

Für den SGAM-Vorstand: Margot Enz Kuhn

Viele gute Gründe ...



Ausführlich und zahlreich wurde an verschiedensten Stellen bereits über die Abstimmungsvorlage vom 1.6.08 geschrieben. Aktivitäten und Engagement seitens der FMH sind enorm, das zugestellte Abstimmungsmaterial hoch verdankenswert. Kein Flyer, kein Plakat, keine Reklame kann jedoch die direkte und persönliche Überzeugungsarbeit vis-à-vis unserer Patienten, Bekannten und Freunde ersetzen. Es liegt auch an uns, dafür zu sorgen, dass am 1.6.08 gut aufgeklärte Bürger und Bürgerinnen in hoher Zahl an die Urne gehen werden. Diesen Beitrag müssen wir jetzt leisten: let's do it!

Wortlaut des Verfassungstextes mit Kommentar

Art. 117 Unfallversicherung

1. Der Bund erlässt Vorschriften über die Unfallversicherung.
2. Er kann die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.

Art. 117a Krankenversicherung

1. Der Bund erlässt Vorschriften über die Krankenversicherung. Die Krankenversicherung beinhaltet eine Krankenpflegeversicherung; sie kann auch eine Taggeldversicherung beinhalten. Die Krankenpflegeversicherung sieht Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft vor; sie kann auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und Unfall vorsehen.

- Kann-Formulierungen gefährden die Finanzierung von Pflegeleistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

2. Beim Erlass der Vorschriften beachtet der Bund folgende Grundsätze:
 - a. Die Leistungen der Krankenpflege müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

- Dies steht bereits im KVG.

- b. Die Krankenversicherung richtet sich nach den Prinzipien des Wettbewerbs und der Transparenz. Die Eigenverantwortung der Versicherten wird gefördert.

- Die Gesetze des Marktes haben primär ein Ziel: Gewinnmaximierung. Solidaritätsgedanken haben darin keinen Platz. Das heisst: Dieser Verfassungsartikel wirkt entsolidarisierend.
- Das Marktprinzip ist nicht vereinbar mit Transparenz.
- Die Förderung der Eigenverantwortung der Versicherten kann zur Erhöhung der Selbstkosten führen.

- c. Versicherer, die im Rahmen der Krankenversicherung tätig sein wollen, bedürfen einer Zulassung.

- Dieser Abschnitt ist völlig unklar: Wer ist dafür zuständig und welches sind die Kriterien?

- d. Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenpflegeversicherung tätig sein können, werden so festgelegt, dass eine qualitativ hochstehende Leistungserbringung und der Wettbewerb gewährleistet sind.

- Das heisst im Klartext: Der Ausschluss von Leistungserbringern ist auf Grund wirtschaftlicher Kriterien möglich. Diese rein ökonomische Optik auf die Leistungserbringung ist einseitig und deshalb unvollständig und falsch.

3. Der Bund kann die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Im Falle einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die versicherungspflichtigen Personen frei wählen unter den zugelassenen Krankenversicherern und den Leistungserbringern, die zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen sind.

- Das Versicherungsobligatorium wird damit in Frage gestellt, was wiederum die sozial Schwachen am härtesten treffen wird
- Auf Grund der Einschränkung der Leistungserbringer durch die Krankenversicherer (vgl. Pkt. 2) kann von einer freien Arztwahl nicht die Rede sein.

4. Bund und Kantone sorgen bei der Durchführung der Krankenversicherung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten gemeinsam für eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität und Wirtschaftlichkeit und koordinieren ihre Massnahmen.

- Wer das Geld hat, hat das Sagen! (vgl. Pkt. 5) Ohne Steuerungsmöglichkeit über die Finanzierung können Bund und Kantone keinen Einfluss mehr nehmen.

5. Die Krankenpflegeversicherung wird finanziert über die Prämien und die Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über öffentliche Beiträge, die demjenigen Träger ausgerichtet werden, der die Leistungen vergütet. Bund und Kantone sehen Prämien-

verbilligungen vor; dabei tragen sie der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung.

- Der Träger, der die Leistungen vergütet, sind die Krankenkassen. Jede andere Behauptung ist unehrlich und falsch.

Grundsätzliche Argumente

Es braucht keinen neuen Verfassungsartikel, um die geplanten und notwendigen Reformen im KVG zu realisieren.

Der Gegenvorschlag zur SVP-Prämiensenkungsinitiative wurde in aller Eile und Hektik allein zum Zweck des Rückzugs der Volksinitiative geschaffen. Das führte zu unklaren, unausgereiften und zum Teil irreführende Formulierungen.

