



DOSSIER NR. 47

Für eine neue Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Im Rahmen des gemeinsamen Projekts des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, des Verbands des Personals öffentlicher Dienste vpod und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes SGB.

Bern, April 2007

Reformvorschläge der Arbeitsgruppe: Christine Goll, Beat Ringger (vpod), Pierre Théraulaz, Urs Weyermann (SBK), Serge Gaillard, Natalie Imboden, Rebecca Schreier (SGB).

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	6
2	Die Schweizerische Krankenpflegeversicherung	10
2.1	Das Gesundheitswesen heute	10
2.2	Die Entwicklung der Ausgaben	13
2.3	Internationaler Vergleich	18
2.4	Beurteilung	20
3	Welche Gesundheitsversorgung wollen wir?	22
4	Vor- und Nachteile Wettbewerbsmodell	23
5	Mehr Effizienz durch Managed Care	28
5.1	Frei wählbare persönliche Gesundheitsversorgerin, bzw. - versorger	28
5.2	Planung der Gesundheitsversorgung	29
5.3	Rolle Krankenversicherungen	30
5.4	Sozialere Finanzierung dank Ausbau der Prämienverbilligung	30
	Anhang:	
	Wo stehen die KVG-Revisionspakete in der parlamentarischen Beratung?	31

1. Zusammenfassung

Einleitung:

Die Gewerkschaften und Berufsverbände im Gesundheitswesen machen im Interesse der Versicherten und der im Gesundheitswesen Beschäftigten Vorschläge für ein soziales und leistungsfähiges Gesundheitswesen. Das Herzstück des Modells ist eine flächendeckende Versorgung durch einen persönlichen Gesundheitsversorger, bzw. eine persönliche Gesundheitsversorgerin. Diese Gesundheitsstelle ist frei wählbar und gewährleistet eine integrierte Versorgungskette für die Patient/innen über alle Behandlungen hinweg. Dazu gehört auch die Prävention und Gesundheitsförderung. Ziel ist eine höhere Versorgungsqualität durch konsequentere Patient/innenbetreuung und eine höhere Wirtschaftlichkeit durch Vermeidung unnötiger Untersuchungen und Weiterweisungen.

Bausteine für eine integrierte Gesundheitsversorgung

1. **Umfassende, qualitative hochstehende Gesundheitsversorgung – kein Abbau bei der Langzeitpflege**

Alle haben ungeachtet von Alter, Herkunft, Gesundheitszustand oder Geschlecht Anspruch auf eine umfassende, qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Es braucht weiterhin ein Obligatorium für die Krankenpflegeversicherung. Die Krankenpflegeversicherung muss einen umfassenden und guten Schutz gegen Krankheit bieten, aber auch Krankheiten verhindern. Der umfassende Leistungskatalog soll erhalten bleiben. Zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung gehören auch die Pflegeleistungen, insbesondere in der Langzeitpflege und im Alter.

Verschlechterungen bei der Finanzierung der Langzeitpflege, wie sie im Bundesparlament diskutiert werden, lehnen die Verbände mit Nachdruck ab.

2. **Frei wählbare persönliche Gesundheitsversorger/in garantiert Grundversorgung und integrierte Behandlungsketten**

Im Zentrum des Modells steht eine persönliche Gesundheitsstelle¹, in der Regel der Hausarzt / die Hausärztin, wahlweise eine andere Gesundheitsstelle (Praxisgemeinschaften, Ambulatorien, Ärztenetzwerke). Die Versicherten wählen ihre Gesundheitsstelle frei aus. Im Rahmen der Grundversorgung ist dieses Modell obligatorisch, d.h. jede Person hat einen persönlichen Gesundheitsversorger zu wählen. Die freie Wahl des Leistungserbringers (persönliche Gesundheitsversorger/in) bleibt auf dieser Stufe bestehen. Die Zulassung und Qualitätssicherung nach fachlichen Kriterien ist eine staatliche Aufgabe.

¹ Der hier verwendete Begriff wird häufig synonym mit anderen Begriffen verwendet, wie z.B. „Personal Health Manager“ (PHM) oder Gatekeeper. Gatekeeping ist ein Instrument, bei welchem ein Leistungserbringer bei Gesundheitsstörungen prinzipiell als erste Anlaufstelle für die Versicherten auftritt und über die Überweisung des Patienten/ der Patientin in ein Spital oder an den Spezialisten entscheidet

Bei einer Krankheit ist im Normalfall der persönliche Gesundheitsversorger, bzw. die persönliche Gesundheitsversorgerin die erste Anlaufstelle. Die Gesundheitsstellen beraten ihre Patientinnen und Patienten während der ganzen Dauer einer Behandlung, sie behandeln, bestimmen mit ihnen die weitere Behandlungskette und überwachen Ablauf und Leistungserbringung und sammeln die jeweiligen Behandlungsergebnisse. Die Gesundheitsstelle leistet die Grundversorgung und überweist - sofern nötig - an ein Spital oder an Spezialist/innen. Sie ist auch zuständig für die staatlich geforderte Prävention. Sie begleitet die Patientinnen und Patienten zudem im Bereich der Langzeitpflege und Rehabilitation.

Notfallbehandlungen und Routineuntersuchungen bei Gynäkolog/innen, Augen- und Kinderärzt/innen können ohne die vorgängige Konsultation der Gesundheitsstelle erfolgen. Bei Kindern können Kinderärzte als persönliche Gesundheitsversorger/in ausgewählt werden. Alle Leistungserbringer sind allerdings immer verpflichtet, die Informationen nach/während der Behandlung der Gesundheitsstelle zur Vollständigkeit der Patientendaten zukommen zu lassen.

Der Zugang zu den Spitälern erfolgt ausser in Notfällen über die Gesundheitsstelle. Die Überwachung von Qualität und Kosten in den einzelnen Spitälern erfolgt weiterhin durch die öffentliche Hand.

Zulassung und Qualitätssicherung

Als Gesundheitsstelle kommen in erster Linie Hausärzt/innen, Allgemeinpraktiker/innen oder Versorgungsnetze in Frage, welche über eine staatliche Zulassung verfügen. Solche Gesundheitsstellen müssen staatlich akkreditiert sein. Erstens können die Versicherten diese frei auswählen, deshalb müssen gewisse Qualitätsstandards erfüllt sein. Zweitens müssen die Gesundheitsstellen verpflichtet sein, die weiteren Leistungsanbieter unter Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen und der Kosteneffizienz auszuwählen. Drittens verfügen diese Stellen über einen beträchtlichen Einfluss auf die Quantität und Qualität der Gesundheitsversorgung. Die Gesundheitsstellen werden für ihre koordinierende und beratende Tätigkeit angemessen entschädigt.

Der Staat sorgt dafür, dass ein flächendeckendes, ausreichendes Angebot von Gesundheitsstellen und damit von Grundversorgern sichergestellt ist.

Vorteile

Mit einem solchen Modell werden zwei wesentliche Nachteile des heutigen Versorgungssystems verbessert: Die Intransparenz über die erbrachten Leistungen (Mehrfachuntersuchungen, unkontrollierte Spezialistenkonsultationen) und die oft mangelnde Abstimmung der einzelnen Versorgungsschritte. Das neue Modell bringt eine höhere Versorgungsqualität und eine höhere Wirtschaftlichkeit durch Vermeidung unnötiger Untersuchungen. Die erzielten Effizienzgewinne sollen im Gesundheitssystem bleiben und beispielsweise für Prävention verwendet werden.

3. Prävention und Krankheitsverhinderung stärken

Heute deckt die Krankenversicherung Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Mit der Gesundheitsförderung ist eine Stiftung beauftragt. Zu einer integrierten Gesundheitsversorgung gehört auch die Prävention und Krankheitsverhinderung. Durch bessere Prävention können Krankheiten vermieden werden. Zentral ist dabei der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, denn krankmachende Arbeitsbedingungen verursachen unnötige Gesundheitskosten. Krankheitsverhindernde Massnahmen und Gesundheitsvorsorge sollen zu den Grundleistungen der Krankenversicherung gehören und von den Grundversorgern (persönliche Gesundheitsversorger/in) erbracht werden.

4. Finanzierung des Gesundheitswesens muss solidarischer werden – Ausbau der Prämienverbilligung

Die Verbände fordern ein Sozialziel, welches die maximale Belastung der Haushalte begrenzt. Damit die Finanzierung des Gesundheitswesens solidarischer wird, muss mittelfristig der steuerfinanzierte Anteil bei der Finanzierung der gesamten Gesundheitsversorgung erhöht werden und kurzfristig das System der Prämienverbilligungen in der Krankenpflegeversicherung ausgebaut werden. Vorschläge für eine private Pflegevorsorge im Alter werden abgelehnt (z.B. Modell Säule 3c des Bundesrats).

5. Private Krankenkassen: Entkoppelung von Grund- und Zusatzversicherung – mehr staatliche Aufsicht

Es braucht eine saubere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung. Anbieter müssen sich entscheiden, ob sie Grund- oder Zusatzversicherungen anbieten wollen. Um die Risikoselektion zu verhindern, ist die Schaffung eines nationalen Finanzierungspools in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der effizienteste Weg. Sollte dies nicht durchzusetzen sein, muss der Risikoausgleich wesentlich verbessert werden.

Die Aufsicht der Krankenkassen in der Grundversorgung durch den Bund ist zu verstärken. Für Versicherte ist eine von den Krankenkassen unabhängige Beschwerdestelle zu schaffen.

6. Stärkung der öffentlichen Spitäler – Planungsvorgaben zu Privatspitälern in der Krankenpflegeversicherung

Die Spitalplanung und Kostenkontrolle darf nicht durch den unkontrollierten Aufbau von Privatspitälern unterlaufen werden. Es braucht eine Stärkung der öffentlichen Spitäler, welche - anders als die meisten Privatspitäler - einen umfassenden Versorgungsauftrag erfüllen und dabei auch Ausbildungsaufgaben und Notfalldienste anbieten. Bund und Kantone müssen in der Krankenpflegeversicherung Planungsvorgaben zu den Privatspitälern machen und durchsetzen können. Die Kantone müssen über Instrumente verfügen, Investitionsentscheide zu fällen. Deshalb dürfen die Investitionsanteile nicht in die Fallkostenpauschalen eingehen.

7. Gute Arbeitsbedingungen für das Personal im Gesundheitswesen sichern gute Qualität

Gute Arbeitsbedingungen beim Personal im Gesundheitswesen garantieren eine gute Qualität bei den Leistungen. Die Anstellungsbedingungen sind entweder durch öffentlich-rechtliche Anstellungsbedingungen oder sonst mit einer GAV-Pflicht abzusichern. Das gesamte Personal im Gesundheitswesen soll dem Arbeitsgesetz unterstellt werden, unabhängig von der Rechtsform des Arbeitgebers. Bund und Kantone müssen in einer koordinierten Kampagne dafür sorgen, dass Kliniken, Spitäler, Heime und weitere Institutionen genügend Lehrstellen und Ausbildungsplätze anbieten, damit auch künftig genügend Personal vorhanden ist.

8. Die kantonale und nationale Gesundheitsplanung wird koordiniert und verstärkt.

Um eine integrierte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten braucht es eine stärkere staatliche Steuerung des Gesundheitswesens insbesondere durch die Kantone. Die Zusammenarbeit der Kantone für Spitalregionen muss gefördert werden. Im Bereich Spitzenmedizin braucht es Planungskompetenzen für den Bund.

Qualitätsstandards und Vorgaben für das Qualitätsmanagement sind in enger Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und ihren Verbänden vom Staat festzulegen.

