



CVP SCHWEIZ

Verabschiedet an der Delegiertenversammlung vom 22. Oktober 2005 zum Gesundheitswesen: Der Leitfaden für die Grundsatzdiskussion

Für stabile Prämien und das Ende der Kostenexplosion!

1. Schwierige Ausgangslage:

Die Reform des Krankenversicherungsgesetzes ist seit Jahren hängig. Kostendämmende Massnahmen wurden bis heute nur ungenügend umgesetzt. Ob die laufende Revision Erfolg haben wird, ist höchst ungewiss. Denn:

- Der Gesundheitsminister hat aus der gescheiterten Gesamtreform viele Einzelvorlagen gemacht: eine Einladung an alle Einzelinteressen diesen Vorlagen die „Zähne zu ziehen“. Wie viel Prämienentlastung dann übrig bleibt, ist ungewiss.
- Die Polparteien haben kein Interesse an einer griffigen Reform. Sie wollen primär Wählerstimmen maximieren: Scheitert die Revision, stehen die Pole mit ihren Volksinitiativen als „Retter“ in einer ausweglosen Situation da. Einmal mehr droht aus wahltaktischen Überlegungen eine unheilige Allianz und Reformstau. Untauglich sind aber beide Volksinitiativen:
- Die SP-Forderung nach einer Einheitskrankenkasse tönt auf den ersten Blick gut, steigert aber die Prämien: Seit 1996 haben die Krankenkassen ihre Verwaltungskosten um 30% gesenkt. Der Wettbewerb zwischen den Kassen hat die Verwaltungskosten auf 5.6% des Umsatzes gedrückt. Eine nationale Einheitskasse würde einen enormen Verwaltungsapparat schaffen und leicht zu intransparenten „SUVA“-Verhältnissen führen. Eine Einheitskasse hätte keinerlei Auswirkungen auf die Entstehung und Minimierung der Kosten: Sie senkt keine Prämien sondern administriert die Rückvergütung der erbrachten Leistungen anders. Innovative neue Modelle, die heute von den Kassen angeboten werden (Franchisen, Ärzte-Netzwerke), fielen bei der Einheitskasse wieder weg. Für Versicherte in solchen Modellen wären massive Prämien erhöhungen die Folge. Kantone mit geringen Kosten im Gesundheitswesen würden bestraft. Kantone mit Reformstau und Überkapazitäten würden belohnt: Wer in Zukunft noch Kosten sparen würde, wäre der Dumme.
- Die SVP-Initiative nach einer Einschränkung der versicherten Leistungen ist ein direkter und alleiniger Abbau beim Patienten. Der grösste Kostenblock (ambulante und stationäre Spitalpflege) bleibt unangetastet. Die Sparwirkung der Initiative bleibt weit hinter den Versprechungen zurück. Bis heute bleibt offen, welche Leistungen aus dem Grundversicherungskatalog gestrichen werden sollen, um happige Einsparungen zu erzielen. Die Initiative sieht keine Prämienverbilligung mehr vor: Sie ist unsozial.
- Die ständige Ausweitung der Leistungen und damit die permanente Erhöhung der Gesundheitskosten und Prämien bringt Junge, Familien, ältere und kranke Menschen ans finanzielle Limit. Die Ursachen der Kostensteigerungen sind bekannt:
 - Mit jeder neuen Prämienrunde steigt die Anspruchshaltung der Patienten: Wenn man schon viel bezahlt, will man auch konsumieren, sollte man mal krank sein. Wir leiden an einer quantitativen Leistungsexplosion.
 - Jedes Jahr steigt die Lebenserwartung in der Schweiz. Diese Entwicklung können und wollen wir nicht zurückdrehen. Wie wir aber 2020 die Folgen einer markant veränderten Altersstruktur der Bevölkerung bewältigen, kann heute niemand sagen.
 - Der medizinische und medizintechnische Fortschritt ist rasant. Unsere Volkswirtschaft, Arbeitsplätze und viele betroffene Patienten profitieren direkt von dieser Entwicklung. Auf der anderen Seite will Qualität finanziert sein. Auch hier ist ein staatlicher Eingriff schwierig: Denn wer kann ethisch korrekt definieren, welche Personen an diesem Fortschritt teilhaben dürfen und welche nicht? Das ist die qualitative Seite der Leistungsexplosion.
 - Die Schweiz leistet sich weltweit einzigartige Überkapazitäten in der medizinischen Versorgung: keine oder falsche Anreize, intransparente Finanzierungssysteme und föderalistische Fallgruben sind die Ursache.
- Die Gesundheitsversorgung wird in den nächsten 15 Jahren ein permanentes Reformfeld bleiben. Reformen müssen sofort eingeleitet und so rasch als möglich realisiert werden: Die Prämienzahler wollen spürbare Entlastung.
- Wir wollen einen breiten gesellschaftlichen Diskurs, was wir uns leisten können und wollen, wo Solidarität und Eigenverantwortung aufhören bzw. beginnen. Das vorliegende Positionspapier ist ein weiterer Beitrag der CVP.
- **Wir müssen jetzt über die aktuellen KVG-Einzelvorlagen hinaus grundlegende Reformen in die Wege leiten. Die Zahlen belegen es: Das Gesundheitswesen braucht eine neue Gesamtkonzeption:**