Preiswettbewerb ist nicht vereinbar mit dem KVG (Tarifschutz, Tarifobligatorium, einheitliche Tarifstruktur etc.) und Transparenz nicht mit den Prinzipien des Marktes.

Mit Annahme des Verfassungsartikels geht das Primat der Politik im Gesundheitswesen an private, unkontrollierbare Organisationen über. Sie werden den Umfang der Leistungen sowie die Zulassung der Leistungserbringer einseitig und nach Kriterien der Wirtschaftlichkeit bestimmen.

Die aktuellen Meldungen von der Krankenkassen-Front (Reserven bei 4 Mia konsolidiert, Jahresgewinne im 2-stelligen Mio Bereich, Kostenentwicklung gebremst) zeigen, dass wir mit der laufenden KVG-Revision auf dem richtigen Weg sind.

Emotionale Argumente

Wir sind prinzipiell gegen Diktate als Lösungsansatz von gesamtgesellschaftlichen Problemen, insbesondere geben die der Krankenkassen Wir wollen die Probleme gemeinsam lösen.

Strategien hemmungsloser Gewinnmaximierung, wie sie im Markt üblich sind, haben keinen Platz im Schweizerischen Gesundheitswesen, denn sie tragen in sich den Keim der gesellschaftlichen Entsolidarisierung.

Die einseitig durch die Kassen definierte Zulassungsbeschränkung von Leistungserbringern stellt für diese faktisch ein Berufsverbot dar und verunmöglicht die freie Arztwahl für die Versicherungsnehmer.

Mit der „Förderung der Eigenverantwortung der Versicherten“ ist eine Erhöhung der finanziellen Eigenleistungen im Bedarfsfall gemeint. Dies führt gradlinig zu einer Zwei-Klassen-Medizin.

... um am 1.6.2008 NEIN zu stimmen!

Dr. med. Margot Enz Kuhn
Kurplatz 3
5400 Baden
margot.enz@sgam.ch

Gesundheitspolitische Positionen der SGAM

SGAM
SSMG

Bern, 1. April 2008

1. Ausgangslage

Es gibt in der Schweiz keine langfristig geplante, nationale Gesundheitspolitik «aus einem Guss» und auf der Basis eines demokratisch ermittelten Konsenses. Stattdessen wird die Gesundheitspolitik tagessaktuell von den Interessen der privaten Player (Versicherer, Pharmaindustrie etc.) dominiert.

Die Ärzte (vor allem die Hausärzte) spielen dabei eine untergeordnete Rolle, was in krassem Widerspruch zu ihrer zentralen Rolle bei der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung steht. Eine künftige nationale Gesundheitspolitik muss diesen Missstand beseitigen und die Hausarztmedizin nachhaltig aufwerten.

These 1: Die Gesundheitspolitik wird heute – in Verkennung der Bedeutung der Grundversorgung und der zentralen Rolle der Hausärzte – durch private Player dominiert. Eine neue Gesundheitspolitik muss das System der Hausarztmedizin aufwerten.

2. Service publique und Menschenbild

Das traditionelle System der Hausarztmedizin steht für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Medizin zum Wohle der Kranken im Sinne eines allen Menschen zugänglichen Service Public.

Die Hausarztmedizin ist einem humanistischen Menschenbild verpflichtet und beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihren physischen, psychischen, sozialen, kulturellen und existenziellen Dimensionen und lässt allen eine ganzheitliche Behandlung angedeihen, unabhängig von Alter, Rasse, Geschlecht und Religion.

Folgedessen wendet sich die SGAM gegen alle Tendenzen, eine Mehrklassenmedizin einzuführen bzw. zuzulassen.

These 2: Hausarztmedizin versteht sich als Service Public auf der Basis eines humanistischen Menschenbildes.

3. Vernetztes Leistungsangebot steigert die Qualität

Durch eine bessere Vernetzung der Behandlungskette kann die Qualität der Behandlung gesteigert und eine Verschleuderung von Ressourcen verhindert bzw. minimiert werden.

Zurzeit entstehen in der ganzen Schweiz Netzwerke, die dieses Ziel verfolgen.

Der Begriff der «Qualität» muss dabei durch alle im Gesundheitswesen tätigen Akteure gemeinsam erarbeitet und kontrolliert werden. Der Gestaltungsspielraum der einzelnen Netzwerke muss politisch so gestaltet werden, dass deren Ausbreitung gefördert und nicht behindert wird.

Die Netzwerke basieren auf freiwilliger Zusammenarbeit der Akteure.

