

Drei gesundheitspolitische Themen¹

von Andreas Manz

Neben der Erstellung eines neuen Netzwerkkonzeptes, das unter dem Titel ‚Vernetzte Krankengeschichte‘ in diversen Versionen in Umlauf ist², will ich mich hier zu drei gesundheitspolitische Themen äussern. Das nachfolgende Papier ist als Diskussionsgrundlage gedacht. Ziel ist, für spätere Medienkampagnen die notwendigen Grundlagen zu schaffen. Als erster Entwurf ist er bewusst ungehobelt belassen und muss stilistisch noch keinen Veröffentlichungsansprüchen genügen.

1. Reduktion der Praxiseröffnungen

Das Problemfeld: Der Zunahme der Anzahl Arztpraxen wird u.a. angelastet, dass die ambulanten Gesundheitskosten steigen. Es wird behauptet, dass jede neu eröffnete Praxis jährlich Mehrkosten für die Krankenkassen von einer halben Million Franken nach sich ziehe. Daher seien Massnahmen zur Reduktion von Praxiseröffnungen (oder zur rascheren Praxisaufgabe bei erreichtem AHV-Alter) notwendig.

Die Massnahme: Das hier eingesetzte Mittel ist ein dreijähriges Verbot, neue Praxen zu eröffnen. Praxisübernahmen sind davon (bisher) nicht betroffen³.

Was ist an dieser Massnahme falsch? Sie greift in einen langen beruflichen Werdegang ein, der nur mit grossen Entbehrungen und viel Verzicht auf Privatleben durchgestanden werden kann. Kein einziger anderer Beruf muss bis zu seiner Vollendung 12 Jahre Schule, 6 Jahre Studium und mind. 6 Jahre Spezialisierung mit durchschnittlichen Arbeitspensen jenseits der 150%-Grenze in Kauf nehmen. Die meisten sind über 35 Jahre alt, wenn sie an diesem Ziel angekommen sind und mussten dafür kämpfen, dass ihre Ehe und Familie durch die enorme Belastung nicht zu Grunde ging. Zu diesem Zeitpunkt mit einem Verbot von mehr als fraglichem Nutzen einzugreifen, ist unmenschlich.

Wie könnte es besser gemacht werden? Wenn die Politiker der Meinung sind, es gäbe zu viele freie Arztpraxen, so haben sie für eine diesbezügliche Steuerung mehrere Instrumente in der Hand, die sie einfacher und logischer einsetzen können. Sie können in den Spitälern einen Teil der Ausbildungsstellen in Festanstellungen verwandeln, also einen Teil der Assistenzärzte nach deren beendeter Spezialisierung nicht zu einer Praxiseröffnung zwingen, sondern sie als festangestellte Ärzte im Spitalbetrieb behalten. Diese Massnahme stabilisiert auch den Spitalbetrieb, sind doch die ‚Lehrlinge‘ nicht mehr in so grosser Anzahl in Rotationsstellen zu betreuen. Das Spitalpersonal muss sich nicht so oft auf ‚den Neuen‘ einstellen und ihm alles beibringen, was er für seine Tätigkeit an Gepflogenheiten wissen muss. Unser jetziges Ausbildungssystem, das von einer hohen

1 Im Netzwerk Oberbaselbiet hatten sich 2002 die Kollegen zusammengefunden. Wir diskutierten verschiedene Themen durch. Dazu schrieb ich am 25.7. 2002 diesen Entwurf zu einigen solchen Themen. Und legte ihn meinen Kollegen im Netzwerk vor.

2 Andreas Manz 2002h: Die vernetzte Krankengeschichte

3 Wie wir seither wissen, wurde das Moratorium zur Eröffnung neuer Praxen bis 2010 verlängert und ist mitverantwortlich, dass wir in der Hausarztmedizin auf ganz ernsthafte Versorgungsgengpässe zusteuern. Wegen einer fahrlässigen

Rotation an Assistenzärzten und deren anschliessender Entlassung geprägt ist, erschwert im übrigen auch die Heranbildung eines breiten schweizerischen akademischen Nachwuchses. Die Folge davon ist, dass schweizerische Bewerber um einen Lehrstuhl gegenüber der ausländischen (v.a. deutschen) Konkurrenz einen deutlichen Rückstand im akademischen Niveau aufweisen und daher oft nicht gewählt werden. Auch diesbezüglich ist die Möglichkeit einer freiwilligen Verlängerung der Spitalzeit für die heranwachsenden Ärzte sinnvoll. Mit dem Instrument des Spitalarztes, der weder Lehrlin (Assistenzarzt) noch Ausbilder (Oberarzt) ist, kann auch den Bedarf an auszubildenden Ärzten leicht gesteuert werden. Dazu ist aber eine differenzierte und breit diskutierte Bedarfsplanung notwendig.

