

Neue Teilrevision KVG (Spitalfinanzierung) mit unverkennbarem Ziel: planwirtschaftlich gelenkte Staatsmedizin

Die Hoffnungen waren einmal mehr unbegründet. Die Vernehmlassung des Departement Dreifuss zur Neuregelung der Spitalfinanzierung lassen klar die Zielrichtung erkennen. Nicht der bei der KVG-Abstimmung versprochene vermehrte Wettbewerb oder die Erfüllung der Forderung nach gleich langen Spiessen unter den öffentlichen und privaten Leistungserbringern wird angestrebt. Im Gegenteil: Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen laufen auf eine komplette Nivellierung des gesamten Gesundheitswesens im stationären und teilstationären Bereich hinaus und stellen einen weiteren Schritt hin zur allumfassenden Staatsmedizin. PULSUS hat sich zu den Vernehmlassungsvorschlägen in klar ablehnender Haltung geäußert.

Wir alle waren erstaunt, wie schnell auf die in den Räten erst teilweise behandelte erste Teilrevision des KVG nun schon die Vernehmlassung zur zweiten Teilrevision (Spitalfinanzierung) erfolgte. Unser Postulat, dass in erster Linie und vor allem die verfehlte Spitalfinanzierung geändert werden müsse, war offensichtlich auf offene Ohren gefallen ... Was dann allerdings inhaltlich diese Vernehmlassungsvorschläge zeigten, war ernüchternd. Die Vorschläge mögen höchstens dem Postulat einer konsequenten Haltung zu genügen: Konsequent sind sie formuliert in Bezug auf die Umsetzung hin zu einer allumfassenden Staatsmedizin.

Planungspflicht auch für teilstationären Bereich

Mit der vorgesehenen Teilrevision wird versucht, den gesamten teilstationären Bereich in die Planungspflicht einzubeziehen, mit allen Konsequenzen bezüglich Finanzierung und Spitallisten. Die staatliche Lenkung wird damit auf einen Behandlungs- und Pflegebereich ausgedehnt, der sich eigentlich hervorragend für die private, unternehmerische Seite eignet. Mit der Neuregelung würden im übrigen die Kantone bezüglich Finanzierung neu zur 50 %-igen Kostenbeteiligung gezwungen. Bisher wurde dieser teilstationäre Bereich über die Grundversicherung und die Zusatzversicherung bezahlt. Ein wesentlicher (und in Zukunft noch bedeutsamer) Teil der Gesundheitsversorgung in unserem Land wird damit neu der Planung unterstellt. Damit würde man dem Ziel einer zentral gelenkten staatlichen Medizin einen grossen Schritt näher rücken.

Ich verordne, Du bezahlst

Mit den neuen Gesetzesvorschlägen würden den Kantonen eine massive und derzeit schlichtweg untragbare Mehrfinanzierung zugemutet. Durch die Umlagerung des gesamten teilstationären Bereiches weg von der Prämienfinanzierung (Versicherungen) hin zu einer staatlichen Finanzierung aus allgemeinen Steuergeldern wird ein weiterer Sündenfall vollbracht. Noch bei der Einführung des KVG ging man vom Grundsatz aus dass die Krankenversicherung im wesentlichen durch individuelle Prämien zu finanzieren sei. Diese Finanzierungsart rückt nun zunehmend in den Hintergrund, an deren Stelle tritt dafür die Staatsfinanzierung. Bereits der durch den Bund verordnete enorme Ausbau der Pflichtleistungen hatte massive Kostenfolgen für die Prämienzahler und die Kantone. Die letzteren sollen nun zusätzlich über die vorgeschriebene 50 % Beteiligung eine eigentliche Defizitgarantie übernehmen für den teilstationären Bereich. Zusätzlich widerspricht diese neue Finanzierungsart auch dem Postulat, die Selbstverantwortung des Patienten zu steigern und der zunehmenden Anspruchshaltung zu entgegenen.

Gleich lange Spiesse ...

Das eigentlich vorgegebene Ziel der Revision war, zwischen den öffentlichen und privaten Spitälern gleich lange Spiesse zu schaffen. Da die privaten Institute bisher durch die staatlichen Defizitgarantien an den öffentlichen Spitälern massiv benachteiligt waren, spielte gerade im wichtigsten Sektor der stationären Leistungsanbieter der Wettbewerb nicht. Mit den nun vorliegenden Anträgen zur Gesetzesrevision werden aber ganz eindeutig die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler noch mehr bevorzugt. Die Kantone werden von der Pflicht enthoben, die privaten Institutionen in der Spitalplanung angemessen zu berücksichtigen. Kantone mit Ueberkapazitäten werden damit die privaten Spitäler nicht mehr auf die Spitalliste setzen, um damit die vorhandenen eigenen Ueberkapazitäten der öffentlichen Spitäler abzudecken. Gleichzeitig werden damit die nötigen Strukturänderungen im öffentlichen Bereich zu Lasten der privaten Institutionen verhindert.

