



26 Milliarden für den Markt oder die Gesundheit?

«26-Milliarden-KVG-Markt», so steht das Wort im Leserbrief der SÄZ 14/2014 [1], den der Ökonom und Universitätsprofessor Dr. Konstantin Beck gegen das Buch der Ökonomin Anna Sax «Einheitskasse – warum nicht?» [2] schrieb. «26 Milliarden» sind die Prämie ngelder, welche die Versicherten und die öffentliche Hand über die Prämien subventionen obligatorisch für die Gesundheitsausgaben gegenwärtig entrichten; «KVG» meint das Krankenversicherungsgesetz, das die auf Solidarität gegründete soziale Grundversicherung regelt; «Markt» ist der Hauptakzent in der Beck'schen Wortschöpfung. Sie ist denkwürdig, umso mehr, als K. Beck zusätzlich Leiter des Instituts der CSS ist, einer der grössten Krankenkassen des Landes.

- 1) Markt: Das Wort Markt gibt es nicht in der Bundesverfassung, auf alle Fälle nicht in den Abschnitten, welche die Gesundheit der Menschen betreffen. Die Bundesverfassung ist nicht marktkonform.
- 2) Ärztin-Arzt: Das KVG regelt in Artikel 36 deren Zulassungsbedingungen und Berufsausübung; Regelung, nicht Markt. Auch das KVG ist nicht marktkonform.
- 3) FMH: «Es ist Aufgabe des Arztes und der Ärztin, menschliches Leben zu schützen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten, Krankheiten zu behandeln, Leiden zu lindern und Sterbenden beizustehen» (Art. 2 der Standesordnung der FMH). Schützen, Fördern, Erhalten sind marktfremd, denn sie beinhalten weder Kauf noch Verkauf, im Gegenteil, sie implizieren potentiell Markteingriffe (siehe unten). Ärztliche Aufgabe, das Selbstverständnis der FMH, selbst ihr Titel Standesorganisation sind nicht marktkonform, genauso wenig wie es der Hippokratische Eid ist.
- 4) Gesundheit: Die Bundesverfassung ist der formulierte Wille der stimmberechtigten Bewohner des Landes, ihr Zusammenleben zu ordnen und zu gestalten. Sie beginnt mit den Grundrechten, z.B. dem Recht auf Leben und auf physische und psychische Integrität [3], näher ausgeführt im Artikel 118: «Schutz der Gesundheit» [4]. Die WHO nennt es Menschenrecht [5]. Menschenrecht und Gesundheit sind aber keine Marktgrössen, auch sie sind nicht marktkonform.

«26-Milliarden-KVG-Markt» heisst, dass die 26 Milliarden Prämie ngelder für den Markt einbezahlt werden. Diese Aussage entbehrt der gesellschaftlichen und juristischen Basis. Im sozialen Gesundheitssystem müssen die Prämien dem Schutz der Gesundheit und dem Kampf gegen Krankheit und Leid dienen, so

wie es die FMH formuliert; das ist der Sinn der Solidarität der Gesunden mit den kranken Menschen. Die Beck'sche Markt-Auffassung, wie diejenige der Versicherer und ihrer Vertreter im Parlament gilt für Waren, nicht aber für die Gesundheit. Sie setzen die Versicherten, Gesunde und Kranke zu Klienten und Konsumenten herab, mit denen es keine Solidarität braucht.

Die politische Brisanz ihrer Markt-Auffassung zeigt sich in der grössten Herausforderung für die Gesundheit unserer Zeit, den Nicht-übertragbaren Krankheiten. «...Trough the sale and promotion of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink (unhealthy commodities), transnational corporations are major drivers of global epidemics of non-communicable diseases NCDs. ...Public regulation and market intervention are the only evidence-based mechanisms to prevent harm caused by the unhealthy commodity industries.» [6]. Die WHO und ein Teil der Ärzteschaft fordern den Vorrang der Gesundheit gegenüber dem Markt [7]. Konform mit BV, KVG, FMH erfordert der Schutz der Gesundheit mehr Markteingriffe, in Bezug auf die NCDs sind sie dringend. Die jetzigen Versicherer sind dazu weder fähig noch willens. Darum braucht es eine *öffentliche Krankenkasse*.