2. Die Schweizerische Krankenpflegeversicherung

Bei Inkraftsetzung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 setzte man sich drei Ziele für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP): eine Stärkung der Solidarität unter den Versicherten, die Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung sowie die Dämpfung der Kostenentwicklung. Gemäss einer Wirkungsanalyse des Bundesamtes für Sozialversicherungen² konnten durch das Obligatorium, die volle Freizügigkeit, die einheitliche Prämie innerhalb einer Versicherung und einer Region, den Risikoausgleich und schliesslich die individuelle Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen die Solidarität verstärkt sowie wichtige Lücken im Versorgungskatalog geschlossen werden, insbesondere die Bezeichnung der krankheitsbedingten pflegerischen Massnahmen als Pflichtleistung. In Bezug auf die Kostenentwicklung hat das Gesetz – wie wir es in diesem Kapitel zeigen werden – die Erwartungen nicht erfüllt.

Zudem bestehen nach wie vor wichtige Lücken, insbesondere das Fehlen einer obligatorischen Erwerbsersatzversicherung für den Krankheitsfall.

Die Kombination der Kopfsteuer in der Prämienberechnung mit den Prämienverbilligungen führt nach wie vor zu unsozialen Belastungen insb. derjenigen Bevölkerungsteile, die gerade nicht mehr von einer Verbilligung profitieren (insbesondere Familien mit Kindern).

2.1. Das Gesundheitswesen heute³

Das heutige Modell und allen voran die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) schafft eine Versorgung, welche primär auf die Abhilfe im Fall von Krankheiten fokussiert ist. Dafür zuständig sind die Leistungserbringer des Gesundheitswesens, unterteilt in einen ambulanten, einen teilstationären und einen stationären Sektor, sowie die Anbieter von ärztlich therapeutischen und pflegerischen Leistungen (Spitäler, Pflegeheime und Spitex).

Der ambulante Sektor ist primär zuständig für die Leistungen im Zusammenhang mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung und wird hauptsächlich von Ärztinnen und Ärzten in unabhängigen bzw. Einzelpraxen erbracht. Zudem werden ambulante Leistungen von den ambulanten Abteilungen in öffentlichen und privaten Spitälern sowie von Managed-Care-Organisationen angeboten. Die Ärztinnen und Ärzte werden auf Einzelleistungsbasis entschädigt. Die weiteren anerkannten Leistungserbringer wie Pflegefachpersonen, Physio-, Ergotherapeuten und Ernährungsberaterinnen werden nur dann von der sozialen Krankenversicherung entschädigt, wenn sie ihre Leistungen gestützt auf eine ärztliche Verordnung oder im ärztlichen Auftrag erbringen. Somit kommt dem Arzt/der Ärztin in der heutigen Regelung bei der Festlegung der Leistungsmenge eine Schlüsselrolle zu.

Die Versicherten bezahlen die Leistungserbringer in der Regel direkt und erhalten ihre Auslagen später von ihrer Kasse rückvergütet. Die Patientinnen und Patienten kommen in den Genuss einer

² Bundesamt für Sozialversicherungen (Hrsg.) (2001), Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz, Synthesebericht. Bern.

³ Vgl. OECD (2006), OECD-Berichte über Gesundheitssysteme, Schweiz.

uneingeschränkter Arztwahl und haben unbeschränkten Zugang zu Allgemein- und Fachärzten. Ausgeschlossen von dieser Freiheit sind diejenigen Versicherten, welche sich für eine besondere Form der Versicherung mit eingeschränkter Auswahl an Leistungsanbietern (Managed-Care-Modelle) entschieden haben und im Gegenzug dafür eine Prämienverbilligung in Anspruch nehmen.

Die öffentlichen Spitäler stehen im Eigentum der Kantone, Gemeinden oder von Stiftungen und werden von diesen in den meisten Fällen auch geführt. Die privaten Spitäler sind entweder gewinnorientiert oder Non-profit-Organisationen. Weiter kann zwischen Allgemeinspitälern und spezialisierten Kliniken (z.B. für Rehabilitation und psychiatrische Behandlung) unterschieden werden. Die Notfalldienste werden grösstenteils von den öffentlichen Spitälern geleistet.

Mit dem Krankenversicherungsgesetz von 1996 wurde den Kantonen ausdrücklich die Verantwortung für die Spitalplanung übertragen. Die kantonalen Pläne sind sehr unterschiedlich, da das Gesetz keine besonderen Kriterien oder Verfahren vorgibt.

Der vorherrschende Zahlungsmechanismus für Spitäler basiert auf Tagespauschalen oder Betttagen, wobei zunehmend auch Fallkostenpauschalen eingesetzt werden. In der Regel werden die Spitäler für die durch die Versicherung gedeckten Leistungen direkt von den Versicherern entschädigt. Die Spitalfinanzierung beruht allerdings nicht nur auf Zahlungen der Kassen. Diese übernehmen maximal 50% der anrechenbaren Kosten, wobei zwischen den Kantonen grosse Unterschiede bestehen. Im Schnitt liegt dieser Satz heute bei 45%. Die Kantone kommen für den Rest der anrechenbaren Kosten sowie für die Finanzierung von Investitionsausgaben, Forschungs- und Ausbildungskosten der Spitäler in den Spitallisten auf.

Für den Bereich der Langzeitpflege sind hauptsächlich die Gemeinden – in geringerem Ausmass auch die Kantone – verantwortlich. Die Betreuung erfolgt in Alters- und Pflegeheimen sowie in den eigenen Wohnungen der Leistungsempfänger (häusliche Pflege, genannt „Spitex“).

Das KVG sieht vor, dass die Versicherer die Kosten für ärztliche Leistungen und pflegerische Massnahmen bei Pflegeheimaufenthalten übernehmen, nicht aber andere Kostenfaktoren wie Unterkunft und Verpflegung. Die Kantone, teilweise die Gemeinden subventionieren im Allgemeinen die Einrichtungs- und Betriebskosten öffentlicher und bestimmter privater Alters- und Pflegeheime. Diese Bestimmung wurde jedoch bis heute nicht umgesetzt, da sie zu einer deutlichen Kostensteigerung führte. Um diese einzudämmen, wurden schon früh vom Bundesrat nicht kostendeckende Rahmentarife eingeführt. Im Jahr 2007 berät der Nationalrat über die Neuordnung der Pflegefinanzierung mit dem Ziel, die Leistungspflicht der Krankenversicherer einzuschränken. Entgegen der ursprünglichen Absicht des Gesetzgebers übernehmen heute die Heimbewohner/innen neben den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung auch ca. 50% der Kosten der pflegerischen Massnahmen.

Die Institutionen der Langzeitpflege unterliegen dem gleichen kantonalen Planungssystem wie die Spitäler. Die institutionelle Pflege für hilfsbedürftige Seniorinnen und Senioren wird zu zwei Dritteln durch Selbstzahlungen finanziert.

Das KVG verlangt von jeder Person mit Wohnsitz in der Schweiz den Abschluss einer Grundversicherung bei einer der sich konkurrierenden Krankenversicherungen. Die Versicherungen legen in jedem Kanton ihres Tätigkeitsbereichs unterschiedliche Prämien fest. Die Prämien werden nach Wettbewerbsprinzipien festgelegt, sind einkommensunabhängig und müssen für alle Versicherten je

Prämienregion gleich sein. Die Kassen sind verpflichtet, ohne Vorbehalt alle in einem Kanton wohnhaften Personen zu akzeptieren. Alle Versicherten beteiligen sich an den Kosten der Gesundheitsversorgung mit einer Franchise, einem Selbstbehalt und mit Spitaltaxen.⁴ Sie können auch spezielle Versicherungsformen wählen, welche es ihnen ermöglichen, von reduzierten Prämien zu profitieren, wenn sie dafür Einschränkungen bei den Grundleistungen in Kauf nehmen (höheres finanzielles Risiko für höhere Franchisen oder Bonusversicherung, Einschränkungen bei der Leistungserbringung, z.B. HMO-Modell).

Heute werden die schweizerischen Gesundheitskosten zu 32.7% durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt.⁵ Die Prämienhöhe wird von den Versicherern festgelegt, wobei die Risikozusammensetzung des jeweils versicherten Kollektivs für die Höhe ausschlaggebend ist.⁶

Wirtschaftlich schwache Personen und Familien werden von den Kantonen finanziell unterstützt, um die regressiven Wirkungen der Kopfprämien abzuschwächen. Die Prämienverbilligungen werden vom Bund mitfinanziert.

Der 1993 eingeführte **Risikoausgleich** versucht, die Kassen für die Kosten zu entschädigen, die ihnen aus den unterschiedlichen Risikostrukturen erwachsen. Berücksichtigt werden aktuell die Faktoren Alter und Geschlecht.

Der **Umfang der versicherten Leistungen** im Bereich der Grundversorgung wird in einer eigenen Verordnung geregelt und umfasst die Risiken Krankheit, Mutterschaft und Unfall, (Unfälle unter dem Vorbehalt, dass sie nicht anderweitig versichert sind). Der Pflichtleistungskatalog umfasst alle Leistungen der Ärzte und Ärztinnen, die Behandlung in der allgemeinen Abteilung der Spitäler und Kliniken; Leistungsausschlüsse sind in einer so genannten Negativ- bzw. Ausschlussliste erfasst. Die Pflichtleistungen der nicht-ärztlichen Leistungserbringer⁷, der Organisationen für Pflege und Hilfe zu Hause und für Pflegeheime werden positiv umschrieben. Was nicht zur Leistungsdefinition gehört, wird nicht entschädigt.

Die Versicherer sind zum Abschluss von Verträgen mit allen Leistungserbringern (**Kontrahierungszwang**) verpflichtet. Dazu gehören alle Spitäler, die eine bestimmte Infrastruktur besitzen, definierte Leistungsanforderungen erfüllen und in den kantonalen Spitallisten aufgenommen sind. Abgesehen von den Ärztinnen und Ärzten in Managed-Care-Modellen, besteht für die Kassen keine Möglichkeit zu selektiven Vertragsabschlüssen. Die Leistungen in der Grundversicherung müssen getrennt von der freiwilligen Zusatzversicherung angeboten werden, dürfen im Bereich KVG keine Gewinne erzielen und unterliegen regulatorischen Bestimmungen sowie der Aufsicht. Zwei Haupttypen der freiwilligen Krankenversicherung sind in der Schweiz bekannt: die Taggeldversicherung und die private **Zusatzversicherung**. Die Taggeldversicherung deckt Einkommensverluste, welche in Folge von Krankheit oder Spitalaufenthalt anfallen und wird in vielen Fällen von den Arbeitgebern zu Gunsten der Mitarbeitenden abgeschlossen. In den Prämien für die Zusatzversicherung sind die Risiken der Versicherer enthalten, schlechte Risiken können hier abgelehnt oder gar gekündigt werden, wenn sich

4 Spitaltaxen sind Festbeträge (z.B. CHF 10), die pro Tag Spitalaufenthalt zu entrichten sind.

5 OECD (2006), OECD-Berichte über Gesundheitssysteme, Schweiz. S. 38.

6 OECD (2006), OECD-Berichte über Gesundheitssysteme, Schweiz.

7 Darunter werden die Leistungserbringer verstanden, die auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag tätig sind, wie z.B. die Ergotherapie, Pflege, Physiotherapie oder delegierte Psychotherapie.

herausstellt, dass der/die Versicherte nicht alle gesundheitlichen und medizinischen Daten zur Bestimmung seines/ihrer Risikos bekannt gegeben hat. Eine Zusatzversicherung kann für spezielle Hoteldienste für den Fall einer Hospitalisierung sowie für Güter und Dienstleistungen ausserhalb des KVG (z.B. Zahnbehandlungen) abgeschlossen werden.

