

5 nach 12
im Gesundheitswesen
Konkrete Massnahmen

Von Otto Ineichen
Nationalrat

Mai 2010

Summary

Im Juni 2009 haben eine überparteiliche Gruppe von 10 Gesundheitspolitikern (National- und Ständeräte) und ich ein Mindestprogramm mit einem Sparvolumen von über 1 Milliarde Franken erarbeitet. Leider ist davon bis heute wenig übrig geblieben.

Meine Hoffnung, dass ein Teil davon in den nachfolgenden Sessionen eine Mehrheit findet, ist enttäuscht worden. Dies hat mich veranlasst, nach der Wintersession 2009 Teil 1 dieser Schrift „Das Desaster im Gesundheitswesen“ zu verfassen. Nachdem in der Frühjahrssession 2010 das meiste wieder aufgeschoben wurde, ist meine Befürchtung gross, dass auch in der Sommersession 2010 kaum etwas passieren wird. Trifft dies ein, wäre dies eine Kapitulation von uns Parlamentariern.

All dies hat mich bewogen, einen **neuen Teil 2 „Konkrete Massnahmen“ (s. Seite 25)** zu verfassen. Ich will aufzeigen, dass konkrete Lösungen schon lange auf dem Tisch liegen. Der Wille jedoch, diese umzusetzen, scheiterte immer wieder am Lobbyismus und an uns Parlamentariern.

Auch diesen 2. Teil habe ich mit Persönlichkeiten aus Politik, Verwaltung und Interessenvertretungen des Gesundheitswesens diskutiert. Alle sind je nach Interessenlage der Meinung, dass diese schon längst hätten umgesetzt werden können. Ich behaupte, dass für alle aufgeführten Forderungen eine Mehrheit in den beiden Kammern gefunden werden könnte, wenn auch mit verschiedenen politischen Absichten.

Ein Unternehmer gibt nie auf! Ich glaube fest daran, dass gerade jetzt die Chancen am grössten sind, Mehrheiten für dringend notwendige Reformen im Interesse des Gemeinwohls zu finden.

Weshalb? Niemand will, dass das Gesundheitswesen zum Spielball der Wahlen 2011 wird, weil mit diffusen Wahlversprechen statt mit konkreten Reformbeschlüssen die notwendigen Veränderungen nur verzögert und die Situation verschlimmert wird. Die grossen Verlierer dabei sind die Prämien- und Steuerzahler mit fatalen volkswirtschaftlichen Folgen für das angesichts wachsender Zwangsabgaben immer kleiner werdende frei verfügbare Einkommen unserer Bürgerinnen und Bürger.

Dies kann bestimmt keine Partei wollen. Es wäre im Interesse von uns allen, dass diese auf das Thema Gesundheit in den Wahlen 2011 verzichten. Ich meine, dass mit einem Gesellschaftsvertrag, den alle Parteien unterzeichnen müssen, die Glaubwürdigkeit der Parteien und das Vertrauen in das Parlament massiv gestärkt werden könnte.

Gelingt es uns nicht, diese Massnahmen schnellstmöglich umzusetzen, droht uns im Gesundheitswesen ein ähnlicher Kollaps wie in Griechenland.

Über alle Parteigrenzen hinweg muten wir unserem Gesundheitsminister zu, dass er die Kosten im Gesundheitswesen in den Griff bekommt. Dafür braucht es aber eine möglichst breite, überparteiliche Konsensfindung.

Der Bundesrat kann per 2011 in den Bereichen Generika, Mittel und Gegenstände sowie gleiche Tarife in Spitalambulatorien und Arztpraxen ca. 300 Millionen Franken sparen. Eine weitere Senkung der Vertriebsmargen und die Verpflichtung, stets das preisgünstigste Medikament einer Gruppe mit gleichem Wirkstoff zu verschreiben, entlasten die Prämienzahlenden um weitere 400 Millionen Franken oder 2 Prämienprozent. Das sind immerhin total 3,5 Prämienprozent.

Mit einem Verbot des Telefonmarketings und der Maklerprovisionen ab dem 1. September 2010 können die Versicherer ca. 100 Millionen Franken bzw. 0,5 Prämienprozent einsparen und ihre Kundenwerbung auf Beratung mit Qualität und treue Kunden ausrichten. **Es ist ausserordentlich wichtig, dass der Bundesrat für diese Massnahmen, welche uns Prämienzahlende um 800 Millionen Franken entlastet, bzw. die Prämienhöhung 2011**

um 4% reduziert, die volle Unterstützung des Parlaments hat. Diese Massnahmen sind dringendst in der Sommersession 2010 zu beschliessen.

Die weiteren vorgeschlagenen Massnahmen haben keinen kurzfristigen Spareffekt, dämpfen aber das Kostenwachstum und folglich die Prämien erhöhungen in den nächsten Jahren.

Otto Ineichen, Nationalrat

Teil 1

Das Desaster im Gesundheitswesen

Status Quo nach der Frühjahrssession 2010

Inhaltsverzeichnis

1. Mein bisheriges Engagement
2. Einleitung
3. Ausgangslage
 - 3.1. Den Lobbyisten sei gedankt
 - 3.2. Ein Hoch den Leistungserbringern
 - 3.3. Schlaumeiereien
4. Grundsätze eines nachhaltigen Gesundheitswesens
 - 4.1. Stärkung der Eigenverantwortung
 - 4.2. Solidarität und Gleichbehandlung
5. Wettbewerb im Gesundheitswesen?
 - 5.1. Oberstes Prinzip: Gemeinwohl
 - 5.2. Folgen fehlenden Wettbewerbs
 - 5.3. Wettbewerbsbeitrag der Leistungserbringer
 - 5.3.1. Ärzte
 - 5.3.2. Spitäler
 - 5.3.3. Pflege
 - 5.4. Wettbewerbsbeitrag der Pharmaindustrie und anderer Zulieferer
 - 5.5. Technologischer Fortschritt
 - 5.6. Wettbewerbsbeitrag der Krankenversicherer
 - 5.7. Wettbewerbsbeitrag von Bund, Kantonen, Gemeinden
6. Lösungsansätze
 - 6.1. Das Medizinische Angebot
 - 6.1.1. Unternehmerische Verantwortung oder Straffung des Pflichtleistungskatalogs?
 - 6.1.2. Selbstverantwortung
 - 6.1.3. Lebensverlängerung ja - Sterbeverlängerung nein
 - 6.1.4. Ziele statt Gebote und Verbote
 - 6.2. Die Leistungserbringer
 - 6.2.1. Pflege zu Hause
 - 6.2.2. Konzentration der Spitzenmedizin
 - 6.2.3. Medikamente, Medizinaltechnik
 - 6.3. Die Kostenträger
 - 6.4. Die Rolle des Staates
 - 6.4.1. Corporate Governance statt Rollenkonflikte
 - 6.4.2. Gesundheitsförderung
 - 6.4.3. Qualität und Innovation
 - 6.4.4. Vertragsfreiheit
 - 6.4.5. Aufsichtsorgan
 - 6.4.6. Datenschutz
 - 6.4.7. Ausbildung
 - 6.4.8. Aufhebung des Numerus Clausus
7. Dringendster Handlungsbedarf 2010
 - 7.1. Vertragsfreiheit, Managed Care und Kostenbeteiligung
 - 7.2. Investitionsrüsten stoppen
 - 7.3. Finanzierung aus einer Hand und einheitlicher Finanzierungsmix

1. Mein bisheriges Engagement

Schon vor meiner Wahl ins Parlament 2003, habe ich mich als Unternehmer mit dem Gesundheitswesen auseinandergesetzt.

- 2001 habe ich in Zusammenarbeit mit Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom, die Schrift **Gesundheitspolitische Visionen aus Unternehmenssicht** verfasst. Ich könnte jetzt aus dieser Schrift zitieren und Sie würden meinen, sie wäre heute frisch verfasst worden. Mit anderen Worten: es ist in der Zwischenzeit viel passiert, verändert im Interesse des Gemeinwohls hat sich aber nichts.

In meiner parlamentarischen Tätigkeit verweise ich auf die weiteren Engagements:

- **2003 - Schaffung einer überparlamentarischen „Task Force Gesundheit“.**
Resultat = 0
- **2009 - Bildung einer überparteilichen „Arbeitsgruppe Gesundheit“ mit 10 gesundheitspolitischen Parlaments-Spezialisten**, die entsprechende Vorschläge ins Parlament eingebracht haben. Das Resultat ist sehr bescheiden. Immerhin sind einige Parlamentarier etwas sensibilisiert worden.
- **18. November 2009: Referat bei der Academy Health Care Policy zum Thema: „Reformen im Gesundheitswesen – Wo stehen wir?“**

(All diese Engagements sind auf meiner Homepage www.otto-ineichen.ch einsehbar).

Ich fühle mich gegenüber meinen 10 Parlaments-Kolleginnen und -Kollegen verpflichtet, nicht einfach aufzugeben. Ich danke ihnen an dieser Stelle für ihr Engagement, denn jede und jeder von ihnen hat den Beweis erbracht, dass überparteiliche Lösungen möglich wären, wenn sie nicht von Besitzstandswahrern und Lobbyisten unterlaufen würden, bevor sie im National- und Ständerat überhaupt diskutiert werden. Das Trauerspiel nimmt in der Frühlingssession 2010 sein Ende, nachdem die vorgeschlagenen dringlichen Massnahmen abgelehnt oder zur Wirkungslosigkeit reduziert wurden.

Was in Wirklichkeit in den letzten Jahren gelaufen ist, wird hier aufgezeigt.

2. Einleitung

Ich habe in der letzten Zeit zahlreiche Gespräche mit Fachleuten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens geführt. Ebenso habe ich während Monaten eigene Recherchen anstellen lassen. Aus dem gesammelten Material sind diese Denkanstösse entstanden. Diese sind nach meiner persönlichen Meinung priorisiert und geben meine Wertvorstellungen, Lösungsansätze und Visionen wieder.

In diesem Papier analysiere ich die Situation aus meiner liberalen Optik, zeige den Handlungsbedarf und Lösungsansätze auf. Die Zeit zum Handeln ist überreif. Wieder einmal steht eine Initiative für eine Einheitskasse vor der Tür. Diese wird in den nächsten Jahren zum gesundheitspolitischen Dauerthema, ohne die Probleme im Kern zu lösen. Auch wenn wir in der Schweiz eine Einheitskasse hätten, müssten die aufgezeigten Probleme gelöst werden.

Gelingt es uns nicht, jetzt Pflöcke einzuschlagen werden die Prämien in den nächsten zwei Jahren jeweils wieder um die 10% aufschlagen. Dadurch wird das heutige Krankenkassensystem gefährdet, ohne dass das Kosten- und Finanzierungsproblem des Gesundheitswesens wirklich gelöst wird.

Reformen im Gesundheitswesen sind eine höchst komplexe Materie, da sind wir uns einig. Die mit Zwangsabgaben (Steuern und Prämien) finanzierten Kosten dürfen aber nicht noch mehr steigen, da sonst die Staatsquote steigt und die Wettbewerbsfähigkeit der Schweiz bedroht ist. Dies ist auch im höchsten Interesse der Wirtschaft. Durch die hohen Kosten wird der übrigen Wirtschaft viel Geld entzogen, welches unsere Bürgerinnen und Bürger nicht nach ihrer freien Wahl ausgeben können.

Wir brauchen auf der einen Seite eine Strategie für unser gesamtes Gesundheitswesen. Eine Strategie, die attraktiv ist und deshalb alle vereint, weil es sich für alle lohnt, die gemeinsam festgelegten Ziele zu erreichen.

Auf der anderen Seite müssen wir all das Wünschbare vom Wirksamen, Zweckmässigen und Wirtschaftlichen (WZW) der Pflichtleistungen zu Lasten der Grundversicherung trennen, wie es das Krankenversicherungsgesetz verlangt.

Innovationen, neue Medikamente, neue medizinische Behandlungsmethoden und Technologien gehören in den überobligatorischen Bereich. Sie sollen erst dann Pflichtleistung der Grundversicherung werden, wenn sie sich im Sinne der WZW-Kriterien bewährt haben. Manche mögen dem Zweiklassenmedizin sagen. Was sich in der Massenproduktion unserer Autos durchsetzt, wurde oft auch für teures Geld in der Formel 1 getestet. Und lange nicht alles, was als Innovation angepriesen wird schafft den Weg in die Massenproduktion. Warum sollte das im Gesundheitswesen anders sein?

Die Gesundheitsreform muss beim Bundesrat nicht dann erste Priorität haben, wenn es wie in Griechenland überall brennt.

3. Ausgangslage

3.1. Den Lobbyisten sei gedankt

Die Reformen im Gesundheitswesen werden seit Jahren mit viel Hektik und medialem Spektakel begleitet. An den ungünstigen Rahmenbedingungen hat sich nichts geändert. Geschrieben und diskutiert hat man intensiv, umgesetzt aber wenig. Das haben wir den Besitzstandswahrern, ihren Lobbyisten, unserem Wankelmut im Parlament, aber auch unseren widersprüchlichen Erwartungen als Steuer- und Prämienzahler bzw. Patienten zu verdanken. Keiner der Partner ist bisher bereit gewesen, selber ein paar Abstriche zu machen.

3.2. Ein Hoch den Leistungserbringern und Versicherern

Jeder Akteur - ob Arzt, Apotheker, Spital, Pharmaindustrie, Krankenversicherer usw. - ist überzeugt, er hätte genug gespart und sparen müssten nur noch die anderen. Sie machen es sich sehr einfach. Dabei vergessen sie, dass sie und unser Land mit dem Festhalten am Status quo langfristig nur verlieren. Beispielsweise wären die Ärzte bei einer Einheitskasse nur noch Staatsangestellte.

Die Einheitskasse Invalidenversicherung musste auch einsehen, dass eigene ärztliche Dienste unabhängiger abklären, als die frei praktizierenden Ärzte, denn diese wollen ihre Patienten nicht verlieren. Wer zur Einheitskasse ja sagt, muss auch zur Staatsmedizin ja sagen.

