



05.055

Verfassungsartikel „Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“ (Gegenentwurf zur Volksinitiative „Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“)

ARGUMENTARIEN CONTRA

1. Juni 2008

**NEIN zum
Kassendiktat!**

Medienmitteilung

Bern, 6. März 2008

Abstimmung am 1. Juni zum neuen Verfassungsartikel

Ein mehrstimmiges «NEIN zum Kassendiktat!»

Am 1. Juni entscheidet die Schweiz über einen neuen Verfassungsartikel. Dieser begünstigt die Kassen einseitig und stellt die Patienten klar in die hinterste Reihe. Ebenso stehen die freie Arztwahl und die spitalexterne Pflege auf dem Spiel. Zudem sollen die Kassen jährlich Milliarden öffentlicher Gelder ohne wirksame Kontrolle erhalten. Deshalb haben sich zahlreiche Organisationen, die sich täglich für das Wohl der Patienten einsetzen, zum Komitee «NEIN zum Kassendiktat» zusammengeschlossen. Gemeinsam kämpfen Ärzte, Pflegende, Patienten- und Konsumentenorganisationen, Apotheker, Zahnärzte und weitere Organisationen für die Ablehnung des Verfassungsartikels.

Am 1. Juni stimmt die Schweiz über den Verfassungsartikel «Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung» ab. Schönfärberisch werden hier dem Volk positive Begriffe vorgegaukelt, die genau das Gegenteil meinen: Der neue Verfassungsartikel erhebt die Kassen zur allmächtigen Gesundheitsinstanz und stellt die Patienten in die letzte Reihe. Ständerat Hans Altherr hat deutlich gemacht, worum es genau geht: «Zwei Eckzähne hat die Vorlage aber doch, sie heissen Vertragsfreiheit und Monismus.» Künftig sollen die Kassen bestimmen, welche Ärzte noch rentabel sind: Sie werden sich auf Ärzte und Therapeuten beschränken, die wenig Kosten verursachen. Ältere Menschen und auch chronisch Kranke werden Schwierigkeiten haben, überhaupt noch einen Arzt zu finden. Die Kassen können den Patienten vorgeben, welche Ärzte und Therapeuten sie überhaupt aufsuchen dürfen – und welche nicht mehr. Und sie erhalten als privatwirtschaftliche Unternehmen jährlich acht Milliarden öffentliche Gelder, ohne wirksame Kontrolle durch eine Drittinanz. Darüber hinaus ermöglicht die Verfassung, dass die Kassen Pflegeleistungen ausserhalb des Spitals nicht mehr bezahlen. Stattdessen müssten die Patienten diese Leistungen aus der eigenen Tasche berappen, obwohl sie jahrelang treu ihre Kassenprämien bezahlt haben.

Eine solch massive Machtverschiebung zu Gunsten der Kassen und die Abwertung der Patientinnen und Patienten kann keinesfalls akzeptiert werden. Die Antwort muss deshalb lauten «NEIN zum Kassendiktat!» lauten. Aus diesem Grund haben sich bisher die folgenden Organisationen, für welche die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen, zum Komitee «NEIN zum Kassendiktat» zusammengeschlossen:

- FMH – die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
- SKS – die Stiftung für Konsumentenschutz
- SBK – der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- SVBG – der Schweizerische Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen

- GELIKO – die Schweizerischen Gesundheitsligen
- SPO – die Schweizerische Patienten-Organisation
- FRC – die Fédération romande des consommateurs
- SAV – der Schweizer Apothekerverband
- SSO – die Schweizer Zahnärztinnen und Zahnärzte

Gemeinsam setzen sich diese Organisationen für ein Nein zum Verfassungsartikel ein. Nur ein Nein zu diesem Kassendiktat kann gewährleisten, dass die Gesundheit von Patientinnen und Patienten das oberste Ziel bleibt!

Weitere Information: www.nein-zum-kassendiktat.ch

Komitee «NEIN zum Kassendiktat»

Postfach 55

3000 Bern 15

info@nein-zum-kassendiktat.ch

Kontaktperson: Jacqueline Wettstein, Tel. 031 359 11 50

ARGUMENTE

Nein, weil Arztwahl Vertrauenssache ist

Der vorgeschlagene Verfassungsartikel will die freie Arztwahl für Patientinnen und Patienten abschaffen. Nur noch die Kassen sollen künftig bestimmen, welche Ärzte und Therapeuten erlaubt sind und welche nicht. Doch neun von zehn Schweizern wollen die freie Arztwahl auf keinen Fall aufgeben.¹ Für sie ist es wichtig, jene Ärztin oder Physiotherapeutin konsultieren zu dürfen, der sie persönlich vertrauen. Und das zu Recht: Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie und damit auch für die Qualität in der medizinischen Versorgung.

