

Titelseite:

KVG-Kostensenkungspaket nimmt die erste Hürde

Erfolgloser links-grüner Widerstand

met. Der Nationalrat hat als Erstrat das Kostensenkungspaket für die Krankenversicherung verabschiedet. Erfolglos Widerstand leistete die links-grüne Ratsseite, die in verschiedenen Neuerungen eine einseitige Lastenverschiebung auf Patienten beziehungsweise Versicherte erblickte. Klar lehnte der Rat die vom Bundesrat aus Konjunkturstützungsgründen zusätzlich beantragten 200 Millionen Franken für die Prämienverbilligung ab. Nur knapp scheiterte der Kommissionsvorschlag, auf Anfang 2012 die Vertragsfreiheit zwischen Kassen und Ärzten einzuführen.

Seite 13:

Nationalrat heisst Paket zur Kostensenkung im KVG gut

Gegen zusätzliche Prämienverbilligung - keine Vertragsfreiheit auf dem Weg des Dringlichkeitsrechts



Gesundheitsminister Pascal Couchepin wartet auf den Sitzungsbeginn. MICHAEL BUHOLZER / REUTERS

Der Nationalrat hat das Paket zur Kostensenkung in der Krankenversicherung gutgeheissen. Er widersetzte sich dabei dem Versuch, die Vertragsfreiheit durch die Hintertür ab 2012 einzuführen.

cs. Bern, 9. September

Der Nationalrat hat am Mittwoch das Paket mit verschiedensten Massnahmen zur Kosteneindämmung in der obligatorischen Krankenversicherung nach einer achtstündigen Debatte mit 113 gegen 58 Stimmen verabschiedet. Das dringliche Sparpaket soll Anfang 2010 in Kraft treten und ist bis Ende 2012 befristet. Der Ständerat wird die Vorlage in der Wintersession

behandeln. Unter dem Eindruck des zu erwartenden Prämienanstiegs von über 10 Prozent, vereinzelt gar bis zu 20 Prozent, im nächsten Jahr war Eintreten auf die Vorlage praktisch unbestritten. Gegen die meisten Massnahmen regte sich jedoch bei der Linken Widerstand. Sie kritisierte, dass die Sparmassnahmen vornehmlich auf Kosten der Versicherten erfolgen. Aufseiten von FDP, CVP und SVP steht man grundsätzlich hinter der Vorlage, grosse Begeisterung löste sie aber auch hier nicht aus. Kommissionssprecherin Ruth Humbel Näf (cvp., Aargau) räumte ein, dass mit der Vorlage die grundsätzlichen Probleme in der Krankenversicherung nicht angepackt werden können, doch gingen die vorgesehenen Massnahmen in die richtige Richtung. Es handle sich um eine homöopathische Dosis zum Abbau von Fehlanreizen.

Ein «legislatives Monster»

Viel Beachtung finden zunächst zwei Entscheide: Der Nationalrat lehnt die einmalige Aufstockung der Prämienverbilligung um 200 Millionen Franken für 2010 ab, welche der Bundesrat vorgeschlagen hatte. SP und Grüne führten ins Feld, dass angesichts der Krise die Kaufkraft der Versicherten gestärkt werden müsse. Sie wollten gar noch weiter gehen und den Erlös der UBS-Anleihe von 1,2 Milliarden Franken dazu verwenden. Auch Gesundheitsminister Couchepin verteidigte den Antrag des Bundesrats als einmalige Massnahme zur Ankurbelung des Binnenkonsums. Die Bürgerlichen liessen sich von einer derart kurzfristigen Massnahme mit vermutlich nur geringen Effekten nicht überzeugen. Ab 2011 würden die Beiträge ohnehin wieder wegfallen.

Weit ungewöhnlicher war aber der Versuch einer knappen Mehrheit der Gesundheitskommission, die Vertragsfreiheit zwischen Ärzten und Versicherern im Rahmen der dringlichen Vorlage festzuschreiben. Doch die handstreichartige Einführung ab 2012 über die Übergangsbestimmungen gelang nicht. Der Rat verwarf den Antrag, wenn auch nur knapp, mit 87 gegen 80 Stimmen. Unterstützt wurde das Anliegen von SVP und Teilen von FDP und CVP. Bundesrat Couchepin geisselte die Absicht, den grundlegenden Schritt im Rahmen von dringlichen, auf drei Jahre befristeten Massnahmen zu tun, als legislatives Monster. Der Respekt vor der Gesetzgebung verlange, dass mit dieser nicht gespielt werde. Pierre Triponez (fdp., Bern) erinnerte daran, dass der Antrag des Bundesrates, den Vertragszwang abzuschaffen, seit Jahren auf dem Tisch liege.