These 3: Ein gut vernetztes medizinisches Leistungsangebot steigert die Qualität der Versorgung und minimiert die Verschleuderung von Ressourcen.

4. Zwischen Ethik und Ökonomie

Die Gesundheitspolitik liegt im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie. In den letzten Jahrzehnten hat sich der Trend zur «Ökonomisierung der Medizin» durchgesetzt: Sie dominiert bzw. unterdrückt die ethische bzw. gesellschaftsintegrative Dimension der Medizin. Zugespielt: Krankheit darf heute nicht mehr sein, und wenn doch, dann muss sie möglichst kostengünstig sein. Dadurch wird Krankheit zu einem «ökonomischen Übel» und die Kranken zu «Belastungen» für die Volkswirtschaft. Darunter leiden primär die chronischkranken und polymorbiden Patienten und als Folge davon auch die Hausärzte mit entsprechendem «Patientengut», die unter (Kosten-) Druck der Versicherer geraten.

Es geht dabei nicht um eine «ökonomische Entwertung» der Medizin (die sehr wohl einen wichtigen ökonomischen Wert hat), sondern um eine umfassende Sicht der Medizin. Die Gesundheitspolitik ist ebenso eine ethisch-soziale wie auch eine ökonomische Investition in die Zukunft unserer Gesellschaft.

These 4: Die Gesundheitspolitik wird heute einseitig aus ökonomischer Sicht beurteilt – zum Nachteil der Patienten und Hausärzte.

5. Zwischen Kosten und Nutzen

Aber selbst wer auf eine rein ökonomische Argumentation eingeht, stellt fest, dass sie unvollständig und tendenziös ist, weil sie ihren Fokus einseitig auf die Kostenseite legt, ohne gleichzeitig auch den volkswirtschaftliche Nutzen zu berücksichtigen.

Dazu kommt, dass die Ausgaben wesentlich zum Wachstum der Schweizer Volkswirtschaft beitragen. Der 53-Milliarden-Gesundheitsmarkt, in dem nahezu jeder zehnte Beschäftigte tätig ist, wird heute von Wirtschaftsexperten als «potenzieller Träger des nächsten wirtschaftlichen Aufschwungs» gehandelt.

These 5: Die ökonomische Sicht auf die Gesundheitspolitik ist einäugig: Sie gewichtet die Kosten viel zu hoch und blendet den Nutzen fast vollständig aus.

6. Zwischen freiem Wettbewerb und staatlicher Regulierung

Die Gesundheitspolitik liegt im Spannungsfeld zwischen Regulierung und Deregulierung. Anhänger der Marktöffnung und des freien Wettbewerbes fordern eine möglichst weitgehende Deregulierung. Das heisst: Versicherer und Leistungserbringer sollen in einem Konkurrenzsystem arbeiten, das KVG soll abgeschafft und durch freiwillige Privatversicherungen ersetzt werden, exakt nach dem Angebot-Nachfrage-Muster irgendeines Produktes oder einer Dienstleistung. Genau das geht aber beim Gesundheitswesen aus Sicht der Hausarztmedizin nicht, weil dieses eine ganz zentrale gesellschaftsintegrative Funktion hat und auf dem Solidaritätsgedanken unseres Gemeinwesens beruht. Zugespielt: Die Starken helfen den Schwachen bzw. die Gesunden den Kranken. Das geht nur über ein staatliches Regulativ. Gemäss Bundesverfassung der Eidgenossenschaft «misst sich die Stärke des Volkes am Wohl der Schwachen» (Präambel).

Das KVG trägt diesem Grundgedanken der Solidarität Rechnung, indem es allen Versicherten ein einheitliches medizinisches Leistungspaket zugänglich macht. Dies ist eine sinnvolle Errungenschaft, auch wenn die Gleichbehandlung bereits heute durch die möglichen Zusatzversicherungen relativiert wird. Das qualitativ hochstehende medizinische Grundangebot basiert ganz wesentlich auf den Leistungen der Hausarztmedizin, der tragenden Säule der medizinischen Grundversorgung der Schweiz.

Dennoch kann sich die SGAM einen eingeschränkten, regulierten Wettbewerb vorstellen, wenn sich dieser am Prinzip der Solidarität und an der Förderung der Qualität ausrichtet.

Die zunehmende Machtkonzentration der Versicherer, deren Jagd nach guten Risiken, verbunden mit hemmungsloser Gewinnmaximierung, bedrohen nicht nur den Grundgedanken des KVG, sondern ebenso sehr die Grundversorgung.