Der neue Verfassungsartikel, über den die Schweiz am 1. Juni 2008 abstimmt, stellt einen Grundwert des schweizerischen Gesundheitswesens in Frage: Er will die Vertragspflicht aufheben und damit die freie Arztwahl abschaffen. Dies bestätigt auch Ständerat Hans Altherr in der Ständerats-Debatte vom 6. Dezember 2007²: «Zwei Eckzähne hat die Vorlage aber doch: Sie heissen *Vertragsfreiheit* und *Monismus*». Freiheit bedeutet in diese Fall aber Unfreiheit – für die Patienten und für die Ärzteschaft. Denn zum einen schränkt die Vertragsfreiheit die freie Arztwahl für die Patienten ein, zum anderen kommt sie einem Berufsverbot für viele Ärzte gleich.

Keine Wahlfreiheit für Patienten

Für die Patienten bedeutet die Aufhebung der Vertragspflicht eine massive Einschränkung in ihrer Arztwahl. Heute müssen die Kassen die Rechnungen von allen zugelassenen Ärztinnen und Ärzten bezahlen. Künftig können sie jedoch selbst bestimmen, mit welchen Ärzten sie zusammenarbeiten. Die Kassen werden sich auf jene Ärzte konzentrieren, die vor allem ‚gesunde‘ Patienten behandeln und dadurch weniger Kosten verursachen. Wer eine kostenintensive Therapie benötigt, für den wird es erheblich schwieriger, einen Arzt zu finden, der seine Leistungen über die Kasse abrechnen kann. Mit der Aufhebung der Vertragspflicht wird in der Schweiz die Jagd nach den so genannten guten Risiken eröffnet. Leidtragende sind insbesondere chronisch Kranke oder auch ältere Menschen, die öfters einen Arzt aufsuchen müssen.

Compliance nimmt ab

Auch für jene Patienten, die bei den Kassen erwünscht sind, wirkt sich die Aufhebung der Vertragspflicht stark einschränkend aus. Bestimmen zukünftig die Kassen, mit welchen Ärzten sie zusammenarbeiten, dann können die Patienten nicht mehr frei wählen, welchem Arzt sie sich anvertrauen wollen. Unter Umständen schliessen die Kassen ausgerechnet den langjährigen Arzt des Vertrauens aus. Oder es wird in der Region nur noch ein Arzt zugelassen, den man aus persönlichen Gründen nicht als therapeutische Vertrauensperson wählen möchte. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt ist aber für eine erfolgreiche Therapie entscheidend. Ist dieses Vertrauensverhältnis nicht gegeben, dann nimmt auch die die Bereitschaft des Patienten zur diagnostischen und therapeutischen Mitarbeit ab. Darunter leidet letztlich die Qualität in der medizinischen Versorgung.

Berufsverbot für Ärzte

Der neue Verfassungsartikel entscheidet darüber, welche der mehr als 30 000 Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz künftig ihren Beruf noch ausüben dürfen – ungeachtet, wie viel Wissen und Erfahrung sie sich angeeignet haben oder wie umfangreich Aus- und Weiterbildung gewesen sind. Ausschlaggebend ist allein, ob ein Arzt gute oder schlechte Risiken behandelt, also kostenniedrige oder kostenintensive Patienten. Diese Situation hat für die Ärzteschaft existentielle Konsequenzen, denn sämtliche Kassen werden nach den gleichen Richtlinien arbeiten. Im Klartext: Schliesst eine Kasse einen Arzt aus, so werden dies auch die übrigen Kassen tun – der abgewiesene Arzt kann seinen Beruf nicht mehr ausüben.

Fazit

Die gegenwärtige Lösung der Vertragspflicht ist die beste Voraussetzung für eine optimale Versorgung der Bevölkerung. Denn sie ermöglicht den Patienten die freie Wahl unter den vom Staat zugelassenen Ärztinnen. Die Annahme des Verfassungsartikels würde die Kassen zum Richter machen.

