

Evangelische Volkspartei der Schweiz  
Parti évangélique suisse  
Partito evangelico svizzero  
Partida evangelica da la Svizra



# Operation Gesundheitswesen

**Befunde und Behandlungsvorschläge**

Ergebnisse der Arbeitsgruppe Gesundheitswesen  
der Evangelischen Volkspartei der Schweiz EVP

August 2003

## Steigende Gesundheitsausgaben

### Unser Gesundheitswesen ist gut

Wir haben ein sehr gutes Gesundheitswesen. Besonders unsere ambulante medizinische Versorgung ist weltweit unerreicht: Das System mit einer guten Grundversorgung (Allgemeinmediziner, Internisten, Pädiatern), gut ausgebildeten Spezialärzten und gut funktionierenden Spitälern garantiert allen Bürgern eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung.

Die Ausgaben für unser Gesundheitswesen sind in den letzten Jahren stark gestiegen, vor allem wegen der steigenden Lebenserwartung, neuen Untersuchungsmöglichkeiten und verbesserten, neuen Behandlungen. Von einer Kostenexplosion kann jedoch keine Rede sein. Vielmehr handelt es sich um eine starke Vermehrung der erbrachten Leistungen. Verglichen mit der erbrachten Leistung ist unser Gesundheitswesen gar nicht so teuer.

### Die Belastung durch die Krankenkassenprämien ist jedoch sehr hoch

Als Folge der Ausgabensteigerung sind die Krankenkassenprämien in den letzten Jahren stark angestiegen. Die Prämienlast ist für viele unerträglich geworden. Betroffen sind vor allem Familien mit Kindern, Alleinerziehende und der Mittelstand. Dass der Handwerker und der Millionär in jedem Alter grundsätzlich die gleich hohen Prämien für die Grundversicherung bezahlen, kann nicht solidarisch genannt werden. Diese Situation führt zur ersten Hauptforderung:

*Die Krankenkassenprämien dürfen nicht weiter ansteigen. Sie dürfen nicht mehr als 8% der Ausgaben der Haushalte ausmachen.*

### Mehr Eigenverantwortung bei gleichbleibender Solidarität

Das Hauptproblem unseres Gesundheitswesens besteht darin, dass keiner der Akteure im jetzigen System wirklich ein Interesse am Sparen hat. Die Eigenverantwortung spielt nicht genügend. Das muss geändert werden, damit der zweite wichtige Grundsatz, jener der Solidarität, weiterhin ein tragender Pfeiler unseres Krankenversicherungssystems bleiben kann.

### Vier Lösungsansätze

Um die oben angestrebten 8% als maximaler Anteil der Krankenkassenprämien am Haushaltsbudget zu erreichen, können entweder der Finanzierungsmodus geändert oder die Kosten gesenkt werden. Letzteres ist auf drei verschiedene Arten möglich: Erstens kann auf Seite der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (Ärzte und Spitäler) dafür gesorgt werden, dass das Angebot verkleinert wird. Zweitens kann auf das Verhalten der Nachfrager von Gesundheitsdienstleistungen Einfluss genommen werden. Drittens schliesslich müssen alle noch bestehenden Rationalisierungspotentiale ausgeschöpft werden, damit die gleichen Gesundheitsdienstleistungen zu einem tieferen Preis angeboten werden können.

Die vorliegende Broschüre gliedert sich entsprechend diesen vier Ansatzweisen: andere Finanzierungsart, Massnahmen auf der Angebots- und der Nachfrageseite sowie Möglichkeiten zur Rationalisierung.

## Neue Wege der Finanzierung

### Einkommensabhängige Prämien statt Kopfprämiensystem

Auch wenn die Einführung einkommens- und vermögensabhängiger Krankenkassenprämien zur Zeit nicht realisierbar scheinen mag, bleibt das geltende Kopfprämiensystem unbefriedigend. Insbesondere ist eine Entlastung der Familien dringend notwendig, zumal die Familie viele Pflegeleistungen erbringt.

*Durch die Einführung eines Prämienrabattes für Familien (beispielsweise eines Ehepaarrabattes, einer Prämienbefreiung für Kinder, oder einem Prämienrabatt für selbst erbrachte Leistungen) wird das Finanzierungssystem sozialer und gerechter ausgestaltet.*

### Verbesserung des Risikoausgleichs

Für Versicherte mit sehr hohen Kosten wird ein Hochrisikopool eingerichtet, der von den Krankenkassen gespiesen wird. So kann der Risikoausgleich zwischen den Kassen verbessert werden und die Gefahr, dass sich die Kassen gegenseitig die schlechten Risiken zuzuschieben versuchen, wird kleiner.