In den nächsten zehn Jahren werden viele Praxen altershalber in neue Hände übergeben oder geschlossen. Es ist absehbar, dass wir plötzlich einen Mangel an Ärzten in freier Praxis haben (wie dies gegenwärtig aus Deutschland, den Niederlanden und England vermeldet wird), die beispielsweise den beschwerlichen Notfalldienst ausfüllen. Mit dem gut steuerbaren Instrument, wie viele der Arztstellen im Spital Fest- oder Ausbildungsstellen sind, haben die Politiker ein sehr flexibles Steuerungsinstrument in der Hand, ohne derart unmoralische Nebenfolgen, wie das eben in Gang gesetzte, das kaum mehr als Hilflosigkeit und Überforderung dokumentiert.

Es sind noch weitere Massnahmen möglich: Wenn es den Politikern tatsächlich darum geht, die Kosten der ambulanten Behandlungen zu senken, indem gewisse Leistungserbringer mit Verboten oder Nichtbewilligungen von Praxisgesuchen an einer Tätigkeit gehindert werden, so können sie auch Regeln einführen, die die weniger gut ausgebildeten und qualifizierten Leistungserbringer von der krankenkassenfinanzierten Heilmedizin ausschliessen. Gemeint sind beispielweise die grösser werdende Zahl an Naturheilärzten. Die Voraussetzung, als ‚Schulmediziner‘⁴ eine Praxisbewilligung zu erhalten, sind Matura, 6 Jahre Medizinstudium, Doktorat, 6 und mehr Jahre Assistenzarztausbildung. Voraussetzung für eine Praxisbewilligung als Naturarzt ist ein Teilzeitkurs von 2 bis 4 Jahre und anschliessender Prüfung in ... Fächern. Der ‚Schulmediziner‘ hat eine Maturitätsprüfung in ... Fächern, ein 1. Propädeutikum in 4 Fächern, ein zweites Propädeutikum in 8 Fächern, ein drittes Propädeutikum in 8 Fächern, ein Staatsexamen in 17 Fächern, eine Doktorarbeit abzuliefern, je nach Fachrichtung mehrere Facharztprüfungen mit Vorstufen abzulegen. Im Weiteren hat er nach der Praxiseröffnung jährliche Fortbildungsnachweise zu erbringen. Es ist dem Leser dieser Zeilen überlassen zu beurteilen, wer eigentlich besser qualifiziert ist und wo die Erhöhung der Schwelle zur Eröffnung einer Praxis sachlich besser begründet wäre, beim Naturarzt oder ‚Schulmediziner‘. Ich kann ja verstehen, dass die Bevölkerung das Bedürfnis hat, auch von ‚Naturärzten‘ behandelt zu werden. Und wenn die Politiker der Meinung sind, dass das auch über die soziale Krankenversicherung finanzierbar sein sollte, ist das eine vertretbare Meinung. Nicht vertretbar ist aber, naturärztliche Tätigkeiten auf einem vergleichsweise meist sehr tiefen fachlichen Qualifikationsniveau zuzulassen und die besser qualifizierte Praxismedizin zu erschweren oder gar zu verbieten.

4 Der Begriff ‚Schulmedizin‘ hat so etwas engstirniges. Er suggeriert, dass der Arzt das tun muss, was er in der Schule gelernt hat. Der Begriff bezieht sich tatsächlich auf ‚Lehrmeinung‘ oder neudeutsch ‚evidence based medicine‘. Damit soll ausgedrückt werden, dass der Arzt sich der Objektivität verpflichtet, und sich vom Quacksalber abhebt, der den Nimbus der eigenen Person in den Vordergrund seiner Heilkunst stellt.