Neben dem KVG tragen auch die Unfallversicherung, die Invaliditätsversicherung und die Militärversicherung als weitere Sozialversicherungseinrichtungen zur Abdeckung von Gesundheitsrisiken bei.

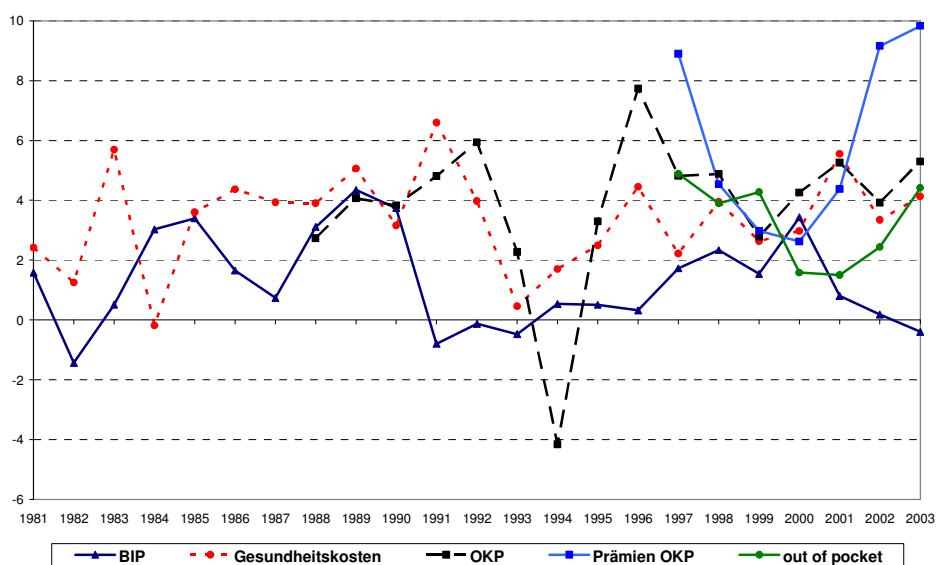
Die oberste Verantwortung für das KVG liegt beim Bund. Die Kantone prüfen, ob alle Personen bei der Grundversicherung versichert sind und sind zuständig für die Verwaltung der Prämienverbilligungen für wirtschaftlich Schwache. Auch die Verantwortung für Public-Health-Initiativen, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderprogramme liegt bei den Kantonen. Für die Kontrolle des Vollzugs des KVG ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zuständig.

Das KVG ist explizit darauf ausgelegt, dass die Versorgungssicherheit für sämtliche BewohnerInnen der Schweiz gewährleistet ist. Die von der Grundversicherung anerkannten medizinischen Leistungen müssen allen Versicherten in guter Qualität angeboten werden, und es ist dabei nicht zulässig, Unterschiede zwischen Grund- und Zusatzversicherten zu machen. Die Gesundheitsförderung und – Prävention wird im KVG nur am Rande erwähnt.

2.2. Die Entwicklung der Ausgaben

Seit 1980 liegt das Wachstum der Gesundheitskosten⁸ (teuerungsbereinigt) in der Schweiz praktisch immer über demjenigen des realen Bruttoinlandproduktes (BIP) (vgl. Grafik 1.1). Die wachsenden Gesundheitskosten konnten somit nicht durch das relativ geringe Wirtschaftswachstum abgefangen werden. Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate des BIP betrug zwischen 1981 und 2003 1.3%, diejenige der Gesundheitskosten 3.4% (vgl. Tabelle 1.2). Das schwache BIP-Wachstum führte zu stagnierenden Löhnen und die noch stärker steigenden Gesundheitskosten zu einer noch höheren Belastung der privaten Haushalte.

⁸ Die Kosten des Gesundheitswesens umfassen alle Tätigkeiten zur Wiedererlangung, Verbesserung und Bewahrung der Gesundheit. Sie umfassen somit „alle Ausgaben der Institutionen und Personen, die medizinische oder paramedizinische Tätigkeiten ausüben, den Verkauf von Medikamenten und medizinischen Apparaten und die Kosten für den Betrieb des Gesundheitswesens sowie die Prävention. Nicht eingeschlossen sind hingegen die Ausbildungskosten der Gesundheitsberufe, die medizinischen Forschungsarbeiten und die Barleistungen der Versicherer, die nicht direkt der Heilung oder der Gesundheitserhaltung dienen. (vgl. Spycher, S. 55)

Grafik 1.1: Reale Wachstumsraten 1981 – 2003

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: BSV, Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2005 für die Daten bezüglich Kosten des Gesundheitswesens, Ausgaben für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) sowie die Prämien⁹ OKP und Bundesamt für Statistik für die Daten des BIP sowie der Out of Pocket Beiträge der privaten Haushalte.

Tabelle 1.2: Durchschnittliche jährliche Wachstumsraten real

	BIP	GK	OKP	Prämien OKP	out of pocket
80-03	1.3	3.4	-	-	-
90-03	0.7	3.4	3.9	-	-
98-03	1.1	3.7	4.3	5.7	2.8
80-90	2.1	3.3	-	-	-

Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik sowie Bundesamt für Statistik, eigene Berechnungen.

Die im Vorfeld der Einführung des KVG viel gepriesene Dämpfung der Kostenentwicklung hat in den Jahren nach der Einführung keinerlei Wirkung gezeigt. Zwischen 1998 und 2003 haben die Kosten des Gesundheitswesens jährlich um 3.7% zugenommen. Die Kosten der obligatorischen

⁹ Die Prämien werden erst ab dem Jahr 1996 ausgewiesen.

Krankenpflegeversicherung sind in derselben Periode um jährlich 4.3 % angestiegen und die Prämien der Grundversicherung gar um 5.7% (vgl. Tabelle 1.2).¹⁰

Vielfach wird attestiert, die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hätten vor allem deshalb zugenommen, weil der Staat sich aus der Finanzierung zurückgezogen habe. Betrachtet man die Anteile an der Finanzierung über eine längere Periode, so zeigt sich gemäss Bundesamt für Statistik, dass bei der Finanzierung der Kosten sich die Anteile von Staat und Privathaushalten tatsächlich beträchtlich verschoben haben. Der Staatsanteil wuchs von 31.4% im Jahr 1960 bis auf 39.5% (1971) und sank danach bis ins Jahr 2000 auf 25.3%¹¹.

Grafik 1.3: Kosten des Gesundheitswesens nach Finanzierungsträgern (1995-2004)

In Millionen Franken	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total	36'160.9	37'908.3	38'669.6	40'292.4	41'585.6	43'365.3	46'129.5	47'981.5	49'880.6	51'647.3
Staat	9'640.2	9'402.7	9'654.1	9'984.7	10'656.9	10'991.9	12'353.6	13'414.0	14'022.9	14'090.9
Beiträge an Leistungserbringer	5'195.3	5'465.9	5'435.5	5'512.5	5'756.5	5'930.9	7'097.5	7'849.3	8'175.4	8'089.6
Gesundheitswesen, Verwalt. u. Prävention	634.0	642.2	622.4	619.2	660.1	668.7	705.0	747.6	773.7	721.5
Verbilligung KVG-Prämien	2'085.2	1'815.6	2'087.1	2'263.2	2'476.6	2'532.8	2'671.6	2'848.4	2'961.1	3'025.3
Andere Soziale Sicherheit	1'725.8	1'479.0	1'509.0	1'589.8	1'763.6	1'859.6	1'879.6	1'968.7	2'112.7	2'254.6
Unternehmungen 1)	2'262.8	2'347.3	2'440.2	2'593.6	2'694.7	2'792.3	2'947.9	2'947.2	3'116.2	3'302.0
Unfallversicherung UVG	1'121.5	1'132.4	1'151.5	1'283.9	1'378.5	1'422.4	1'475.3	1'413.6	1'512.5	1'537.8
AHV - IV	1'141.3	1'214.9	1'288.7	1'309.6	1'316.2	1'369.8	1'472.5	1'533.6	1'603.8	1'764.2
Private Haushalte	24'257.9	26'158.3	26'575.3	27'714.1	28'233.9	29'581.1	30'828.0	31'620.2	32'741.5	34'254.3
Aufwand der Krankenversicherung 2)	13'200.7	14'820.6	14'636.6	15'125.7	15'137.5	16'073.0	16'915.0	17'250.4	17'821.0	18'866.3
Kostenbeteiligung	1'394.6	1'770.8	1'884.4	2'155.0	2'249.6	2'343.1	2'428.3	2'541.0	2'627.5	2'868.2
Out of pocket	9'300.5	9'188.2	9'667.7	10'038.2	10'438.0	10'721.3	11'021.2	11'351.1	11'808.2	12'038.5
Andere private Finanzierung 3)	362.1	378.7	386.6	395.2	408.8	443.7	463.5	477.7	484.8	481.4

1) Beiträge und Prämien der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und der Selbständigerwerbenden

2) Dieser Aufwand entspricht dem Betrag der Zahlungen der Krankenversicherung an das Gesundheitswesen, abzüglich Beiträge an die Versicherten für die Prämienverbilligung

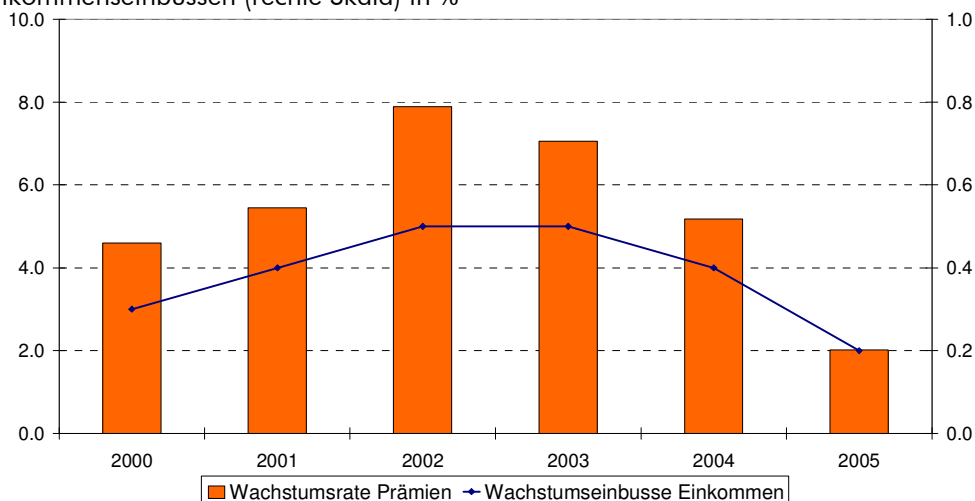
3) Spenden und Vermächnisse an Institutionen ohne Erwerbscharakter (Pflegeheim, Institution für Behinderte, Spitexorganisation usw.)

¹⁰ Der markante Unterschied zwischen den Wachstumsraten der OKP-Kosten und der OKP-Prämien ist erklärungsbedürftig. Auf den ersten Blick scheint es, als würde das im Durchschnitt 1.4%ige Mehrwachstum der Prämien (zwischen 1998 und 2003) nicht durch entsprechende Leistungen gedeckt. Für die Erklärung dieser Entwicklung kommen aus unserer Sicht zwei Gründe in Frage: Erstens hat tatsächlich eine Erweiterung des Leistungskataloges stattgefunden; diese wurde allerdings nur allmählich wirksam. Zweitens führten die schlechten Börsenjahre (2001 bis 2004) zu Kursverlusten und zu einer starken Abnahme der gesetzlichen Reserven, die wieder geäußert werden mussten. Beide Gründe wirkten sich nicht auf das Wachstum der Gesundheitskosten, sondern ausschliesslich auf die Prämien aus.