These 6: Das Gesundheitswesen basiert auf dem Gedanken der Solidarität und der Gleichbehandlung und bedarf der staatlichen bzw. kantonalen Steuerung. Ein regulierter Wettbewerb, der zur Förderung der Qualität beiträgt und auf dem Boden der Solidarität steht, hat daneben sehr wohl noch Platz. Nicht aber Strategien hemmungsloser Gewinnmaximierung.

7. Finanzieller Ausgleich und Kostenneutralität

Stossend an der heutigen Situation ist u. a. die finanzielle Ungleichbehandlung zwischen den Hausärzten und den Spezialisten. Dazu trägt die «Kostenneutralität» ganz wesentlich bei: Sie ist ein Korsett, das die Mediziner in ihrer Arbeitsweise einschränkt, vor allem die Hausärzte.

Eine neue Gesundheitspolitik verzichtet auf das Prinzip der «Kostenneutralität» und schafft endlich Rahmenbedingungen, welche einen fairen finanziellen Ausgleich innerhalb der Ärzteschaft ermöglichen.

These 7: Hausärzte müssen finanziell besser gestellt und dem Niveau der Spezialisten angeglichen werden, nachdem das Prinzip der Kostenneutralität abgeschafft worden ist.

8. Plebiszitäres Potential

Die 12000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Hausärztekundgebung am 1. April 2006 sorgten für ein nachhaltiges Echo. Langfristig aber von noch grösserem Wert ist die Erfahrung, dass es den Hausärzten gelang, innerhalb von nur gut drei Monaten über 300000 Unterschriften zu sammeln. Das heisst konkret: Die Hausärzte sind referendumsfähig. Sie wären nicht nur in der Lage, jederzeit ein Referendum oder eine Initiative zustande zu bringen, sie haben zusammen mit ihren Patienten auch das

Potenzial, ein Referendum oder eine Initiative in einer Volksabstimmung zu gewinnen.

Die Hausärzte sind im Volk verankert. Ihr Thema (Erhaltung der Hausarztmedizin) ist populär und wird von breiten Kreisen getragen. Zusammen ergibt das eine grosse politische Schlagkraft.

These 8: Die Hausärzte haben ein grosses plebiszitäres Potenzial: Sie sind initiativ- und referendumsfähig und sollten diese Stärke vermehrt in der politischen Entscheidungsfindung einsetzen.

Zusammenfassung

- Die Schweiz braucht eine neue, nationale Gesundheitspolitik, in der die Hausärzte auch politisch jene zentrale Rolle übernehmen, die sie in der medizinischen Grundversorgung bereits heute haben. Das heisst: **Die Hausarztmedizin bzw. das System der Hausarztmedizin muss politisch und finanziell aufgewertet werden.**
- Da dies den Hausärzten nicht einfach zugetragen oder übergeben wird, müssen sie sich diese Ziele selbst erkämpfen. Die SGAM hat diesbezüglich mit der Kundgebung am 1. April 2006 und der Neuausrichtung ihrer Politik auf eine stärkere Gewichtung der Hausarztmedizin bereits wichtige Weichen gestellt und den Stein ins Rollen gebracht.
- Das setzt intern eine optimierte Organisation und Strategie voraus: Je eher und besser es allen Schweizer Hausärzten gelingt, ihre Interessen in einem Verband zu bündeln und sie mit einer einzigen Stimme nach aussen zu tragen, je schneller erreichen sie ihr Ziel.

Psychosomatik und COPD

Eine Fortbildungsveranstaltung der SAPPM

Klinik Schützen, Rheinfelden,
Donnerstag, 26. Juni 2008, 14–18 Uhr
Teilnahmegebühr: Fr. 70.–,
Mitglieder SAPPM Fr. 50.–
(bei Eintritt)
Credits: SAPPM, SGIM, SGAM 4
Anmeldung bei:
Sekretariat SAPPM (sekretariat@sappm.ch)
oder per Fax 061 361 29 72
oder Telefon 061 361 29 71

Moderation: Frau Dr. Kathryn Schneider
14.00 Uhr Einführung (Dr. A. Bückert)
14.15 Uhr Fallvorstellung (Dr. M. Tschan, Hausarzt und Pulmologe, Frau C. Galfetti, Patientencoach)
Diskussion Teilnehmerrunde
15.30 Uhr Pause
16.00 Uhr State of the art I (Prof. E. Russi, Pneumologie, USZ Zürich)
16.30 Uhr State of the art II (Prof. R. v. Känel, Psychosomatik, Inselspital Bern)
17.00 Uhr State of the art III (Dr. T. Rothe, Klinik für Pneumologie und Allergologie Davos)
Diskussion Teilnehmerrunde
18.00 Uhr Ende der Tagung