Die Krankenversicherer können die Einheitskasse mit den besten Argumenten nicht verhindern, wenn sie weiterhin bloss Jagd auf gute Risiken machen. Der Prämienherbst mit Plakaten, Zeitungsinseraten, Radio- und TV-Spots, Sponsoring und aggressiver Telefonwerbung die nervt die Versicherten. Gefragt sind transparente, vergleichbare Versicherungsprodukte, welche all jene belohnen, welche das Kosten-Nutzen-Verhältnis optimieren.

3.3. Schlaumeiereien und Gesetzesumgehungen

Fast alle bis heute durch die Politik beschlossenen Gesetzesänderungen mit dem Ziel, die Kosten zu senken, haben die Bürokratie aufgebläht und unser Gesundheitswesen verteuert. Statt diejenigen zu belohnen, welche Qualität transparent machen und die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) in den Vordergrund stellen, werden Vorschriften mit bürokratischen Kontrollhürden aufgebaut. Diese verursachen Ärger und zusätzliche Kosten und stiften kaum Zusatznutzen für die Patienten.

Beispiele, wie diese Vorschriften umgangen werden:

a) Ärztestopp:

Trotz Ärztestopp haben die Kantone Ausnahmegewilligungen erteilt. Das wurde auch intensiv genutzt. So wurden 2001 775 ZSR-Nummern erteilt. Im Jahr 2002 waren es bereits 1'160 (!). Ab 2010 gilt der Ärztestopp nur noch für Spezialisten. Gemäss Auskunft des Zahlstellenregisters in Luzern werden die Zulassungsgesuche für Spezialisten im Jahr 2010 trotzdem steigen.

b) Labortarife:

Die Tarifsenkungen für bestimmte Laboruntersuchungen werden umgangen, indem Ärzte und Labors die Untersuchungen nach den neuen Tarifen optimieren. Ärzte: Spitäler und Labor haben stets damit gedroht, dass die tieferen Tarife zu keinen Einsparungen führen. Nun machen sie die Drohung auf dem Buckel der Prämienzahlenden wahr.

c) Generika:

Mit einem tieferen Selbstbehalt für das preisgünstigste unter verschiedenen Medikamenten mit gleichem Wirkstoff wollte man die Patienten motivieren, vermehrt Generika einzunehmen. Mit einer einmaligen Preissenkung kann sich der Originalhersteller vom höheren Selbstbehalt für die Patienten freikaufen. Das führt dazu, dass der Anteil an preisgünstigen Generika in der Schweiz viel tiefer ist, als im benachbarten Ausland. Obwohl ein Generikum definitionsgemäss den gleichen Wirkstoff hat wie das Original, werden die Patienten mit dem diffusen Begriff der „Billigstmedizin“ verunsichert.

d) Ambulante Spital- und Arzttarife:

Die Tarife für ambulante Spitalleistungen und die Leistungen in den Arztpraxen basieren auf dem Ärztetarif TARMED. Obwohl wir die Infrastruktur eines öffentlichen Spitalambulatoriums schon mit unseren Steuern bezahlt haben, darf das Spitalambulatorium für die gleiche medizinische Leistung in fast allen Kantonen den höheren Tarif verrechnen, als der Arzt in der Arztpraxis.

Heute sind wir schon soweit, dass an Wochenenden Ambulatorien von ganzen Familien wegen Kleinigkeiten aufgesucht werden. Das ist einer der Gründe für die überdurchschnittlichen Kostenentwicklungen. Nach übereinstimmender Meinung von Experten könnten 70% der Konsultationen in den Spitalambulatorien bis zum nächsten Tag aufgeschoben werden. Müssten Besucher von Ambulatorien mind. Fr. 100.- anzahlen oder sich zuerst telemedizinisch beraten lassen, könnten diese Zahlen reduziert werden.

4. Grundsätze eines nachhaltigen Gesundheitswesens

Als Unternehmer mit sozialer Verantwortung ist der Wettbewerb für mich nicht Selbstzweck. Die wettbewerblichen Spielregeln müssen sich stets daran messen lassen, wie viel sie zum Wohlstand von uns allen beitragen. Als Politiker und Bürger müssen wir stets prüfen, ob der Staat die richtigen Spielregeln definiert hat. Es ist auch zu prüfen, ob die Regulationsbehörden ihre Schiedsrichterrolle wahrnehmen. Was passiert wenn die staatliche Aufsicht versagt, zeigt uns die Banken- und Wirtschaftskrise sehr eindrücklich.

4.1. Stärkung der Eigenverantwortung

Im Mittelpunkt der Kostendämpfung sollte die Eigenverantwortung des einzelnen stehen. Der Sozialstaat darf nur diejenigen Bürger unterstützen, welche ihr Existenzminimum nicht aus eigener Kraft erwirtschaften können. Zu viel Grosszügigkeit zerstört die Eigenverantwortung und macht bloss die Schmarotzer erfinderisch.

Wie Eigen- und soziale Verantwortung im Gesundheitswesen umgesetzt werden könnte, sollen folgende Beispiele aufzeigen:

- a) Eine einfache Grippe muss nicht von einem Arzt diagnostiziert und behandelt werden. Es ist jedem zumutbar, mit oder ohne medizinische Telefonberatung die entsprechenden Medikamente bei der Apotheke zu erwerben.
- b) Der Arztbesuch wegen Husten oder einer Prellung muss nicht durch die Krankenkasse bezahlt werden. Die Krankenkasse sollte für die medizinischen Leistungen aufkommen, welche unsere finanziellen Möglichkeiten übersteigen. Dass so etwas funktioniert, zeigt die Zahnmedizin, welche in der Regel keine kassenpflichtigen Leistungen erbringt.
- c) Die Gesundheit ist unser höchstes Gut. Jeder einzelne von uns sollte deshalb nicht erst dann zu seiner Gesundheit Sorge tragen (Essgewohnheiten, Körperbewegung, etc.), wenn die Krankenkasse für die Behandlung der Schäden aufkommen muss. Dass wir auch ohne kassenpflichtige Leistungen zu unserer Gesundheit Sorge tragen, zeigt ebenfalls das oben erwähnte Beispiel der Zahnmedizin. Wenn es wirklich so wäre, wie behauptet wird, dass wir stets zu spät zum Arzt gehen würden, wenn die Konsultation nicht kassenpflichtig wäre, würden wir ja auch keine Zähne putzen und erst zum Zahnarzt gehen, wenn wir todkrank das Recht auf eine kassenpflichtige Leistung hätten.
- d) Wenn ein Spezialist eine Operation empfiehlt, ist es ratsam, darüber mit dem Hausarzt zu sprechen oder eine andere Zweitmeinung einzuholen.

4.2. Solidarität und Gleichbehandlung

Unser Krankenversicherungsgesetz (KVG) baut auf dem Solidaritäts-Prinzip und auf der sozialen Sicherheit auf. Die Solidarität zwischen arm und reich, alt und jung, krank und gesund ist der Kerngedanke der Grundversicherung.

Neben der Solidarität verlangt unser Gerechtigkeitsempfinden aber nach Gleichbehandlung. Die Solidarität wird dann strapaziert, wenn einzelne Mitglieder als Anbieter oder Konsument das System bewusst oder unbewusst zu ihrem persönlichen Vorteil ausnutzen.

Wir müssen also zur Solidarität in der Grundversicherung Sorge tragen. Wer weitere Leistungen als die gemäss Krankenversicherungsgesetz wirksamen, zweckmässigen und

wirtschaftlichen in Anspruch nehmen will, muss dies über die Zusatzversicherung tun oder diese selber bezahlen.

Zur Solidarität gehören auch die Prämienverbilligungen. Die Kriterien für Prämienverbilligungen sind leider zu grosszügig und werden in jedem Kanton anders gehandhabt. Der Selbstbedienungsladen Grundversicherung öffnet legalem und illegalem Missbrauch Tür und Tor.

5. Wettbewerb im Gesundheitswesen?

5.1. Oberstes Prinzip: Gemeinwohl

Auch im Gesundheitswesen muss der Wettbewerb im Dienste des Gemeinwohls stehen. Wettbewerb scheint im gesamten Gesundheitswesen ein Fremd- oder gar Reizwort zu sein und den ethischen Werten der Gesundheitsfachleute zu widersprechen. Wie überall sind die personellen und finanziellen Ressourcen auch im Gesundheitswesen nicht unbeschränkt. Ein fairer, regulierter Wettbewerb bietet die besten Voraussetzungen für einen optimalen Einsatz der beschränkten Ressourcen. Nicht der Wettbewerb ist unmoralisch, sondern der verschwenderische Umgang mit den Ressourcen ohne Wettbewerb.

5.2. Die Folgen des fehlenden Wettbewerbs

Nach übereinstimmenden Aussagen von Ärzten sind 20% der medizinischen Leistungen überflüssig, was einem jährlichen Sparpotential von 6 Mia. Franken entspricht.

Andere Quellen gehen von bis zu 40% der abgegebenen Medikamente aus, welche aus den verschiedensten Gründen nicht konsumiert werden. Diese Quote ist vor allem bei den Medikamenten hoch, welche die Patienten nicht selber bezahlen.

Versucht der Staat, Preise oder Tarife zu senken, wie bei den Laboranalysen, werden Mittel und Wege gefunden, diese zu umgehen. Denn es gibt keine Anreize für Konkurrenten, mit kostengünstigeren und qualitativ besseren Leistungen die Patienten zu gewinnen.

5.3. Wettbewerbsbeitrag der Leistungserbringer

Auf der einen Seite wird integrierte Versorgung - vom Hausarzt, zum Spezialarzt, ins Spital bis zur Reha und Pflege - gefordert. Mit viel gutem Willen wird versucht, die Koordinationsprobleme, Doppelspurigkeiten und Informationspannen unter den einzelnen Leistungserbringern zu beseitigen. Alle Beteiligten sollen Zugriff auf die für sie relevanten medizinischen Daten, Diagnosen, Analysen, Behandlungsschritte und -resultate haben.

Auf der anderen Seite führt der unterschiedliche Finanzierungsmix der einzelnen kassenpflichtigen Leistungen je nach Leistungserbringer weiterhin dazu, dass die Leistung nicht dort erbracht wird, wo das beste Know-how vorhanden ist, sondern dort, wo je nach Akteur der Finanzierungsmix der günstigste ist.

Es braucht also den Monismus, die Finanzierung aus einer Hand. Ab 2012 werden die Spitäler noch konsequenter versuchen, Teile stationärer Leistungen in den vorgelagerten ambulanten Bereich abzuschieben, weil sie dort nicht die Fallpauschalen belasten und separat abgerechnet werden können.

5.3.1. Ärzte

Jeder zugelassene Leistungserbringer, ob Arzt, Spital, Apotheker usw., kann unbeschränkt Leistungen zu garantierten Tarifen oder Preisen erbringen. Niemand hat einen Anreiz, bei seiner Entscheidung die Kostenseite mit einzubeziehen. Wer etwas beanstandet, ob Patient oder Krankenversicherer, macht sich unbeliebt oder gar lächerlich. Wer eine medizinische Leistung zu Lasten der Grundversicherung verweigert, weil sie nicht wirksam, nicht zweckmässig oder nicht wirtschaftlich ist, schadet sich dreifach. Er reduziert seine Einnahmen, riskiert den Verlust eines Patienten oder eine Klage wegen Unterlassung bzw. mangelnder Sorgfaltspflicht. Ein Heer von Juristen verdient gutes Geld, indem es unser Gesundheitswesen und unser Rechtssystem mit überrissenen Klagen eindeckt. Es wäre

prüfenswert, wenn Ärzte belohnt würden, die in ihrer Durchschnittsrechnung einen bestimmten Betrag nicht überschreiten.

5.3.2. Spitäler

Gemäss Aussagen von Spitaldirektoren wäre hier ein Sparvolumen von 30% ohne Qualitätseinbusse möglich. Die Spitäler und ihr Branchenverband H+ gehören zu den wettbewerbsorientierteren Akteuren im Gesundheitswesen. Problematisch ist also nicht die unternehmerische Haltung der Spitaldirektoren, sondern die Planwirtschaft der Kantone.

Der Systemwechsel in der Spitalfinanzierung ab 2012 (von der Übernahme verursachter Kosten zur Abgeltung erbrachter Leistungen zu ausgehandelten Preisen gemäss Fallpauschalen), setzt die richtigen Anreize. Transparente Qualität und Preise werden ausschlaggebend für die Spitalwahl der Patienten und das Überleben der Spitäler sein.

5.3.3. Pflege

Die neue Pflegefinanzierung richtet sich nach dem Grundsatz, gleiche medizinische Pflegeleistungen auch gleich abzugelten, ob sie nun im Heim oder zu Hause erbracht werden. Dadurch wird die Spitex gegenüber stationären Einrichtungen konkurrenzfähiger.

5.4. Wettbewerbsbeitrag der Pharmaindustrie und anderer Zulieferer

Wir sind stolz auf unsere innovative und starke Pharmaindustrie. Das wird aber nur so bleiben, wenn auch diese Branche sich durch faire Wettbewerbsbedingungen, statt durch einen umfassenden staatlichen Schutz fit hält.

Die Zulassungsbehörde Swissmedic bestimmt, welche Medikamente auf dem inländischen Markt vertrieben werden dürfen. Das Bundesamt für Gesundheit bestimmt, welche von Swissmedic zugelassenen Medikamente kassenpflichtig sind und verfügt den jeweiligen Höchstpreis. Von Wettbewerb keine Spur, im Gegenteil: Alle Akteure, vom Hersteller bis zum Endverbraucher profitieren von garantierten Preisen und Margen. Nicht einmal die Rabatte werden an die Prämienzahlenden weitergegeben, wie es das Gesetz vorschreibt.

Der Wettbewerb fehlt auch bei den Mitteln und Gegenständen und bei der Medizinaltechnik. Die Krankenkasse darf z.B. Inkontinenzwindeln nur dann bezahlen, wenn diese bei einer zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Oft bestimmen die Lieferanten, nicht die Spitäler oder Ärzte, welche künstlichen Hüftgelenke eingesetzt werden. Die Lieferanten füllen die „Ersatzteillager“ auch selber auf. Unternehmerisch gehandelt wird nur dann, wenn man dadurch selber einen Wettbewerbsvorteil hat und auch Patient, Steuer- oder Prämienzahler davon profitieren.