2. Alarmierende Zahlen:

- Rund jeder 8. Franken oder 48 Milliarden Franken werden pro Jahr für das Gesundheitswesen ausgegeben.
- Sorge bereiten dabei jene Kosten am Gesamtkuchen, welche von den Sozialversicherungen und der öffentlichen Hand getragen werden (rund 58%).
- Vor 40 Jahren haben die Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt (BIP) 5% ausgemacht. Heute sind es 11%. Die realen Gesundheitskosten haben sich im gleichen Zeitraum pro Kopf vervierfacht.
- Die Krankenkasse deckt in der Grundversicherung folgende Kosten: Arztbehandlungen: 4.259 Milliarden Franken; Spitalleistungen stationär: 4.139 Milliarden Franken; Apotheken: 2.608 Milliarden Franken; Spitalleistungen ambulant: 2.532 Milliarden Franken. Mit deutlichem Abstand folgen die Pflegeheime als weiterer Block (1.484 Milliarden Franken). Alle weiteren Bereiche (Physiotherapie, Laboratorien, Spitex, etc.) können wenig zur spürbaren Prämientlastung leisten.
- Ein Prozent der Krankenversicherungspatienten verursacht 25% aller Gesundheitskosten; die teuersten 10% der Patienten verursachen 60% der Kosten.
- Die Prämien werden jährlich mit 3.5 Milliarden Franken verbilligt. 2.5 Millionen Bürgerinnen und Bürger oder 41% der Haushalte erhalten Prämienverbilligung. Allein die Abwicklung kostet Millionen von Franken: Hunderte von Angestellten sind mit der Administration des Prämienverbilligungssystems beschäftigt.
- Die Gesundheitsleistungen werden von 600 Spitälern und 15'000 Ärzten erbracht. Pro 1000 Einwohner gibt es in der Schweiz doppelt so viele Spitalbetten wie in Schweden. Im Durchschnitt finden wir in unserem Land alle 7 Kilometer eine stationäre Institution.
- Die Schweizer liegen doppelt so lange in den Spitalbetten wie die Skandinavier. Regional sind die Unterschiede massiv: 7 Tage in Neuenburg, 9 Tage in Zürich, 12 Tage in Basel-Landschaft und 14 Tage in Uri.
- 120'000 Personen sind im engeren Spitalbereich beschäftigt.
- Jede neue Arztpraxis führt zu 500'000 Franken Jahreskosten – ohne dass die Einkünfte anderer Ärzte geschmälert würden.
- Ärzte und Spitäler befinden sich in einem „Ausstattungswettbewerb“: so sind im Kanton Wallis 9 MRI-Geräte (Magnetic-Resonance-Imaging-Gerät) in Betrieb: Pro Einwohner zehnmal mehr als in Frankreich.
- Die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger beurteilt die Qualität des Gesundheitswesens positiv in Befragungen. Punktuell sind die Befragten aber auch bereit mehr Eigenverantwortung zu übernehmen. Kostenbewusstes Handeln sollte aber gemäss den Befragten belohnt werden.