Abschaffung der allgemeinen Abteilungen

Durch die Abschaffung der "allgemeinen Abteilungen" in den Spitälern werden letztlich nicht die allgemeinen Abteilungen abgeschafft, sondern die private und halbprivate Abteilung soll eliminiert werden. Die bisherige allgemeine Abteilung soll künftig die einzige mögliche angebotene Leistung der Spitäler werden. Damit wird der Zusatzversicherungsbereich weiter eingeschränkt. Ebenso soll es nicht mehr möglich sein, private Leistungen im Gesundheitsbereich zu beziehen, welche nicht mehr dem Pflichtleistungskatalog entsprechen beziehungsweise dort aufgeführt werden. Wo bleibt die Möglichkeit der privaten Arztwahl, der freien Spitalwahl und auch die freie Wahl der Art der Behandlung und Art der Unterbringung? Das Ziel ist wiederum klar: Alles soll nivelliert und dem KVG unterstellt werden.

Fallpauschalen anstatt Leistungsfinanzierung

Nach den Vorschlägen sollen in wesentlichen Bereichen Fallpauschalen die konkreten Abrechnungen über die erbrachten Leistungen ersetzen. Damit wird wiederum das Prinzip der leistungsbezogenen Finanzierung verlassen. Dabei wird eine betriebswirtschaftlich gute Führung eines Spitals auch in

Zukunft zwingend verlangen, dass die einzelnen Leistungen auf allen Ebenen erfasst werden, um überhaupt entscheiden zu können, wo Kosten anfallen. Diese betriebswirtschaftliche und organisatorische Leistung ist nun endlich auch von den öffentlichen Spitälern abzuverlangen. Nur so kann beurteilt werden, ob die tatsächlich erbrachten Leistungen notwendig waren und ob eine allfällige Pauschale auch richtig, das heisst leistungsbezogen bemessen ist. Auch widerspricht die Fallpauschalierung grundsätzlich den Interessen der Patienten, der nur ein einziges Interesse haben kann: Voll umfängliche Transparenz über die notwendigen und erbrachten Leistungen. Auch im Modell des Unfallversicherungsgesetzes werden mit Erfolg die effektiven Leistungen ausgewiesen und vergütet, weshalb nicht einzusehen ist, warum neue experimentelle Finanzierungsarten per Gesetz erprobt werden sollten.

Der Glaube an die Administration

Schlussendlich wird die Pflicht zur statischen Datenerhebung bei allen Leistungserbringern massiv ausgeweitet. So werden insbesondere die Assistenzärzte an den Spitälern durch den damit noch erhöhten administrativen zusätzlich belastet. Auch diese Arbeitszeit muss letztlich bezahlt werden steht nicht mehr für die Pflege bzw. Behandlung des Patienten zur Verfügung. Es besteht die Gefahr, dass die heute verlangten Daten mengenmässig in jeder Beziehung ausgeweitet werden und es droht damit ein erneuter administrativer Kostenschub. Es kann ja schlussendlich nicht darum gehen, die ganze ambulante Medizin in einer staatlichen Leistungsstatistik zu erfassen. Auch hier zeigt sich deutlich, dass die Revision planwirtschaftliche Ziele verfolgt.

Insgesamt zielt die vorgesehene Revision darauf ab, den gesamten stationären und teilstationären Bereich unseres Gesundheitswesens zu verstaatlichen. Zusätzlich wird durch die Abschaffung der "allgemeinen Abteilung" in den Spitäler (was in Wirklichkeit der Abschaffung der Halbprivat- und Privatabteilungen entspricht) eine Nivellierung angestrebt. Es ist offensichtlich, dass alle Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsschutz gleich behandelt werden sollen. Wo bleibt die Möglichkeit der privaten Arztwahl, der freien Spitalwahl und auch die freie Wahl der Art der Behandlung und der Art der Unterbringung? Der gesamte Zusatzversicherungsbereich wird damit nochmals massiv bedrängt, ihm wird wohl endgültig der Todesstoss versetzt. Damit wiederum werden auch sämtlichen Privatspitälern die Existenzgrundlage entzogen. die Vorlage bedeutet im weiteren einen grundsätzlichen Schritt in Richtung vermehrter Finanzierung des Gesundheitswesens durch subventionierende Steuern anstelle von leistungsbezogenen Prämien. Und schlussendlich werden den Kantonen finanzielle Bürden auferlegt, die schon heute untragbar sind und die durch Bundesentscheid/weiteren Ausbau des Pflichtleistungskataloges bald zum finanziellen Kollaps mancher Kantone führen könnte. Es ist zu hoffen, dass die vorberatenden Kommissionen und die Parlamentarier das Ziel dieser Vorlage in Richtung mehr planwirtschaftlicher Staatsmedizin erkennen.