5.5. Technologischer Fortschritt im Wettbewerb

Nach den Wettbewerbsregeln müsste der technologische Fortschritt die Produktivität steigern und zu Preissenkungen führen. Durch die staatlich administrierten Preise und den fehlenden Wettbewerb hat jedoch niemand einen Anreiz, Produktivitätssteigerungen in Form von Preisreduktionen weiter zu geben. Im Gegenteil: Alles wird teurer, der technologische Fortschritt wird uns in Zukunft mehr Kosten als die Überalterung. Der letzte Lebensabschnitt wird immer teurer, ob man jung oder alt stirbt. Die Selbstbestimmung und Lebensqualität des Patienten sollte deshalb im Zentrum stehen, nicht die Kosten der Lebensverlängerung.

5.6. Wettbewerbsbeitrag der Krankenversicherer

Der Wettbewerb unter den Krankenversicherern war bei der Einführung des KVG das zentrale Argument für die Kostendämpfung. Man kann nun spekulieren, ob die Kosten zu Lasten der Grundversicherung in den vergangenen Jahren auch ohne diesen Wettbewerb mehr als die 4.5% pro Jahr gestiegen wären. Der Konkurrenzkampf unter den Kassen hat immerhin dazu geführt, dass sich im Gegensatz zu den Leistungserbringern die Anzahl der zugelassenen Krankenversicherer stark reduziert hat. Die Verwaltungskosten (5.7% der Prämien) sind mit 2.7% weniger stark gestiegen als die Kosten für medizinische Pflichtleistungen (94.3% der Prämien) mit 4.5% pro Jahr.

Die SUVA als Quasi-Monopolist bezahlt ohne Konkurrenzdruck den Leistungserbringern für die gleichen Leistungen die höheren Tarife als die Krankenversicherer. Im Jahr 2008 hätten wir Versicherten für die ambulanten Spital- und Arztleistungen laut Branchenverband santésuisse 410 Mio. Franken mehr bezahlt, wenn die Krankenversicherer die Leistungen zu SUVA- Tarifen abgerechnet hätten. Das ist mehr, als die 200 bis 300 Mio. Franken, welche wir für den jährlichen Kassenwechselzirkus mit unseren Prämien bezahlen.

Trotzdem ist das breite Misstrauen gegenüber den Krankenversicherern Wasser auf die Mühlen der Befürworter einer Einheitskasse und Staatsmedizin. Nach all den Gesprächen erhalte ich den Eindruck, dass santésuisse von einigen Krankenkassen-Chefs an der Nase herum geführt wird. In den Bereichen Transparenz, Selbstregulierung in der Kundenwerbung und einheitliche Standards für den Datenaustausch mit den Leistungserbringern werden keine Fortschritte erzielt. Es kommt mir vor wie die Schweizerische Bankiervereinigung, die sich mit ihren Ideen gegenüber den Grossbanken nie durchsetzen und die Bankenkrise nicht verhindern konnte.

5.7. Wettbewerbsbeitrag von Bund, Kantonen, Gemeinden

Die föderalistische Struktur hat bisher auch im Gesundheitswesen verhindert, dass der Bund mit Kantonen, Gemeinden und Privaten Akteuren eine schweizweit verbindliche Gesundheitspolitik mit messbaren Zielen vereinbaren konnte. Der Aktivismus rund um die Schweinegrippe hat die Problematik eindrücklich gezeigt.

Das Gesundheitswesen fällt in die Kompetenz der Kantone. Ihre Mehrfachrollen verhindern auch auf dieser Stufe eine kohärente Gesundheitspolitik. Der Spitalbereich ist der Kostenblock mit den grössten Wachstumsraten, ohne andere Bereiche wirklich zu entlasten. Das ist so, obwohl oder eher weil sich die Kantone als Spitalplaner, -besitzer, -finanzierer, -aufsicht und Schiedsrichter in Tariffragen in einem permanenten Rollenkonflikt befinden. Leider beseitigt die neue Spitalfinanzierung ab 2012 diese Rollenkonflikte nicht.

Ein Vergleich der Kantone St. Gallen und Waadt zeigt, dass im Gesundheitswesen das Angebot und nicht die Nachfrage bestimmend ist. Eine hohe Spitalbettendichte geht stets mit einer hohen Spezialarzdichte und einer hohen Operationsrate einher. Ein Vergleich der Kantone Waadt und St. Gallen bestätigt diese Tendenz.

Im Kanton Waadt gibt es gegenüber St.Gallen pro Person:

- 68% mehr Spitalärzte in eigenen Praxen;
- 60% höhere Kosten pro Arztkonsultation;
- 40% höhere Kosten für Medikamente und
- 70% höhere Kosten für teilstationäre Behandlungen.

Im Kanton Waadt werden auch mehr Operationen und Untersuchungen durchgeführt:

- 70% mehr Oberschenkeloperationen;
- 40% mehr Computertomographien und
- 80% mehr Untersuchungen mit Herzkatheter.

Den letzten beißen auch im Gesundheitswesen die Hunde. Jeden Monat haben die Sozialämter mehr Klienten, denen sie die Arztrechnungen bezahlen müssen, die zwar die Prämienverbilligung kassieren, aber die Rechnungen nicht bezahlen. Die Gemeinden sind mit ihren Sozialämtern für alles zuständig, was anderswo zwischen die Maschen fällt. Sie entscheiden über Prämienverbilligungen, beteiligen sich an Pflegeheimen und Spitexorganisationen, ohne direkten Einfluss auf die Spielregeln zu haben. Ich hoffe, dass wir im Parlament nun rasch beschliessen, dass die Prämienverbilligungen in Zukunft direkt den Krankenkassen überwiesen werden.

6. Lösungsansätze

Ich möchte nun ein paar Lösungsansätze skizzieren und mit meinem Erfahrungshintergrund als Unternehmer und Politiker Denkanstösse geben, welche alle Akteure des Gesundheitswesens gemeinsam, selbstkritisch und ohne ideologische Scheuklappen diskutieren sollten.

6.1. Das medizinische Angebot

Das Spitalwesen steht von allen Gesundheitsbereichen am stärksten unter staatlichem Einfluss. Ausgerechnet dort, wo die Kantone am meisten Einfluss haben, ist das Kostenwachstum am stärksten. Das sollte Grund genug sein, die Rolle der Kantone kritisch zu hinterfragen, wenn über das kassenpflichtige medizinische Angebot nachgedacht wird.

6.1.1. Unternehmerische Verantwortung oder Straffung des Pflichtleistungskatalogs?

Immer wieder wird vom Leistungskatalog der Grundversicherung gesprochen, obwohl es diesen so nicht gibt. Es gibt zwar die Spezialitätenliste (SL) mit den kassenpflichtigen Medikamenten sowie die Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) mit Produkten von Inkontinenzwindeln bis zu Blutzuckermessstreifen. Diese sind dann kassenpflichtig, wenn sie von einer Abgabestelle mit entsprechender staatlicher Zulassung abgegeben werden. Die kassenpflichtigen ärztlichen Leistungen hingegen sind nicht abschliessend auf einer Liste aufgeführt.

Ein Beispiel: Wenn mir meine Nase nicht gefällt, darf sie der Plastische Chirurg nicht zu Lasten der Grundversicherung operieren. Wenn ich aber psychisch unter meiner zu langen, zu kurzen oder zu krummen Nase leide, mich lange genug psychiatrisch behandeln lasse, kann es schon sein, dass meine Nase zu Lasten der Grundversicherung operiert wird, um mich von meinem psychischen Leiden zu befreien. Das ist ein Extrembeispiel, zeigt aber, dass es sinnlos ist, ärztliche Leistungen zu Lasten der Grundversicherung abschliessend aufzulisten.

Dem Leistungserbringer muss nicht in Gesetzen und Verordnungen detailliert vorgeschrieben, was er zu Lasten der Grundversicherung tun darf und was nicht. Er darf auch nicht mehr verdienen, bloss weil er mehr Leistungen erbringt. Er muss für Qualität und Kosteneffizienz belohnt werden. Wer gute Qualität liefert und einen Franken Kosten spart, soll davon mindestens 20 Rappen für sich behalten dürfen. Das Parlament hat es in der Hand, nach dieser Logik eine freiheitliche Managed Care-Vorlage zu verabschieden, statt diese aufstrebenden, integrierten Versorgungsmodelle mit Angebotszwang und anderen Vorschriften abzuwürgen.

Ob die Straffung des Leistungskatalogs ein gangbarer, alternativer oder ergänzender Weg zur Managed Care-Vorlage ist, muss sich noch zeigen. Einige tausend Einzelleistungen des Ärztetarifs TARMED müssten durchforstet werden. Für jede Tarifposition müsste entschieden werden, in welchen Fällen sie nun eine Pflichtleistung zu Lasten der Grundversicherung ist und in welchen Fällen nicht. Die Straffung des Leistungskatalogs ist auf der politischen Agenda. An die Arbeit hat sich im Gegensatz zu den Managed Care-Pionieren noch niemand gemacht.

6.1.2. Selbstverantwortung

Statt nun in einem politisch moralischen Prozess einen umfassenden oder restriktiven Leistungskatalog zu definieren, ist der Hebel aus liberaler Sicht bei der Selbstverantwortung anzusetzen. Die Kostenbeteiligung des Patienten, bestehend aus Franchise und

Selbstbehalt, beträgt heute im Minimum 1000 Franken (300 Franken die Franchise und 10% jeder medizinischen Leistung bis zum Maximalbetrag von 700 Franken).

Logisch wäre, die Franchise generell auf mind. 1000.- zu erhöhen. Damit würde für Bagatellfälle nicht die Krankenkasse belastet. Die Hausärzte würden von einem Grossteil der Bürokratie befreit und von den Patienten, die ihre Leistungen so schätzen, direkt bezahlt.

Dadurch könnten die Prämien insgesamt gesenkt werden. Es müssten auch weniger Versicherte Prämienverbilligungen in Anspruch nehmen. Und diejenigen Versicherten, welche die höhere Kostenbeteiligung finanziell nicht selber tragen könnten, hätten statt über dem Umweg der Prämienverbilligung Anrecht auf die staatliche Finanzierung der Heilungskosten. Die Krankenversicherung würde insgesamt entlastet, ohne dass die Versicherten, welche die Unterstützung des Sozialstaates brauchen, von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen würden.

6.1.3. Lebensverlängerung ja - Sterbeverlängerung nein

Es braucht auch keine Paragraphen, die vorschreiben, welche teure Behandlung vor dem Tod die Krankenkasse noch bezahlt und welche nicht. Leistungserbringer, welche für Qualität und Kosteneffizienz statt für mehr Leistungen belohnt werden, suchen in solch schwierigen Situationen das Gespräch mit dem Patienten und Angehörigen. Sie zeigen ihnen die Chancen und Risiken, Kosten und Nutzen auf. Ein Arzt, der seinem schwer kranken Patienten und den Angehörigen erklärt, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass dieser mit dieser Operation oder jenem Medikament und mit welcher Lebensqualität noch wie lange lebt, ist ein guter Arzt. Ein guter Arzt macht auch die Angehörigen darauf aufmerksam, in einer finalen Lebensphase das Selbstbestimmungsrecht des Patienten vor die eigenen Interessen zu stellen.

Denkbar ist auch, dass wir alle verpflichtet werden, ab einem Alter von 70 eine Patientenverfügung zu verfassen und diese alle fünf Jahre zu überprüfen. Es zeugt von hohem Verantwortungsbewusstsein, sich im vollen Besitze der eigenen geistigen Kräfte zusammen mit den Nächsten Gedanken über das Sterben zu machen. Es steht uns allen gut an, diese heiklen Fragen nicht einfach vor uns herzuschieben und sie als todkranker Mensch den Angehörigen und Fachleuten zu überlassen.

6.1.4. Ziele statt Gebote und Verbote

Bevor wir weiter in gewohnter Hektik und mit viel medialer Schaumschlägerei versuchen, das Gesundheitswesen mit Paragraphen zu verbarrikadieren, sollten wir gemeinsam messbare gesundheitspolitische Ziele vereinbaren. Haben wir diese Ziele einmal vereinbart, müssen wir uns auf die erforderlichen Rahmenbedingungen einigen, wer diese Ziele mit welchen Anreizen am besten erreicht. Über Strukturen sollten wir in der Politik, wenn überhaupt, erst am Schluss reden. Zuerst müssen stets Prozesse zielführend organisiert werden. Strukturen sollen sich nach den Prozessen richten und nicht umgekehrt. Orientieren wir uns weiterhin an den Strukturen, bleibt es ziemlich sicher bei der staatlich geplanten Strukturhaltung und der staatlich geschützten Besitzstandwahrung, ohne dass sich etwas ändert, geschweige denn verbessert.

6.2. Die Leistungserbringer und Zulieferer

Es wird viel von Qualität im Gesundheitswesen gesprochen. Die Berufsverbände schaffen mit Unterstützung des Staates Aus- und Weiterbildungsprogramme und kontrollieren deren Qualität oft selber. Ohne dieses Diplom darf man jene medizinische Tätigkeit nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen ausüben. Da es um das hohe Gut Gesundheit geht, argumentieren Juristen und Berufsverbandsfunktionäre, sei es im Interesse des Patienten

legitim, die Handels- und Gewerbefreiheit einzuschränken. Die Frage sei erlaubt, ob all die Diplome und Einschränkungen der Handels- und Gewerbefreiheit eher in mittelalterlicher Zunftmanier die Gesundheitsfachleute vor zu viel Konkurrenz schützen oder doch im Interesse der Patienten die Ergebnisqualität und Kosteneffizienz fördern.

Beispiel medizinische Grundversorgung:

Im letzten Jahr haben wir in einer Volksabstimmung die Förderung der Komplementärmedizin in der Verfassung verankert. Nun sammeln die Hausärzte erfolgreich Unterschriften und wollen den Hausarztberuf in der Verfassung schützen. Wenn das so weitergeht, haben wir bald für jede medizinische Leistung und für jeden Gesundheitsberuf einen Artenschutzartikel in der Bundesverfassung. Wie das Gesundheitswesen der Gesundheit von uns allen dienen soll und wie wir das anstellen wollen, steht dann aber immer noch nicht in unserer Verfassung. Wenn die Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ nun aber die notwendige Grundsatzdiskussion über eine innovative, interdisziplinäre, medizinische Grundversorgung in unserem Land anstösst, ist sie zu begrüssen.