¹¹ Dieser Anteil versteht sich inklusive Prämienverbilligung (Quelle: BFS).

Die degressiven Wirkungen der Kopfprämie konnten mit der Einführung der individuellen Prämienverbilligung zumindest für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gemildert werden. Haushalte mit mittleren Einkommen, insbesondere Familien mit Kindern werden allerdings durch die steigenden Prämien finanziell sehr stark belastet. Die Kaufkraft der Lohnabhängigen verringerte sich aufgrund steigender Prämien in den Jahren 2000 bis 2005 jährlich durchschnittlich um beinahe 0.4% der Lohnsumme (vgl. Grafik 1.4). Allerdings haben nicht nur die Prämien seit der Einführung des KVG zugenommen, auch die Kostenbeteiligungen (Franchisen) sowie die out of pocket Beiträge¹² sind gestiegen (jährliches Wachstum zwischen 1998 und 2003: 2.8%, vgl. Tabelle 1.2).

Grafik 1.4: Wachstumsraten Krankenversicherungsprämien¹³ (linke Skala) und dadurch verursachte Einkommenseinbussen (rechte Skala) in %



Berechnung: Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Die anteilmässige Belastung der Haushalte hätte weniger zugenommen, wenn Wirtschaft und Lohnsumme mehr gewachsen wären. Allerdings hätte auch eine bessere Konjunkturpolitik in den neunziger Jahren am grundsätzlichen Problem nichts geändert, dass die Gesundheitsausgaben in der Schweiz deutlich stärker zunehmen als die Wirtschaft wachsen kann. Während das potentielle Wachstum des Bruttoinlandproduktes (BIP) auf rund 1.8% pro Jahr geschätzt wird, lag das Wachstum der Gesundheitsausgaben zwischen 1998 und 2003 wie weiter oben bereits erwähnt bei 3.7% (vgl. Tabelle 1.2, alle Zahlen teuerungsbereinigt).

Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen wird kontrovers beurteilt. Einerseits wird darauf hingewiesen, dass der überproportionale Anstieg der Gesundheitsausgaben Folge des medizinischen Fortschritts und - bis zu einem bestimmten Grad - eine unvermeidliche Begleiterscheinung des wachsenden Wohlstands sei¹⁴. Eine weitere Ursache für die steigenden Kosten im Gesundheitswesen ist die demografische Entwicklung, welche für sich allein eine jährliche Zunahme der Gesundheitsausgaben um rund 1%

¹² Der Begriff „Out of Pocket“ umfasst alle Zahlungsströme, welche von den Haushalten direkt an die Leistungserbringer des Gesundheitswesens fließen, abzüglich Kostenbeteiligungen (Sozial- und Privatversicherung).

¹³ Ohne Berücksichtigung der individuellen Prämienverbilligung.

¹⁴ Vgl. Krugman, Paul (2006): The Health Care Crisis and What to Do About It. The New York Review of Books, vol. 53, no. 5. vgl. OECD (2003), Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience, Economics Department Working Papers No. 374, Paris, S. 70

erklärt¹⁵. Zudem haben in der Schweiz die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stärker zugenommen als die Gesamtgesundheitsausgaben, weil u.a. sich die Kantone anteilmässig aus der Finanzierung der Krankenpflege zurückgezogen haben und im Rahmen der KVG-Revision das Risiko der Pflegebedürftigkeit erstmals teilweise gedeckt wurde.

Auf der anderen Seite bietet das heutige Gesundheitssystem Fehlanreize, welche zu einer übermässigen Leistungsbeanspruchung führen können. Das Gesundheitswesen kann wegen dem Abhängigkeitsverhältnis des Patienten oder der Patientin vom Arzt sowie der Schwierigkeit, die Leistungen der Leistungserbringer zu überwachen, als „Angebotsmarkt“ charakterisiert werden. Es sind in erster Linie die Leistungsanbieter, welche das Ausmass der Leistungsbeanspruchung festlegen. Deshalb sind die Kosten in den Kantonen mit einer hohen Ärztedichte auch höher als in solchen mit einer tieferen. Kostentreibend wirken sich auch die ständig anwachsende Produktpalette der Pharma- und Medizinalindustrie sowie die steigenden Medikamentenpreise aus.

Als weitere Ursache kommt hinzu, dass die Kantone für die stationäre Gesundheitsversorgung zuständig sind. Dies führt zu kleinräumigen Planungsregionen mit einer Tendenz zu einem Überhang an Versorgungskapazitäten. Weil zudem die Kantone ihre Gestaltungskompetenzen sehr unterschiedlich wahrnehmen, kommt es zu erheblichen Schwierigkeiten, auf nationaler Ebene steuernd einzugreifen.

Die Kombination von Kontrahierungszwang und Kostenabrechnung kann zu einer Mengenausweitung an erbrachten Leistungen führen; Leistungserbringer können ihren Verdienst aufbessern, indem sie fragliche oder unnötige Leistungen erbringen.

Im heutigen System des Gesundheitswesens sind Doppelspurigkeiten in der Versorgung kaum vermeidbar. Mehrfach durchgeführte Abklärungen führen so zu einem Vielfachen der eigentlich notwendigen Aufwendungen und liessen sich durch eine gut organisierte Versorgungskette stark reduzieren.

Die Vielzahl der konkurrierenden Kassen wirkt insgesamt eher kostentreibend (alleine die jährlichen Kassenwechsel verursachen administrative Kosten von ca. 400 Mio. Fr. pro Jahr). Die Konkurrenz erzeugt auch keinen Nutzen: Die Krankenversicherungen haben im heutigen System kein Interesse an einer Optimierung der Versorgung. Im Gegenteil: Würde eine Kasse optimierte, qualitativ gute Angebote für chronisch Kranke entwickeln, dann würde sie sich im heutigen System selbst schaden, weil sie dadurch „schlechte Risiken“ anzöge.

Den Gesundheitskosten ist aus volkswirtschaftlicher Sicht die Bruttowertschöpfung des Gesundheitswesens gegenüber zu stellen. Gemäss einer Studie von Infras¹⁶ generierte der Gesundheitssektor in der Schweiz 2002 eine Bruttowertschöpfung von rund 59 Milliarden Schweizer Franken. Darin enthalten sind die direkten (umfassen die direkte Wertschöpfung, welche sich aus der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und der damit verbundenen Produktion von Gütern und Dienstleistungen ergeben, z.B. die Leistungen der Ärzte und des Pflegepersonals) und indirekten Effekte (durch die Produktion von Gesundheitsdienstleistungen induzierte Nachfrage nach Vorleistungen, z.B. die Herstellung von Lebensmitteln für die Spitalküche). Mit dieser Wertschöpfung verbunden ist eine

15 Vgl. eine Studie für ausgewählte Industrienationen ohne Schweiz: Bac C. et G. Cornilleau (2002), Comparaison internationale des dépenses de santé: une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970.

16 Infras, Wertschöpfung und Beschäftigung im Gesundheitssektor der Schweiz. im Auftrag der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (vips).

Beschäftigung von 525'000 Vollzeitäquivalenten. In Prozenten ausgedrückt entspricht dies einem Anteil am BIP von 14% sowie einem 17%igen Anteil an der gesamten Beschäftigung in der Schweiz. Die obgenannte Bruttowertschöpfung ist allerdings nicht zu vergleichen mit den Ausgaben der in der Schweiz getätigten Gesundheitsleistungen. Sie erfasst, anders als die Kosten für das Gesundheitswesen, welche für die Bedeutung des Gesundheitswesens einer Volkswirtschaft von Bedeutung sind, auch die Exporte der Schweizer Unternehmen, welche von ausländischen Gesundheitswesen nachgefragt werden¹⁷.

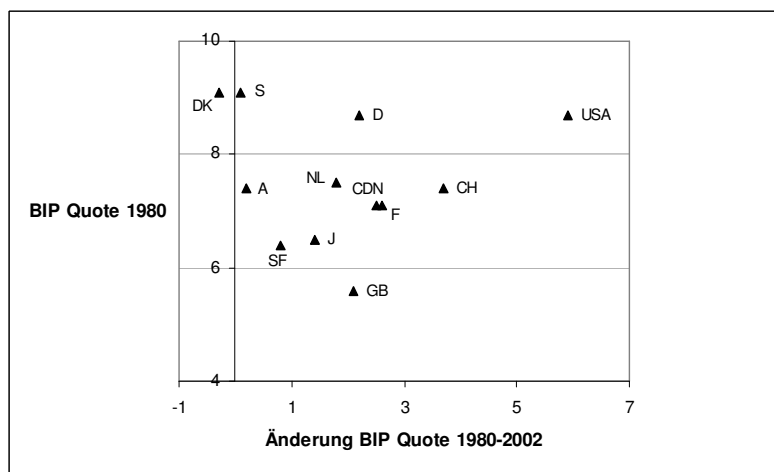
Aus der Tatsache, dass die Nachfrage der Haushalte nach Gesundheitsleistungen mit steigenden Einkommen und der demografischen Alterung zunimmt kann nicht geschlossen werden, dass das Gesundheitswesen nicht effizienter organisiert werden könnte. Ein internationaler Vergleich der Entwicklung der Gesundheitsausgaben gibt interessante Hinweise.

2.3. Internationaler Vergleich

Grafik 1.4 vergleicht den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP für das Jahr 1980 (vertikale Achse). Damals befand sich die Schweiz im Mittelfeld unter den betrachteten Ländern. In der Grafik wird auch gezeigt, wie sich dieser Anteil am BIP entwickelt hat (horizontaler Achsenabschnitt). Am stärksten zugenommen haben sie in der Schweiz sowie in den USA. 2002 belegte die Schweiz mit 11.1% hinter den USA (14.6%) den zweiten Platz in Bezug auf den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP.

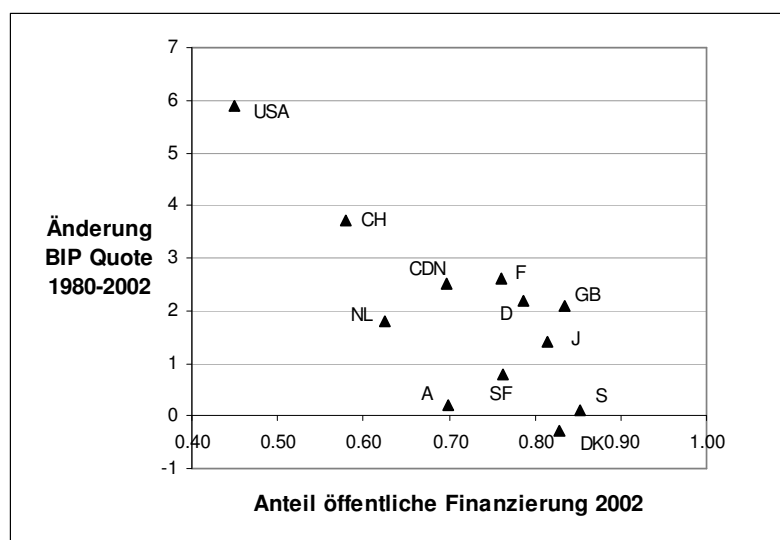
Die Grafik zeigt weiter, dass sich keinerlei Konvergenz finden lässt. Es gibt Länder, die im Mittelfeld geblieben sind, wie zum Beispiel Österreich (A), es gibt Länder, deren Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP bereits 1980 gross waren und weiter gestiegen sind (USA). Und schliesslich gibt es sowohl Länder mit tiefen als auch mit hohen Ausgangspunkten, deren Ausgaben nur mässig gestiegen sind. Auffallend sind die beiden skandinavischen Länder, deren Anteil am BIP nicht zugenommen (S) oder sogar abgenommen (DK) hat. Das sind starke Hinweise darauf, dass bei geeigneter Organisationsform zumindest für Perioden von bis zu 20 Jahren das Ausgabenwachstum auf das Wachstum des BIP beschränkt werden kann.