*Zur Verbesserung des Risikoausgleichs zwischen den Kassen wird ein Hochrisikopool eingerichtet.*

### Einführung einer Pflegeversicherung

Bei der Annahme des KVG im Jahre 1995 wurde dem Volk versprochen, dass eine Pflegeversicherung auf die Beine gestellt würde. Aus verschiedenen Gründen (noch keine flächendeckende Kostenstellenrechnung in den Pflegeheimen, Krankenkassen haben zum vorliegenden Kostenstellenvorschlag des schweizerischen Heimverbandes noch nie verbindlich Stellung bezogen) wurde dieser Vorsatz bis heute nicht umgesetzt.

Heute werden über die Krankenkassen maximal 70 Franken pro Tag vergütet, obwohl die Aufwendungen für die Pflege heute zwischen 4000 und 8000 Franken pro Monat betragen. Die Differenz der ungedeckten Pflegekosten bewegt sich somit zwischen 2000 und 6000 Franken pro Monat. Nachdem in einzelnen Kantonen die seit langem fälligen Lohnanpassungen des diplomierten Pflegepersonals durchgeführt wurden, nahmen diese ungedeckten Pflegekosten noch einmal massiv zu.

Ein Teil davon wird durch Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigungen gedeckt. Privatrechtlich organisierte Institutionen (Stiftungen und Vereine) müssen die Defizite selber decken (durch Legate, Spenden und Erhöhung der Taxen). Wenn dies nicht möglich ist, muss man die pflegeintensiven Bewohnerinnen und Bewohner in eine Institution der öffentlichen Hand verlegen, bei denen die Defizite aus Steuergeldern gedeckt werden.

*Es braucht dringend eine Pflegekostenversicherung, welche die vollen medizinisch indizierten Pflegekosten deckt (wie im KVG versprochen). Eine solche Versicherung wäre am besten über die Krankenkassen abzuwickeln.*

### Versicherungen für risikoreiche Freizeitbeschäftigungen

Viele Patienten gehen bei ihren Freizeitbeschäftigungen Risiken ein, bei denen die Verletzungswahrscheinlichkeit sehr hoch ist und hohe Heilungskosten anfallen. Die Kosten werden jedoch von der Allgemeinheit getragen. Solche Tätigkeiten wie zum Beispiel Extrembergsteigen, Hochtouren, Skifahren, Reiten, Bungeejumping, Canyoning, Gleitschirmfliegen, Tauchen oder Grümpelturniere sollen nicht verunmöglicht oder eingeschränkt werden. Wer aber eine solche Beschäftigung ausübt, soll im Sinne einer verursachergerechten Kostenverteilung eine entsprechende Versicherung abschliessen oder Kostenbeteiligung auf sich nehmen (Beispiele: geringer Aufschlag aufs Skiliftbillet oder auf den Grümpeltournierteilnahmebetrag).

*Wer grosse Risiken bei der Freizeitbeschäftigung eingeht, soll eine Versicherung abschliessen mit risikogerechten Prämien, welche die anfallenden Kosten decken.*

## Das Angebot an Gesundheitsdienstleistungen

### **Mehr Eigenverantwortung der Leistungserbringer**

In der momentanen Situation haben die Leistungserbringer keine Anreize zu kostensparendem Verhalten. Obwohl vielerlei Möglichkeiten zur Kosteneinsparung bestehen, verpuffen Sparappelle oft wirkungslos. Es muss deshalb kontrolliert werden, ob die vorgeschlagenen Massnahmen auch wirklich eingehalten werden. Dabei muss darauf geachtet werden, dass der administrative Aufwand nicht übermässig gesteigert wird.

Alternativ zu vermehrten Kontrollmechanismen muss auch überlegt werden, ob die Leistungserbringer nicht vermehrt in die Kostenverantwortung eingebunden werden sollten. Wenn sie, wie es momentan der Fall ist, nach den im Einzelfall erbrachten Leistungen entlohnt werden, besteht ein Anreiz zum Verschreiben unnötiger Therapien und Untersuchungen. Dieser Anreiz kann unterbunden werden, wenn die Ärzte eine gewisse Budgetverantwortung übernehmen, beispielsweise in Netzwerken.