6.2.1. Pflege zu Hause durch Spitex und Angehörige

Nach übereinstimmender Meinung vieler Alters- und Pflegefachleute wären viele Personen (Verwandte, Bekannte, junge Rentner etc.) bereit und in der Lage, ihre Angehörigen oder als Freiwillige auch fremde Patienten länger zu Hause zu pflegen, sofern sie dafür entsprechend entschädigt und bei Bedarf professionell unterstützt würden. Das wäre ein wirksames Mittel, um die durch den medizinischen Fortschritt und die demographische Entwicklung stetig steigenden Pflegekosten zu dämpfen und gleichzeitig den Pflegebedürftigen im vertrauten Umfeld mehr Lebensqualität zu bieten.

Die Apotheken und die Spitex sollten einfachste medizinische Leistungen (wie z.B. Blutdruckmessen, Blutentnahmen, Gruppenimpfungen usw.) vornehmen dürfen. Das Fachpersonal ist gut genug ausgebildet, um zu erkennen, wann ein Patient zum Arzt muss und wann nicht. Das faktische Ärztemonopol im KVG, wonach Pflichtleistungen zu Lasten der Grundversicherung nur durch einen Arzt oder auf Anordnung eines Arztes erbracht werden dürfen, ist angesichts der soliden Ausbildungen anderer Gesundheitsfachleute schlicht nicht mehr zeitgemäss.

6.2.2. Konzentration der Spitzenmedizin

Laut KVG gibt es keine Spitzenmedizin, denn medizinische Pflichtleistungen müssen alle wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Dass Durcheinander in der Spitzenmedizin ist nur deshalb möglich, weil der Wettbewerb auch in diesem Bereich nicht spielt und sich die Kantone mit unseren Steuergeldern Prestigeduelle statt einen fairen Wettbewerb zum Wohle von uns allen leisten.

Spitzenmedizin lässt sich im Ausland auch gut mit unserem Qualitätsimage im Industrie-, Dienstleistungs- und Tourismusbereich verkaufen. Einige Spitäler und Ärzte sind schon auf diesem innovativen Pfad. Es liegt aber noch viel mehr drin. Und wenn wir es richtig machen, profitieren wir alle. Die innovative Spitzenmedizin muss das Kosten-Nutzen-Verhältnis zuerst bei zahlungskräftigen Patienten aus dem In- und Ausland optimieren sowie unsere Infrastruktur besser auslasten. KVG-Pflichtleistung soll innovative Medizin dann werden, wenn sie die WZW-Kriterien erfüllt.

6.2.3. Medikamente, Medizinaltechnik

40% der Medikamente werden nicht konsumiert. Weniger verschwenderisch sind die Patienten, wenn sie ihre Medikamente selber bezahlen müssen. Einerseits ist die Spezialitätenliste konsequent zu verkleinern. Andererseits ist bei mehreren Produkten mit dem

gleichen Wirkstoff nur noch das preisgünstigste Medikament auf die SL zu nehmen. Wer ein teureres will, soll das selber bezahlen.

Die detaillierten und starren Preisfestsetzungsbestimmungen im KVG und in den Verordnungen sind zu streichen und mit einem präzisen Auftrag des Bundesrats ans BAG zu ersetzen. Das BAG soll hart verhandeln. Das Faktum, dass es bisher kaum Rekurse gibt, bedeutet doch bloss, dass das BAG zu wenig hart verhandelt und sich die Antragsteller mit ihren sicher kaum zu bescheidenen Preisforderungen durchsetzen.

Mehr Markt und weniger Staatsschutz braucht es auch in den Bereichen Mittel und Gegenstände sowie Medizinaltechnik. Denn von diesem Schutz profitieren in erster Linie die Hersteller und der Handel, aber kaum die Patienten und Prämienzahlenden.

6.3. Die Kostenträger

Wenn wir dank der Hausarztinitiative über die medizinische Grundversorgung der Zukunft diskutieren, müssen wir auch über ihre Finanzierung diskutieren. Die Grundversorgung sollte sich aufs Wesentliche beschränken. Die Krankenversicherung muss sich von der Vollkaskoversicherung verabschieden und sich wieder auf die Deckung der finanziellen Folgen von Krankheit und Unfall konzentrieren, welche die finanziellen Möglichkeiten der Versicherten übersteigen. Nicht mehr und nicht weniger!

Das Wachstum zu Lasten der kassenpflichtigen medizinischen Leistungen haben laut KOF in den letzten Jahren fast zu hundert Prozent wir Prämienzahlenden getragen. Die Kantone konnten mit Ausnahme der Prämienverbilligungen ihre durch Steuergelder finanzierten Investitionen in Spitäler und Heime relativ stabil halten. Kein Wunder, haben nun die Krankenversicherer den Schwarzen Peter.

Es stimmt, dass die Patienten in der Schweiz im Vergleich zu einigen anderen Industrieländern einen hohen Anteil der Gesundheitskosten tragen. Wir haben aber auch eine wesentlich tiefere Staatsquote, was für uns als Exportland enorm wichtig ist.

Wenn wir die Finanzierung unseres Gesundheitswesens sichern wollen, müssen wir das Wachstum der durch Zwangsabgaben (Steuern und Grundversicherungsprämien) finanzierten Grundversorgung auf dem Niveau der allgemeinen Teuerung halten können. Alles, was darüber hinausgeht, durch Zusatzversicherungen oder Selbstzahler finanziert wird, darf ruhig stark wachsen.

Wenn wir den Finanzierungsmix von Steuern und Grundversicherungsprämien ausgeglichen halten wollen, müssen wir für alle kassenpflichtigen Leistungsbereiche und Leistungserbringer den gleichen Mix festlegen. Für den nicht ganz neuen, aber bestechend einfachen Lösungsansatz unter Ziffer 6.1.2. ist die Zeit nun reif.

Die Krankenversicherer haben es in den letzten Jahren sträflich versäumt, sich als Treuhänder der Versicherten einen guten Ruf zu schaffen. Dass sie sich durch harte Tarifverhandlungen bei den Leistungserbringern nicht beliebt machen, ist verständlich und richtig. Dass sich aber Krankenversicherer bei den Leistungserbringern auch noch durch Sonderforderungen für die Rechnungsstellung, Rechnungskontrolle, Kostengutsprachen etc. unbeliebt macht und eine riesige Bürokratie verursachen, ohne den Nutzen zu belegen, ist nicht einzusehen. Gelingt es der Krankenversicherungsbranche nicht, durch ein koordiniertes Vorgehen sowohl bei den Versicherten wie auch bei den Leistungserbringern Vertrauen zu schaffen, liefern sie den Befürwortern einer Einheitskasse Munition für ihre Forderung.

6.4. Die Rolle des Staates

Als Unternehmer setze ich mich für einen starken, aber schlanken Staat ein. Er setzt Rahmenbedingungen im Interesse des Gemeinwohls und setzt diese auch durch. Weder der Staat noch sonst jemand kann nicht gleichzeitig Spieler und Schiedsrichter sein.

6.4.1. Corporate Governance statt Rollenkonflikte

Nach übereinstimmender Meinung vieler Experten könnten ohne kantonales Gärtchen-Denken 15% der Gesundheitskosten eingespart werden. Überregionales Denken wie zum Beispiel die angedachte Spitalplanung Zentralschweiz ist längst fällig. Selbst das ist aber bloss Symptombekämpfung, wenn eine Spitalschliessung durch die staatlich garantierten Preise und durch den Vertragszwang nur zur Verlagerung der Kosten in ein anderes Spital führt. Der Kanton Bern hat gleich viele Spitäler wie ganz Schweden.

Wir brauchen eine Landwirtschaftspolitik aber keine staatliche Bauernhofplanung. Wir brauchen eine Gesundheitspolitik, aber weder eine eidgenössische noch eine kantonale Spitalplanung. Wir haben ja auch keine staatliche Planung für Arzt-, Physiotherapiepraxen und Apotheken.

Mit der neuen Spitalfinanzierung werden die Anreize ab 2012 richtig gesetzt. Dann wird der Patient durch seine freie Spitalwahl selber entscheiden, welches Spital mit welchem Angebot Erfolg hat. Die Kantone müssen nur noch einen Plan haben, wie sie die Versorgung sicherstellen, falls der Markt in bestimmten Leistungsbereichen oder Regionen versagen sollte. Das gleiche müssten die Kantone ja eigentlich auch für die ambulante Versorgung und für den Pflegebereich tun.

Messbare Ziele, aber keine staatliche Vollplanung braucht es auch im Bildungsbereich, damit der Bedarf an Fachleuten auch in der Zukunft gedeckt werden kann (vgl. 6.4.7.).

6.4.2. Gesundheitsförderung

Das unter Ziffer 4.1. b) bzw. c) aufgeführte Beispiel Zahnmedizin bzw. Zähneputzen zeigt, dass wir nicht automatisch gesünder werden, wenn wir mehr Grundversicherungsprämien und mehr Steuergelder in die Prävention und Gesundheitsförderung stecken. Es braucht auch kein neues Institut für die Gesundheitsförderung, solange der Bundesrat nicht einmal in der Lage ist, die Gesundheitsförderungsaktivitäten der einzelnen Bundesämter zu koordinieren.

Es braucht höchstens eine rechtliche Basis für Zielvereinbarungen der Akteure, für die Erfolgsmessung und den Grundsatz, dass jedes Gesundheitsförderungsprojekt an der zunehmenden Gesundheit der anvisierten Zielgruppe gemessen wird und nicht am Werbeaufwand oder am flippigen Design der Broschüren. Jeder Franken vom Staat oder von den Krankenkassen muss mit einem weiteren Franken (Geldwert oder Manpower) ergänzt werden. Das erhöht die Motivation der Akteure und Zielgruppen. Und alles andere als neu ist die Erkenntnis, dass Bildung die beste und nachhaltigste Gesundheitsförderung ist. Der Staat muss sich auch bei der Bildung auf die Definition messbarer Bildungsziele und nicht auf Investitionsbudgets für Bildungsinstitutionen konzentrieren.

6.4.3. Qualität und Innovation

Warum ist die Qualität medizinischer Pflichtleistungen schon seit 1996 im KVG verankert, wird aber weder von den Leistungserbringern transparent gemacht, noch von den Krankenversicherern wirklich eingefordert? Qualitäts- und Effizienzkontrollen sind in einem funktionierenden Wettbewerb selbstverständlich, weil jeder Anbieter vom Markt verschwindet, der punkto Qualität und Preis mit der Konkurrenz nicht mithalten kann. Im

Gesundheitswesen fehlt jedoch jede Transparenz, weil die Krankenkassen dank des Vertragszwangs mit jedem vom Staat zugelassenen Leistungserbringer lebenslänglich abrechnen müssen. Einzig gravierende, via Medien verbreitete Kunstfehler können die Existenz eines Leistungserbringers gefährden.

6.4.4. Vertragsfreiheit

Vertragsfreiheit ist die echte Alternative zu staatlich bürokratischer Kontrolle oder zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenversicherer. Vertragsfreiheit gibt nicht den Versicherern, sondern den Versicherten mehr Macht, denn in jedem funktionierenden Markt, wo der Staat seine Rolle als Schiedsrichter auch wahrnimmt, ist der Kunde König. Kein kundenorientierter Krankenversicherer wird sich bei Vertragsfreiheit leisten können, einen guten, bei den Patienten beliebten Leistungserbringer nicht unter Vertrag zu nehmen. Kein guter Leistungserbringer wird Angst haben müssen, trotz Qualität, Kosteneffizienz und zufriedenen Patienten keinen Versicherer zu finden. Ein guter Leistungserbringer muss aber auch ein guter Unternehmer sein, um ohne Vertragszwang zu überleben. Will er kein Unternehmer sein, soll er sich anstellen lassen.

6.4.5. Aufsichtsorgan

Der Staat soll einzig kontrollieren, ob die Wettbewerbsspielregeln eingehalten werden und dem Gemeinwohl dienen. Ein Ansatz dazu könnte ein Aufsichtsgremium analog zur Com-Com sein. Die Kantone müssen sich strikte von ihren Spitälern und Heimen trennen und diese nicht bloss in AGs auslagern und trotzdem Besitzer bleiben. Weder Private noch der Staat sollen sich selber kontrollieren.

6.4.6. Vernünftiger Datenschutz und Innovation

Der übertriebene Datenschutz steigert die Gesundheitskosten massiv und schützt in den meisten Fällen die Leistungserbringer mehr als die Patienten. Warum gibt es sicheres eBanking ohne eBanking-Gesetz? Der Bund prüft nun allen Ernstes ein eHealth-Gesetz, statt im Gesundheitswesen endlich die richtigen Anreize zu schaffen, damit es sich auch im Gesundheitswesen lohnt, zum Wohle aller in innovative Technologien zu investieren und damit auch Geld zu verdienen.

Es kann doch nicht sein, dass ein Arzt erst dann die elektronische Abrechnung und das elektronische Patientendossier einführt, wenn er dafür extra bezahlt wird. Wenn der Arzt durch Innovation einen Vorteil hat, wird er als Unternehmer investieren. Wenn der Patient einen Vorteil hat, ist er bereit, dafür zu zahlen, der Krankenversicherer als Treuhänder der Versicherten ebenfalls.

6.4.7. Bedarfsgerechte Ausbildung

Bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen erwartet man in den nächsten Jahren einen zusätzlichen Personalbedarf von 25% bzw. 15'000 zusätzlichen Pflegefachleuten. In den letzten Jahren wurden die Ausbildungen im Pflegebereich verakademisiert, Dies hatte zur Folge, dass zusätzliche Personalressourcen aus dem benachbarten Ausland beschafft wurden, obwohl zehntausende von jungen Leuten ohne Matura gerne in den Gesundheitsbereich eingestiegen wären und immer noch einsteigen würden. Deshalb ist es unumgänglich, dass bis 2011 schweizweit eine Attest-Ausbildung eingeführt wird und Lehrabgänger oder Arbeitslose, die mit Überzeugung und Eignung ins Gesundheitswesen einsteigen möchten, heute sofort eine Chance dazu erhalten.