¹⁷ Für das Jahr 2002 belief sich die Summe der Wertschöpfung, welche mit den Ausgaben der in der Schweiz getätigten Gesundheitsleistungen verbunden ist, auf 43 Mrd. CHF, was mit einer Beschäftigung von 408'000 Vollzeitäquivalenten verbunden ist. Dies entsprach rund 10% des BIP sowie rund 13% der gesamten Schweizer Beschäftigung.

Grafik 1.5: BIP Quote 1980 und Änderung BIP Quote 1980-2002

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005, eigene Darstellung.

Die internationalen Vergleiche geben auch einen Hinweis darauf, ob liberale Marktsysteme mit einem verhältnismässig geringen Staatseinfluss oder Systeme, in denen die öffentliche Hand für die Angebotssteuerung verantwortlich ist, die Kosten besser kontrollieren können. In Grafik 1.6 wird die Zunahme des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP (vertikaler Achsenabschnitt) für Länder mit einem unterschiedlichen Einfluss der öffentlichen Hand verglichen. Als Mass für den öffentlichen Einfluss nehmen wir den Anteil der öffentlichen Finanzierung für das Jahr 2002.

Grafik 1.6: Änderung BIP Quote und Anteil öffentliche Finanzierung

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2005, eigene Darstellung.

Die Grafik zeigt, dass die BIP Quote in den vergangenen 20 Jahren in Ländern mit einem geringeren Anteil staatlicher Finanzierung stärker zugenommen hat.

Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass staatliche Systeme eher in der Lage sind, die

Ausgabenentwicklung zu kontrollieren. Damit ist nichts über die Qualität der Gesundheitssysteme gesagt. Allerdings bestätigen Studien, dass innerhalb der von uns betrachteten, reichen Länder kein Zusammenhang besteht zwischen dem Gesundheitszustand der Bevölkerung und der Höhe der Gesundheitsausgaben¹⁸.

Der Vergleich fällt für die Schweiz nicht vorteilhaft aus. In den vergangenen Jahren haben die Ausgaben hierzulande trotz bereits sehr hohem Ausgabenanteil weiterhin stärker als in anderen Ländern zugenommen.

2.4. Beurteilung

Im Zusammenhang mit der Einführung des KVG sollte unter anderem die Solidarität zwischen „Gesund“ und „Krank“ sowie zwischen „Reich“ und „Arm“ gestärkt werden. Mit dem heutigen Obligatorium im Bereich der Grundversorgung, der vollen Freizügigkeit sowie der Abschaffung der Prämiendifferenzierung bei den Erwachsenen nach Alter und Geschlecht wurde die Solidarität gestärkt. Mit den Instrumenten Risikoausgleich und individuelle Prämienverbilligung wurden weitere Instrumente zu deren Verstärkung geschaffen. Das Potential zu mehr Solidarität ist in diesem Zusammenhang allerdings noch nicht ausgeschöpft. Insbesondere für Familien mit Kindern und mittleren Einkommen ist die finanzielle Belastung durch die Krankenversicherungsprämien noch immer sehr hoch. Zudem untergräbt die mangelhafte Ausgestaltung des Risikoausgleichs weiterhin die Solidarität zwischen „gesunden“ und „kranken“ Versicherten. Dasselbe gilt für die erfolgten resp. geplanten Erhöhungen der Selbstbehalte und der Franchisen.

Mit der Schliessung wichtiger Lücken im Grundleistungskatalog haben wir heute in der Schweiz eine qualitativ hochstehende Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen. Allerdings fehlt immer noch eine obligatorische Erwerbsersatzversicherung im Krankheitsfalle (Taggeld-Versicherung). Zudem wurde die grösste Lücke, nämlich die Übernahme der Kosten für pflegerische Massnahmen, die gerade für betagte Menschen ein Grossrisiko darstellen, nur zur Hälfte geschlossen, entgegen den Versprechungen, die bei der KVG Abstimmung 1994 gemacht wurden. Gleichzeitig ist auch die Qualitätssicherung – obwohl gesetzlich vorgeschrieben – noch wenig entwickelt.¹⁹ Letzteres ist auch im Hinblick auf anstehende oder angestrebte Reformen (z.B. Einführung der Fallkostenpauschalen) beunruhigend.

Wie eingangs zu diesem Kapitel erwähnt, hat das KVG in Bezug auf die Kostenentwicklung die Erwartungen nicht erfüllt. Auch nach seiner Einführung haben die Gesundheitsausgaben weiterhin deutlich stärker zugenommen als das Bruttoinlandprodukt. Dies hat zu einer Mehrbelastung insbesondere jener Haushalte geführt, die seit der Einführung des KVG keinen Anspruch mehr auf Prämienverbilligungen erheben können.

Zum einen ist das anhaltende Wachstum der Gesundheitskosten eine Folge des medizinischen technologischen Fortschritts und somit eine unvermeidliche Begleiterscheinung des wachsenden Wohlstands. Eine weitere Ursache für die anhaltende Zunahme der Kosten im Gesundheitswesen ist die demografische Entwicklung. Neben diesen unvermeidbaren Ursachen für ein rasches Wachstum der Ausgaben gibt es aber im schweizerischen Gesundheitssystem auch Fehlanreize zu beobachten, welche zu einer

¹⁸ Kommission für Konjunkturfragen, Jahresbericht 2006.

¹⁹ Vgl. OECD (2006)

Fehl- und Überversorgung führen.

Die Kombination von Einzelleistungsvergütungen und Kontrahierungszwang verstärken beispielsweise den Anreiz der Leistungserbringer möglichst viel „Menge“ an Gesundheitsdienstleistungen zu erbringen und sorgen somit vom System her für eine Zunahme der Ausgaben.

Der internationale Vergleich zwischen ausgewählten OECD-Ländern (vgl. Kapitel 1.3) zeigt, dass bei geeigneter Organisationsform das Ausgabenwachstum über längere Perioden auf das Wachstum des BIP beschränkt werden kann. Der fehlende Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der Bevölkerung und der Höhe der Gesundheitsausgaben in den von uns betrachteten Ländern lässt zudem vermuten, dass auch die qualitativ hoch stehende Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen in der Schweiz mit weniger Ausgaben gesichert werden könnte.

3. Welche Gesundheitsversorgung wollen wir?

Das Gesundheitswesen in der Schweiz – allen voran die obligatorische Krankenpflegeversicherung – bekämpft in erster Linie die *Folgen von Krankheiten*. Primär werden die Bedürfnisse nach medizinischer Behandlung, Pflege und Betreuung sowie Rehabilitation befriedigt. Es fehlt in der Schweiz eine nationale kohärente Gesundheitspolitik, die neben der Übernahme der Kosten für die Behandlung von Krankheiten auch die *Gesundheitsförderung*, die *Krankheitsverhütung* sowie die *Früherkennung von Krankheiten* integriert. Wir treten ein für eine Gesundheitsversorgung, die den nachstehenden Kriterien genügt. Diese Kriterien dienen uns als Beurteilungskriterien für Vorschläge, das heutige Gesundheitssystem zu reformieren.²⁰

Die Gesundheitsversorgung, die wir anstreben,

- orientiert sich an den *Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten*, stärkt deren Kompetenz im Umgang mit Krankheit, Gesundheit und Behinderung und ermittelt Diagnose und optimale Behandlung im ständigen Dialog zwischen den medizinischen Fachpersonen und dem Patienten/der Patientin
- *ist qualitativ hoch stehend*, strebt die bestmögliche Versorgung sowie den gleichen Zugang für alle, unabhängig der sozialen Herkunft, an und vermeidet sowohl Unter- als auch Überversorgung
- *Verwendet die vorhandenen Ressourcen zweckmässig* und im Sinne der Patientinnen und Patienten. Effizienzgewinne sollen zum Nutzen der Patienten im System verbleiben
- *Erfasst den ganzen Menschen und berücksichtigt zudem seine Arbeits- und Lebenssituation*. Sie fördert die Integration der Erfahrungsmedizin und derjenigen Formen der Komplementärmedizin, deren Wirksamkeit einer kritischen, wissenschaftlichen Prüfung standhalten
- *Berücksichtigt und begünstigt Fortschritte* in der Gesundheitsversorgung
- *Erfolgt in einer Weise, die die Finanzierung der notwendigen Dienste sichert, ohne dass dadurch Fehlanreize (Über- oder Unterversorgung) gesetzt werden.*

Aus unserer Sicht müssen zukünftige Reformen der Krankenversicherung daran gemessen werden, wie weit sie zu einer Gesundheitsversorgung gemäss obenstehender Kriterien beitragen.

²⁰ Anregungen und Inputs für die Kreation dieser Definition entstammen der Studie des Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS) (2004), Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung, welche im Auftrag des SGB erstellt wurde.

4. Vor- und Nachteile Wettbewerbsmodell

In der Schweiz hat man sich 1996 explizit für eine Mischung aus staatlich gesteuertem und wettbewerblich organisiertem Gesundheitswesen entschieden. Durch die Konkurrenz unter den Kassen erhoffte man sich tiefere Prämien und im Endeffekt eine Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen. Gleichzeitig sollten die Solidarität verstärkt und eine qualitativ hoch stehende Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen gewährleistet werden. Wie in vorangehenden Kapiteln bereits festgehalten wurde, vermag das heutige Gesundheitswesen die Erwartungen hinsichtlich Kostenentwicklung nicht zu erfüllen. Das ist noch kein Beleg dafür, dass Marktlösungen nicht geeignet wären, um die Kostenentwicklung zu dämpfen. Die Krankenversicherungen verfügen nämlich über einen sehr kleinen Handlungsspielraum, da sie in der Grundversicherung die Leistungen aller Anbieter bezahlen müssen. Häufig wird deshalb vorgeschlagen, den Krankenversicherungen mehr Kompetenzen zu geben und ihnen insbesondere das Recht einzuräumen, nur noch mit ausgewählten Leistungsanbietern Verträge einzugehen. Damit stellt sich die Frage, ob das Gesundheitswesen verstärkt wettbewerblich ausgerichtet werden soll.

Eine reine Marktlösung für das Gesundheitswesen hätte eine ungenügende Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen – vor allem für die sozial Schwächeren – zur Folge. Sie würden durch risikogerechte Prämien benachteiligt, weil Menschen aus tieferen sozialen Schichten häufiger krank werden. Die hohen Prämien würden dazu führen, dass sich nur noch diejenigen Menschen versichern, welche bereits krank sind oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erkranken drohen. Dadurch würde ein Teufelskreis von kleinerem Versichertenkreis und steigenden Prämien ausgelöst. Am Schluss sind die Prämien höher als wenn sich alle versichern, was die kranken, sozial Schwächeren stärker belastet, als die Reichen. In allen Industrieländern finden sich deshalb gesetzliche Rahmenbedingungen, welche den Besonderheiten des „Marktes für Gesundheitsleistungen“ Rechnung tragen und die Grundversorgung für die Bevölkerung sicherstellen.