¹ Claude Longchamp et al.: Mehr Qualität , mehr Leistung, mehr Markt. Schlussbericht zum Gesundheitsmonitor 2007. Basel: Interpharma, 2007, Seite 53.

² www.parlament.ch

Nein, weil die Kassen nicht die Schatzmeister für die Gesundheit sein sollen

Für Spitalkosten kommen heute Kassen und Kantone gemeinsam auf. Neu sollen diese Kosten nur noch durch eine Instanz abgegolten werden. Der vorgeschlagene Verfassungsartikel sieht vor, dass die Kantone jährlich mehrere Milliarden Steuergelder an die Kassen überweisen – ohne wirksame Kontrollmöglichkeit durch die öffentliche Hand. Das Spitalwesen ist dadurch der Macht der Kassen ausgeliefert, die Kantone verlieren ihre demokratischen Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten.

Die Debatte im Parlament hat es deutlich gemacht: Zum Wettbewerb, wie ihn der neue Verfassungsartikel fordert, gehört die monistische Finanzierung. Ständerat Hans Altherr findet dazu als Kommissionssprecher am 6. Dezember 2007 im Ständerat deutliche Worte: *«Zwei Eckzähne hat die Vorlage aber doch: Sie heissen Vertragsfreiheit und Monismus.»* Damit würde das heutige Finanzierungssystem auf den Kopf gestellt.

Die Kassen als Monist

Für stationäre Behandlungen in Spitälern kommen gegenwärtig zwei Kostenträger auf: die Kantone und die Kassen. Neu soll es nur noch einen Kostenträger geben. Dass die Kantone oder eine dritte, neu geschaffene Instanz diese Funktion übernehmen, ist kaum vorstellbar. Sie müssten ein gewaltiges Abrechnungs- und Verwaltungssystem aufbauen – was nicht nur einen enormen finanziellen Aufwand bedeuten, sondern auch gleich die Kassen überflüssig machen würde. Es liegt also auf der Hand, dass letztlich nur die Kassen als Monist in Frage kommen. Dies ergibt sich auch klar aus dem Votum von Ständerätin Anita Fetz vom 6. Dezember 2007: *«Aber letztendlich handelt es sich um einen Monismus der Kassen. Das wird – übrigens berechtigterweise – die Abstimmungsparole sein, das darf ich Ihnen jetzt schon sagen. Woher soll die Bevölkerung bei einer Abstimmung die Sicherheit nehmen, dass danach nicht alle Macht den Kassen gehört, da die Clearingstelle in diesem Rat schon einmal abgelehnt worden ist?»*

Keine wirksame Kontrolle

Gegenwärtig zahlen die Kantone ihre Beiträge direkt an die Spitäler. Der neue Verfassungsartikel führt dazu, dass die Kantone ihre Beiträge zur Vergütung von Leistungen im Spital der Kasse überweisen müssen. Die gesamten finanziellen Mittel – d.h. die öffentlichen Beiträge und die Prämien – laufen somit bei den Kassen zusammen. Diese werden zum alleinigen Schatzmeister im Gesundheitswesen, eine wirksame Kontrolle durch die öffentliche Hand existiert nicht.

Ungesunde Machtkonzentration

Im heutigen System sind die Rollen klar aufgeteilt: Die Kantone übernehmen die Planung, Steuerung und Gesamtverantwortung, während die Kassen das Versicherungsgeschäft betreiben. Bei den kantonalen Beiträgen handelt es sich um gezielte Leistungseinkäufe der öffentlichen Hand. Sie sind ein zentrales Steuerungsinstrument zur Sicherstellung einer günstigen, ausreichenden und qualitativ hochstehenden Versorgung. Werden die öffentlichen

Beiträge nun aber an die Kassen überwiesen, wird damit auch diese Rollenverteilung aufgehoben. Es kommt zu einem massiven Machtausbau der Kassen. Die Folge davon: Das Spitalwesen ist der Willkür der Kassen ausgeliefert, die Kantone verlieren ihre Gestaltungs- und Steuerungskompetenzen. Dieser Aspekt ist vor allem auch aus Sicht der Fiskaläquivalenz inakzeptabel: Als faktisch privatwirtschaftlich geführte Unternehmen erhalten die Kassen Steuergelder in Milliardenhöhe, die sie nach ihrem Gutdünken verwalten und verteilen.