### **Dank Weiterbildung wird der Einsatz von kostengünstigen Behandlungen garantiert**

Alle Patienten sollen eine optimale Behandlung erhalten. Dazu braucht es eine gute Aus- und Weiterbildung aller Leistungserbringer (Pfleger, Ärzte, Zahnärzte, Apotheker). Dies ist nötig, damit sinnvolle und wirksamere neuere Untersuchungsmethoden und Behandlungen angewendet werden können, gleichzeitig aber unnötige Untersuchungen und Behandlungen unterlassen werden.

*Die Qualität der medizinischen Diagnostik und Therapie muss verbessert werden durch konsequente und kontrollierte Weiterbildung.*

### **Leistungskatalog nicht weiter ausbauen, aber überprüfen**

Durch den medizinischen und technischen Fortschritt ist der Leistungskatalog der Grundversicherung in den letzten Jahren stetig erweitert worden. Dies hat erheblich zur Steigerung der Gesundheitskosten beigetragen. Eine kritische, kontinuierliche Überprüfung des Leistungskataloges ist notwendig und könnte zu wesentlichen Einsparungen führen.

Nur Behandlungen, deren Wirksamkeit erwiesen ist, gehören in den Leistungskatalog. Dies gilt für Therapien in der Schulmedizin, insbesondere aber auch für Behandlungen der Alternativ- oder Komplementärmedizin.

*Eine kontinuierliche Durchforstung des Leistungskataloges hinsichtlich der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ist notwendig. Alternative Heilmethoden sollen aus dem Leistungskatalog der Grundversicherung ausgeschlossen werden.*

Zwar wünscht gemäss Umfragen eine Mehrheit unseres Volkes keine Abstriche beim Leistungskatalog der Grundversicherung. Es ist jedoch nicht einzusehen, wieso die Allgemeinheit für Behandlungen zahlen soll, welche die obigen Kriterien nicht erfüllen. Solche Behandlungen sollen über eine allfällige Zusatzversicherung eingekauft werden können.

Ebenfalls nicht in die Grundversicherung gehören Lifestyle-Medikamente (wie Viagra oder Xenical). Kann ein Generikum verordnet werden, sollte die Krankenkasse nur den Preis des Generikums vergüten müssen.

*Lifestyle-Medikamente werden aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen. Ebenfalls nicht übernommen werden die vollen Kosten eines Medikamentes, wenn ein billigeres Generikum verschrieben werden könnte.*

Allgemeine Check-up-Untersuchungen sind von fraglichem Wert. Es sollten nur jene Vorsorgeuntersuchungen gemacht und im Rahmen der Grundversicherung übernommen werden, bei denen ein Nutzen wissenschaftlich nachgewiesen wurde, beispielsweise die Blutzuckerbestimmung bei Verdacht auf Zuckerkrankheit.

*Check-up-Untersuchungen sollen von der Krankenkasse nicht in der Grundversicherung übernommen werden.*

### **Kuraufenthalte zurückhaltend bewilligen**

Nicht immer sind Kuraufenthalte und Wellnessferien auch medizinisch nötig. Der Arzt kann aber solche Ansinnen oft nicht abwehren.

*Kuraufenthalte, Wellnessferien und Abstinenz am Arbeitsplatz müssen zurückhaltend bewilligt werden. Im Zweifel sollen Vertrauensärzte der Kassen entscheiden.*

### **Verbesserung der Spitalplanung**

Die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen und Regionen ist ungenügend. Viele Spitäler haben ihre ambulanten Dienste in letzter Zeit massiv ausgebaut. Die Kantone sind gleichzeitig Leistungsanbieter und Kontrolleure im Gesundheitsmarkt. Dies führt zu einem Interessenkonflikt. Viele Spitäler kaufen neueste Apparate, auch wenn diese nicht genügend ausgelastet werden. Aus diesem Grund sollen Bund und Kantone rechtlich verpflichtet werden, ihre Gesundheitsplanungen zu koordinieren. Der Bund soll insbesondere mehr Kompetenz erhalten zur Regelung der interkantonalen Spitalplanung und der Spitzenmedizin.

