

Frau
Ständerätin Erika Forster
Präsidentin SGK-S
Parlamentsdienste
3003 Bern

Bern, 25. Oktober 2007

FMH-Stellungnahme zu den Gegenvorschlägen zur SVP-Initiative (BV 117 / 117a)

Sehr geehrte Frau Ständerätin

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu den beiden Gegenvorschlägen.

A. Ergänzung der Bundesverfassung ist unnötig

Unseres Erachtens genügt der bestehende Verfassungsartikel. Die alte liberale Weisheit – „wenn es nicht nötig ist, ein Gesetz zu machen, ist es nötig, *kein* Gesetz zu machen“ – gilt auch für die Verfassung.

Generell haben die beiden Gegenvorschläge des Parlaments (wie auch die SVP-Initiative) den Makel, dass sie letztlich Modetrends – z.B. mehr Markt, mehr Selbstverantwortung – in der Verfassung festschreiben wollen, die nicht in die Verfassung gehören.

B. Zu wichtigen Themen / Aspekten der Gegenvorschläge

1. Zulassung der Leistungserbringer und Wahlfreiheit der Versicherten

Der Vorschlag Ständerat (2006) definiert die Wahlfreiheit der Versicherten so: „Bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die versicherungspflichtigen Personen unter den zugelassenen Krankenversicherern frei wählen.“ (Art. 117a Abs. 2 lit.a zweiter Satz)

Der Nationalrat (Sept 2007) schlägt vor:

„Bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die versicherungspflichtigen Personen frei wählen unter den Leistungserbringern, die zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen sind, sowie unter den zugelassenen Krankenversicherern.“

FMH-Stellungnahme

Für *beide* Fassungen gilt: Diese Wahlfreiheiten sind zwar wichtig, aber sie gehören ins Gesetz und nicht in die Verfassung (genauso, wie auch die freie Wahl des Strafverteidigers durch den Angeschuldigten nicht in die Bundesverfassung gehört).

Die *Ständeratsfassung* lässt offen, ob die Versicherten nur noch die Krankenkasse wählen können, nicht aber ihre Ärztin, ihren Arzt oder ihr Spital. Das ist entweder reichlich unklar oder aber nicht akzeptierbar – auf eine solche Verfassungsergänzung ist zu verzichten.

Der Wortlaut der *Nationalratsfassung* ist unseres Erachtens zwar ausgewogen – doch besteht das Problem, dass er im Nationalrat mit einem *politischen Programm* verknüpft wurde, das auf einem Denkfehler beruht und für die Ärztinnen und Ärzte nicht akzeptierbar ist. Konkret:

Die Staatsrechtlerin Frau Prof. Regina Kägi-Diener hat in ihrem Kurzgutachten vom 16. Oktober 2007 (**Beilage 1**) dargelegt, dass die Voten im Nationalrat¹ hier den Bogen zur Vertragsfreiheitsvorlage des Bundesrats schlugen. Diese Vorlage sieht in Art. 35a KVG vor, dass der Leistungserbringer einen *Zulassungsvertrag* mit dem Krankenversicherer haben muss, damit der Patient sich bei ihm zulasten der Krankenpflegeversicherung behandeln lassen kann. Die Gutachterin ruft in Erinnerung, was Zulassungen sind:

„[Die] Zulassung ist, wie gesagt, eine verwaltungsrechtliche Verfügung, bei welcher die verfügende Behörde an die Grundsätze rechtsstaatlichen Handelns gebunden ist, namentlich an das Legalitätsprinzip, die öffentlichen Interessen, an Treu und Glauben, ans Verhältnismässigkeitsprinzip, an Rechtsgleichheit und Diskriminierungsverbot sowie an die Grundrechte. Bei Differenzen untersteht der Entscheid über die Zulassung dem verwaltungsrechtlichen Rechtsschutz. Dies ist schon deshalb angezeigt, weil die

¹ (s. AB N vom 18.09.2007, Votum Triponez, a.E.; Votum Humbel Näf verweist ebenfalls auf die sog. Vertragsfreiheit)