Fazit

Wenn die Kantone ihre bisherigen Spitalsubventionen künftig an die Kassen überweisen müssen, dann gilt im Schweizerischen Gesundheitswesen schon bald der Grundsatz «Wer zahlt, befiehlt!». Die Kantone verlieren an Steuerungsmöglichkeiten, während die Macht der Kassen massiv zunimmt. Der Verfassungsartikel mit der Forderung nach Kassenmonismus ist zu verwerfen. Nur so lässt sich eine qualitativ hoch stehende, verantwortungsvolle und kostengünstige Spitalversorgung gewährleisten.

Nein, weil Pflege möglich bleiben muss

Bisher ist klar, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung Kosten bei Pflegebedürftigkeit und Unfall übernimmt – ohne Wenn und Aber. Die neue Kann-Formulierung im vorgeschlagenen Verfassungsartikel lässt nun zu, dass diese Leistungen aus der Grundversicherung gestrichen werden. Diese Neuerung trifft vor allem chronisch Kranke oder ältere Menschen, zum Beispiel in Pflegeheimen. Sie können künftig nicht mehr auf ihre Kasse zählen, auch wenn sie jahrelang Prämien einbezahlt haben.

Der Verfassungsartikel «Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung» rüttelt an den Grundfesten des KVG und stellt die Finanzierung von Pflegeleistungen in Frage. Dies obwohl sich die Schweizer Bevölkerung mit der Einführung des KVG für ein Krankenversicherungssystem ausgesprochen hat, in welchem die pflegerischen Leistungen den medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Leistungen gleichgesetzt sind: *«Diese Leistungen umfassen: [...] die [...] Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von [...] Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen.»*¹

Schwerwiegende Folgen

Mit dem neuen Verfassungsartikel würden diese für die Pflege und die pflegebedürftigen Menschen zentrale Errungenschaft fallen gelassen. Denn es heisst darin: *«Die Krankenpflegeversicherung sieht Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft vor; sie kann auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und Unfall vorsehen.»* Im Klartext: Pflegebedürftige Personen können in Zukunft nicht mehr darauf zählen, dass sich die Kassen an den Pflegekosten ausserhalb des Spitals beteiligen müssen. Die vage Kann-Formulierung lässt dem Gesetzgeber zu viel Spielraum: Er kann die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit innerhalb oder ausserhalb der Krankenpflegeversicherung vorsehen.

Frontalangriff auf Pflegefinanzierung

Im Visier des neuen Verfassungsartikels stehen also alte und pflegebedürftige Menschen. Die alte Strategie wird wieder aufgenommen, zwischen medizinischen Pflegeleistungen und altersbedingter Pflege zu unterscheiden – und bei letzterer Abstriche vorzunehmen. Dabei wird ausser Acht gelassen, dass hinter jeder pflegerischen Leistung eine medizinische Diagnose steht. Die Verfassungsvorlage ist ein Frontalangriff auf die Pflegefinanzierung. Die heute bereits erreichten Verbesserungen im Bereich der Pflegefinanzierung drohen mit der Annahme dieses Gegenvorschlags Makulatur zu werden. Damit würde zudem ein Generationenvertrag gebrochen. Wenn die Kassen nicht mehr verpflichtet sind, Pflegeleistungen ausserhalb des Spitals zu finanzieren, müssen die Patienten ihre Leistungen selbst bezahlen – dies obwohl sie jahrelang treu ihre Kassenprämien bezahlt haben. Und wer sich die Pflege nicht leisten kann, wird auf öffentliche Zuwendungen oder stationäre Pflege angewiesen sein. Die Folge sind mehr und längere Spitalaufenthalte mit hohen und unnötigen Kosten.

Ungerechtfertigtes Vorgehen

Eine derart fundamentale Verfassungsänderung während einer laufenden KVG-Revision ist auch vom Vorgehen her nicht zu rechtfertigen. Denn Änderungen innerhalb des KVG sind

auch ohne Anpassungen in der Bundesverfassung möglich, der Gegenvorschlag zur SVP-Initiative ist weder notwendig noch brauchbar. Zudem ist es unverständlich, dass im Bereich Krankenversicherung wieder detaillierte Anordnungen auf Verfassungsstufe aufgenommen werden sollen – nachdem die letzte Totalrevision die Bundesverfassung sie ja davon befreit hat. Darüber hinaus übergeht der Verfassungsartikel die Zuständigkeit der Kantone im Gesundheitswesen und verlagert die Macht einseitig auf die Kassen.