Die Spitexorganisationen und stationären Pflegeinstitutionen müssen den unternehmerischen Handlungsspielraum bekommen, die Angehörigenpflege inkl. Abgeltung in ihre Dienstleistungsangebote einzubauen.

6.4.8. Aufhebung des Numerus Clausus

Wir müssen mehr eigene Schweizer Ärzte ausbilden, um einen Ärztemangel zu vermeiden, falls wir den Bedarf eines Tages nicht mehr aus dem Ausland decken können. Aus diesem Grund muss der Numerus Clausus aufgehoben werden. Wer vom Staat ein teures Medizinstudium bezahlt bekommt, im Gegensatz zu anderen Berufen auch die Weiterbildung nicht selber bezahlen muss, sollte mit dem Staat einen Teilrückzahlungsvertrag abschliessen.

7. Dringendster Handlungsbedarf im 2010

Mut ist gefragt!

Denken muss erlaubt sein. Politiker, die laut über Lösungen oder Verbesserungen nachdenken, sollen nicht sofort abgestraft werden. Die Angst von einer Abwahl hindert viele Politiker daran, die hier benannten Themen kritisch und lösungsorientiert zu diskutieren und ihre Wähler auf den Widerspruch zwischen maximaler Leistung im Krankheitsfall im Spital gleich um die Ecke und minimaler Prämie hinzuweisen.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die vom Parlament und Bundesrat beschlossenen Massnahmen nicht zur Kostendämpfung geführt haben. Das Gesundheitswesen darf nicht durch noch mehr Paragraphen blockiert werden. Weniger ist mehr! Die folgenden Sofortmassnahmen sind realistisch, rasch umsetzbar, nachhaltig wirksam und sozial verträglich.

Mit dem neuen Gesundheitsminister BR Didier Burkhalter und dem neuen BAG-Direktor Pascal Strupler haben wir die ideale Ausgangslage, die Umsetzung dieser wichtigen Weichenstellung zwei unverbrauchten Führungskräften anzuvertrauen. Doch vorher müssen wir uns im Parlament zu einer Lösung nach den oben genannten Grundsätzen durchringen und uns nicht schon wieder von den Besitzstandswahrem und Lobbyisten etwas aufschwätzen lassen.

7.1. Vertragsfreiheit, Managed Care und Kostenbeteiligung

Diese drei Vorlagen sind gekoppelt, zügig zu beraten und noch in diesem Jahr zu verabschieden. Die generelle Vertragsfreiheit ist im Moment nicht mehrheitsfähig. Wer in Zukunft für Grundversicherungsleistungen die Wahl der Leistungserbringer nicht auf die Anbieter integrierter Versorgung (Managed Care) einschränken will, soll nicht höhere Prämien bezahlen (Solidarität), aber weniger Rabatte bekommen und sich wesentlich mehr an den Kosten der bezogenen medizinischen Pflichtleistungen beteiligen.

Abgesehen von diesen Anreizen soll die Wahl des Grundversicherungsmodells nicht weiter eingeschränkt werden. Solidarität heisst nicht, allen alles bezahlen, sondern, allen den Zugang zu wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen medizinischen Leistungen garantieren. Weder Versicherer, Versicherte noch Leistungserbringer sollen per Gesetz zu Managed Care verpflichtet werden. Managed Care erfreut sich schon jetzt ohne Zwang wachsender Beliebtheit.

7.2. Investitionsrüsten stoppen

Als Zweite Sofortmassnahme ist dem Parlament eine Tarif-Vorlage zu unterbreiten, welche noch in diesem Jahr verabschiedet werden kann.

Das Investitionsrüsten kann nur dann gestoppt werden, wenn künftig für kassenpflichtige Leistungen nicht mehr der Anspruch auf Kostendeckung erhoben werden kann. Stattdessen sind zwischen den Tarifpartnern Preis- und Qualitätsbenchmark auszuhandeln. Passiert gegen das Wettaufrüsten nichts, werden grosse Überkapazitäten aufgebaut. Die schon jetzt am stärksten steigenden Spitalkosten steigen noch massiver an. Ohne gesetzlich verankerten Anspruch auf Kostendeckung werden sich die Kantone gut überlegen müssen, ob sie in Prestigeprojekte investieren wollen, welche zu Marktpreisen unter Wettbewerbsbedingungen ab 2012 wieder vernichtet werden.

7.3. Finanzierung aus einer Hand und einheitlicher Finanzierungsmix

Anhand der Zahlen 2008 heisst das: 10% steuern die Patienten in Form von Kostenbeteiligungen bei. Rund 30% trägt der Staat bei und 60% die Krankenversicherer. Im Jahr 2011 könnte dieser Finanzierungsmix in einer Schattenrechnung getestet und bei Bedarf justiert werden. Ab 2012 muss er für jede einzelne Pflichtleistung gelten.

Der Leistungserbringer stellt die Gesamtrechnung dem Krankenversicherer mit Kopie an den Patienten zu. Sobald der Patient das OK gibt, der Versicherer die Rechnung ebenfalls geprüft hat, bezahlt der Versicherer die Rechnung, verrechnet die Kostenbeteiligung mit den Prämien des Patienten und stellt dem Kanton periodisch eine Sammelrechnung.

Ab 2012 müssen die Spitäler für stationäre Leistungen die Fallpauschalen nach dem Finanzierungsmix mind. 55% Kanton und max. 45% Versicherer in Rechnung stellen. Sie könnten das nach dem eben dargestellten Prinzip machen, für ambulante Leistungen ebenfalls, alle anderen Leistungserbringer ebenfalls.

So einfach ist die Finanzierung aus einer Hand nach einem einheitlichen Finanzierungsmix der drei Kostenträger, Staat, Versicherer, Patient. Der Bund übt weiterhin die Aufsicht über die Durchführung des KVG aus, die Kantone behalten die Aufsicht über die wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Verwendung der Steuergelder.

Gesamtkosten des Gesundheitswesens 2008

Das Gesundheitswesen hat im Jahr 2008 gesamthaft folgende Kosten verursacht (gerundete Zahlen:

- 60 Milliarden Franken: Totalkosten (inkl. überobligatorischer Teil, z.B. Zahnmedizin)
- 31.6 Milliarden Franken: Grundversicherung (inkl. Steuerbeiträge der Kanone)
- 7.8 Milliarden Franken: Steuerbeiträge der Kantone an Spitäler, (ohne Prämienverbilligungen)
- 23.8 Milliarden Franken: Grundversicherung (inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten)
- 19.7 Milliarden Franken: Grundversicherungsprämien, davon ca. 3.5 Mia. Prämienverbilligungen)
- 3.3 Milliarden Franken: Kostenbeteiligung der Versicherten für Grundversicherungsleistungen (Franchisen, Selbstbehalt über den Franchisen)
- 0.8 Milliarden Franken: Defizit der Krankenversicherer in der Grundversicherung (Entnahmen aus den Reserven)

Quelle: santésuisse

Konkrete Massnahmen zur Gesundung des Gesundheitswesens

Inhaltsverzeichnis

- I. Problemfelder und Massnahmen
Vorbemerkung

- II. Die wichtigsten Massnahmen im Überblick
 - A) Ab Herbst 2010 wirksam
 - B) Ab 2011 wirksam
 - C) Ab 2012 wirksam

- 1. Sofort handeln mit Sofortwirkung für die Prämienzahlenden
 - 1.1. Bundesrat
 - 1.2. Parlament

- 2. Sofort handeln mit mittel- und langfristiger Wirkung

Problemfelder und Massnahmen

Vorbemerkungen

Das Gesundheitswesen kommt nicht aus den Schlagzeilen. Die Kosten der medizinischen Leistungen zu Lasten der Grundversicherung steigen trotz Sparmassnahmen des Bundesrats und trotz harten Tarifverhandlungen zwischen Ärzten, Spitälern, Apothekern, Therapeuten und Pflege mit den Krankenversicherern munter weiter. Was das Parlament bis jetzt mit den dringlichen Sparmassnahmen gemacht hat, ist angesichts der steigenden Prämienlast für den Mittelstand ein absurdes Trauerspiel. Wenn wir jetzt nichts tun, fahren wir das Gesundheitswesen an die Wand. Mit der neuen Spitalfinanzierung und mit Managed Care werden die Weichen mittelfristig richtig in Richtung mehr Wettbewerb unter den Spitälern, Ärzten und anderen Leistungserbringern gestellt. Der verfeinerte Risikoausgleich lenkt den Wettbewerb unter den Krankenversicherern von der Jagd nach den guten Risiken zu Qualität und Kosteneffizienz der medizinischen Leistungen zu Lasten der Grundversicherung.

Ich werde im Kanton Luzern teuren Prestigeprojekten und falschem Lokalpatriotismus im Spitalbereich den Kampf ansagen. Genau das erwarte ich von allen Politikern. Die Zeiten der grossen Versprechungen vor den Wahlen ohne Angaben über die Kostenfolgen nach den Wahlen sollten vorbei sein. Griechenland zeigt uns, dass die Bürger erst protestieren, wenn die Schuldenwirtschaft des Staates an den Rand des Bankrotts führt. Wir werden es nicht soweit kommen lassen, denn die Krankenversicherer dürfen sich im Gegensatz zum Staat nicht überschulden.

Es kann nicht mehr jedes Spital alles anbieten. Nicht jede kleine Rechnung des Arztes oder Apothekers muss die Krankenkasse übernehmen. Eine Versicherung brauchen wir dann, wenn die Heilungskosten unsere persönlichen finanziellen Verhältnisse übersteigen. Wir Bürger müssen von der Vollkaskomentalität und vom Selbstbedienungsladen Gesundheitswesen zum Pauschaltarif Abschied nehmen. Wir werden in Zukunft nicht mehr einfach das nächstgelegene Spital aufsuchen, sondern dasjenige, welches für den geplanten Eingriff spezialisiert ist und deshalb die beste Qualität und das beste Preis-Leistungsverhältnis bietet. Spitäler, Ärzte und andere Leistungserbringer müssen besser zusammenarbeiten und uns endlich zuverlässige und verständliche Angaben über Preise und Qualität ihrer Leistungen machen.

Aber auch Ärzte, Spitäler, Apotheker, Therapie- und Pflegefachleute, Pharma- und Medizinaltechnikindustrie müssen sich vom wettbewerbsfreien, geschützten Selbstbedienungsladen Gesundheitswesen mit staatlich garantierten Preisen ohne Mengenbeschränkungen und hohen Margen, die es sonst nirgends gibt, verabschieden.

Mit Bundesrat Didier Burkhalter ist ein Gesundheitsminister am Ruder, der die verhärteten Fronten aufgeweicht hat. Er geniesst das Vertrauen aller Akteure, welche ihre Pfründe bis jetzt auf Kosten der Prämienzahlenden verteidigt haben. Allein kann aber auch er nichts tun. Bundesrat Burkhalter braucht also nicht bloss Sympathiebezeugungen, sondern die Unterstützung aller Akteure. Die Prämien 2011 drohen wieder um die 10 Prozent zu steigen. Das muss mit allen Mitteln und vereinten Kräften verhindert werden. Aber auch mittelfristig müssen die Weichen im Krankenversicherungsgesetz richtig gestellt werden, damit sich auch unsere Kinder ein gutes Gesundheitswesen leisten können und von uns nicht Schulden erben, wie bei der Einheitskasse Invalidenversicherung.

Die wichtigsten Massnahmen im Überblick

Durch den Bundesrat sofort und durch das Parlament in der Sommersession zu beschliessen.

A) Ab Herbst 2010 wirksam

Provisionsverbot in der Kundenwerbung durch Notrecht: Der Bundesrat muss das vom Parlament im Rahmen der sistierten Beratung über dringliche Sparmassnahmen das Verbot von Telefonwerbung und Maklerprovisionen in der Grundversicherung unter Anwendung von Notrecht per 1.9.2010 verbieten. Nur so können die zum Teil langfristigen Verträge mit den Call Centern und den Maklern sofort aufgehoben und als nichtig erklärt werden. Und nur so kann die teure Jagd auf gute Risiken mit Grundversicherungsprämien via comparis- und Maklerprovisionen schon im Herbst 2010 gestoppt werden.

B) Ab 2011 wirksam

Transparenz bei den Leistungserbringern: Leistungserbringer, welche den Versicherern die erforderlichen Leistungs- und Kosten-Daten nicht oder nicht vollständig liefern, verlieren nach zwei Warnungen beim dritten Verstoß das Privileg des Vertragszwangs und dürfen von den Krankenversicherern als Grundversicherung-Vertragspartner ausgeschlossen werden.

Gleiche Tarife für ambulante Leistungen in Spital und Arztpraxis: Der Bundesrat verankert auf Verordnungsstufe den Grundsatz, dass für ambulante Leistungen zu Lasten der Grundversicherungen in den Spitalambulatorien und Arztpraxen ab 2011 die gleichen Tarife gelten.

Vertriebsmargen bei den Medikamenten senken: Der Bundesrat muss auch rasch die hohen Vertriebsmargen auf das Selbstkostenniveau der Spitäler, Apotheken und Ärzte senken, damit endlich die Anreize verschwinden, zu viel und zu teure Medikamente zu verschreiben bzw. abzugeben. Spitäler, Ärzte und Apotheker sollen nicht mit Margen Geld verdienen, sondern mit medizinischen Leistungen, welche für die Patienten wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wie es das KVG seit 1996 verlangt.

Höchstpreise der Mittel und Gegenstände senken: Der Bundesrat senkt die Höchstpreise per 1.1.2011 auf das Niveau der Vergleichsländer analog des Auslandpreisvergleichs bei den Medikamenten.

Von den wirkstoffgleichen Medikamenten nur das Preisgünstigste: Der Grundsatz, zu Lasten der Grundversicherung stets das preisgünstigste Medikament abzugeben, wenn es verschiedene Präparate mit dem gleichen Wirkstoff gibt und keine triftige medizinische Begründung für ein Teureres gibt, ist im KVG bereits verankert und muss auf Verordnungsstufe inkl. Sanktionen bei Verstößen präzisiert werden.