Rechtsstellung, namentlich die Wirtschaftsfreiheit, der betroffenen Leistungserbringer tangiert sein kann. Es geht hier um ein Rechtsverhältnis, das im Rechtsstaat keinen Marktbedingungen folgen kann, sondern rechtsstaatlicher Ausgestaltung und Garantien bedarf.“ (Kurzgutachten S. 6)

Frau Prof. Kägi stellt weiter fest, dass in der Vertragsfreiheitsvorlage des Bundesrats diese rechtsstaatlichen Grundsätze und Kontrollen fehlen:

„Gemäss Art. 35 Abs. 1 lit. b Entw KVG soll die Zulassung zu Leistungen in der sozialen Krankenversicherung offenbar durch einen „Zulassungsvertrag“ erreicht werden, welcher „mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen“ wird (siehe. Art. 35a Entw KVG). Die Versicherer sind in der Wahl der Leistungserbringer, mit welchen sie den Vertrag abschliessen wollen, frei, d.h. sie können diese nach Gutdünken, oder in der öffentlichrechtlichen Terminologie, willkürlich auswählen. Da die ärztlichen Leistungen v.a. im ambulanten Bereich praktisch ausschliesslich über die Grundversicherung abgewickelt werden, hätten es die Versicherungen so in der Hand, Ärzte praktisch von der Berufstätigkeit auszuschliessen, ohne rechtsstaatlichen Grundsätzen und Kontrollen zu unterstehen.“ (Kurzgutachten S. 7)

Die Gutachterin kommt zu folgender Beurteilung:

„Die im Zusammenhang mit dem pendenten Änderungsvorschlag des Bundesrates zum KVG zu lesende Art der *Zulassung* von Leistungserbringen ist ausserordentlich problematisch. Dies gilt vor allem im Hinblick auf rechtsstaatliche Anforderungen einer Zulassung und mit Rücksicht auf die Notwendigkeit eines grundsätzlichen Gleichgewichtes zwischen Leistungserbringern und Versicherern, welches erst vertragliches Beziehungen im Expertenmarkt zu gewährleisten vermag.“ (Gutachten S. 10)

Fazit

- **Wenn die zu ergänzende Verfassungsbestimmung im Ergebnis bedeutet, dass in Zukunft die Kassen die Ärztinnen und Ärzte zulassen, ist sie nicht akzeptabel.**

2. „Wettbewerb“ bzw. „Qualitäts- und Preiswettbewerb“

Die Ständeratsfassung enthält die Bestimmung „Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenpflegeversicherung tätig sind, berücksichtigen die Ziele der qualitativ hochstehenden Versorgung und des *Wettbewerbs*.“ (Art. 117a Abs. 2 lit e) ; dies zielt auf die Vertragsfreiheit (Votum des Minderheitssprechers Altherr, AB 2006 S 721 sowie Brändli, AB 2006 S 723).

Der Nationalrat hat wie folgt zugespitzt: „Der Qualitäts- und *Preiswettbewerb* bei Leistungserbringern und Versicherern ist gewährleistet.“ (Art. 117a Abs. 2 lit. c, zweiter Satz).

Stellungnahme der FMH

Abschaffung der Vertragsfreiheit (des Bürgers)

Vorerst bedarf es einer unseres Erachtens überfälligen Klarstellung zum Begriff der „Vertragsfreiheit“. Frau Prof. Regina Kägi Diener äussert sich dazu wie folgt:

„Die Verknüpfung der Zulassung von Leistungserbringern mit einem von den Versicherern (im Rahmen des kantonalen Kontingentes⁶) beliebig abschliessbaren Zulassungsvertrag bedeutet übrigens für die Patientinnen und Patienten eine (faktische) Einschränkung der *freien Arztwahl*.“

In der Tat: Bei nüchterner Betrachtung ist der Begriff der Vertragsfreiheit in der Ausgestaltung gemäss der Botschaft des Bundesrats von 2004 (auf die beide Räte Bezug nahmen) ein Orwellscher Newspeak: Niemand gibt offen zu, dass unter der Fahne der Einführung der „Vertragsfreiheit“ schlicht und einfach die – heute bestehende – Vertragsfreiheit für den Patienten abgeschafft wird, einen Behandlungsvertrag mit der von ihm gewählten Ärztin bzw. dem von ihm gewählten Spital abzuschliessen.