Solche Rahmenbedingungen betreffen eine Reihe von Punkten und werfen auch eine Reihe von Fragen auf:

- Ein Obligatorium stärkt die Solidarität zwischen „gesunden“ und „kranken“ Mitgliedern der Gesellschaft und sorgt gleichzeitig dafür, dass sich nicht ausschliesslich bereits kranke Menschen oder Menschen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu erkranken, versichern.²¹ Die meisten Grundversicherer bieten auch Zusatzversicherungen an. In diesem Bereich können sie Gewinne erzielen. Gleichzeitig lässt sich damit die Kundenbindung in der Grundversicherung erhöhen und allenfalls Lücken in der Grundversicherung über rentable Zusatzversicherungen schliessen. Damit sind Versicherer an Lücken in der Grundversicherung interessiert, die sie mit rentablen Zusatzversicherungen lukrativ kompensieren wollen.
- Dadurch werden zusätzliche private Aufwendungen verursacht, über welche die Mitglieder der Gesellschaft nicht selber entscheiden können. Dies macht eine soziale Ausgestaltung der Prä-

²¹ Dieses Problem ergibt sich aus der Beziehung zwischen Versicherten und Versicherern und wird in der Ökonomie als „Adverse Selektion“ bezeichnet. Voraussetzung für Adverse Selektion ist Informationsasymmetrie zwischen den Versicherten – welche besser Bescheid wissen über den eigenen Gesundheitszustand – und den Anbietern von Krankenversicherungen.

mienbelastung erforderlich. Bei dem in der Schweiz geltenden Kopfprämien-system braucht es zwingend Entlastungen bei den tieferen Einkommen, z.B. in der Form der heutigen Prämien-verbilligungen. Eine weitere Form der Entlastung entsteht dann, wenn der Anteil Steuerfinanzierung erhöht wird, sofern die Steuern nach progressiven Vorgaben erhoben werden.

- Durch Kostenbeteiligungen an den erbrachten Leistungen tragen die Versicherten einen Teil des Krankheitsrisikos mit²². Einerseits erhofft man sich von dieser Selbstbeteiligung, dass unnötige Leistungen vermieden werden. Andererseits kann die Kostenbeteiligung auch von notwendigen Behandlungen oder präventiven Untersuchungen abhalten. Zudem belasten Kostenbeteiligungen die niederen Einkommensklassen weitaus stärker als die wirtschaftlich besser Gestellten. Verschiedene Studien zeigen aber, dass hohe Kostenbeteiligungen eher zu höheren Gesundheitskosten führen und nicht umgekehrt. Demnach sind Kosteneinsparungen nicht über eine erhöhte individuelle Eigenverantwortung zu erreichen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Schweiz im internationalen Vergleich eine der höchsten Kostenbeteiligungen aufweist.²³
- Da die Versicherungen gezwungen sind, alle in die Grundversicherung aufzunehmen, werden sie bestrebt sein, in erster Linie die „guten Risiken“ anzuwerben. Es ist daher die Aufgabe des Staates diese unerwünschte Risikoselektion durch einen angemessenen Risikoausgleich oder einen einheitlichen Finanzierungspool zu verhindern. Gleichzeitig hat die öffentliche Hand für die Organisation der Gesundheitsförderung und Prävention zu sorgen, da aufgrund der Möglichkeit eines Kassenwechsels die Versicherungen an der langfristigen Gesundheit ihrer Kunden wenig interessiert sind.
- Bei freier Kassenwahl und Aufnahmepflicht sind die Versicherungen an alternativen Versicherungsmodellen, die zu einer guten und effizienten Versorgung führen oder verstärkt die Prävention integrieren, wenig interessiert, da dies bereits kranke oder chronisch kranke Versicherte anziehen könnte. Da diese aber jederzeit den Versicherer wechseln können, kommen allfällige „Investitionen“ in die Prävention und Gesundheitsförderung dem neuen Versicherer zugute. Verbunden mit dem ungenügenden Risikoausgleich führt das dazu, dass die Risikoselektion für den Versicherer in jedem Fall wirtschaftlich attraktiver ist.
- Für die Patientinnen und Patienten ist es oft schwierig, Qualität und Effizienz der Leistungen beurteilen zu können. Die Ärztinnen und Ärzte verfügen in Bezug auf die medizinische Betreuung über einen beträchtlichen Informationsvorsprung. Je nach Ausgestaltung der ökonomischen Anreize ist es wahrscheinlich, dass regelmässig mehr medizinische Leistungen erbracht werden, als unbedingt nötig wären, oder aber sinnvolle medizinische Leistungen unterlassen werden, wenn sie nicht angemessen vergütet werden.

Die beschriebenen Rahmenbedingungen ermöglichen eine flächendeckende Versorgung mit Gesund-

²² Um das moralische Risiko (moral hazard) auf der Seite der Patientinnen und Patienten gering zu halten, ist es wichtig, dass sie sich an den Kosten beteiligen. Dies geschieht heute durch die Franchisen und den Selbstbehalt. Bis zur Höhe der Franchise trägt die/der Versicherte die vollen Kosten, was das moralische Risiko auf ihrer Seite vermindert, wenn nicht ganz ausschaltet. Wird dieser Betrag überschritten, dann sind allerdings die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in aller Regel so gravierend, dass das moralische Risiko nur noch eine untergeordnete Rolle spielt. Vgl. Kommission für Konjunkturfragen (2006).

²³ OECD (2006)

heitsdienstleistungen. Offen bleibt allerdings, wie Qualitäts- und Kostenkontrolle am besten umgesetzt werden können.

Die Vorstellung scheint sich zunehmend durchzusetzen, wonach die Effizienz- und Qualitätsprobleme des Gesundheitswesens durch den Einsatz von so genannten Managed Care-Modellen gelöst werden sollen. Dadurch wird eine „Organisation“ geschaffen, welche für eine festgelegte Gruppe der Bevölkerung die medizinischen Leistungen erbringt und zudem die Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte, Pflegeheime etc.) einbindet. Eine Reihe von Ökonomen in der Schweiz schlagen vor, den Vertragszwang der Versicherungen mit den Leistungsanbietern (Kontrahierungszwang) aufzuheben und den Krankenversicherungen dadurch zu ermöglichen, auf breiter Basis und flächendeckend Managed Care-Modelle anbieten zu können. Sie versprechen sich vom Wettbewerb unter den Versicherungen effiziente und qualitativ hoch stehende Versorgungsnetze. Allerdings bestehen erhebliche Zweifel, ob ein solches Modell funktionieren kann.

Risikoselektion: Eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs hat zur Folge, dass die Versicherungen auch gegenüber den Leistungserbringern Risikoselektion betreiben können. So besteht die Gefahr, dass Ärzte und Ärztinnen, welche vor allem teure Patienten und Patientinnen behandeln (z.B. AIDS-PatientInnen oder chronisch Kranke), von der Liste genommen und die überdurchschnittlich teuren Versicherten zum Wechsel in eine andere Versicherung motiviert werden. Es ist umstritten, ob ein finanzieller Risikoausgleich zwischen den Versicherungen so geschaffen werden kann, dass die Versicherungen keinen Anreiz mehr haben, Risikoselektion zu betreiben. Somit ist zu befürchten, dass die Versicherungen einen grossen Teil ihres Handlungsspielraums für die Werbung der jungen und billigen Versicherten und das Abschieben teurer Patienten nutzen werden, dabei ihre Methoden einfach dem jeweils geltenden Mechanismen des Risikoausgleichs anpassen und nicht zur Entwicklung alternativer Versorgungsmodelle (Managed Care).

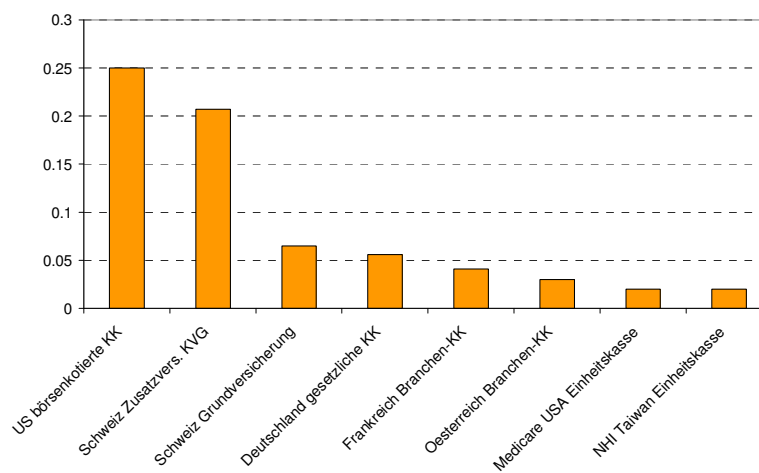
Qualität und Prävention: Der Gesundheitszustand einer Person ist weder beim Eintritt noch bei einem allfälligen Austritt aus einer Versicherung messbar. Deshalb besteht für die Krankenversicherungen kein Interesse, den Gesundheitszustand ihrer Versicherten langfristig zu optimieren. Sie werden deshalb nicht genug in die Prävention und Gesundheitsförderung investieren. Ebenso werden sie teure Behandlungen zu vermeiden suchen, auch wenn diese langfristig die beste Garantie für eine gute Gesundheit oder eine rasche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess bieten²⁴. Die Versicherer müssen ja allfällige Rentenkosten nicht übernehmen.

Hohe Verwaltungskosten: Sobald die Krankenversicherungen selektive Verträge mit den Leistungsanbietern abschliessen, dürften die Verwaltungskosten in die Höhe schiessen. Da die Schweiz sehr klein ist, können die Versicherungen nicht eigene Versorgungsnetze mit eigenen Spitälern aufbauen. Sie müssen mit einem Grossteil der bestehenden Leistungsanbietern Verträge abschliessen. Das hiesse, dass sich die Leistungsanbieter mit unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten der Versicherungen herumschlagen müssten. Jede Versicherung könnte wählen, welche Behandlungen sie bezahlt und welche nicht, ebenso welche Tarife verwendet werden. Die Verwaltungskosten wären sowohl bei Versicherungen wie auch bei den Leistungsanbietern hoch. Lebendiges Beispiel dafür sind die USA. Die Verwaltungskosten von US-Versicherungen, die im Wettbewerb stehen, sind rund 10 Mal höher als diejenigen der staatlichen Medicare. Auch in der Schweiz sind die Verwaltungskosten der

²⁴ Peters Oliver: Wann sind öffentliche Monopole effizienter als private Versicherungen? In: Jahrbuch Denknetz 2006.

Zusatzversicherungen rund vier Mal höher als diejenigen der Grundversicherung. Das bedeutet, dass die Einsparungen in Folge neuer Managed-Care-Modelle, welche vielleicht 15% bis 20% der Kosten ausmachen könnten (und bezüglich Qualitätssicherung Fragen aufwerfen) überkompensiert würden durch höhere Verwaltungskosten.

Grafik 3.1: Verwaltungskosten nach Versicherungstypus



Lesehilfe: 0.05 = 5%

Quellen: CH: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik (BSV) und Statistik der oblig. Krankenversicherung (BAG). D: SKV-Statistik des BMG; A: Österreichische Sozialversicherung in Zahlen; F: Rapport sur la gestion de l'assurance maladie; USA: Paul Krugmann (3/06), John Harkey / Mike Cadeger (8/03) und Carl J. Schramm (12/01).

Die genannten Argumente erklären, weshalb Gesundheitssysteme ohne staatliche Planung im internationalen Vergleich teurer sind. Ebenso legen sie nahe, von einer verstärkten wettbewerblichen Ausrichtung des heutigen Systems und der Übergabe weiterer Kompetenzen an die Krankenversicherungen abzusehen. Sie sprechen umgekehrt dafür, Managed-Care-Modelle unter öffentlicher Kontrolle aufzubauen und diese Aufgabe nicht allein den privaten Krankenversicherern zu überlassen. Für Managed-Care-Modelle, die unter öffentlicher Kontrolle aufgebaut werden, spricht zudem, dass es politisch äusserst schwierig wäre, den Kontrahierungszwang aufzuheben, da heute das Vertrauen in die privaten Krankenversicherungen seitens der Bevölkerung als zu gering einzuschätzen ist.