Fazit

Mit der Einführung des KVG hat sich die Schweizer Bevölkerung für ein Krankenversicherungssystem entschieden, das auch die Pflege ausserhalb des Spitals deckt. Der neue Verfassungsartikel unterwandert diese Errungenschaft, indem er dem Gesetzgeber die Möglichkeit gibt, Leistungen bei Pflegebedürftigkeit auch nur ausserhalb der Krankenpflegeversicherung vorzusehen. Verlierer wären die alten und pflegebedürftigen Menschen, die nicht mehr darauf zählen können, dass die Kassen sich an diesen Pflegekosten beteiligen müssen – obwohl sie als Versicherte mit ihren Prämien jahrelang dafür bezahlt haben. Der neue Verfassungsartikel mit der unsozialen Kann-Formulierung ist deshalb klar abzulehnen.

¹ Art. 25 des geltenden KVG.



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Fédération des médecins suisses
Federazione dei medici svizzeri
Swiss Medical Association

Medienmitteilung

Bern, 22. Februar 2008

Verfassungsartikel „Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“

Die FMH sagt Nein zum Kassendiktat

Die Schweiz stimmt am 1. Juni über einen Verfassungsartikel ab, der die Krankenkassen zur allmächtigen Instanz im Schweizer Gesundheitswesen macht. Die Kassen sollen jährlich Milliarden öffentlicher Gelder bekommen, die sie ohne Kontrolle durch Dritte verwalten können. Zudem werden die zugelassenen Ärzte und die Leistungen in der Pflege durch die Kassen bestimmt. Eine solche Machtkonzentration bei den Kassen ist fatal, weil nur ökonomische Aspekte berücksichtigt werden. Deshalb haben sich die Delegierten der FMH für ein Nein zum Verfassungsartikel ausgesprochen.

An ihrer gestrigen Versammlung haben die Delegierten der FMH die klare Ablehnung des Verfassungsartikels „Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“ beschlossen. Denn die Begrifflichkeit täuscht und erweist sich als trojanisches Pferd: Der Verfassungsartikel klingt zwar unverfänglich. Die Wortprotokolle der parlamentarischen Diskussion sind jedoch überaus klar und meinen Vertragsfreiheit sowie Monismus. Zukünftig sollen die Kassen zum Schutzhüter von Milliarden öffentlicher Gelder werden, ohne eine Kontrolle durch Dritte. Die Kassen allein können bestimmen, welche Ärztinnen und Ärzte zugelassen sind. Und der Gesetzgeber, d.h. das Parlament, hat neu die Möglichkeit, die Pflegeleistungen (Übergangspflege, Langzeitpflege, Spitex) ganz aus dem Krankenversicherungsgesetz rauszukippen. Eine solche Machtkonzentration bei den Kassen und der daraus resultierende Abbau in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist für die FMH, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, skandalös. Sie sagt deshalb Nein zum Kassendiktat und zu dessen Verankerung in der Schweizer Bundesverfassung.

„Eine Machtkonzentration bei den Kassen muss ohne Wenn und Aber abgelehnt werden“, so Dr. med. Jacques de Haller, Präsident der FMH, „weil damit ein Abbau der Gesundheitsversorgung einhergeht.“ Für die Kassen steht die Kostenfrage im Vordergrund. Sie wollen ihre Ausgaben möglichst gering halten und nur mit Ärzten arbeiten, die wenig Kosten verursachen. Kaum willkommen sind Patienten, die eine regelmässige und zum Teil auch intensive Behandlung benötigen wie z.B. ältere Menschen oder Personen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes. Die geforderte Vertragsfreiheit ist somit irreführend: Für Patientinnen und Patienten ist die Vertragsfreiheit einschränkend, wenn die Kassen darüber entscheiden, welche Ärzte noch zugelassen sind. Bestimmen die Kassen künftig vor, welche Ärzte genehm sind, bedeutet das einen massiven Rückschritt in qualitativer Hinsicht, denn eine

Elfenstrasse 18, Postfach 170, CH-3000 Bern 15
Telefon +41 31 359 11 11, Fax +41 31 359 11 12
info@fmh.ch, www.fmh.ch

vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung bildet die Basis für eine erfolgreiche Genesung und der empfohlenen Therapie. Weil Gesundheit und vor allem die Versorgung nur partnerschaftlich und gleichberechtigt überzeugend funktionieren, kann der vorgeschlagene Verfassungsartikel und die damit verbundene Benachteiligung der Bevölkerung nur abgelehnt werden.