Dr. med. Roland Niedermann, Hausarzt, Genf

- 1 Beck K. Eine unwissenschaftliche Einheitskassenstudie. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(14):573.
- 2 Sax A. Einheitskasse – warum nicht? Krankenversicherungsmarkt oder öffentliche Krankenkasse: Eine Wirkungsanalyse. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP 122, 2013.
- 3 Art. 10.2 der Bundesverfassung BV.
- 4 «Förderung der Gesundheit» im 3. Abschnitt des KVG; Art. 19.1: «Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten».
- 5 «The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition». WHO Constitution.
- 6 The Lancet, Early Online Publication. 12 February 2013.
- 7 Communiqué OMS, 10.06.2013.



Die Dichotomie «öffentlich vs. privat» ist ein Anachronismus

Zum Artikel «Spitalmarkt» von Anna Sax [1]
Frau Sax drückt ein verbreitetes Unbehagen über den Umbau unseres Gesundheitssystems aus. Aber was will sie erreichen? Eine Revision des KVG oder eine Verstaatlichung von Privat-

spitälern? Statt die Sorge vieler Ärztinnen und Ärzte um die Spitalversorgung mit konkreten Vorschlägen zu würdigen, verliert sich der Artikel in Klischees wie «gute staatliche vs. unmoralische private Trägerschaft» oder «öffentliche Spitäler behandeln Schwerkranke vs. Privatspitäler behandeln die Schönen und Reichen». Solche Aussagen bringen unseren Diskurs nicht weiter, sondern schaffen unnötige Gräben. Darum hier der Versuch einer faktenbasierten Replik:

Das KVG verlangt, dass Spitäler nach den Regeln der Betriebswirtschaft geführt und mittels Fallpauschalen vergütet werden – unabhängig von der Trägerschaft. Das Bundesverwaltungsgericht hat kürzlich bestätigt, dass Spitäler in der Grundversicherung Gewinne erzielen dürfen und für wirtschaftliches Arbeiten belohnt werden sollen. Wer das ändern möchte, muss das KVG ändern. Die Kantone sind angehalten, Subventionen an ihre eigenen Spitäler zu streichen, um den Wettbewerb nicht zu verzerren, haben aber einen beträchtlichen Ermessensspielraum, den Spitälern (unabhängig von der Trägerschaft) Vergütungen für gemeinwirtschaftliche Leistungen zu gewähren. Wenn Spitäler und Versicherer den Basispreis aushandeln, ist zudem die staatliche Kontrolle gewahrt, indem die Kantone die Preise genehmigen müssen. Die Spitalfinanzierung ist also klar geregelt und die staatlichen Stellen sitzen am längeren Hebel. Darum bleibt unklar, worauf die Kritik von Frau Sax zielt.

Die Kantone haben durch die neue Spitalplanung (insbesondere das «Zürcher Modell», heute von 18 Kantonen angewendet und gültig für 70% der Schweizer Bevölkerung) einen nie dagewesenen Einfluss auf die Spitäler – ergänzt noch durch die IVHSM-Planung. Die Kantone schreiben den Spitälern heute im Detail vor, mit welchen Ärzten sie welche Leistungen erbringen müssen, welche Qualitätsmessungen durchzuführen sind, wie viele Ärzte und Pflegende auszubilden sind und welche Fallkosten als akzeptabel gelten. Indem die Kantone die Erfüllung der Aufnahmepflicht kontrollieren, wird Rosinenpickerei für Spitäler jeglicher Trägerschaft erschwert. Die Aussage «die öffentliche Hand ist dabei, die Kontrolle über die Spitäler Schritt für Schritt abzugeben» ist daher völlig irreführend. Im Gegensatz gilt: *Die Kontrolle der öffentlichen Hand über die Spitäler war noch nie so hoch wie heute.*

Die Dichotomie «öffentlich vs. privat» ist ein Anachronismus. Die ehemals öffentlichen und privaten Businessmodelle gleichen sich unaufhaltsam an. Im KVG äussert sich die Erkenntnis der Stimmbürger/-innen, dass die Trägerschaft der Spitäler für die gute Versorgung der Bevölkerung sekundär ist. Auch wo die Spitäler das Geld für ihre Investitionen aufnehmen ist irrelevant. Entscheidend für die Weiterentwicklung unseres hervorragenden Spitalwesens gemäss den WZW-Kriterien ist ein vernünftiger regulatorischer Rahmen, gutes Spitalmanage-