Vertragszwang für Spitzenmedizin aufheben: Der Bundesrat hebt auf Verordnungsstufe den Vertragszwang für alle Leistungen auf, welche das Konkordat der Kantone zur Spitzenmedizin geregelt hat. Dadurch entsteht ein zusätzlicher Druck auf die Kantone gegen Überkapazitäten, denn die Krankenversicherer können ihre Versicherten den Zentren zuweisen, welche das beste Preis-Leistungs-Verhältnis anbieten.

Second Opinion vor teuren Eingriffen: Vor jedem planbaren Eingriff (ausgenommen sind die nicht planbaren Eingriffe in akut lebensbedrohlichen Situationen) ab einem bestimmten Kostenvolumen ist in Zukunft eine Zweitmeinung und eine Kostengutsprache des Krankenversicherers erforderlich.

Rückzahlungsvertrag statt Numerus Clausus für Medizinstudierende: Der Numerus Clausus ist aufzuheben. Medizinstudierende müssen sich beim Studienantritt vertraglich verpflichten, in den ersten 10 Jahren nach der Aus- (Staatsexamen) und Weiterbildung (Facharzttitle) während einer minimalen Gesamtarbeitszeit als Arzt/Ärztin zu praktizieren. Unterschreiten sie dieses Minimum nach Ablauf der 10 Jahre, sind die Studienkosten proportional zur unterschrittenen Arbeitszeit zurückzuzahlen.

C) Ab 2012 wirksam

Definitives Ende der Quersubventionen bei Krankenversicherern: Der gesetzliche Zustand bezüglich Art. 61 KVG und Art. 78 KVV muss sichergestellt werden, damit Prämien und Kosten in jeder Prämienregion im Zweijahreshorizont, also spätestens 2012 ausgeglichen sind.

Managed Care fördern statt zerstören: Managed Care soll durch Anreize für die Versicherten (Qualität, Kostenbeteiligung und Prämienrabatt) gefördert werden. Weder Versicherer, Leistungserbringer noch Versicherte sollen zu Managed Care gezwungen werden.

Patientenverfügung für alle: Die Medizin soll nicht bloss das Sterben verlängern, sondern das lebenswürdige Leben. Das Parlament verankert im KVG die Patientenverfügung für alle Versicherten und beauftragt den Bundesrat, die Details auf Verordnungsstufe zu regeln.

Einheitlicher Finanzierungsmix für alle kassenpflichtigen Leistungen: Das Parlament verankert den Grundsatz im KVG, dass per 1.1.2012, also zeitgleich mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung, für alle medizinischen Leistungen zu Lasten der Grundversicherung ein einheitlicher Finanzierungsmix aus Steuern (Bund, Kantone), Grundversicherungsprämien und Kostenbeteiligung der Patienten gilt.

Fünf Qualitätsindikatoren für medizinische Leistungen: Bis Ende August 2010 unterbreitet der Bundesrat den Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern fünf Qualitätsindikatoren, welche ab 1.1.2011 von jedem zugelassenen Leistungserbringer, welcher weiterhin vom Vertragszwang profitieren will, systematisch zu erheben und von den Kantonen als Zulasser der Leistungserbringer zu kontrollieren und dem Gesundheitsobservatorium zu übermitteln sind.

Verhandlungsmandat für Medikamentenpreise statt komplizierte Preisbildungsparagrafen: Besser als die gültigen, immer komplizierter werdenden und personalintensiveren Preisbildungsmechanismen auf Verordnungsstufe ist ein Verhandlungsziel des Bundesrats ans BAG. Die Pharmaindustrie reicht gegen mindestens 5% der BAG-Verfügungen Rekurse ein. Dadurch muss das BAG den Tatbeweis wirklich liefern, dass es hart verhandelt. Komplizierte, technische Preisbildungsmechanismen ohne verbindliche Verhandlungsziele zu erreichen, nützt den Prämienzahlenden nichts und belastet bloss die Steuerzahlenden.

Pflege durch Angehörige: Das Parlament beauftragt den Bundesrat, die gesetzlichen Grundlagen auszuarbeiten, damit das Engagement der Angehörigen bei der Pflege zu Hause mit angemessenen steuerlichen Erleichterungen für die Angehörigen kompensiert werden kann und die Leistungserbringer Anreize bekommen, um die Angehörigen angemessen in die Pflege einzubeziehen.

Gesundheitsziele in der Verfassung statt Artenschutz für Leistungserbringer: Der Bundesrat unterbreitet dem Parlament einen Verfassungsartikel mit den Gesundheitszielen (inkl. Grundversorgung). Dieser soll auch als Gegenvorschlag zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ die Diskussion im Abstimmungskampf vor den Partikularinteressen einzelner Versorgergruppen zu den Versorgungszielen lenken.

1. Sofort handeln mit Sofortwirkung für die Prämienzahlenden

Es gehört zu den Aufgaben des Bundesrats, mit den richtigen Massnahmen auf Verordnungsstufe im Sinn und Geist der gesetzlichen Grundlagen mit rascher Wirkung korrigierend einzugreifen, wenn sich die Dinge nicht im Sinne des Gesetzgebers entwickeln oder wie im Moment aus dem Ruder zu laufen drohen. Im Normalfall ist das Parlament für die mittel- und langfristig wirkenden gesetzlichen Grundlagen und nicht für dringliche Sparpakete zuständig.

1.1. Bundesrat

- **Prämien 2011 / 2012 und Einschränkung der Kundenwerbung:** Trotz allen kurz- und mittelfristigen Massnahmen werden die Prämien 2011 wegen des Nachholbedarfs und 2012 wegen der neuen Spitalfinanzierung (neu kommen für die Krankenversicherer mind. 45% der Investitionsnutzungskosten dazu) stark steigen. Derweil geht die Kundenwerbung der Krankenversicherer munter weiter, weil sich kein Konkurrent erlauben kann, auszusteigen und viele Kunden zu verlieren.

Der Bundesrat muss also die Kostenspirale der Kundenwerbung per Notrecht stoppen, weil diese aggressive Kundenwerbung in diesem mittlerweile gigantischen Umfang weder den Versicherten, noch den Versicherern Nutzen stiftet. Kundenwerbung gehört zwar zum Wettbewerb. Da es die Krankenversicherer aber verpasst haben, auf Qualität statt Quantität zu setzen und wir Versicherte uns dermassen nerven, gibt es keinen anderen Weg, als ein Verbot, bis der verfeinerte Risikoausgleich mit den richtigen Anreizen diese Auswüchse an der Wurzel packt.

Sofortmassnahmen des Bundesrats im Bereich Kundenwerbung der Krankenversicherer

Der Bundesrat muss das vom Parlament im Rahmen der sistierten Beratung über dringliche Sparmassnahmen das Verbot von Telefonwerbung und Maklerprovisionen in der Grundversicherung unter Anwendung von Notrecht per 1.9.2010 verbieten. Nur so können die zum Teil langfristigen Verträge mit den Call Centren und den Maklern sofort aufgehoben und als nichtig erklärt werden. Und nur so kann die teure Jagd auf gute Risiken mit Grundversicherungsprämien via comparis- und Maklerprovisionen schon im Herbst 2010 gestoppt werden.

Da dieses Verbot die kreativen Krankenversicherer animieren wird, die Kundenwerbung auf anderen Kanälen zu intensivieren (Sponsoring, Plakate, Inserate, festangestellte Kundenberater), muss der Bundesrat diese verpflichten, die Ausgaben für die Kundenwerbung schon in diesem Jahr bei den Aufsichtsdaten separat auszuweisen.

Als dritte Massnahme muss der Bundesrat die Krankenversicherer schon für die Prämienanzeigen 2011 verpflichten, gleich neben der Prämie für die Grundversicherung auch die Verwaltungskosten insgesamt sowie den Verwaltungskostenblock Marketing, Werbung und Sponsoring auszuweisen.

Viertens müssen Makler und festangestellte Kundenberater bei ihrer Tätigkeit stets offenlegen, von wem und wie sie für ihre Arbeit bezahlt werden.

- **Sparen bei Mitteln und Gegenständen (MiGeL):** Die Preise sind laut Branchenkennern weit über denjenigen der umliegenden Nachbarländer.

Da die MiGeL zu Lasten der Grundversicherung nur über zugelassene Abgabestellen verkauft werden dürfen, entstehen groteske Situationen für die Patienten. Milchpumpen oder Inkontinenzwindeln kosten in zugelassenen Abgabestellen wie Drogerien oder Apotheken das Doppelte, als in anderen Geschäften. Diese dürfen aber von den Krankenkassen nur bezahlt werden, wenn sie in den teuren Abgabestellen gekauft werden. Das Quasimonopol und die überrissenen Margen werden mit der erforderlichen medizinischen Beratung begründet. Bei vielen MiGeL-Produkten ist diese Beratung aber schlicht nicht nötig oder kann ausserhalb von Apotheken oder Drogerien auch angeboten werden.

Sofortmassnahme des Bundesrats bei den Mitteln und Gegenständen

Der Bundesrat senkt die Höchstpreise der Mittel und Gegenstände (MiGeL) per 1.1.2011 auf das Niveau der Vergleichsländer analog des Auslandpreisvergleichs bei den Medikamenten.

- **Sparen bei Medikamenten:** Die Spezialitätenliste (SL) ist zu verkleinern. Zudem soll nur noch das preisgünstigste Medikament vergütet werden (bei gleichem Wirkstoff). Das BAG soll zudem bei Preisfestsetzungen härter verhandeln.

Punkto Preissenkungen ist Dank des Drucks von santésuisse mit den Auslandpreisvergleichen tatsächlich etwas gegangen. Dass die Fabrikabgabepreise auf dem Inlandniveau sind, wie es die Pharmaindustrie behauptet, stimmt schlicht nicht. Denn die Auslandpreisvergleiche der Pharmaindustrie und santésuisse vergleichen Listenpreise. In Deutschland z.B. verhandeln die Krankenversicherer mit der Pharmaindustrie Rabatte. Die prämienswirksamen Preise sind also wesentlich tiefer.

Die Pharmaindustrie hat bisher als einzige Sparte einen prämienswirksamen Sparbeitrag geleistet. Trotzdem dämpft Preisdruck ohne Einfluss auf die stetig wachsenden Mengen die Kosten nicht wesentlich. Die Pharmaindustrie ist übrigens auch bereit, die SL zu kürzen.

Sofortmassnahmen des Bundesrats im Bereich Medikamente

Der Bundesrat muss nun rasch das Preisbildungsmodell der Pharmaindustrie und santésuisse umsetzen, damit sich der Generikamarktanteil vergrössert.

Der Bundesrat muss den Grundsatz, zu Lasten der Grundversicherung stets das preisgünstigste Medikament abzugeben, wenn es verschiedene Präparate mit dem gleichen Wirkstoff gibt, rasch auf Verordnungsstufe konkretisieren. Dieser Grundsatz erfüllt nichts mehr und nichts weniger als die seit 1996 im KVG verankerten Anforderungen, dass jede medizinische Leistung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein muss. Gibt es medizinische Gründe gegen das preisgünstigste Medikament, hat das eben mit der Wirksamkeit zu tun. Die Beweislast liegt folglich beim verschreibenden Arzt. Ohne stichhaltige, medizinische Gründe sollten die Krankenversicherer zu Lasten der Grundversicherung also stets nicht mehr, als das preisgünstigste Medikament bezahlen dürfen. Wer gegen diesen Grundsatz verstösst, muss mit Sanktionen rechnen, im Extremfall mit dem Verbot als Leistungserbringer zu Lasten der Grundversicherung.

Der Bundesrat muss auch rasch die hohen Vertriebsmargen auf das Selbstkostenniveau der Spitäler, Apotheken und Ärzte senken, damit endlich die Anreize verschwinden, zu viel und zu teure Medikamente zu verschreiben bzw. abzugeben. Spitäler, Ärzte und Apotheker sollen nicht mit Margen Geld verdienen, sondern mit medizinischen Leistungen, welche für die Patienten wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, wie es das KVG seit 1996 verlangt.

Besser als die gültigen, immer komplizierteren und personalintensiveren Preisbildungsmechanismen auf Verordnungsebene ist ein Verhandlungsauftrag des Bundesrats ans BAG: Die Pharmaindustrie reicht gegen mindestens 5% der BAG-

Verfügungen Rekurse ein. Mit diesem Verhandlungsmandat muss das BAG den Tatbeweis wirklich liefern, dass es hart verhandelt. Komplizierte, technische Preisbildungsmechanismen ohne verbindliche Verhandlungsziele zu erreichen, nützt den Prämienzahlenden nichts und belastet bloss die Steuerzahlenden.

Sofortmassnahmen des Parlaments im Bereich Medikamente

Der Grundsatz, zu Lasten der Grundversicherung stets das preisgünstigste Medikament abzugeben, wenn es verschiedene Präparate mit dem gleichen Wirkstoff gibt, muss jetzt endlich im KVG verankert werden. Dieser erfüllt nichts mehr und nichts weniger als die seit 1996 im KVG verankerten Anforderungen, dass jede Pflichtleistung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein muss. Gibt es medizinische Gründe gegen das preisgünstigste Medikament, hat das eben mit der Wirksamkeit zu tun. Die Beweislast liegt folglich beim verschreibenden Arzt. Ohne stichhaltige medizinische Gründe sollten die Krankenversicherer zu Lasten der Grundversicherung also stets nicht mehr als das preisgünstigste Medikament bezahlen dürfen.

- **Gleich lange Spiesse für ambulante Leistungen im Spital und in der Arztpraxis:**
Kostenübernahme von 100 Franken durch Patienten beim Besuch von Spitalambulatorien (Ausnahme echte Notfälle).

Bundesrat Pascal Couchepin hat eine generelle Praxisgebühr für Konsultationen in Arztpraxen und Spitalambulatorien vorgeschlagen und damit übers Ziel hinausgeschossen. Die teure Infrastruktur in Spitälern, aufwändige Untersuchungen, weil das Spitalpersonal die Patienten im Gegensatz zum Hausarzt nicht kennt, machen Notfälle in Spitälern fast immer teurer, als in Hausarztpraxen. Mit der Spitalnotfalltaxe bekommen die Patienten einen Anreiz, den Hausarzt, statt den Spitalnotfall aufzusuchen.