*Die Kantone sollen nicht gleichzeitig Anbieter und Kontrolleure sein. Eine bessere Koordination mit Bund und anderen Kantonen ist dringend notwendig. Dies gilt besonders für die Spitzenmedizin. Nicht jede neueste Entwicklung muss überall mitgemacht werden. Die ambulante Medizin in den Spitälern soll nicht weiter ausgebaut werden.*

### **Neue Formen von ärztlicher Tätigkeit fördern**

Die Ärzte müssen viel mehr vernetzt arbeiten. Das Einzelkämpfertum ist passé. Deshalb müssen neue Formen von Praxisgemeinschaften und Ärztenetzwerken unterstützt werden: Werden die Ärzte zumindest teilweise in die Budgetverantwortung genommen, kann das Verschreiben von unnötigen Therapien unterbunden werden. Allerdings müssen die Anreize zur Teilnahme verbessert werden: Für nur fünf bis zehn Prozent Prämienermässigung geben die Leute die freie Arztwahl nicht auf. Die Einführung von Hausarztmodellen mit Gatekeeperfunktion kann dafür sorgen, dass Patienten erst dann zum Spezialisten gesandt werden, wenn es auch medizinisch notwendig ist.

*Neue Formen von vernetzten Praxisgemeinschaften wie Managed Care Systeme und HMO Gemeinschaftspraxen müssen gefördert werden. Die Prämienermässigung für die Teilnahme muss grösser sein.*

## Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen

### Die Eigenverantwortung der Patienten stärken

Die Eigenverantwortung wird von den Bürgerinnen und Bürgern nicht genügend wahrgenommen. Nicht nur die Leistungserbringer müssen in die finanzielle Verantwortung genommen werden, es braucht auch Anreize zum Sparen bei den Patienten.

Solange die Leute gesund sind und Krankenkassenprämien und Steuern bezahlen müssen, wollen sie sparen. Sobald sie aber krank sind, möchten fast alle eine optimale oder lieber noch eine maximale Behandlung, denn schliesslich haben sie jahrelang Prämien bezahlt. Unser Gesundheitssystem ist jedoch kein Selbstbedienungsladen. Die Krankenkassen sind Verwalter eines Solidarpaktes.

### Ausbau von attraktiven, freiwilligen Franchise-Regelungen

Die Franchise muss genügend hoch sein, damit Patienten bei Bagatellen nicht sofort zum Arzt gehen. Umgekehrt darf sie nicht zu hoch sein, damit Kranke und Arme nicht vom notwendigen Gang zum Arzt abgehalten werden. Dies gilt insbesondere bei chronisch Kranken.

*Momentan soll die Franchise nicht erhöht werden. Dafür sollen die attraktiven Franchise-Modelle ausgebaut werden.*

### Einführung einer Patientenkarte

Wenn Patienten den Arzt häufig wechseln, kostet das unnötigerweise viel Geld. Der neue Arzt muss Anamnese (Befragung) und zum Teil teure apparative Untersuchungen erneut durchführen. Dazu kommt ein Verlust von Erfahrungswerten aus dem Krankheitsverlauf. Um den Ärztetourismus einzudämmen, soll eine Patientenkarte eingeführt werden: Auf ihr sind apparative Untersuchungen wie Röntgen, MRI, Labor etc. mit Datum und Ort der Durchführung zu vermerken. Das ermöglicht dem aktuell behandelnden Arzt, das Ergebnis der früheren Untersuchungen für seine Behandlung des Patienten zu nutzen und vermindert unnötige Doppeluntersuchungen. So kann auch das Einholen unnötiger Zweitmeinungen verhindert werden.

*Mit der Einführung einer Patientenkarte für apparative Untersuchungen können Doppeluntersuchungen vermieden und der Ärztetourismus eingedämmt werden.*

### Suchtmittel stärker besteuern

Viele Patienten leben ungesund. Illegale und vor allem auch die legalen Drogen führen zu schweren gesundheitlichen Schädigungen. Wichtigstes Beispiel sind die legalen Drogen Alkohol und Tabak. Sie können bei langjährigem und übermässigem Konsum zu gesundheitlichen Schäden führen. Alkoholkonsum und Rauchen verursachen jedes Jahr Gesundheitskosten in Milliardenhöhe. Verstärkte Präventivmassnahmen zum Schutze der Jugendlichen sind nötig. Bei Erwachsenen können und sollen Suchtmittel jedoch nicht einfach verboten werden. Wenn die Leute jedoch krank geworden sind, kommt es zu sehr teuren Spitalaufenthalten oder zu Arbeitsausfällen. Dann brauchen diese Patienten unsere Hilfe und müssen diese auch erhalten.