3. Die Stossrichtung möglicher Reformen:

Die Delegierten haben die Möglichkeit, einzelne Forderungen des Programms zu bestreiten und die Abstimmung zu verlangen: In diesem Fall entscheiden sie sich zwischen drei Optionen: Zustimmung zur Forderung; Ablehnung der Forderung; Rückweisung und genauere Überprüfung der Forderung. Je nach Verlauf der Diskussion werden einzelne Massnahmen konkretisiert, weiterverfolgt und in geeigneter Form im Parlament eingereicht. Grundlagen des vorliegenden Dokuments sind: das Grundsatzprogramm „Aufbruch Schweiz“ (Sept. 2004), die Thesen zur Gesundheitspolitik für die Legislatur 03-07 (Aug. 2003) und das Positionspapier Stabilisierung der Kosten im Gesundheitswesen (November 2001).

3. 1. Unsere Partei hat ein Ziel:

Wir stabilisieren die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und sorgen für zahlbare Prämien. Notwendig sind:

1. der Stopp der Mengenausweitung im stationären und ambulanten Bereich
2. die volle Kostentransparenz und Kostenkontrolle bei Krankenkassen und Leistungserbringern
3. ein kosten- und risikobewusstes Verhalten und bessere Zusammenarbeit bei Leistungserbringern und Versicherten
4. die Sicherung der Versorgungsqualität - ohne sofort jede neue technische Errungenschaft zum Standard zu erklären
5. eine klare Absage an die unbezahlbare linke Forderung nach einer umfassenden, zentralen Staatsmedizin
6. ein klares Eintreten gegen rechte Vorstellungen einer öffentlichen Gesundheitsversorgung als „Discount-Produkt“!

3. 2. Ein 20-Punkte-Programm, das Kosten senkt:

a.) Versicherte und Versicherungen:

Patienten: Mit mehr Eigenverantwortung Prämien senken

Heute „rentiert“ für die Betroffenen Prävention, Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein zu wenig: Weil alles versichert ist, kommt es zu vielen Arztbesuchen oder teuren Behandlungen, die medizinisch nicht notwendig sind. Es braucht mehr Anreize

zu kostenbewusstem Verhalten der Prämienzahlenden.

1. Wir wollen ein Szenario „stabile Prämien bis 2010“: Der Bundesrat soll aufzeigen, wie hoch eine generelle Erhöhung der Franchise sein müsste, damit die Prämien für die Grundversicherung bis 2010 ein Haushaltseinkommen nicht zusätzlich belasten. Parallel zu einem solchen Szenario müssten flankierende Massnahmen für Härtefälle, Familien und Kinder vorgesehen werden.
2. Das Szenario „stabile Prämien bis 2010“ zeigt auf, welchen Beitrag eine „Arzt-Erstkonsultationspauschale“ leisten kann und wie hoch diese sein müsste. Eine solche Pauschale könnte helfen, dass Bagatellfälle und leichte Befindlichkeitsstörungen (inkl. Medikamente) vermehrt in der Eigenverantwortung der Patienten liegen.
3. Im Szenario „stabile Prämien bis 2010“ ist auch die Kombination der Massnahmen 1 und 2 vorzusehen: Welche Massnahme kann wie viel zum Prämienentlastungseffekt beitragen. Dabei soll auch die Option « Nullprämie für Kinder » berechnet werden.
4. Die Administration des Prämienverbilligungssystems verschlingt Millionen. Dieses Geld fehlt in den Taschen der Versicherten. Wir wollen eine Vereinfachung mit grösserem Effekt.
5. Die Einführung der Gesundheitskarte ist dringlich: Wenn die Informationen zur Krankheitsgeschichte eines Patienten verfügbar sind, werden Kosten eingespart (z. B. Hinweise zum letzten Spitalaufenthalt, Allergien, Name des Hausarztes, etc.; überflüssige Abklärungen können verhindert werden). Zweit- und Mehrfachuntersuchungen – insbesondere Laboruntersuchungen oder Röntgenbilder – sollen von den Krankenkassen nur noch bezahlt werden, wenn eine zusätzliche Diagnose vorliegt bzw. ein weiterer Untersuchungsantrag angezeigt ist.
6. Wer konsequent Generika konsumiert, soll einen tieferen Selbstbehalt bezahlen müssen.