Wollte man dem Stimmbürger klaren Wein einschenken, müsste diese Botschaft nicht die ‚Einführung der Vertragsfreiheit‘, sondern die ‚Abschaffung der Vertragsfreiheit (des Bürgers)‘ im Titel tragen.

Qualitätswettbewerb

Die Gutachterin Kägi äussert sich in ihrem Kurzgutachten vom 16.10.2007 insbesondere zur Formulierung des Qualitäts- und Preiswettbewerbs gemäss Nationalrat. Sie hält zunächst zum *Qualitätswettbewerb* fest:

„Art. 58 KVG, der eine *Regulierung* der Qualität von Leistungserbringern vorsieht, passt zu einem Wettbewerb, wie Art. 117a lit. c ihn neu vorschreiben soll, nicht mehr und wäre nach Auffassung der Gutachterin konsequenterweise zu streichen.“ (Kurzgutachten S. 8)

Preiswettbewerb

Sodann äussert sich die Gutachterin zum Gegensatz von *Preiswettbewerb* und Tarifen:

„[Tarife] dienen dazu, die Preisbildung für bestimmte Leistungen den Regeln der Marktwirtschaft, d.h. der freien Preisvereinbarung und dem Preiswettbewerb, zu entziehen, um

a. diese Leistungen für sozial Schwache zugänglich zu machen, denen der Marktmechanismus eine Leistung sonst versagen würde, oder

b. bei obligatorischen Leistungen die durch das Obligatorium verursachte, regulatorische Störung des Marktgleichgewichts zu kompensieren. Das Tarifsystem dient damit der Sicherstellung von Verteilungsgerechtigkeit und Rechtsgleichheit, Anliegen, die der freie Wettbewerb nicht kennt.“ (S. 8f)

„Gesamthaft gesehen lässt sich sagen, dass das Tarifwesen des KVG – ungeachtet ob man es im Einzelnen befürwortet oder nicht – einen komplexen Auftrag hat. Dies zeigt sich an den mannigfaltigen Bestimmungen, beginnend bei den Kriterien für (gültige) Tarife (Art. 43 KVG), weiter am Tarifschutz (Art. 44 KVG), an der behördlichen Tarifgenehmigung (Art. 46 Abs. 4 KVG), der Festlegung eines Rahmentarifs (Art. 48 Abs. 1 KVG), bei vertragslosem Zustand der behördlichen Festsetzung eines Ersatztarifs (Art. 47 KVG) oder eines Rahmentarifs (Art. 48 KVG) sowie der Festlegung von Tarifen nach Art. 52 Abs. 2 und 3 KVG für Analysen, Arzneimittel udgl.“ (S. 9)

„Dieses ganze ausgeklügelte System ist völlig unverträglich mit einem (freien) Preiswettbewerb. Mit anderen Worten, die vom Nationalrat beschlossene Bestimmung, dass der (Qualitäts- und) Preiswettbewerb unter den Leistungserbringern (d.h. im Leistungsmarkt) gewährleistet sein soll (Art. 117a lit. c), würde, wenn sie so Gültigkeit erlangen würde, das *gesamte Tarifsysteem des geltenden KVG* mit seinem sozialen Anliegen (Verteilungsgerechtigkeit) und seiner Ausgleichsfunktion (zur Gewährleistung relativ unrentabler ärzteleistungen) *aus den Angeln heben*. Die Bestimmung würde sich überdies auch nicht mit der Möglichkeit des Art. 45 KVG vertragen, die medizinische Behandlung von Versicherten zu erzwingen. Denn mit der entsprechenden behördlichen Anordnung wird klarerweise in den Wettbewerb eingegriffen.“

In der Schlussbeurteilung der Gutachterin:

„Der vom Nationalrat beschlossene Text zeitigt erhebliche Probleme. Insbesondere erscheint wenig verständlich, wie der Preiswettbewerb im Leistungsmarkt hergestellt werden kann, ohne dass das geltende Tarifsysteem, dem die Sicherstellung des sozialen Auftrages in verschiedener Hinsicht zuzuordnen ist, aufgehoben wird.“