Solange sie aber noch gesund sind, sollten sie durch eine substantielle Abgabe auf die Suchtmittel einen Beitrag leisten an die später möglicherweise entstehenden Kosten, die sonst die Allgemeinheit zu tragen hat. Als erwünschter Nebeneffekt ist auch zu erwarten, dass bei höheren Preisen (beispielsweise zehn Franken pro Päckli Zigaretten) auch die Menge der konsumierten Suchtmittel zurückgeht (vergleiche die Lenkungsabgabe auf Alcopops bei Jugendlichen).

*Die legalen Suchtmittel sollen mit substantiellen Abgaben belegt werden, damit ein Teil der später entstehenden Kosten im Gesundheitswesen bereits gedeckt ist.*

## **Rationalisierungspotentiale**

### **Öffnung der Märkte für Medikamente**

Zahlreiche Medikamente sind in der Schweiz viel teurer als im benachbarten Ausland. Dies trägt wesentlich zu unseren hohen Gesundheitskosten bei. Parallelimporte würden einen besser funktionierenden Markt bringen.

*Aus diesem Grund müssen Parallelimporte aus dem Ausland ermöglicht werden.*

### **Senkung der Verwaltungskosten der Versicherer**

Viele Versicherer (sowohl Krankenkassen wie Unfallversicherer) haben hohe Verwaltungskosten und eine ungenügende Organisationsstruktur. Die Einführung einer Einheitskrankenkasse muss geprüft werden.

*Die Organisation der Versicherer muss effizienter und transparenter werden. Zudem muss die Schaffung einer Einheitskasse geprüft werden.*

## Herausforderungen im Gesundheitswesen

### **Drohender Ärztemangel**

Aus verschiedenen Gründen (Reduktion der langen Arbeitszeiten, mehr Ärztinnen, mehr Teilzeitarbeit, Jobsharing, höhere Ansprüche an die Lebensqualität der Ärzte) ist abzusehen, dass wir schon in naher Zukunft einen Mangel an Ärzten haben werden - und keinen Ärzteüberschuss. Dies betrifft vor allem Grundversorger, Psychiater und Spitalärzte in den Randregionen.

Es besteht die Gefahr, dass dies eine echte Verschlechterung der ärztlichen Versorgung zur Folge haben wird - also gerade unsere Stärke, nämlich die Qualität des Gesundheitswesens dadurch wesentlich negativ beeinflusst werden wird.

Das Ärzte-Image muss grundsätzlich verbessert werden. Junge Leute müssen wieder zum Medizinstudium motiviert werden. Der Numerus clausus an den Universitäten muss gelockert werden. Ausbildungsstellen an Spitälern müssen erhalten bleiben.

### **Christlich-ethische Kriterien für die Rationierung**

Aus der Grundversicherung kann je länger je weniger alles bezahlt werden, was machbar ist. Die Rationalisierung, mit der eine Effizienzsteigerung ohne Qualitätseinbußen angestrebt wird, hat sich zur Rationierung gewandelt. Eine Rationierung medizinischer Leistungen ist unumgänglich. Die Frage ist nicht ob, sondern wie diese Einschränkung der Möglichkeiten durchgeführt werden soll. Allgemein verbindliche Kriterien zur Rationierung fehlen, oft ist der Patient der Willkür der Behandelnden ausgeliefert.

Eine Zweiklassenmedizin, in der weniger Begüterte notwendige Behandlungen nicht mehr erhalten, ist nicht akzeptabel. Deshalb ist es wichtig, klare Grundsätze und Regeln aufzustellen für eine faire Zuteilung der noch vorhandenen Mittel. Solche Regeln dürfen nur nach öffentlichem und transparentem Diskurs und demokratischer Entscheidungsfindung formuliert werden.

*In der Verordnung über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sollen christlich-ethische Kriterien verbindlich verankert werden. Jeder Mensch ist eine Schöpfung Gottes. Jeder Patient muss ausreichend Informationen und Autonomie erhalten, um sich für oder gegen eine Behandlung entscheiden zu können (sog. informed consent). Ist er nicht entscheidungsfähig, sind die Angehörigen beizuziehen.*