2. Auflösung des Vertragszwanges

Das Problemfeld: Es wird behauptet, dass der Mangel an freiem Wettbewerb unter den Ärzten in der Praxis die Senkung der Gesundheitskosten behindere. Die kantonalen Kollektivverträge zwischen Ärztevereinigungen und Krankenkassenverbänden seien als Kartell einzustufen, das es abzuschaffen gelte. Die ursprüngliche Motivation dieser Verträge, das Gesundheitswesen, insbesondere die ambulante Medizin in eine durch die Sozialversicherung garantierte medizinische Versorgung einzubinden, wird in der ganzen Argumentation vollkommen ausgeblendet. Ursprünglich galt es, die privatärztliche Tätigkeit, die Reichen zu hohen Kosten angeboten wurde, in eine allen Menschen offen stehenden ambulante ärztliche Versorgung zugänglich zu machen.

Massnahme: Der heutige Zwang für die Krankenkassen, jedes Mitglied der FMH in freier Praxis in den bestehenden Kollektivvertrag aufzunehmen, soll aufgehoben werden. Damit soll es den Krankenkassen ermöglicht werden, unter den Praxisärzten einen Wettbewerb zu entfachen. Man verspricht sich davon sinkende Behandlungskosten.

Was ist an dieser Massnahme falsch? Sie greift in eines der zentralen Regelwerke unseres hochkarätigen sozialen Gesundheitswesens ein und schafft neue Qualifikationen auf ganz dubioser Grundlage. Es stellt eine wesentliche Errungenschaft dar, dass medizinische Behandlung für alle möglich ist, auch für Menschen, die die Behandlung sich selbst nicht leisten könnten. Es muss heute niemand mehr seinen Schuhmacherbetrieb verschulden, um seiner chronisch kranken durch Rheumatismus geplagten Frau die richtige Behandlung zu ermöglichen. Auch den ‚armen‘ Menschen ist es möglich, den Arzt ihres Vertrauens selbst zu bestimmen. Ein schwer ausgehandelter für alle gültiger Sozialtarifkatalog sorgt dafür, dass die Behandlung bei allen Ärzten, bei den angeblich guten wie bei den naheliegenden gleich teuer ist. Damit ist für den Arztberuf auch die Möglichkeit, wirklich reich zu werden, erloschen. Werbeverbot, Tarif- und Vertragsbindung sind zentrale Elemente, die ärztliche Leistung resp. das Recht des Kranken auf Behandlung von wirtschaftlichen Mechanismen befreien. Heute glaubt man, dass die gewollte Verhinderung des Marktes über Preise und Kosten medizinischer Leistungen ein wesentlicher Faktor für die Überteuerung des Gesundheitswesens darstellen. Die Einführung von Marktmechanismen müssten zur Preissenkung herangezogen werden. Dem sind verschiedene Argumente entgegen zu halten.⁵ Einerseits wirken im Gesundheitssystem Marktmechanismen ohnehin nicht, da das wichtigste Element des Marktes, dass der Käufer den Preis bezahlt, hier nicht besteht. Der Patient bezahlt auch nach Auflösung des Vertragszwanges seine Leistung nicht, (was man ja auch in Zukunft richtigerweise nicht will, der Kranke soll sich mit seiner Krankheit auseinandersetzen können und nicht mit grossen finanziellen Sorgen belastet werden). Die Leistung zahlt auch in Zukunft ein Dritter (der Staat und die Krankenkassen resp. die Unfallversicherungen). In dieser Konstellation werden auch in Zukunft keine echten Marktbedingungen zwischen Leistungsempfänger und –erbringer (Anbieter und Nachfrager) spielen. Das Gerede, Marktmechanismen müssten spielen, ist eine leere Augenwischerein. Mit der Aufhebung des Vertragszwanges werden ganz andere

⁵ Hier will ich eine wahre Anekdote anfügen, die den Nimbus des freien Marktes zum Thema hat: vor Jahren ist mir aufgefallen, dass die Prämien für die Gebäudeversicherung im Tessin sehr viel teurer sind als im Kanton Baselland. Als ich den Versicherungsfachmann der Mobiliarversicherung Tessin darauf ansprach, erklärte er mir, dass im Tessin mehr Waldbrände existieren, die manchmal auch ein Haus vernichten. Im Baselland hätten wir eine einige halbstaatliche Gebäudeversicherung, sie im Tessin hätten aber den freien Wettbewerb unter Privatversicherungen. Das koste halt Geld.....