Auskunft:

Jacqueline Wettstein, Leitung Kommunikation FMH
Tel. 031/359 11 50, E-Mail: jacqueline.wettstein@fmh.ch

Für eine partnerschaftliche Gesundheitsversorgung

Die FMH setzt auf eine Gesundheitsversorgung, die Qualität, Partnerschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit berücksichtigt:

- Die Ärzteschaft definiert gemeinsam mit den Partnern des Gesundheitswesens Qualitätskriterien, die auch wirtschaftliche Aspekte berücksichtigen können. Erfüllt ein Arzt diese Kriterien und ist er als Arzt vom Staat zugelassen, kann er von den Kassen nicht abgelehnt werden, unabhängig davon ob er in einem herkömmlichen Modell oder in einem anderen Versorgungsmodell (z.B. Managed Care) tätig ist.
- Neben dem herkömmlichen Modell werden weitere Versorgungsmodelle wie z.B. Ärztenetzwerke auf gesetzlicher Ebene mit sinnvollen Anreizen für Patienten (tieferer Selbstbehalt, Prämienrabatt) und für Leistungserbringer gefördert.
- Ärztenetzwerke bzw. Managed Care-Modelle beruhen auf Freiwilligkeit sowohl bei den Ärzten als auch bei den Patienten; nur dann sind sie erfolgreich.



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

MEDIENMITTEILUNG

11.3

Bern, 15. Februar 2008

Verfassungsartikel "Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung": GDK spricht klares Nein

Die GDK lehnt den Verfassungsartikel "Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung" klar ab. Die Vorlage, welche am 1. Juni 2008 zur Abstimmung gelangt, beabsichtigt, den Krankenversicherungen unbesehen öffentliche Gelder und die Entscheidungsgewalt über das Angebot zu übertragen. Den Kantonen würden damit Mittel und Möglichkeiten fehlen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Der Verfassungsartikel setzt sich vordergründig für Qualität und Wirtschaftlichkeit ein. Diese Grundsätze sind unbestritten und bereits heute auf Gesetzesebene verankert. Die GDK wendet sich aber gegen die Übertragung öffentlicher Mittel an die Versicherer, die ohne Vorgaben über das Angebot und die Verwendung der Gelder bestimmen könnten.

Die Kantone müssten den Kassen jährlich etwa 8 Mrd. CHF übertragen. Diese öffentlichen Gelder werden heute gezielt für Leistungen von Spitälern, Pflegeheimen und Spitex-Organisationen eingesetzt, weil die Beiträge der Versicherer bei Weitem nicht kostendeckend sind. Heute gewährleisten die Kantone damit eine ausreichende, zeitlich und räumlich verfügbare und günstige Versorgung. Ohne diese Gelder könnten sie ihren Versorgungsauftrag nicht mehr wahrnehmen. Umgekehrt hätten aber auch die Kassen keinen Auftrag, die Versorgung sicherzustellen.

Die Übertragung öffentlicher Gelder an die Kassen widerspricht überdies fundamentalen Grundsätzen staatlichen Handelns. Das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz, der demokratisch legitimierten Möglichkeit zur Bestimmung und Beeinflussung der Staatsausgaben, darf aber nicht verletzt werden.

Die Versicherten sollen gemäss Vorlage nur noch unter den von ihrer Versicherung zugelassenen Ärzten und Spitälern auswählen können. Damit würde das Gesundheitswesen dem Diktat der Krankenkassen unterworfen, welche das Angebot rein nach Gesichtspunkten einer möglichst billigen Versorgung beeinflussen würden. Die Patienten stellen aus Sicht der Versicherungen einen Kostenfaktor dar.

Auskünfte:

Staatsrat Pierre-Yves Maillard, Präsident der GDK Gesundheitsdirektor des Kantons Waadt	021 316 50 00
Regierungsrat Dr. Carlo Conti, Vize-Präsident der GDK Gesundheitsdirektor Kanton Basel-Stadt	061 267 95 23
Staatsrätin Patrizia Pesenti, Mitglied des Vorstandes der GDK Gesundheitsdirektorin des Kantons Tessin	091 814 44 80
Michael Jordi, stellv. Zentralsekretär der GDK	031 356 20 20 / 079 702 20 90