Sofortmassnahmen des Bundesrats im Bereich der ambulanten Versorgung

Der Bundesrat verankert auf Verordnungsstufe den Grundsatz, dass für ambulante Leistungen zu Lasten der Grundversicherungen in den Spitalambulatorien und Arztpraxen ab 2011 die gleichen Tarife gelten.

Da die Ambulatorien der öffentlichen Spitäler ihre Infrastruktur im Gegensatz zu den Arztpraxen bereits mit Steuergeldern bezahlt haben, ist diese Wettbewerbsverzerrung durch eine zusätzliche Tariffdifferenz abzubilden. Die TARMED-Taxpunktwerte für ambulante Behandlungen in öffentlichen Spitälern sollten also mindestens 20% tiefer sein, als die in den Arztpraxen.

- **Spitalplanung und -finanzierung:** Einsparungen bei Spitälern im Umfang von 15% wären möglich, wenn man das Gärtchen-Denken aufgibt. Es braucht keine kantonale Spitalplanung, sondern eine Gesundheitspolitik, die Ziele vorgibt.

Mittelfristig braucht es die Aufhebung des Vertragszwangs, die Streichung aller Ansprüche auf Abgeltung von Kosten in den Verordnungen, wenn man wirklich den Systemwechsel von der Rückerstattung verursachter Kosten zur Finanzierung erbrachter Leistungen zu marktüblichen Preisen kommen will. Dann müssen sich die Kantone auch wirklich als Besitzer oder Betreiber von Spitälern, als Vollplaner nach Sowjetmanier verabschieden und sich auf ihre gesundheitspolizeiliche Rolle bzw. Massnahmen zur Versorgungssicherheit bei Marktversagen konzentrieren.

Sofortmassnahme des Bundesrats im Bereich Spitalfinanzierung

Inbesondere im Hinblick auf die Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1.1.2012 ist schon jetzt sicherzustellen, dass Ausbildung, Forschung und andere Leistungen der Spitäler, welche nicht Bestandteil von kassenpflichtigen medizinischen Leistungen sind, auch nicht via Fallpauschalen bezahlt werden.

- **Konzentration der Spitzenmedizin:** Das Durcheinander in der Spitzenmedizin (die es übrigens gemäss KVG gar nicht gibt) ist nur deshalb möglich, weil der Wettbewerb nicht spielt und sich Kantone Prestigeduelle liefern. Dies muss sofort unterbunden werden.

Das Konkordat der Kantone zur Spitzenmedizin wird die Prestigeduelle nicht verhindern, wie am Beispiel Herztransplantationszentren schon jetzt ersichtlich ist. Ein Zentrum und die Kooperation mit dem benachbarten Ausland würden genügen. Schon die Experten schlagen aus regionalpolitischem Kalkül je ein Zentrum in der West- und Deutschschweiz vor. Die Kantone werden wohl ein drittes hinzufügen.

Die Neuregelung der Spitalfinanzierung fordert ab 2012 für die Spitzenmedizin eine interkantonale Planung. Wenn die Kantone nichts tun, erlässt der Bund die erforderliche Planung. Das Beispiel Protonenstrahlentherapie zeigt, dass sich sowohl staatliche (Paul Scherer Institut und neu auch Inselspital Bern), wie auch private Anbieter (Projekt in Galgenen SZ) wenig um Planungsempfehlungen kümmern, sondern sich an den ökonomischen Anreizen orientieren. Die beste Planung nützt nichts, wenn nicht die Anreize richtig gesetzt werden.

Sofortmassnahme des Bundesrats im Bereich Spitzenmedizin

Der Bundesrat hebt auf Verordnungsstufe den Vertragszwang für alle Leistungen auf, welche das Konkordat der Kantone zur Spitzenmedizin geregelt haben. Dadurch entsteht ein zusätzlicher Druck auf die Kantone gegen Überkapazitäten, denn die Krankenversicherer können ihre Versicherten denjenigen Zentren zuweisen, welche das beste Preis-Leistungs-Verhältnis anbieten.

- **Leistungserbringer einigen sich auf konkrete Vorschläge hinsichtlich Transparenz, Qualität und Kosteneffizienz:** Landwirte, welche sich nicht an die Spielregeln halten, werden mit Kürzungen oder gar der Streichung der Direktzahlungen bestraft. Diese Sanktionen müssen auch für Ärzte, Spitäler und andere Leistungserbringer, welche wie die Bauern auch von Zwangsabgaben (Steuern und Prämien) profitieren, eingeführt werden.

Sofortmassnahme des Bundesrates im Bereich Qualität medizinischer Leistungen zu Lasten der Grundversicherung per 1.1.2011

Bis Ende August 2010 unterbreitet der Bundesrat den Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern fünf Qualitätsindikatoren, welche ab 1.1.2011 von jedem zugelassenen Leistungserbringer, welcher weiterhin vom Vertragszwang profitieren will, systematisch zu erheben und von den Kantonen als Zulasser der Leistungserbringer zu kontrollieren und dem Gesundheitsobservatorium zu übermitteln sind.

Das Gesundheitsobservatorium prüft und plausibilisiert die Daten der ersten sechs Monate 2011 und publiziert diese Daten ab September 2011 halbjährlich.

Leistungserbringer, welche den Versicherern die erforderlichen Leistungs- und Kostendaten nicht oder nicht vollständig liefern, verlieren nach zwei Warnungen beim dritten Verstoss das Privileg des Vertragszwangs und dürfen von den Krankenversicherern als Grundversicherung-Vertragspartner ausgeschlossen werden.

- **Aufsicht und Governance:** Analog der Com-Com soll ein Aufsichtsgremium das Gesundheitswesen kontrollieren. Kantone sollen sich von Spitälern trennen. Weder Private noch der Staat sollen sich selber kontrollieren.

Die Aufsicht ist in der Vergangenheit ungenügend wahrgenommen und durch die Politik in unzulässiger Weise beeinflusst worden. Wäre sie frei von politischem Einfluss, hätte das BAG keine Prämien 2010 genehmigt, welche die Kosten nicht decken. Würde die Aufsicht funktionieren, nähme das BAG jeweils auch öffentlich klar Stellung, wenn Politiker oder Medienleute die Krankenversicherer pauschal mit Vorwürfen wie mangelnde Transparenz, Spekulation mit den Reserven an den Börsen etc. eindecken. Wer denn sonst kann aus unabhängiger Position sagen, ob diese Vorwürfe stimmen oder nicht? Werden sie stets wiederholt und nur die beschuldigten Krankenversicherer bzw. ihr Branchenverband santésuisse wehren sich, werden aus den Vermutungen in der Wahrnehmung der Bevölkerung rasch Tatsachen.

Weder im KVG noch in den entsprechenden Verordnungen wird verlangt, dass die Kantone ihre Rollenkonflikte beseitigen und moderne Corporate Governance-Standards anwenden. Das BAG interveniert nicht, wenn sich Leistungserbringer nicht an die Spielregeln halten und weist darauf hin, dass man nur eine Aufsichtspflicht über die Krankenversicherer hat.

Sofortmassnahmen des Bundesrats im Bereich Aufsicht über die Krankenversicherer

Der Bundesrat muss das BAG beauftragen, in der Aufsicht über die Krankenversicherer folgende Grundsätze sofort und konsequent durchzusetzen:

- *Der Grundsatz des Gleichgewichts von Kosten und Prämien verbietet Quersubventionierungen.*
- *Der gesetzliche Zustand bezüglich Art. 61 KVG und Art. 78 KVV muss sichergestellt werden, damit Prämien und Kosten in jeder Prämienregion im Zweijahreshorizont, also spätestens 2012 ausgeglichen sind.*
- *Regelverletzungen dürfen nicht zu Konkurrenzvorteilen führen und sind deshalb konsequent zu ahnden, bis hin zum Entzug der Bewilligung, die Grundversicherung durchführen zu dürfen.*

1.2. Parlament

- **Governance der Versicherer und Leistungserbringer:** In der Managed Care-Vorlage wird gefordert, dass die Krankenversicherer nicht selber Managed Care-Anbieter sein dürfen. Wenn diese Forderung schon gestellt wird, sollte sie generell, also für alle Kostenträger, für Versicherer und Kantone formuliert werden.

Sofortmassnahme des Parlaments im Bereich Governance der Leistungserbringer und Kostenträger

Das Parlament verankert im KVG den Grundsatz, dass Leistungserbringer, welche zu Lasten der Grundversicherung tätig sind, unabhängig von den Kostenträgern, also unabhängig von den Kantonen und Versicherern sein müssen.

- **Investitionswettrüsten unter den Spitälern sofort stoppen:** Statt Wettrüsten sollen zwischen Tarifpartnern Preis- und Qualitätsbenchmarks ausgehandelt werden.

So lange Vertragszwang herrscht, die Versicherer also von allen zugelassenen Spitälern alle dort erbrachten Leistungen zu behördengenehmigten Tarifen bezahlen müssen, ist es sehr naiv zu glauben, dass Kantone oder Bund mit Planung etwas erreichen. Und bis es dann so weit ist, geht das Investitionswettrüsten munter weiter, wie es selbst eine von BR Couchepin in Auftrag gegebene und in den Schubladen des EDI versteckte Studie der KPMG bestätigt.

Sofortmassnahme des Parlaments gegen das Investitionswettrüsten der Spitäler mit Steuergeldern

Damit sich das Wettrüsten der Spitäler mit Steuergeldern nicht lohnt, ist im KVG der Grundsatz zu verankern, dass die sogenannten „anrechenbaren Kosten“ nicht als Rechtsanspruch der Leistungserbringer gelten. Tarife bzw. Preise können nicht in jedem Einzelfall die eigenen Kosten decken. Die anrechenbaren Kosten müssen in Tarifverhandlungen bzw. Tariffestsetzungsverfahren lediglich unter den vergleichbaren Leistungserbringern verglichen werden, um diejenigen mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis zu identifizieren.

Tarife und Preise für jegliche Leistungen zu Lasten der Grundversicherung müssen sich stets WZW-konform am besten Preis-Leistungs-Verhältnis orientieren.

Kosten, die nichts mit den medizinischen Pflichtleistungen zu Lasten der Grundversicherung zu tun haben - wie z.B. Forschung, Ausbildung, Arbeitsplätze in der Region – sind eben im Sinne des Gesetzes auch keine anrechenbaren Kosten.

- **Finanzierung aus einer Hand (Monismus):** Die Rechnung soll vom Leistungserbringer an die Krankenversicherer gehen. Der Patient gibt aber das OK für die Bezahlung. Der Versicherer bezahlt die Rechnung, verrechnet die Kosten mit Kostenbeteiligung / Prämie des Versicherten und stellt dem Kanton periodisch eine Rechnung.

Wenn die monistische Finanzierung mit einem durch den Bundesrat zu bestimmenden Finanzierungsmix für alle medizinischen Leistungen zu Lasten der Grundversicherung (vgl. Motion von Ständerat Christoffel Brändli oder der Vorschlag der CVP) nicht gleichzeitig mit der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 eingeführt wird, droht nach 2010, 2011 der dritte, happige Prämienschub.

Bis 2012 muss ohnehin geklärt werden, wie die Spitäler zum Kantonsbeitrag von mindestens 55% pro Fallpauschale kommen. Es kann ja nicht sein, dass die Spitäler für jede Fallpauschale je einen Teil dem Krankenversicherer, dem Spital und den Selbstbehalt dem Patienten in Rechnung stellen. Tarifpartner der Spitäler sind die Krankenversicherer. Diese führen im Auftrag der Versicherten und Kantone auch die Rechnungskontrolle durch und bekommen den Kantonsanteil für die Fallpauschalen. Nach diesem Prinzip und einem einheitlichen Finanzierungsschlüssel kann man das Inkasso für Pflichtleistungen zu Lasten der Grundversicherung abwickeln.

Die Leute werden die Nase voll haben und für die Einheitskasse stimmen, also den Sparhebel bei den 5% Verwaltungskosten statt bei den 95% Kosten für die medizinischen Pflichtleistungen ansetzen. Das wird den Weg zur Einheitskasse ebnen. Nach der Gründung der SBB wäre das die grösste Verstaatlichung in der Geschichte unseres Bundesstaates und der erste Schritt zur Verstaatlichung des gesamten Gesundheitswesens, zur Rationierung der Medizin, statt zur Rationalisierung.

Wenn mindestens das Kostenwachstum gleichmässig auf die Kostenträger Staat, Versicherer und Versicherte verteilt wird, kann in Zukunft verhindert werden, dass das Kostenwachstum einseitig zu Lasten der Versicherer bzw. Prämienzahlenden geht.

Sofortmassnahme des Parlaments im Bereich einheitlicher Finanzierungsmix

Das Parlament verankert den Grundsatz im KVG, dass per 1.1.2012 - also zeitgleich mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung - für alle medizinischen Leistungen zu Lasten der Grundversicherung ein einheitlicher Finanzierungsmix aus Steuern (Bund, Kantone), Grundversicherungsprämien und Kostenbeteiligung der Patienten gilt.

Der Bundesrat regelt die Details (Finanzierungsschlüssel und Zahlungsmodalitäten) auf Verordnungsstufe.

- **Managed Care fordern statt zerstören:** keine gesetzliche Verpflichtung für Versicherer, Versicherte, Leistungserbringer zu Managed Care Modellen. Argument: Managed Care ist ohne Zwang bereits sehr beliebt.

Die neue Versichertenkarte ist ein Paradebeispiel, was passiert, wenn nur die Versicherer, nicht aber die Leistungserbringer zu etwas gezwungen werden. Alle Versicherten bekommen nun eine Karte mit Mikrochip für medizinische Notfalldaten. Kein Leistungserbringer ist bereit oder in der Lage, medizinische Daten auf Wunsch des Versicherten auf den Chip zu speichern. Genau so wird es mit dem Angebotszwang für Managed Care gehen. Die Ärzteschaft wird sich von den Versicherern bitten lassen, bis die Angebote attraktiv genug sind. Von sparen keine Spur. Und wie soll ein Versicherer einen Arzt bei Vertragszwang zu etwas zwingen?

Sofortmassnahme des Parlaments im Bereich Managed Care

Managed Care soll durch Anreize für die Versicherten (Qualität, Kostenbeteiligung und Prämienrabatt) gefördert werden. Weder Versicherer, Leistungserbringer noch Versicherte sollen zu Managed Care gezwungen werden.