Mechanismen in Gang gesetzt: Nämlich neue Qualifikationsinstrumente eingeführt. Und dieses Element ist sehr bedenklich. Der Arzt geht wie kein anderer Beruf in seinem Werdegang durch eine grosse Zahl von Qualifikationen. Die einzelnen Stationen sind oben aufgezählt. Jede Qualifikation muss möglichst objektiv sein, der Qualifizierende also eine hohe neutrale Stellung einnehmen und ist nicht mit eigenen Interessen am Geschehen beteiligt sein. Das kann von den Hochschulen, Spitälern und den Fachgesellschaften einigermaßen behauptet werden. Es kann nun aber nicht angehen, dass Versicherungsanstalten ihrerseits die finale Megaqualifikation draufsetzen und entscheiden, mit wem sie zusammenarbeiten wollen und wessen berufliche Existenz zerstört werden soll. (ohne Vertrag kein Einkommen, also mit bsp. 55 Jahren Konkurs). Der Beurteiler ist nicht unabhängig, die Kriterien können nur sehr oberflächlich sein. Wie wollen Krankenversicherer den ‚guten‘ Arzt vom ‚weniger guten‘ unterscheiden, nachdem alle vorangegangenen Prüfungen ja stattgefunden haben und sehr viele Aspiranten haben aussteigen müssen? Es geht den Krankenkassen ohnedies nur um die vom Arzt verursachten Kosten und gerade nicht um die Qualität der Behandlung. Die massgebliche Qualität zu messen haben ja all die Prüfungen zum Ziel gehabt. Wie gut das gelungen ist, ist immer fraglich. Sicherlich kann nicht mit wenigen Kriterien nachgeholt werden, was vorgängig mit einer ganzen Palette von komplexen Prüfungen abgehandelt worden war. Und es ist schlicht unmenschlich, im fortgeschrittenen Berufsleben sich nochmals einer derart existenzgefährdenden Prüfung unterziehen zu müssen.

Dann muss noch etwas zu den gelobten Marktmechanismen gesagt werden. Würden diese spielen, wären sie auch kein gutes Mittel, Gesamtkosten zu reduzieren. Es ist der Sinn des Marktes, über die Senkung des Einzelpreises den Konsum dermassen zu steigern, dass das Marktvolumen insgesamt (also in unserem Falle die Gesamtkosten) ansteigt. Was also der Begriff „Markt“ in der Gesundheitspolitischen Diskussion verlohren hat, ist mir unverständlich.

Ich glaube, wir sollten aufhören, uns von Ökonomen beschwatzen zu lassen. Marktmechanismen sind voll von Betrügereien, falschen Versprechungen und dienen hauptsächlich der Konzentration der Macht (Bildung von Grossunternehmen, Verdrängung des Kleinen, und das nicht einfach mit den Mitteln des freien Wettbewerbes, sondern mit der Nutzung der vorhandenen Machtposition). Die vielen ernüchternden Ereignisse in der ach so freien Weltwirtschaft sollten uns entsprechend nachdenklich stimmen, wenn wir das hohe Lied des Marktes anstimmen und damit leichtfertig bereit sind, wichtige Eckpfeiler unseres hochqualitativen Gesundheitswesens zu opfern.

Die Aufhebung des Vertragszwanges kann aber auch zu einer ganz anderen unliebsamen Entwicklung führen: Die Kassen nehmen diejenigen Ärzte unter Vertrag, die bereit sind, vorgegebenen Vorstellungen in tariflicher und inhaltlicher Art zu entsprechen. Damit Kosten gespart werden können, müssen die Bedingungen dieser Vereinbarungen sicher schlechter sein als der durch jahrelange Arbeit ausgehandeltes Tarmedsystem. Jeder Arzt, der über eine genügend gute Reputation verfügt, wird danach streben, nicht unter die Fuchtel von Krankenkassen zu gelangen sondern eine Patientenkundschaft aufbauen, die ihn direkt bezahlt. Das wird ihm auch gelingen, denn Menschen sind im Krankheitsfall bereit, sehr viele Kosten auf sich zu nehmen. Die Patienten, die sich das leisten können, werden sich bei der Privatassekuranz für solche direkten Arztkosten versichern, zu einer entsprechend hohen Prämie. Damit haben wir das Zweiklassensystem in der ambulanten medizinischen Versorgung eingeführt. Die ‚guten‘ Ärzte können Tarife verlangen, wie ihnen beliebt und die ‚reichen‘ Menschen können sich jede gewünschte medizinische Versorgung