Wer Preiswettbewerb will, muss zudem selbst auch auf *Tarifstrukturen* wie den TarMed oder das SwissDRG-Projekt verzichten. Dies zeigt der Wettbewerbsrechtler Prof. Eugen Marbach in seinem Kurzgutachten vom 25.10.2007 (**Beilage 2**):

„Im Sinne eines ersten Ergebnisses steht damit fest, dass Wettbewerb, wie ihn die Wirtschaftsverfassung als Grundsatz statuiert, vorab als Ausdruck der Wirtschaftsfreiheit zu verstehen ist. Wer Wettbewerb will, muss deshalb in erster Linie die Wirtschaftsfreiheit absichern. Teil dieser Freiheit, ohne welche Wettbewerb höchstens noch in Randbereichen funktionieren kann, ist die Preisbildungsfreiheit. Oder anders formuliert, wer sich zum

Wettbewerb bekennt, kann nicht gleichzeitig auf Gesetzstufe verbindliche Tarif- bzw. Preisordnungen vorsehen.“ (Seite 4)

„Verbindlichen Tarifstrukturen, wie sie für das Krankenversicherungsgesetz typisch sind, steht das Kartellrecht daher grundsätzlich sehr skeptisch gegenüber. So erklärte die Wettbewerbskommission z.B. die traditionelle kartellistische Margen- und Rabattordnung beim Vertrieb von Arzneimitteln als unzulässig (RPW 2000, S. 395 f.).“ (Seite 5)

„Klar ist weiter, dass feste Tarifstrukturen wie z.B. TarMed oder SwissDRG mit der Forderung nach Preiswettbewerb nicht kompatibel sind. Preiswettbewerb ist nicht möglich, ohne dass den Parteien gleichzeitig **im Gesetz** Preisbildungsfreiheit eingeräumt wird. Dabei lehrt die praktische Erfahrung, dass der Wechsel von festen Tarifstrukturen zum Preiswettbewerb durchaus differenzierte Veränderungen mit sich bringt und keineswegs linear zu Preisnachlässen führt.

Beispiel 1: Seit der (kartellrechtlich erzwungenen) Aufhebung der Buchpreisbindung wurden Bestseller billiger, andere Bücher jedoch teurer. Während unter der alten kartellistischen Marktordnung der Bestseller das anspruchsvolle Buch tendenziell subventionierte, entfällt neu diese Möglichkeit zur kulturpolitisch motivierten Mischrechnung

Beispiel 2: Anwaltstarife (so z.B. das bernische Dekret über die Anwaltsgebühren) sahen je nach Interessenwert abgestufte Tarifraster vor. Bei grossen Streitwerten war eine höhere Entschädigung vorgesehen als bei kleinen. Dieser „Mischtarif“ war dabei nicht zuletzt auch sozialpolitisch motiviert. Seit der (wegen fehlender Kompatibilität mit dem Kartellgesetz erfolgten) Aufhebung dieser Tarifstruktur und der damit *geschaffenen* Freiheit im Preiswettbewerb wurden die Fälle mit kleinem Streitwert (wegen der neu üblichen Fakturierung nach Zeitaufwand) tendenziell teurer, während sich bei den grossen Fällen der Preiswettbewerb vermutlich verschärft hat (empirische Untersuchungen von wissenschaftlicher Qualität wären den unterzeichnenden Fürsprechern nicht bekannt).“ (Seite 7f)

„Entsprechend der bundesrätlichen Vertragsfreiheitsvorlage soll im Rahmen der Revision des KVG das ganze Kapitel Tarife unverändert beibehalten werden. Im Gegenteil, feste Tarifstrukturen, wie sie das KVG bei der Abrechnung von Einzelleistungen bereits heute verbindlich vorschreibt, sollen neu auch im Spitalbereich eingeführt werden. Diese Eliminierung der Preisbildungsfreiheit wird dabei vorab mit der Forderung nach Vergleichbarkeit und Transparenz begründet. Damit bleibt in allen Preisfragen auch zukünftig die Anwendung des Kartellgesetzes ausgeschlossen.

