

Argumentarium

Hoher Prämiendruck, steigende Kosten

Weil die Gesellschaft weiter altert, nehmen die Ausgaben in der Langzeitpflege (Heime und Spitex) besonders stark zu. Und genau an diesen Ausgaben sollen sich die PrämienzahlerInnen künftig immer mehr beteiligen. Denn der dafür heute gültige Prämiendeckel wird aus dem Gesetz gestrichen. Unter dem Strich droht damit längerfristig ein weiterer Prämienschub, was keinesfalls riskiert werden darf.

Zudem würde die Kostenbeteiligung der PatientInnen steigen – bei Franchise und Selbstbehalt. Dies nicht nur in der Langzeitpflege, sondern auch bei Übernachtungen im Spital. Dabei bezahlen die Schweizer Versicherten im internationalen Vergleich bereits heute rekordmässig viel aus der eigenen Tasche.

Diese Vorlage führt zu starken Umwälzungen in der Finanzierung des Gesundheitswesens. Diese wirken sich auch je nach Kanton völlig unterschiedlich aus. In einem Grossteil der Kantone hat die Einführung einer national einheitlichen Leistungsabgeltung bereits bei der Einführung einen massiven Prämiensprung zur Folge. Dies belegen auch Zahlen der Verwaltung klar.

Höhere Profite und tiefere Qualität in der Pflege

Insbesondere in der Langzeitpflege, also in Pflegeheimen und bei der Spitex würde mit der Gesetzesänderung kein Stein auf dem anderen bleiben. Denn die heute definierte Zuständigkeit der Kantone würde schlichtweg gestrichen. Anstelle der direkten öffentlichen Finanzierung müsste dann mit den Kassen ein neuer Einheitstarif ausgehandelt werden.

Wo dieser zu liegen käme, ist völlig offen. Klar ist lediglich, dass die öffentlichen Einrichtungen, welche heute viele Zusatzlasten tragen müssen, zuallererst unter Druck kommen würden. Parallel dazu hätten private Akteure neu alles Interesse, ihre Kapazitäten auszubauen und munter nach Tarif abzurechnen – zulasten der Prämiens- und SteuerzahlerInnen.

Die in Aussicht gestellten Kosteneinsparungen (welche durch den demografischen Effekt sowieso zunichte gemacht werden) liessen sich dabei nur mit einem Dumpingtarif erzielen. Der würde sich nicht nur auf das Personal, sondern vor allem auch auf die Versorgungsqualität negativ auswirken.

Sogar in der entsprechenden Begleitstudie des Bundes steht dazu, dass nicht abgeschätzt werden könne, wie sich diese Umwälzung «auf die Gesundheitsausgaben sowie die Qualität auswirkt». Sparen auf dem Buckel unserer Ältesten? Das dürfen wir nicht zulassen, und auch nicht riskieren.

Mehr Macht für Krankenkassen

Die Kantone sollen Kontrollfunktionen an die Krankenkassen und private Lobbys abgeben. Doch der für alle gleiche Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen ist Teil des Service public. Grundsätzlich haben wir heute alle Anrecht auf eine gute Behandlung und eine optimale Pflege – sowohl im Krankheitsfall als auch im Alter. Dies setzt voraus, dass nicht gewinnorientierte Unternehmen, sondern die öffentliche Hand die Kontrolle über die Versorgungsqualität und die Organisation im Gesundheitswesen hat.

Entscheide über optimale Behandlungen sollen von einer Ärztin in der Praxis und nicht von einem Kassenangestellten am Bildschirm gefällt werden. Und die Kantone sollen bestimmen, welche Ausgaben getätigt werden müssen, um die Qualität der Versorgung allgemein sicherzustellen.

Doch die Gesetzesänderung will das Gegenteil. Erklärtes Ziel der Reform ist, gemäss Begleitstudie, dass die Kassen «den Behandlungspfad über Kostengutsprachen stärker steuern». Und die Kantone werden sich damit begnügen müssen, die von den Kassen erstellten Rechnungen zu bezahlen.

Im Klartext heisst das alles: Die Krankenkassen hätten künftig die Kontrolle über unser Gesundheits- und Pflegesystem, und damit über 13 Milliarden Steuergelder. Weder die Kantone (für die Organisation und Kontrolle im Gesamten) noch die Leistungserbringenden (für die Behandlungen im Einzelnen) könnten künftig gleich autonom entscheiden.

So funktioniert die Reform technisch

Mit dem Vorhaben würden die heute unterschiedlich finanzierten Bereiche der stationären Versorgung (Spitäler und Pflegeheime) und der ambulanten Behandlungen (Arztpraxen, Spitalambulatorien und Spitex) neu schweizweit nach einem einheitlichen Finanzierungsschlüssel abgegolten. Dies unter stark ausgeweiteter Kontrolle der Krankenkassen. Neu sollen die PrämienzahlerInnen in allen Versorgungsbereichen drei Viertel der Kosten tragen müssen, während die Kantone das verbleibende Viertel übernehmen. Dabei droht das schlechtestmögliche Szenario: Tiefere Versorgungsqualität zu höheren Prämien.

Durchsichtige Agenda der BefürworterInnen

Mit EFAS sollen Abläufe optimiert und damit Einsparungen erzielt werden. Während die dazu erstellten Studien dies nicht seriös belegen können, ist eines klar: Mit dem geplanten Rückzug der Kantone aus der Finanzierungs- und Organisationsverantwortung der Pflegeheime und der Spitex würde privaten gewinnorientierten Akteuren weiter der roter Teppich ausgerollt. Genau so, wie dies im Spitalbereich bereits vor mehr als zehn Jahren gemacht wurde – mit den bekannten negativen Folgen für die Prämienzahlenden, die öffentlichen Spitäler und das Personal.

Während sich also die vielen gewinnorientierten Akteure von der Gesetzesänderung neue «Möglichkeiten» erhoffen, stehen wiederum die Kassenverbände ganz und gar

nicht geschlossen dahinter. Santésuisse, der grösste Verband, liess schon vor Langem verlauten: «EFAS löst das grundlegende Problem der übermässig steigenden Kosten im Gesundheitswesen nicht». Kriechen wir also der EFAS-Allianz nicht auf den Lobby-Leim und lehnen wir die Vorlage ab!