Krankenkassen: Mehr Transparenz und flexible Modelle für tiefere Prämien

7. Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, jährlich mit dem Betriebsergebnis die Ausgaben und Einnahmen in der obligatorischen Krankenversicherung und die Prämiengestaltung transparent zu publizieren. Die Jahresrechnungen für die obligatorische Grundversicherung müssen ausweisen, wie hoch die Rückerstattung von Leistungen, die Verwaltungskosten, die Abschreibungen, die Rückstellungen und die Reserven sind. Zudem müssen die Prämieinnahmen und die geleisteten Kosten pro Altersgruppe und Leistungsart transparent aufgeschlüsselt und publiziert werden. Die Versicherten haben das Anrecht zu wissen, wie ihre solidarischen Prämien verwendet werden.
8. Es braucht gegenüber den Versicherten mehr Transparenz für die Zusatzversicherungsprämien: Obwohl seit 2000 nicht mehr die Versicherungen sondern die Kantone den obligatorischen Teil bei einem privaten Spitalaufenthalt finanzieren, wurden die Zusatzversicherungsprämien noch nie angepasst.
9. Es braucht mehr Anreize für alternative Versicherungsmodelle: Hausarztmodell, Netzwerke von Ärzten, Spitälern, Apothekern, Spitex, Pflegeheimen etc. Wer sich in einem solchen Versicherungsmodell versichert, muss eine Reduktion gegenüber den traditionellen Versicherungsprodukten oder einen kleineren Selbstbehalt erhalten.
10. Die obligatorische Krankenversicherung muss für jede Krankheit eine „schnörkellose“, wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung und Betreuung vergüten. Kann diese aus persönlichen Gründen des Patienten nicht erfolgen, so hat er einen Malus oder die Kostendifferenz zu übernehmen. Es kann nicht sein, dass in verschiedenen Kantonen beispielsweise 40% der Kinder mit Kaiserschnitt auf die Welt kommen, obwohl diese Massnahme medizinisch in nur 16% der Fälle angezeigt ist.
11. Es braucht mehr Wettbewerb bei allen Leistungserbringern. Die Krankenkassen müssen heute mit jedem Arzt zusammenarbeiten und mit jedem Spital einen Tarifvertrag abschliessen: unabhängig von den Kosten, der Effizienz und der Qualität der Leistung. Das geht nicht mehr: Das Gesetz muss so geändert werden, dass individuelle Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen möglich sind. Solche Verträge müssen klare Rahmenbedingungen und Vorgaben für Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit enthalten. Wenn einer der Partner einen Vertragsabschluss ablehnt muss er dies begründen. Die spezielle Situation der Unispitäler muss separat behandelt werden.
12. Es braucht einen Auf- und Ausbau der Qualitätssicherung: Die besten Kosten-/Nutzen-Institutionen bei Kassen, Spitälern, Ärzten etc. müssen bekannt sein. Die Branchenorganisationen aller beteiligten Akteure müssen nach einheitlichen Qualitätskriterien einen „Gault & Millau“ für das Gesundheitswesen erstellen: Welche Qualität hat wo den besten Preis? Standardisierte Qualität bietet auch preisliche Vorteile.

b.) Kantone und Spitäler

Spitäler: Fallpauschalen und klare Finanzierung für günstigere Spitalaufenthalte

Die Finanzierung der Spitäler und Kliniken ist inzwischen so kompliziert geworden, dass niemand mehr genau sagen kann, was in welchem Kanton wie viel kostet und wer was bezahlt. Die Anreize sind nicht oder falsch gesetzt und die Verantwortlichkeiten nicht klar.

13. Die Spitalfinanzierung muss radikal vereinfacht werden. Ein Spital soll nur noch aus einer Quelle finanziert werden (Monismus), wobei die genaue Ausgestaltung des Systems offen ist. Ambulante Spitalleistungen und stationäre Aufenthalte müssen in allen Kantonen nach dem gleichen Tarifsystem und der gleichen Tarifstruktur abgegolten werden.