Neu will die nationalrätliche Vorlage im Verfassungstext zusätzlich Preiswettbewerb vorschreiben. Damit stellt sich die Frage, ob dies im Rahmen des KVG überhaupt gleichzeitig mit den übrigen Vorgaben umgesetzt werden kann.

Versteht man im Krankenversicherungsrecht unter Preiswettbewerb das Gleiche wie im Wettbewerbsrecht, ist dies illusorisch. Bei festen Tarifstrukturen, das heißt bei fehlender Preisbildungsfreiheit, ist Preiswettbewerb im wettbewerbsrechtlich verstandenen Sinne vielmehr per definitionem nicht möglich.

Soweit der Gesetzgeber den Begriff Preiswettbewerb im Krankenversicherungsrecht jedoch anders als im Wettbewerbsrecht verstanden wissen möchte, entspräche dies einer wenig konsistenten Gesetzgebung und es ergäbe sich größte Auslegungsprobleme.

Zusammenfassend ergibt sich folglich, dass die Forderung nach Vergleichbarkeit und Transparenz, welche feste Tarifstrukturen impliziert, die gleichzeitige Gewährleistung von Preiswettbewerb ausschließt. Preiswettbewerb reduziert vielmehr bei komplexen Angeboten, wie sie für den Gesundheitsbereich typisch sind, tendenziell die Transparenz, weil es dann jedem Wettbewerber erlaubt sein muss, seine Preise entsprechend seiner eigenen Wettbewerbssituation frei zu kalkulieren und seine Angebote selbst zu definieren.“
(Seiten 9f)

Fazit

- **Nach unserer Wahrnehmung haben Bundesrat und Parlament bisher nicht erkannt, dass man Vertragsfreiheit nicht haben kann, ohne die soziale Schutzfunktion des Tarifsystems aufzugeben.**
- **Vertragsfreiheit und Preiswettbewerb bedeuten:**
 - **Verzicht auf Tarifschutz für die Patienten (Art. 44 KVG),**
 - **Verzicht auf Sicherstellungsauftrag mit Zwangstarif für Ärztinnen im Ausstand (Art. 45),**
 - **Verzicht auf Tarifgenehmigungspflicht (Art. 46),**
 - **Verzicht auf behördlichen Ersatztarif im vertragslosen Zustand (Art. 47 und 48),**
 - **Verzicht auf Globalbudget (Art. 54) und**
 - **Verzicht auf das Einfrieren der Tarife (Art. 55) [Kurzgutachten Prof. Kägi]**
 - **und auch Verzicht auf einheitliche Tarifstrukturen (Art. 43) [Kurzgutachten Prof. Marbach]**
- **Die für die Ärztinnen und Ärzte zuweilen beengenden Aspekte des Tarifsystems im KVG sind sowohl der Preis wie auch die Garantie für den sozialen Auftrag der Medizin in der Patientenversorgung. Wird Preiswettbewerb eingeführt, werden sich die Ärztinnen und Ärzte nach dem Markt richten: Gemacht wird dann, was rentiert, und nicht was die Patienten benötigen. Jedes Gesundheitssystem hat die Ärzte, die es verdient.**

3. „Mindestversorgung der Bevölkerung“ (Fassung NR)

Die Ständeratsfassung lautet: „Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenversicherung tätig sind, berücksichtigen die Ziele der qualitativ *hochstehenden* Versorgung und des Wettbewerbs.“ (Art. 117a Abs. 2 lit. e)

Der Nationalrat setzte dem entgegen: „Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenversicherung tätig sind, berücksichtigen die *Mindestversorgung* der Bevölkerung und richten sich nach Qualitäts und Wirtschaftlichkeitsnachweisen.“ (Art. 117a Abs. 2 lit e, erster Satz)

Stellungnahme der FMH

Fürsprecher Hanspeter Kuhn, stv. Generalsekretär der FMH, hat diese Bestimmung analysiert (**Beilage 3**). Er führt unter anderem aus:

„Je nach Parteizugehörigkeit bedeutet der Begriff Mindestversorgung gemäss Diskussion im Nationalrat:

- „[...] *Mindestversorgung*, welche die soziale Sicherheit garantiert, aber den Akteuren die grösstmögliche Freiheit gibt [...]“ (Toni Bortoluzzi, SVP)
- „Der Gegenvorschlag [...] bringt wesentliche Elemente auf den Tisch, so zu den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit, freie Spitalwahl, Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und Versicherern, *Mindestversorgung* und Monismus. Der Gegenvorschlag der Minderheit hat also Zähne. Er bringt ein klares Bekenntnis zu einem Wettbewerb, der den Patienten ins Zentrum stellt und ihm nützt. Der heute dominierende Blick auf die absoluten Kosten wird ersetzt durch Kosteneffizienz [...]“ (Reto Wehrli, CVP)
- „Mit dem riskanten Begriff der *Mindestversorgung* gefährdet er den Kernpunkt der Gesundheitspolitik: eine gute Gesundheitsversorgung für alle.“ (Bea Heim, SP)

[...]

„Bisher gilt für die Behandlungen im KVG der Grundsatz *wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich*“.² Er bedeutet, dass die Versicherten zwar keinen Anspruch auf eine maximale, aber doch auf eine *optimale* Gesundheitsversorgung haben.

Auch Anhänger von vermehrtem Wettbewerb im Gesundheitswesen sehen bis heute die optimale Versorgung als das anzustrebende Ziel.“ (Verweis auf Economiesuisse 2004)

[...]

„Von *Mindestversorgung der Bevölkerung* hingegen haben Gesetzgeber und Politik bisher in der Sozialversicherung nie gesprochen.“

[...]

„Wenn Mindestversorgung meint, dass das bisherige Versorgungsniveau gesenkt werden soll, so benötigen die Versicherten für eine Behandlung nach den bisher akzeptierten Standards des KVG neu eine Zusatzversicherung. Eine Verschlechterung der KVG-Leistungen bedeutete ein Handeln wider Treu und Glauben, wie Baumberger und Günther

² Art. 32 KVG.

kürzlich am Beispiel der Pflegeversicherung überzeugend dargelegt haben: 'In der Zusatzversicherung sind die Versicherten frei, die Bedingungen für Aufnahme, Risikoprüfung, Prämie usw. zu gestalten. [...] das Resultat kennt jeder, der einen Antrag für eine Zusatzversicherung gestellt hat, vor allem dann, wenn er entweder eine Krankheit hat oder über 50 bis 55 Jahre alt ist. Es werden unbefristete Vorbehalte gesetzt, Risiken abgelehnt, Senioren gar nicht erst aufgenommen.[...] Unter diesen Voraussetzungen wird bei einem Leistungsabbau grösseren Teilen der Bevölkerung die Versicherung dieser Leistungen verwehrt. [...] Die Besitzstandswahrung ist verunmöglicht, und zwar nicht generell, sondern selektiv für einzelne Gruppen, die genau wie die anderen – die Jungen und Gesunden – über Jahre ihre Prämien für diese Leistungen bezahlt haben. Das ist stossend.'³ In der Tat: die Krankenversicherung funktioniert nach dem Umlageverfahren. Werden die Leistungen abgebaut, bedeutet dies: Ich habe jahrelang Prämien bezahlt, damit andere Kranke diese Leistungen erhalten konnten. Wenn ich nun selbst krank werde, habe ich aber kein Anrecht mehr auf diese Behandlungen, weil ich nur noch eine Mindestversorgung erhalte.“

Wenn „Mindestversorgung“ eine Verschlechterung der medizinischen Betreuung der Bevölkerung im Rahmen der Grundversicherung meint, ist dies ein Paradigmenwechsel.