leisten. Die Bedeutung der Sozialversicherung wird insgesamt sinken, die Ärzte umfassen, die den Sprung in eine Hochtarifpraxis nicht schaffen und die ‚armen‘ Patienten umfassen. Für weniger Geld gibt es halt auch eine weniger gute Medizin. Solches wird in vielen Ländern der Welt praktiziert, nicht nur im ambulanten Gesundheitswesen. Die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten sind dadurch gestiegen und nicht gesunken, die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens hat sich aufgeteilt. Es gibt wieder richtig reiche Ärzte und viele Menschen, die sich die ärztliche Behandlung, die sie brauchten, schlicht nicht leisten können. Wo liegt hier der Fortschritt?

Wie könnte es besser gemacht werden? Wenn es schon darum geht, dass die Kosten im ambulanten Bereich gesenkt werden sollen, ist die Steuerung über den Taxpunktwert ein sehr potentes Mittel, das aber nur solange funktioniert, als eine Vertragsbindung gegeben ist. Dass man Ärztteeinkommen nicht beliebig senken kann und heute beim Grossteil der Ärzte bereits kaum mehr Spielraum (einige grössere Verdiener ausgenommen) besteht, zeigen die im Moment laufenden Verhandlungen zum Taxpunktwert im Tarmed. Dieses Instrument wird von der Kassen bereits handfest eingesetzt. Dagegen haben wir in einer gewissen Bandbreite nichts einzusetzen. Wir wollen aber die stets steigenden Kosten der Verwaltung der Krankenkasse (Werbung, Managerlöhne) mit einer Reduktion unserer Einkommen bezahlen. So schlagen wir vor: Wir können in Sorge um die solidarische Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens Einkommenseinbussen vorstellen, wenn das obere Kader der Krankenversicherer, der Spitäler und selbst der Regierungen bei sich die prozentual gleich grossen Einbussen verordnen. Nur dann ist deren Motivation zum Sparen glaubhaft. Solange nur die anderen bezahlen, ist es reine Machtstrategie.

3. Steigerung der Krankenkassenprämien

Das, was den Bürger am meisten beunruhigt, ist der starke Anstieg der Krankenkassenprämien. Auch für eine Arztfamilie stellen die Krankenkassenprämien heute einen grossen Budgetposten dar. Schuld an dieser Steigerung sollen u.a. die sich ausweitenden Arztpraxen sein, auch die auch so teuren Medikamente werden an den Pranger gestellt. Hier kann aber etwas nicht stimmen: verdienen denn die Ärzte jährlich 10% mehr? Oder werden alljährlich 10% neue Praxen eröffnet, die sofort auf Volllast arbeiten? Alle wissen es: Nein. Der Ärztetarif hat sich in den letzten 10 Jahren in fast keinem Kanton um einen Rappen nach oben bewegt, während andere Berufsgruppen deutlich zugelegt haben und die Teuerung ..% angestiegen ist. Liegt es denn an den Medikamenten? Es ist wahr, dass viele neue Medikamente viel teurer sind als ihre Vorgänger und ältere billigere verdrängt haben, weil sie besser nützen oder weniger Nebenwirkung verursachen. Aber auch hier ist ein banales ‚Marktgewätz‘ im Gange. Es scheint einleuchtend, dass teure Medikamente hohe Gesamtkosten verursachen. Aber man soll die Gesetze des Marktes richtig bedenken: Hohe Kosten führen zu kleinem Umsatz und zu tiefen Gesamtkosten und nicht umgekehrt. Ein Blick in internationale Statistiken bestätigen dies: In Frankreich bspw. bestehen bei deutlich tieferen Einzelmedikamentenpreisen weit höhere Medikamentenkosten pro Person als in der Schweiz. Der tiefere Preis wird durch einen höheren Konsum mehr als wettgemacht, ganz im Sinne von den hier gültigen ‚Marktgesetzen‘ Was treibt denn die Kosten der Krankenkassen derart in die Höhe? Zum einen frisst die Verwaltung der Krankenkassen einen doppelt so hohen Anteil als vor 20 Jahren. Zum Anderen sind es vor allem Umlagerungsphänomene, die hauptsächlich von den politischen Behörden durchgeführt werden. Die Politiker selbst sind es, die den enormen Kostenschub den Krankenkassen bescheren und weiter an dieser Schraube drehen. Ziel dieser Kostenumlagerung ist die Entlastung der Staatsbudgets. Dies geschieht zum Beispiel, indem bei den staatlichen Polikliniken in den letzten 10 Jahren der Finanzierungsgrad über die Krankenkasse sich verdrei- bis verfünffacht hat. Entlarvend wird dieser Anteil vielerorts als sog. Eigenleistung bezeichnet. In viele öffentliche Leistungen sind Teilfinanzierungen durch die Krankenkassen eingebaut worden, so bei den Pflegeheimen, bei der Spitex, Ich habe in den letzten 20 Jahren einige Institutionen gegründet oder bei Gründungen geholfen und weiss aus erster Quelle zu berichten, dass Verhandlungen mit dem Staat sehr rasch bei der Frage landen, inwieweit eine Finanzierung nicht über die Krankenkasse abgewickelt werden könne. Kantonsbehörden sind keine guten Fürsprecher für die Krankenkassen, haben aber in der schweizerischen Gesundheitspolitik die Hauptmacht in Händen. Es ist ja auch nicht erstaunlich, dass die Kantonsvertreter im Bundesbern, die Ständeräte, sehr rasch mit einer Augenwischerlösung (der Auflösung des Vertragszwanges) aufgetrumpft haben, teils aus echter Ratlosigkeit, teils aus Nichtwissen, teilweise aber als bewusstes Ablenkungsmanöver. Der Schwarze Peter sollte ja nicht dorthin fallen, wo er hingehört, nämlich auf die Ausleuchtung der kantonalen Gesundheitspolitik und deren Umwälzungsdynamik auf die Schultern der Krankenkassen. Seit uns vor ca. 15 Jahren bewusst geworden ist, dass wir in ein ernstzunehmendes Finanzierungsproblem hineinschlittern und unsere Krankenkassenprämien stark ansteigen, hat jedes Spital (die meist in öffentlicher Hand sind) einen grossen Um- und Erweiterungsbau durchgeführt. Alle beschlossenen Massnahmen haben die Prämien weiter belastet: es wurde mit dem KVG eine beispiellose Erweiterung der kassenpflichtigen Leistungen vorgenommen und im Zusatzversiche-