Heute werden die Patienten mit Zusatzversicherungen hospitalisiert und bleiben erst noch länger, weil das Spital den defizitären Grundversicherten quersubventionieren und dadurch das Ergebnis verbessern kann

14. Die Kosten der Spitäler sollen schweizweit mit strukturierten Fallkostenpauschalen (DRG) abgegolten werden: Diese beziehen sich auf das Krankheitsbild (Diagnose) und werden pauschal pro Patient errechnet. Dem Spital werden neu die effektiv am Patienten erbrachten Leistungen abgegolten (Subjektfinanzierung) an Stelle der heutigen Abgeltung von Kosten (Objektfinanzierung). Das verhindert, dass sich Spitäler mit Patienten finanzieren, die sie eigentlich schon entlassen oder an eine andere Organisation weitergeben müssten (z. B. Spitex, Pflegeheim). Fallkostenpauschalen werden die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Spitälern verkürzen, mehr Transparenz herstellen und Preisvergleiche ermöglichen.
15. Es braucht eine übergeordnete Spitalplanung. Die Kantone schliessen sich für eine bessere regionale Zusammenarbeit in fünf Gesundheitsregionen zusammen. Die Spitalplanung der Kantone muss sowohl mit öffentlichen als auch mit privaten Institutionen durchgeführt werden. Einen medizinischen Versorgungsauftrag soll der erhalten, der das beste Preis/Leistungsverhältnis ausweist.
16. Kommen die Kantone in der Planung der Spitzenmedizin nicht bis Oktober 2006 zu einem gemeinsamen Ergebnis, soll der Bund das Angebot und die Standorte für die Spitzenmedizin festlegen.

c.) Pflege

Pflege: Neue Ideen gegen die drohende Prämienexplosion

Die Pflegekosten werden aufgrund der demographischen Entwicklung in den nächsten Jahren markant ansteigen. Pflegeversicherungsmodelle, welche diese Kosten einfach auf die ältere Generation mit massiv höheren Prämien abwälzen wollen, sind zu einfach. Auch die heutige schlichte Verteilung der entstehenden Kosten auf alle ist keine befriedigende Lösung. Es braucht eine saubere Auslegeordnung mit allen Optionen und deren Kosten für die Beteiligten. Es braucht auch neue Denkanstösse zur Lösung des Problems:

17. Die Einführung eines „Dienstes an der Gemeinschaft“ muss seriös geprüft werden. Der Dienst an der Gemeinschaft kann in Form von Militärdienst, Zivildienst, in der Betreuung und Pflege der älteren Generation oder bei der Haushalthilfe nach einem Spitalaufenthalt geleistet werden. Wir fordern die Entwicklung eines Modells, das Organisation, Kostenflüsse und Entlastungen aufzeigt.
18. Gefordert ist auch die Solidarität innerhalb der älteren Generation: Rüstige Rentner sollen bei der Betreuung kranker Menschen helfen können, sei es als Nachbarn oder im Spitex- und Pflegeheimbereich.
19. Vom Bundesamt für Gesundheitswesen ist bis Mitte 2006 eine Übersicht über die Finanzströme im Pflegebereich zu erstellen: Niemand weiss heute, welcher Anteil aus der IV, an Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigung in die Pflege fliesst. Die Pflegefinanzierung muss über eine gerechte Verteilung der Kosten auf die privaten Haushalte, die Krankenversicherer und die öffentliche Hand sichergestellt werden. Die Finanzierung der ambulanten Pflege (Spitex) und der stationären Pflege (Pflegeheime) ist sauber zu regeln.
20. Die ambulante Pflege (Spitex) muss so reorganisiert werden, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Spitälern, Pflegefachleuten und Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege möglich ist.

4. Das weitere Vorgehen

1. Nach zwei verlorenen Jahren muss die Revision des Krankenversicherungsgesetzes bis Ende 2006 abgeschlossen werden.
2. Die einzelnen Akteure sind aufgefordert statt mit Referendumsdrohungen und dem Vertreten von Partikularinteressen durch konkrete Denkansätze zu einer Lösung beizutragen.
3. In der zweiten Hälfte der laufenden Legislatur müssen alle heute bekannten Baustellen im Gesundheitsbereich bearbeitet und die Reformschritte konkretisiert werden.
4. Das Dossier „Krankenversicherung und Pflegefinanzierung“ braucht im Bundesrat prioritäre Behandlung und eine viel engere Führung.
5. Die CVP wird ihren Beitrag zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen aufgrund der Diskussion zum vorliegenden Massnahmenplan konkretisieren und in den Räten einbringen.