Fazit aus Sicht der FMH

- **Entweder meint Mindestversorgung nichts anderes als Kosteneffizienz. Diesfalls ist der Begriff *unnötig*. Denn dieses berechnete Anliegen ist nach übereinstimmender Lehre und Rechtsprechung durch die bisherigen Begriffe *,wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich'* vollumfänglich abgedeckt.**
- **Wenn Mindestversorgung hingegen eine Verschlechterung der Versorgung meint,**
 - **ist dies angesichts des Umlageprinzips in der Krankenversicherung ein Handeln *wider Treu und Glauben* gegenüber allen Bürgern, die in ihren gesunden Jahren mit ihren Prämien die optimale Behandlung der damals Kranken ermöglicht haben - und nun selbst mit einer Mindestversorgung abgespiesen werden, wenn sie krank werden;**
 - **und es bedeutet gleichzeitig eine völlige Umkrempelung unseres Gesundheitswesens: Auftrag der Ärzte und Spitäler ist nicht mehr, die medizinischen Bedürfnisse der Bevölkerung mit einer hochstehenden Versorgung abzudecken – vielmehr werden sie die Armen und Kranken und somit schlecht versicherten mit Minimalmedizin (die 100 wichtigsten Medikamente der WHO für Drittweltländer) abspeisen und ihr Geschäft mit Luxmedizin für die Reichen und nicht-so-Kranken machen.**

³ Jürg Baumberger, Wolfgang Günther, KVG-Leistungsabbau benötigt Ergänzungen, NZZ 28.9.2007, S.21.

4. Förderung der Eigenverantwortung

Die Gegenvorschläge beider Räte wollen die Eigenverantwortlichkeit der Versicherten fördern. (Art. 117a Abs. 2 lit. c)

Stellungnahme der FMH

„Förderung der Eigenverantwortung“ tönt immer gut. Das Problem besteht darin, dass das Konzept der Eigenverantwortung von der Annahme ausgeht, die Menschen würden sich ihre Risikofaktoren aussuchen oder seien zumindest in der Lage, diese auszuwählen oder bewusst zu vermeiden. Die Sanktionen gegen jene, die sich weigern, ihren Lebenswandel zu ändern, bzw. weiter sündigen, sind im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich finanzieller Art: Nichterstattung der Kosten, erhöhte Kostenbeteiligung, Prämienhöhung, ... Doch die Erfahrungen jedes Arztes bestätigen weitgehend die Erkenntnisse, die aus zahlreichen Studien zu diesem Thema resultieren: Zu den grössten Risikofaktoren für die Gesundheit gehören die so genannten sozioökonomischen Gesundheitsdeterminanten. Dazu zählen insbesondere Armut und Arbeitslosigkeit (sowie bestimmte Umweltfaktoren und ein erschwerter Zugang zu den Gesundheitsleistungen – doch das ist wieder eine andere Frage). Die Auswirkungen dieser Gesundheitsdeterminanten hängen in erster Linie mit den klassischen Risikofaktoren zusammen: Ernährung, Tabakkonsum, ungesunde Lebensweise, Stress, ...

Die Menschen, die dem Einfluss der erwähnten Gesundheitsdeterminanten unterliegen, sind in der Regel eben gerade nicht in der Lage, sich diesen zu entziehen bzw. ein gesundes Leben zu führen. Wer argumentiert, die Betroffenen müssten einfach das Rauchen aufgeben, macht es sich allzu einfach. Und die Vorstellung, die Betroffenen müssten einfach Bio-Produkte essen und jeden Abend Sport treiben, ist unrealistisch. Ganz zu schweigen vom Stress... Wer ein falsches Verhalten in diesem Bereich mit finanziellen Massnahmen sanktioniert, trifft in erster Linie die schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft. Mit anderen Worten erschwert man auf diese Weise jenen Menschen den Zugang zu Gesundheitsleistungen, die diese am dringendsten benötigen und die gleichzeitig am wenigsten in der Lage sind, die vorgesehenen finanziellen Sanktionen zu tragen.

Wissenschaftliche Belege:

a) Schweizer Medizinstudierende kommen seit einigen Jahren in den Genuss von Ethikunterricht. Das international renommierteste Medizinethikbuch von Beauchamp und Childress lehrt unsere angehenden Ärzte:

„Individuals also may not be fully responsible for some of their voluntary risky actions.“⁴

b) Richard Horton, der renommierte Chefredaktor eines der beiden wichtigsten Medizin-Journals („Lancet“), schreibt über den Zusammenhang von Gesundheit und Lebensbedingungen:

⁴ Tom L. Beauchamp, James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics. Kapitel Justice, Forfeiting the Right to Health Care, Oxford University Press, 1994, New York, Seite 358,