Dennoch gäbe es auch im heutigen System Möglichkeiten, mehr Kosteneffizienz einzubauen. Ein Schritt in diese Richtung könnte im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine Beschränkung des Zugangs zu teuren Spezialisten und Spitälern sein. Teure Ausrüstungen und Operationen könnten in wenigen Spitälern konzentriert werden, was die Überkapazitäten verringern und dadurch die Kosten senken würde. Gleichzeitig dürfte damit dank grösserer Routine auch die Qualität erhöht werden. Um dies zu erreichen und zu verhindern, dass die Spitalplanung und Kostenkontrolle durch den unkontrollierten Aufbau von Privatspitälern unterlaufen werden, müssen die Kantone zur überregionalen Zusammenarbeit verpflichtet und ihre Planungskompetenzen erweitert

werden. Auch wären die Tarifsysteme auf falsche Anreize, welche zu einer Mengenausweitung bei teuren Untersuchungen führen, zu untersuchen.

Auch staatliche Modelle bergen Gefahren. Je nach Finanzierungssystem unterliegen sie ungleich mehr den möglichen Folgen einer restriktiven Sparpolitik; Dies gilt für rein steuerfinanzierte Systeme weitaus stärker als für Systeme, in denen Sozialversicherungen existieren. Eine rigide Sparpolitik führt zu Qualitätseinbussen, zu Warteschlangen für Operationen und zu einem verlangsamten Einstieg in neue Technologien. All dies kann zu einem Zweiklassensystem führen mit einer mangelhaften öffentlichen Versorgung und einer teuren privaten Versorgung für die Reichen. Wichtig ist daher, dass die Versorgung durch das öffentliche System auch von den besser verdienenden Leuten in Anspruch genommen wird, damit diese ebenfalls ein Eigeninteresse haben und einen Leistungsabbau in der öffentlichen Versorgung nicht befürworten. Aus diesen Gründen sind wir skeptisch gegenüber Modellen, die nur steuerfinanziert sind. Ein ausgewogener Mix aus Sozialversicherungen und Steuern ist daher vorzuziehen.

Fazit

1. Die Besonderheiten des heutigen Gesundheitssystems machen eine Steuerung der Leistungsanbieter schwierig, was zunehmend in einer Über- und Fehlversorgung der Bevölkerung resultiert. In der Hoffnung auf eine effizientere Lösung befürwortet eine Mehrheit der Schweizer Ökonomen eine verstärkte Steuerungskompetenz durch die Krankenversicherungen. Jedoch gibt es aus unserer Sicht starke Argumente sowohl gegen eine erhöhte Autonomie der Versicherungen als auch gegen unterschiedliche Leistungspläne. Wie die bisherige Diskussion verdeutlichen sollte, versagt eine reine Marktsteuerung ebenso wie eine ausschliessliche Steuerung von Privaten.
2. Wir sprechen uns im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung weiterhin für ein Obligatorium mit breitem Grundkatalog aus, um die Solidarität zu erhalten. Gesundheitsförderung und Prävention müssen verstärkt werden.
3. Es braucht eine stärker staatliche Steuerung des Gesundheitswesens: Managed-Care-Modelle sollen unter öffentlicher Kontrolle aufgebaut werden. Daraus ergibt sich ein kontrollierter Zugang zu Spezialisten und Spitalern. Damit die Spitalplanung und Kostenkontrolle nicht durch den unkontrollierten Aufbau von Privatspitalern unterlaufen werden, müssen die Kantone zur überregionalen Zusammenarbeit verpflichtet und ihre Planungskompetenzen erweitert werden.

5. Mehr Effizienz durch Managed Care

Im Folgenden soll im Rahmen der geltenden Rechtsordnung ein Reformansatz skizziert werden, der folgende Ziele anstrebt:

- Eine Gesundheitsversorgung, die die in Kapitel 2 beschriebenen Indikatoren erfüllt;
- Eine Verbesserung der Effizienz und Qualität der Versorgung;
- Die Sicherung der ambulanten Grundversorgung in der Fläche durch eine Stärkung der Stellung der HausärztInnen und andern Erstbehandlungsstellen (Netzwerke, Ambulatorien).
- Eine verstärkte Integration der Behandlungskette durch die Einführung von obligatorischen Gesundheitsversorger/innen in der Grundversicherung (Hausärzte, Gatekeeper, Netzwerke und weitere ambulante Dienste).
- Der Kern des Ansatzes besteht in der Einführung eines obligatorischen und flächendeckenden Managed-Care-Modells .

5.1. Frei wählbare persönliche Gesundheitsversorgerin, bzw. - versorger

Im Zentrum des Modells steht die persönliche Gesundheitsstelle ²⁵, in der Regel der Hausarzt oder die Hausärztin, wahlweise eine andere Gesundheitsstelle (Praxisgemeinschaften, Ambulatorien, Ärztenetzwerke). Diese persönliche Gesundheitsstelle legt gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten die Behandlung fest und überwacht deren Ablauf. Sie berät die Patientin/den Patienten, leistet die Grundversorgung und überweist sie/ihn bei Bedarf an ein Spital oder an den Spezialisten. Die Versicherten wählen ihre persönliche Gesundheitsstelle frei aus, die freie Wahl des Leistungserbringers bleibt auf dieser Stufe bestehen. Als persönliche Gesundheitsstelle kommen in erster Linie Hausärzte, Allgemeinpraktiker oder Versorgungsnetze in Frage, welche über eine staatliche Zulassung verfügen. In Analogie zu ausländischen Modellen ist längerfristig auch eine Erweiterung auf andere Leistungserbringer denkbar, insbesondere auf entsprechend ausgebildete Pflegefachpersonen (family nurse, nurse practitioner). Solche Gesundheitsstellen müssen aus drei Gründen staatlich akkreditiert sein. Erstens können die Versicherten diese frei auswählen, deshalb müssen gewisse Qualitätsstandards erfüllt sein. Zweitens müssen die Gesundheitsstellen verpflichtet sein, die weiteren Leistungsanbieter unter Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen und der Kosteneffizienz auszuwählen. Drittens verfügen diese Stellen über einen beträchtlichen Einfluss auf die Quantität und Qualität der Gesundheitsversorgung. Der Staat oder die Versicherungen entschädigen die Gesundheitsstellen für die geleistete Arbeit. Über die Zulassung garantieren sie ein flächendeckendes, ausreichendes Angebot von Gesundheitsstellen. Die Gesundheitsstellen beraten während der ganzen Dauer einer Behandlung ihre Patientinnen und Patienten, bestimmen mit ihnen die Behandlungskette und überwachen deren

²⁵ Der hier verwendete Erstbehandlungsstelle / persönliche Gesundheitsstelle wird häufig synonym mit anderen Begriffen verwendet, wie z.B. „Personal Health Manager“ (PHM) oder Gatekeeper. Gatekeeping ist ein Managed Care Instrument, bei welchem ein Leistungserbringer bei Gesundheitsstörungen prinzipiell als erste Anlaufstelle für die Versicherten auftritt und über die Überweisung des Patienten/ der Patientin in ein Spital oder an den Spezialisten entscheidet.

Leistungserbringung und sammeln die jeweiligen Behandlungsergebnisse. Im Rahmen der Grundversorgung ist dieses Modell obligatorisch.

Mit einem solchen Modell fallen zwei wesentliche Nachteile des heutigen Versorgungssystems weg: Die Intransparenz über die erbrachten Leistungen (Mehrfachuntersuchungen, unkontrollierte Spezialistenkonsultationen) und die oft mangelnde Abstimmung der einzelnen Versorgungsschritte. Vom Gatekeeping-Prinzip wird eine höhere Versorgungsqualität durch konsequentere Patientenführung und eine höhere Wirtschaftlichkeit durch Vermeidung unnötiger Untersuchungen und Weiterweisungen erwartet.

Bei Krankheit ist die Gesundheitsstelle im Normalfall die erste Anlaufstelle. In Notfällen muss es allerdings möglich sein, diese Stufe in der Behandlung ausnahmsweise zu umgehen. Auch Routineuntersuchungen bei GynäkologInnen, Augen- und KinderärztInnen können ohne die vorgängige Konsultation der Gesundheitsstelle erfolgen. Bei Kindern können Kinderärzte als Gesundheitsstelle ausgewählt werden. Alle Leistungserbringer sind allerdings immer verpflichtet, die Informationen nach/während der Behandlung der Gesundheitsstelle zur Vollständigkeit der Patientendaten zukommen zu lassen.

Der Zugang zu den Spitälern erfolgt ausser in Notfällen über die Gesundheitsstelle. Allerdings wird davon ausgegangen, dass diese kaum in der Lage sein wird, Qualität und Kosten in den einzelnen Spitälern umfassend zu überprüfen. Deren Überwachung erfolgt deshalb weiterhin durch die öffentliche Hand. Da ein hoher Finanzierungsgrad die Überwachung von Qualität und Kosteneffizienz seitens der Kantone sicherstellt, wird an der dual-fixen Finanzierung im stationären Bereich festgehalten. Denn nur wer sich finanziell beteiligt, hat im Endeffekt ein Interesse daran, dass die Ressourcen möglichst zweckmässig eingesetzt werden.

Für jede Versicherte/jeden Versicherten organisiert und koordiniert die Gesundheitsstelle die Behandlungskette, überwacht die Versorgung, ist zuständig für die staatlich vorgegebene Prävention und begleitet die Patientinnen und Patienten bei Bedarf im Bereich der Langzeitpflege.

5.2. Planung der Gesundheitsversorgung

Obschon die persönliche Gesundheitsstelle im hier vorgestellten Modell als zentrales Steuerungselement „von unten“ angesehen werden kann, müssen die teuren und grossen Leistungserbringer (Spitäler, Rehabilitationskliniken, Altersheime) ebenso wirkungsvoll untereinander sowie mit der Spitex und den niedergelassenen Ärzten verbunden werden, um Kosten einzusparen.²⁶ Eine solche Koordination geschieht am effizientesten territorial (Steuerung „von oben“). In einer der Schweiz angepassten Umsetzung käme dies einer integrierten regionalen Gesundheitsplanung gleich. Die Planung der Gesundheitsversorgung verfolgt im Wesentlichen das Ziel, Informationsaustausch, Behandlungsrichtlinien und Kapazitätsauslastung der grossen Leistungserbringer aufeinander abzustimmen sowie die Qualität und Kontinuität der Pflege zu optimieren. Erforderliche technische Grundlagen zur Zielerreichung sind insbesondere Systeme, mit denen Informationen unter den Leistungserbringern vereinfacht und standardisiert ausgetauscht werden können (elektronische Patientendossiers) sowie Systeme, mit denen die Nutzung der persönlichen Gesundheitsstelle überwacht

²⁶ Der stationäre Bereich macht immerhin gegen 50% der gesamten Kosten im Gesundheitswesen aus.

werden kann (Versichertenkarte), wobei der Datenschutz zu berücksichtigen ist. Nebst diesen technischen Anforderungen muss die territoriale Verantwortung, Planung und Organisation des Gesundheitswesens gegeben sein, damit eine Gesundheitsplanung funktionieren kann. Bezogen auf die Schweiz könnte ein Organisationsmodell auf regionaler Ebene staatlich organisiert sein (wie z.B. in Schweden und Dänemark), oder es könnten regionale Netzwerke geschaffen werden, in denen zumindest alle wichtigen Leistungserbringer Mitglieder sind.

