

Medienmitteilung der FMH

Bern, 29. Oktober 2008

Grundversicherung: SGK schlägt fragwürdige Richtung ein

Die Gesundheitskommission des Ständerates (SGK) hat sich heute mit dem Modell einer dualen Grundversicherung befasst, das die Ressourcensteuerung zu einem wesentlichen Teil den Krankenkassen übertragen und dafür der öffentlichen Hand entziehen will. Zudem werden mit dem Modell «Forster/Oggier» Ärzte, die kostenintensive Patientinnen und Patienten wie chronisch Kranke oder ältere Menschen behandeln, kaum mehr eine Krankenkasse zur Zusammenarbeit finden. Verabschiedet die SGK das Modell an ihrer nächsten Sitzung, entspricht dies nicht dem Volkswillen. Sie muss sich dann endgültig den Vorwurf gefallen lassen, dass sie immer mehr zur Lobby-Maschine der Krankenkassen wird.

Am 1. Juni 2008 hat sich das Schweizer Volk klar mit 69,5% Ja-Stimmen dafür ausgesprochen, dass die Zulassung von Ärzten und die Spitalfinanzierung Sache der öffentlichen Hand bzw. der Kantone bleiben soll. Damit haben die Stimmbürger sich deutlich gegen den Verfassungsartikel BV 117a und gegen eine Machtkonzentration bei den Krankenkassen ausgesprochen. Eine Annahme des Artikels hätte zur Abschaffung der freien Arztwahl und auch zu einer Benachteiligung vieler Patienten, v.a. chronisch kranker und älterer Personen, geführt. Gegen den Verfassungsartikel haben sich die Gesamtheit der Kantone ebenso wie die FMH als einer der zahlreiche Leistungserbringerorganisationen ausgesprochen.

Traditionell können nach einer Abstimmung die Gewinner ihre Vorschläge einbringen. Erst wenn diese mit Begründung abgelehnt sind, können alle relevanten Gruppierungen sich einbringen, also auch die Verlierer der Abstimmung. Die SGK scheint sich an diese Grundregel seit dem 1. Juni nicht mehr zu erinnern: Auf die Vorschläge der Gewinner des 1. Junis – die Kantone und die FMH – beschliesst die Kommission das Nicht-Eintreten. Hingegen beschäftigt sie sich mit zahlreichen Vorschlägen der Verliererseite. Darin zeigt sich einmal mehr, dass die Kassenlobby funktioniert und sich die fünf Krankenkassen-Vertreter in der SGK durchsetzen konnten. Eine Rückbesinnung der Mitglieder der SGK auf die Pflichten und Aufgaben einer Kommission ist dringend angezeigt.

Gemeinsam mit der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) hat die FMH einen Vorschlag erarbeitet, der die Abschaffung des Zulassungsstopps erlaubt und gleichzeitig eine differenzierte Steuerung der Gesundheitsvorsorgung erlaubt. Weitere Informationen finden Sie [hier](#).

Auskunft:

Jacqueline Wettstein, Leiterin Kommunikation FMH
Tel. 031 / 359 11 50, E-Mail: kommunikation@fmh.ch
www.fmh.ch

Die Gesundheitskommission des Ständerates (SGK) hat sich mit dem Modell einer dualen Grundversicherung befasst. Das Modell «Forster/Oggier» sieht vor, die obligatorische Grundversicherung künftig in zwei Varianten anzubieten: Die Versicherten sollen sich zwischen der Variante «Staatsversorgung» und der Variante der so genannten «Wahlfreiheit» entscheiden können.

Das Modell «Forster/Oggier» ist aber aus Sicht der FMH aufgrund folgender Punkte problematisch:

- Die Steuerung der Ressourcen für die Gesundheitsversorgung ist Aufgabe der öffentlichen Hand – das hat der Souverän an der Volksabstimmung vom 1. Juni 2008 klar signalisiert. Die vorgeschlagene Grundversicherung missachtet den Volkswillen in der Variante «Wahlfreiheit», da sie eben diese Ressourcensteuerung den Krankenkassen überträgt. So können die Krankenkassen festlegen, mit welchen Ärztinnen und Ärzten aus den verschiedenen Fachgebieten sie zusammenarbeiten wollen.
- Das Modell «Forster/Oggier» beschränkt unnötig die Wahlfreiheit des Versicherten, da die Variante «Staatsversorgung» gegenüber der Variante «Wahlfreiheit» unattraktiv gemacht wird: Die heute frei wählbaren Franchisen werden möglicherweise gestrichen, die Versicherten können somit nicht mehr zwischen attraktiven Sparmodellen wählen. Die FMH setzt sich für Modelle ein, die den Versicherten eine echte Wahlmöglichkeit bietet.
- In der Variante «Wahlfreiheit» sind Verbandsverträge nicht zugelassen. Das bedeutet, dass die Krankenkassen mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten Verträge abschliessen können. Wer als Arzt kostenintensive Patientinnen und Patienten wie chronisch Kranke oder ältere Menschen behandelt, wird kaum eine Krankenkasse als Vertragspartner finden, da er aus ihrer Sicht zu hohe Kosten verursacht. Genau dies hat der Souverän am 1. Juni abgelehnt.