„These social changes are also affecting industrialized countries. Poverty, unemployment, malnutrition, drug use, homelessness, and lack of access to health care have all led to a process of ‚third-worldization‘. The health effects are striking.”⁵

c) Das aktuelle deutschsprachige Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung⁶ hält fest:

„Gesundheitliche Risiken in der Lebenssituation und Lebensweise: [...] Als verhaltensbedingte Risikofaktoren sind insbesondere Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum, sexuelles Risikoverhalten, riskante Ernährungsgewohnheiten und Bewegungsmangel gut belegt. [...] Riskante Lebensbedingungen: Gesundheitliche Risiken in den sozialen Verhältnissen werden vor allem durch sozialepidemiologische Studien nahe gelegt, die immer wieder deutliche Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen in der Mortalität und Morbidität erbracht haben. Insbesondere bestehen Differenzen zwischen den sozialen Schichten (nach Einkommen, Bildungsstand oder beruflichem Status), zwischen den Geschlechtern, zwischen Kulturen und nach dem Grad der sozialen Integration. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, *dass gesundheitliche Risiken vor allem in der Lebenssituation von materiell ärmeren oder sozial benachteiligten Menschen liegen.*“ (Seite 76f).

Was ist zu tun, wenn man die Gesundheit fördern will?

„Bei der Gesundheitsförderung besteht das Intervenieren in dem Verbessern von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung und dem Fördern der ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmässigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung von Bevölkerungsgruppen“ (Seite 12).

Kritische Leser mögen fragen: Sind dies Aussagen von linken Sozialromantikern? Wir beschränken uns auf einen Hinweis: Zum wissenschaftlichen Beirat dieses Buches gehört der Präventivmediziner und freisinnige Ständerat Felix Gutzwiller.

Wie steht unsere Rechtsordnung in anderen Gesetzen zur Selbstverantwortung für die Gesundheit? In der Unfallversicherung kann der Versicherer zwar bei Selbstverschulden die Taggeld- und Rentenleistungen kürzen. Die Behandlungskosten werden hingegen auch bei grobem Selbstverschulden voll bezahlt, nota bene ohne Selbstbehalt und ohne Franchise.

Aus der Unfallversicherung wissen wir im übrigen auch, dass die Arbeitnehmer mit gefährlichen Berufen auch mehr Freizeitunfälle haben. Auch auf das Unfallrisiko bezogen fällt es also nicht allen sozialen Schichten gleich leicht, eigenverantwortlich zu leben.

⁵ Richard Horton, *Second Opinion – Doctors, Diseases and Decisions in modern Medicine*, Granta Books, 2003 London, S. 79.

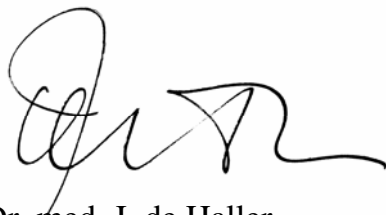
⁶ Klaus Hurrelmann, Theoder Klotz, Jochen Haisch (Hrsg), Verlag Hans Huber Bern, 2004.

Fazit

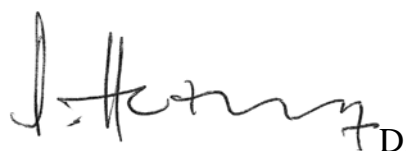
- **Entweder will der vorgeschlagene Verfassungstext lediglich festschreiben, was heute schon existiert: Franchise und Selbstbehalt (sozial teilweise kompensiert durch die Prämienverbilligung); diesfalls ist er unnötig.**
- **Oder er meint eine gegenüber heute verstärkte „Eigenverantwortung“. In diesem Fall handelt es sich um einen weiteren Anwendungsfall von Orwells Newspeak: Mit Förderung der Eigenverantwortung würde elegant kaschiert, dass die sozial schlechter Gestellten für ihre ungesündere Lebensweise bestraft werden und eine weitere Umverteilung von Arm zu Reich stattfinden soll.**

Freundliche Grüsse

FMH



Dr. med. J. de Haller
Präsident



Herzog, lic. iur., M.H.A.
Generalsekretär