5.3. Rolle Krankenversicherungen

Wir sind der Auffassung, dass die Konkurrenz der Kassen in der Grundversicherung mehr Nach- als Vorteile bringt und deshalb auf die Aspekte ‚Wirksamkeit der Administration‘ und ‚Qualität der Betreuung der Versicherten in Versicherungsfragen‘ beschränkt werden soll. Dies bedeutet: Einheitliche Prämien pro Prämienregion, einheitliche administrative Verfahren und Informatiklösungen, Stärkung des Kassenverbundes, gemeinsame Präventionsbemühungen und Qualitätssicherungsaktivitäten im Rahmen dieses Verbundes. Die Risikoselektion ist somit ausgeschaltet; Die Kassen erhalten den Charakter von Zahlstellen und PatientInnenberatungsstellen in Fragen des Versicherungsumfanges, der Zahlungsmodalitäten, der Schnittstellen gegenüber anderen Sozialversicherungen etc. Sie sollen keine Privatversicherungen anbieten dürfen, um Interessenkonflikte zu vermeiden.

Ist dieses Ziel kurzfristig nicht zu erreichen, dann muss der Risikoausgleich dringend verbessert werden. Es müssen neben Alter und Geschlecht auch andere Faktoren berücksichtigt werden, die Auskunft über das Krankheitsrisiko der Versicherten geben²⁷.

In jedem Fall sind die Versicherer von der Aufgabe der Qualitätssicherung zu entbinden. Qualitätsstandards und Vorgaben für das Qualitätsmanagement sind in enger Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und ihren Verbänden vom Staat festzulegen.

Notwendig ist eine klare Trennung zwischen Anbietern der Grundversicherung und von profitorientierten Zusatzversicherungen. Versicherer müssen sich entscheiden, ob sie entweder in der Grundversicherung oder in der Zusatzversicherung tätig sein wollen.

5.4. Sozialere Finanzierung dank Ausbau der Prämienverbilligung

Die Solidarität im Gesundheitswesen muss verstärkt werden. Werden auch in Zukunft Kopfprämien erhoben, muss zur besseren Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse das Instrument der Prämienverbilligung ausgebaut und harmonisiert werden. In erster Linie sollten Kinder und Jugendliche in der Ausbildung von den Prämienzahlungen befreit werden. Insbesondere soll die Prämienverbilligung so ausgestaltet werden, dass sie nicht bereits bei einem geringen Zusatzeinkommen vollständig wegfällt, so dass letztlich Familien bestraft werden, die sich anstrengen, mehr Erwerbseinkommen zu erzielen.

²⁷ Vgl. Kommission für Konjunkturforschung 2006.

Anhang:

WO STEHEN DIE KVG-REVISIONSPAKETE IN DER PARLAMENTARISCHEN BERATUNG?

Stand Februar 2007

Nach dem Schiffbruch der letzten KVG-Revision in der Wintersession 2003 der eidgenössischen Räte hat der Bundesrat sich für eine „Paket-Strategie“ entschieden. Eine „Megarevision“, die alle Anliegen gleichzeitig in eine Revision packt, ist im derzeitigen politischen Klima zum Scheitern verurteilt. Zu unterschiedlich sind die Interessen nicht nur der politischen EntscheidungsträgerInnen, sondern auch der verschiedenen AkteurInnen im Gesundheitswesen, wie Kantone, Leistungserbringer, Pharmaindustrie, Versicherer und Versicherte.

Der Bundesrat hat eine Revision in drei Paketen mit jeweils verschiedenen Botschaften (Teilvorlagen) vorgelegt, allerdings dabei keine Prioritäten gesetzt. Der ursprünglich ehrgeizige Zeitfahrplan des Bundesrates zur Umsetzung der drei Revisionspakete ist bereits über den Haufen geworfen worden. Der Ständerat ist Erstrat: Das bedeutet, dass der Nationalrat erst nach Verabschiedung durch den Ständerat an die Arbeit gehen kann.

Aktueller Stand der drei Pakete KVG Bundesrat -Revision:

Paket 1: Vier Botschaften vom Mai 2004 vorgelegt

Die **Botschaft 1 A** umfasst folgende Inhalte:

- Verlängerung des **Risikoausgleichs**: Wie bisher nach den Kriterien Alter und Geschlecht für vorerst weitere fünf Jahre bis 2010. Im Zusammenhang mit der Spitalfinanzierung wird vom Ständerat eine Neuregelung des Risikoausgleichs angestrebt, welche auch das Kriterium des Gesundheitszustandes berücksichtigen soll.
- Verlängerung der geltenden **Spitalfinanzierung**: Das dringliche Bundesgesetz über die Beiträge der Kantone an innerkantonale Behandlungen von Personen mit einer Zusatzversicherung gilt bis zu einer definitiven Neuregelung der Spitalfinanzierung (2. Paket). Per 1. Januar 2005 wurde dieser Beschluss bis Ende 2006 verlängert. Die Verlängerung musste dann vom Parlament um weitere zwei Jahre bis Ende 2008 hinausgezogen werden, weil die Vorlage über die Neuregelung der Spitalfinanzierung noch nicht unter Dach und Fach ist.
- Verlängerung des **Zulassungsstopps für Ärzte/Ärztinnen** in der Kompetenz des Bundesrates bis längstens Juli 2008.
- Weiterführen und Einfrieren der **Pflegetarife**: Die vom Bundesrat festgelegten Rahmentarife für Leistungen der Pflegeheime und der Spitex wurden in einem ersten Schritt bis zu einer Neuregelung der Pflegefinanzierung (3. Paket) ab 1. Januar 2005 bis Ende 2006 befristet. In der Wintersession 2006 hat das Parlament einer weiteren Verlängerung bis Ende 2008

zugestimmt, wobei die Tarife nun jährlich der Teuerung angepasst werden müssen.

- **Sanktionen für Leistungserbringer** sind seit 1. Januar 2005 in Kraft: Verankerung der Sanktionsmittel und der Gründe für Sanktionen in Art. 59 KVG.
- Vorschriften für Geschäftsbericht und **Rechnungslegung der Versicherer**: Die Umsetzung in die Praxis erfolgte per 1. Januar 2006.
- Kompetenz des Bundesrates zur Einführung einer **Versichertenkarte**: Der Gesetzesartikel trat am 1. Januar 2006 in Kraft, die Umsetzung in die Praxis erfolgt voraussichtlich Anfang 2008.

Die **Botschaft 1 B** beschränkt sich auf die Frage **Vertragszwang oder Vertragsfreiheit**:

- Der Bundesrat will Vertragsfreiheit (Aufhebung des Kontrahierungszwangs): Die Kommissionen von Ständerat und Nationalrat haben diese Vorlage auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Die Nationalratskommission will das Thema Vertragsfreiheit mit der Vorlage Managed Care behandeln und auch die Frage der Kostenbeteiligung einbeziehen.

Die **Botschaft 1 C** umfasst die beiden Themen **Prämienverbilligung** und **Leistungsaufschub**:

- Der Bundesrat schlug ursprünglich ein Prämienverbilligungsmodell mit einem gesamtschweizerisch gültigen Sozialziel vor. Das Parlament beschloss eine Vorlage mit Prämienverbilligung für Familien mit kleinen und mittleren Einkommen: Die Prämien von Kindern und Jugendlichen in Ausbildung werden durch die Kantone um mindestens 50 % verbilligt. Ständerat und Nationalrat haben die Vorlage in der Frühjahrsession 2005 bereinigt. Sie ist am 1. Januar 2006 in Kraft getreten. Die Bundesbeiträge in den Jahren 2006 und 2007 werden um je 100 Millionen Franken aufgestockt.
- Sind die Prämien und Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht bezahlt und wurde im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt, so schiebt der Versicherer die Kosten für Leistungen auf, bis alle Ausstände und Kosten vollständig bezahlt sind. Diese neue Bestimmung im Art. 64a KVG ist bereits in Kraft und hat in der Praxis zu Problemen geführt, weil PatientInnen aus der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden.

Die **Botschaft 1 D** beinhaltet die **Kostenbeteiligung der PatientInnen**:

- Die Verdoppelung des Selbstbehalts von 10 % auf 20 % wurde vom Ständerat beschlossen. Die Nationalratskommission hat noch keine Entscheide gefällt und will diese Frage erst im Zusammenhang mit den Themen Kontrahierungszwang und Managed Care behandeln.

Paket 2: Zwei Botschaften des Bundesrates vom September 2004 vorgelegt

- **Neuregelung Spitalfinanzierung (Botschaft 2 A)**: Der Bundesrat schlägt eine dual-fixe Finanzierung durch Kantone und Krankenversicherer vor. Öffentliche und private Spitäler würden gleichgestellt, jedoch ohne Leistungsauftrag an Private. Der Übergang zur monistischen Finanzierung wäre drei Jahre nach Inkrafttreten vorgesehen. Der Ständerat hat das bundesrätliche Modell mehr oder weniger übernommen. Er will jedoch den Monismus schneller einführen und mit einer weiteren Vorlage gleichzeitig den Risikoausgleich verfeinern. Der Nationalrat berät die Vorlage Spitalfinanzierung in der Märzsession 2007. Die Vorlage

Risikoausgleich wurde von der Nationalratskommission noch nicht behandelt.

- **Managed Care (Botschaft 2 B):** Der Bundesrat schlägt vor, integrierte Versorgungsnetze von Leistungserbringern zu fördern. Der Ständerat hat die Managed-Care-Vorlage ohne jede Verpflichtung für das Anbieten solcher Modelle in der Wintersession 2006 verabschiedet. Die Nationalratskommission hat mit den Arbeiten an dieser Vorlage noch nicht begonnen. Die Frage der **Medikamentenpreise** wurde von Ständerat noch nicht aufgegriffen, obwohl sie Bestandteil der Vorlage Managed Care (Botschaft 2 B) ist. Der Bundesrat will die Verschreibung des Wirkstoffes statt des Produktes und die Abgabe eines preisgünstigen Medikamentes ins Gesetz aufnehmen.

Paket 3: Botschaft des Bundesrates vom Februar 2005 vorgelegt

- **Neuordnung der Pflegefinanzierung:** Der Bundesrat schlägt vor, dass die „Behandlungspflege“ voll von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgegolten und an die „Grundpflege“ nur noch ein fixer Frankenbeitrag geleistet werden soll. Der Ständerat verwirft dieses Modell und verabschiedet in der Herbstsession 2006 einen Vorschlag, der die privaten Haushalte noch stärker belasten wird. Die Nationalratskommission wird Ende Februar 2007 ein Hearing durchführen und hat noch keine Entscheide gefällt. Zudem will der Bundesrat aufgrund von Motionen in Stände- und Nationalrat eine private und steuerbegünstigte Säule 3c (analog Säule 3a in der privaten Altersvorsorge) für die Finanzierung der Pflege im Alter einführen.

Der Bundesrat hat zudem verschiedene politische Entscheide **in eigener Kompetenz auf dem Verordnungsweg** getroffen: So hat er beispielsweise fünf Methoden der **Komplementärmedizin** aus der Grundversicherung ausgeschlossen und die **Psychotherapie** eingeschränkt. Zudem hat er angekündigt den gesamten Pflichtleistungskatalog der Grundversicherung einer Prüfung zu unterziehen.

Hängige Volksinitiativen:

- „Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“ (eingereicht von der SVP): Das Parlament will einen indirekten Gegenvorschlag dazu erarbeiten.
- „Ja zur Komplementärmedizin“: Der Nationalrat behandelt diese Volksinitiative in der Märzsession 2007.

* * * * *