch zustimmende. Alle eingegangenen Stellungnahmen werden geprüft und die Argumente werden in der Erarbeitung der Vorlage an den Landtag berücksichtigt. Die Stellungnahmen werden zudem im Wortlaut veröffentlicht. Treibende Kraft hinter der starken Ablehnung sind die Organisationen der Leistungsbringer und der Ärzte, also der Personen, welche direkte finanzielle Interessen mit den vorgeschlagenen Änderungen verbinden. Dieselben Organisationen und Personen haben die gescheiterte KVG-Revision 2012 begründet, obwohl damals die Kostenbeteiligung im Krankheitsfall wesentlich höher gewesen wäre. Anstatt den ersten 200 Franken hätte man damals die ersten 1500 Franken aus der eigenen Tasche bezahlen müssen, zusammen mit der Selbstbeteiligung wären es 2000 Franken gewesen. Die Prämienbilligkeit wäre damals zwar ausgebaut worden, das ändert aber nichts

Der Prämienzahler hat bis heute leider keine Lobby, die sich für ihn einsetzt.

daran, dass im Krankheitsfall der Patient viel stärker zur Kasse gebeten worden wäre. Bei den Rentnern wäre zwar die hälftige Kostenbeteiligung bestehen geblieben, aber eben basierend auf dem weit höheren Niveau. Die Netto-Mehrbelastung für Rentner wäre damals praktisch gleich hoch gewesen wie in der heutigen Vorlage. Ein Grund, warum die Vorlage im Landtag damals gescheitert ist, war die fehlende Opfersymmetrie, es wurde einseitig nur der Patient belastet. Die Forderung nach einem Rückzug der Vorlage und einem Neuanfang ist nur ein Spiel auf Zeit, das Mengenproblem muss aber jetzt angepackt werden. Glücklicherweise ist die Meinung der Ärzte und der Leistungsbringer aber nicht die einzige in unserem Land. Alle zerren am System und wollen profitieren, bezahlen wird aber letztlich der Prämienzahler. Er hat bis heute leider keine Lobby, die sich für ihn einsetzt.