rungsbereich erstaunliche Leistungspositionen eingeführt. So zB Yogastunden und anders. Zugegeben, das betrifft nur den Zusatzversicherungsteil, aber die solcherart ausgebaute Leistungspalette hat im öffentlichen Bewusstsein eine ungute Veränderung herbeigeführt die besagt: wenn ich schon soviel Prämie bezahle, dann will ich auch etwas davon haben.

Wie könnte es besser gemacht werden? Wenn wir in einzelnen Verursachungsteilen derart einschneidende Massnahmen hinnehmen müssen, wie dies das Verbot, neue Praxen in den nächsten drei Jahren zu errichten, darstellt, so sollten wir eine transparentere Diskussion über die wahren Verursachungsmechanismen führen können. Es sollte doch den Ökonomen möglich sein, der schweizerischen Bevölkerung ein Gesamtbild der Steigerung der Krankenkassenkosten vorzulegen und zwar so, dass es von den Meisten auch verstanden werden kann. In den Medien werden immer Teilphänomene überzeichnet dargestellt. Der grosse Zusammenhang mit der jeweiligen Gewichtung taucht aber nirgends auf. Selbst in der ärztlichen Wochenzeitschrift fehlen solche gewichtige Analysen. Ich möchte doch wissen, inwiefern meine oben gemachte ‚Beschuldigung‘ der kantonalen Gesundheitspolitiker zutrifft, welchen Anteil diese Dynamik an der Gesamtkostensteigerung hat, was die vielen Neubauten gekostet haben (in Fr. pro Prämienmonat), wie gross denn der Anteil neuer Praxen an der Kostensteigerung tatsächlich ist etc. Da höre ich nur stimmungsmachende Zahlen, jede neue Praxis würde 500'000 Franken an Kosten mit sich bringen. Das sind keine seriösen Informationen. Ich bin mir bewusst, dass eine Kostenanalyse über alle Einzelphänomene, die kostensteigernd wirken, mit grossen Abgrenzungsproblemen zu kämpfen hat. Das ist aber das Handwerk der Ökonomen. Das traue ich ihnen zu. Eine sinnvolle Beratschlagung zur Steuerung des Gesundheitssystems traue ich den Ökonomen nicht zu.