Direkter Gang zum Spezialisten kostet

Zum Herzstück der dringlichen Reform zählt aber eigentlich die Einführung eines differenzierten Selbstbehalts, womit Anreize für die Versicherten gesetzt werden, sich jeweils zunächst an den Hausarzt zu wenden. Wer direkt zu einem Spezialisten oder in ein Spitalambulatorium geht, hat künftig einen Selbstbehalt von 20 Prozent zu bezahlen. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Praxisgebühr von 30 Franken beim Arztbesuch oder bei einer Konsultation im Spital war im Rat hingegen chancenlos. Eine Lenkungsmöglichkeit für die Kantone verwarf der Rat ferner auf Antrag des Präsidenten von Santésuisse, Nationalrat Claude Ruey (fdp., Waadt), nämlich: die Einführung der Kompetenz, auch für den Bereich der ambulanten Tätigkeit der Spitäler Leistungsaufträge zu erteilen und diese so zu steuern. Für den Bereich der Tarifstruktur räumte der Rat dem Bundesrat neue Kompetenzen zur Vornahme von Anpassungen bei besonderem Kostenanstieg ein. In den Kantonen sollen künftig ferner einheitliche Taxpunktswerte für Ärzte in freier Praxis und Spitalambulatorien zur Anwendung kommen.

Gutgeheissen hat die grosse Kammer den Vorschlag, dass bei der Wahl einer höheren Franchise eine Vertragsdauer von drei Jahren zu gelten habe. Damit wird das Rosinenpicken für Versicherte unterbunden, die bei einer bevorstehenden Operation ihre Franchise im betreffenden Jahr senken, um sie nach der Behandlung wieder anzuheben. Mit der dreijährigen Vertragsdauer folgte der Rat klar einer von Guy Parmelin (svp., Waadt) angeführten Kommissionsminderheit. Bundesrat und Kommissionsmehrheit hatten zwei Jahre beantragt. Die links-grüne Kommissionsminderheit, welche bei der geltenden Ordnung bleiben wollte, unterlag deutlich.

Weiter beschloss der Rat, dass künftig bei gleicher Eignung preisgünstige Arzneimittel zu verordnen sind. Er sprach sich ferner für einen kostenlosen medizinischen Telefondienst aus und hiess einen Beitrag aller Versicherten an die Verpflegungskosten bei Spitalaufenthalt gut.

Am falschen Objekt

Viel dürften die dringlichen Massnahmen zur KVG-Kostendämpfung nicht beitragen. Der Präsident der Gesundheitskommission, Jürg Stahl (svp., Zürich), rechnet mit Einsparungen im Umfang von 110 bis 130 Millionen Franken. Das ist bei gut 20 Milliarden Franken Kosten in der obligatorischen Grundversicherung ernüchternd. Die Massnahmen gehen aber in die richtige Richtung. Sie setzen etwa Anreize, wenn auch nur kleine, sich jeweils zunächst zum Hausarzt zu begeben.

Der Versuch, die Vertragsfreiheit zwischen Ärzten und Krankenversicherern durch die Hintertür über die Übergangsbestimmungen einzuführen, ist nur so zu verstehen, dass eine knappe Mehrheit der Gesundheitskommission dennoch Grosses vollbringen wollte. Das ist vorläufig gescheitert. Es war ein Versuch am «falschen Objekt». Doch steht fest, dass die Vertragsfreiheit ernsthaft diskutiert und der Vertragszwang zumindest gelockert werden muss. Die Gesundheitspolitik eignet sich aber schlecht für Schnellschüsse und Provokationen. Der Stimmbürger ist nicht sehr reformbegeistert, geschweige denn experimentierfreudig, wenn es um seine Gesundheit geht.

Deshalb müssen alle Akteure auf den Reformweg im Gesundheitswesen mitgenommen werden. Wie Volksabstimmungen in jüngster Vergangenheit gezeigt haben, gelingt es namentlich den Ärzten, die Versicherten und Patienten hinter sich zu scharen. Diese empfinden aber eine Aufhebung des Vertragszwangs immer noch als Provokation, wie der Stellungnahme des Präsidenten der Ärzteverbinding FMH, Jacques de Haller, zu entnehmen ist. Doch inzwischen hat man sich auch aufseiten der Ärzteschaft etwas bewegt, ist offener geworden für Reformanliegen, insbesondere für Schritte zur Förderung von Managed-Care-Modellen. Vielleicht wird längerfristig auch die Vertragsfreiheit nicht mehr ein derartiges Schreckgespenst für sie darstellen. Ein solcher Schritt ist aber nicht auf dem Weg des Dringlichkeitsrechts zu tun. Er ist vielmehr gut vorzubereiten, mit flankierenden Massnahmen abzusichern, und er setzt das konstruktive Gespräch voraus.

cs.

© **Neue Zürcher Zeitung**