Nur in Gebieten, wo es auch nach Ablauf der Übergangsfrist von drei Jahren keine Managed Care-Angebote geben wird, soll der Bundesrat die Kompetenz haben, Leistungserbringer und Versicherer zu zwingen, Managed Care anzubieten.

- **Zweitmeinung vor planbaren und teuren Eingriffen:** Ab einer bestimmten Kostenhöhe sind in Zukunft eine Zweitmeinung und eine Kostengutsprache des Krankenversicherers vor dem Eingriff erforderlich. Nur so kann verhindert werden, dass die Prämienzahlenden für nicht wirksame, nicht zweckmässige und nicht wirtschaftliche Leistungen bezahlen müssen.

Massnahme des Parlaments Zweitmeinung und Kostengutsprache für teure Eingriffe

Vor jedem Eingriff ab einem bestimmten Gesamtkostenvolumen sind in Zukunft eine Zweitmeinung und eine Kostengutsprache des Krankenversicherers erforderlich.

Die Details, insbesondere die Kostengrenze, legt der Bundesrat auf Verordnungsstufe fest.

- **Schweizweit einheitliche Spielregeln für die Medikamentenabgabe in Arztpraxen:** Wir haben zwar mit dem TARMED bzw. mit der Margenordnung ein schweizweit einheitliches Tarifsysteem für ärztliche Leistungen bzw. für die Medikamentenabgabe.

Die Taxpunktweite und folglich die Preise für ärztliche Leistungen sind von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Auch die Einkommensverhältnisse der Ärzte sind in den Kantonen mit bzw. ohne Medikamentenabgabe nicht vergleichbar.

Sofortmassnahme des Parlaments im Bereich Medikamentenabgabe in Arztpraxen

Das Parlament regelt im Rahmen der Heilmittelgesetzrevision (HMG-Revision) die Medikamentenabgabe in Arztpraxen (Selbstdispensation) schweizweit einheitlich und erteilt dem Bundesrat den Auftrag, gleichzeitig mit dem Inkrafttreten der HMG-Revision, die Margen für Medikamente, welche in Arztpraxen abgegeben werden, auf das Selbstkostenniveau zu senken.

- **Ärzteausbildung und Finanzierung:** Der Numerus Clausus bei der Ausbildung der Ärzte soll aufgehoben werden. Es brauche mehr Schweizer Ärzte, um Ärztemangel zu vermeiden.

Es braucht mehr Schweizer Ärzte. Heute profitiert die Schweiz von ausländischen (insbesondere deutschen) Ärzten. Mit einer Abschaffung des NC ist es allerdings nicht getan. Die Ausbildungen müssen auch finanziert werden (ein Medizinstudium kostet rund eine halbe Million) – eine nicht ganz einfache Sache in Zeiten der knappen öffentlichen Finanzen.

Die Finanzierung der Aus- und Weiterbildung hat im Vergleich zu anderen Berufszweigen starke Schiefelage. Dort beteiligt sich der Staat weit weniger, die Auszubildenden aber weit stärker. Der Return on Investment wird angesichts des steigenden Frauenanteils und der zunehmenden Abwanderung nach der Ausbildung in andere Tätigkeitsfelder immer schlechter. Das finanzielle Engagement der Steuerzahlenden in die Ausbildung der Ärzteschaft muss also ebenso gesichert werden, wie die Ausbildung selber.

Sofortmassnahme der Kantone im Bereich Medizinstudium:

Die Universitätskantone müssen den Numerus Clausus fürs Medizinstudium sofort aufheben.

Medizinstudierende müssen sich beim Studienantritt vertraglich verpflichten, in den ersten 10 Jahren nach der Aus- (Staatsexamen) und Weiterbildung (Facharzttitle) während einer minimalen Gesamtarbeitszeit als Arzt/Ärztin zu praktizieren. Unterschreiten sie dieses Minimum nach Ablauf der 10 Jahre, sind die Studienkosten proportional zur unterschrittenen Arbeitszeit zurückzuzahlen.

- **eHealth:** Ein eHealth-Gesetz ist unnötig. Ob es ein eigenes Gesetz sein muss, oder ob partielle Anpassungen von bestehenden Gesetzen ausreichen, wird zurzeit von einer Expertenkommission geprüft. Der Bundesrat wird Ende 2010 entscheiden. Statt ein solches Gesetz zu schaffen, sollte die Vertragsfreiheit eingeführt und Anreize für Innovation geschaffen werden.

Man muss einen einzigen Fehler beheben, nämlich im AHV-Gesetz den Passus streichen, dass die neue AHV-Nummer nicht für andere Identifikationszwecke verwendet werden darf. Das Einhalten von Datenschutzbestimmungen ist doch nicht davon abhängig, ob die Daten auf Papier oder auf einem Server gespeichert werden. In der Expertengruppe, welche ein eHealth-Gesetz prüfen soll, haben einmal mehr die Interessensvertreter der Leistungserbringer die Mehrheit. Diese wollen nichts anderes, als eine kollektive Finanzierung ihrer Investitionen durch Steuer- oder Prämien gelder.

Sofortmassnahme des Bundesrats im Bereich eHealth

Der Bundesrat stoppt die Arbeiten für ein eHealth-Gesetz und beantragt dem Parlament lediglich die Anpassung des AHV-Gesetzes, damit die neue AHV-Nummer für die Identifikation von Versicherten, Patienten und Leistungserbringern ermöglicht und der Datenschutz gewährleistet wird.

Beim Datenschutz sind die Interessen der Patienten und Kostenträger höher zu gewichten, als die der Leistungserbringer, denn Patienten und Kostenträger haben ein Recht zu wissen, was Leistungserbringer genau tun. Die Kostenträger haben zusätzlich die Pflicht, im Interesse der Steuer- und Prämienzahlenden zu prüfen, ob die erbrachten medizinischen Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Dazu sind die relevanten medizinischen Daten erforderlich.

- **Elektronisches Patientendossier:** Der Fahrplan zur Einführung eines elektronischen Patientendossiers steht. Ab 2015 sollen laut Strategie eHealth von Bund und Kantonen alle Versicherten ein elektronisches Patientendossier bekommen, wenn sie eines möchten.

Wenn man nun im BAG die Ressourcen in ein unnötiges eHealth-Gesetz steckt, statt in die Umsetzung und Unterstützung kantonaler Modellversuche, wird nicht einmal 2015 realistisch sein.

Sofortmassnahmen des Bundesrats und der Kantone im Bereich elektronisches Patientendossier

Bund und Kantone erarbeiten im Rahmen ihrer eHealth - Strategie bis Ende 2010 einen verbindlichen Projektplan (Massnahmen- und Zeitplan, personelle und finanzielle Ressourcen), damit per 1.1.2015 jede versicherte Person ein Patientendossier hat, falls sie das wünscht.

Die technischen Standards und Datenschutzbestimmungen für das elektronische Patientendossier sind verbindlich geregelt und weiter entwickelt.

Für Versicherte, welche eine Grundversicherung mit Managed Care haben, ist das elektronische Patientendossier per 1.1.2015 zwingend.

- **Qualität und Transparenz:** im Gesundheitswesen fehlt es an Qualitäts- und Effizienzkontrollen. Schuld daran ist u.a. der Vertragszwang.

Warum hat die Schweizer Industrie einen ausgezeichneten Qualitätsruf ohne staatliche Zwänge? Weil sie sich auf dem harten internationalen Markt behaupten muss und eben keine Abnahmegarantien zu behördlich genehmigten Preisen wie die Leistungserbringer des Gesundheitswesens hat. Wieso soll sich ein Arzt noch mehr um Qualität bemühen, wenn er dadurch keinen Konkurrenzvorteil hat?

Die Industrie zeigt uns, dass faire und freie Wettbewerbsbedingungen die beste Voraussetzung für Qualität sind, denn es braucht auch im Gesundheitswesen einen Preis- und Qualitätswettbewerb. Der Vertragszwang zwischen Leistungserbringern und Versicherern hat bisher flächendeckend gemessene und transparent gemachte Qualität der medizinischen Leistungen verhindert, obwohl das KVG seit 1996 Qualität verlangt. Nun will die Nationalratskommission ausgerechnet im Bereich Managed Care, also im einzigen Bereich, wo Qualität gemessen wird, den Angebots- also Vertragszwang einführen.

Sofortmassnahme des Parlaments in den Bereichen Risikoausgleich und Vertragsfreiheit

Das Parlament muss nach der Verfeinerung des Risikoausgleichs ab 2012 den Antrag der SGK-N annehmen und dem Bundesrat die Kompetenz geben, per 2014 eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs einzuführen, aber gleichzeitig auch die Vertragsfreiheit beschliessen.

Ein verfeinerter Risikoausgleich verhindert, dass die Versicherer selber Risikoselektion betreiben und mit der Vertragsfreiheit auch noch die Leistungserbringer dazu zwingen, die chronisch kranken Patienten abzuwimmeln. Das Paket Risikoausgleich und Vertragsfreiheit schafft diejenigen Wettbewerbsbedingungen, welche bei einem Versicherungsobligatorium und einer Einheitsprämie notwendig sind, um Kosteneffizienz und Qualität zu fördern.

2. Sofort handeln mit mittel- und langfristiger Wirkung

Es ist Sache des Parlaments, mit schlanken gesetzlichen Rahmenbedingungen die Weichen mittel und langfristig richtig zu stellen. Nur so kann in Zukunft die Sofortmassnahmenhektik gestoppt werden.

- **Patientenverfügung für alle:** Das Krankenversicherungsobligatorium garantiert der gesamten Wohnbevölkerung in der Schweiz im Krankheitsfall den Zugang zu wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen medizinischen Leistungen. Es ist deshalb nicht bloss legitim, sondern eine ethisch-moralische Pflicht, dass alle obligatorisch versicherten Personen eine Patientenverfügung haben sollten.

Damit ist gewährleistet, dass das Selbstbestimmungsrecht jedes Patienten auch dann respektiert werden kann, wenn dieser nicht mehr urteilsfähig oder ansprechbar ist. Ziel ist, in keinem Fall teure medizinische Behandlungen gegen den Willen des Patienten durchzuführen.

Es gehört zu den liberalen Grundsätzen der Selbstverantwortung und Selbstbestimmung, dass man sich Gedanken über Lebensverlängerung und Sterben macht. Der Staat darf die Bürger also sehr wohl zwingen, sich dazu schriftlich festzulegen, denn es ist für Angehörige und Fachleute ja gar nicht möglich, die Wünsche unansprechbarer Patienten zu erfüllen, wenn diese nicht bekannt sind. Pro Infirmis lanciert ein sehr gutes Projekt in Sachen Patientenverfügung. Auch in diesem Bereich sollte man die Leute nicht zwingen, sondern sie mit attraktiven Angeboten animieren, sich um dieses heikle Thema zu kümmern, bevor das Problem akut ist. Wer aber von den kollektiv finanzierten Leistungen der Grundversicherung profitiert, darf sehr wohl auch zu Solidarität angehalten werden.

Massnahme des Parlaments im Bereich Patientenverfügung

Das Parlament verankert im KVG die Patientenverfügung für alle Versicherten und beauftragt den Bundesrat die Details auf Verordnungsstufe zu regeln.

- **Grundversicherung aufs Wesentliche beschränken:** KVG soll keine Vollkaskoversicherung mehr sein. Es sollen jene Kosten gedeckt werden, welche die finanziellen Möglichkeiten der Versicherten übersteigen. Gesundheitskosten dürfen nicht stärker als die Teuerung zunehmen.

Auch die SVP wollte mit ihrer Prämiensenkungsinitiative den Pflichtleistungskatalog kürzen. Statt darüber zu streiten, was denn gestrichen werden soll, ist es besser, man erhöht die Kostenbeteiligung der Patienten massiv. Dadurch können die Prämien und Prämienverbilligungen reduziert werden. Die Sozialhilfe muss die Patienten finanziell unterstützen, welche wirklich medizinische Leistungen brauchen, diese aber bei dem hohen Selbstbehalt nicht bezahlen können.

Eine massivere Erhöhung der Kostenbeteiligung ohne Managed Care von CHF 1'000.- auf CHF 1'400.- wie von der Gesundheitskommission des Nationalrats am 30.4.10 kommuniziert, ist wohl nicht mehrheitsfähig und würde die Managed Care-Vorlage gefährden.

Massnahme des Parlaments (vgl. Managed Care)

- **Strafung des Leistungskatalogs:** Einzelleistungen von TARMED sollen durchforstet werden. Dabei soll für jede Tarifposition entschieden werden, ob die Leistung in der Grundversicherung vergütet wird oder nicht (vgl. Motion Schwaller 09.3717)

Die „Bewirtschaftung“ von TARMED ist Sache der Tarifpartner. Bei den einzelnen Positionen kann nicht generell abstrakt gesagt werden, was von der OKP übernommen werden soll und was nicht. Was in einem Fall medizinisch indiziert ist, ist es im Anderen nicht (z.B. Gebärmutterentfernung). Es geht immer um den richtigen Behandlungsentscheid und die professionelle Durchführung der Behandlung im Einzelfall. Diesem Ziel dienen Guidelines oder ein Disease Management. Jeder Leistungserbringer hat sich aber nicht bloss an berufliche Guidelines, sondern bei kassenpflichtigen Leistungen insbesondere auch an die im Krankenversicherungsgesetz festgelegten Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu halten.

Die Motion Schwaller hatte in der Kommission keine Chance. Strengere Guidelines, Disease Management und Managed Care auf vertraglicher Basis zwischen Leistungserbringern und Versicherern sind die besseren Alternativen, wirken aber erst langsam, je mehr sich die Versicherten für Managed Care in der Grundversicherung entscheiden. Wichtig ist, dass das Parlament die Bedenken der Managed Care-Anbieter und Versicherer ernst nimmt und niemanden zu Managed Care zwingt, weder Ärzte, Versicherer noch Versicherte.

Massnahme des Parlaments (vgl. Managed Care)

- **Selbstverantwortung stärken:** Die Kostenbeteiligung der Patienten soll erhöht werden. Vorgeschlagen wird eine Mindestfranchise von 1000 Franken.

Die Nationalratskommission hat im Rahmen der Managed Care-Vorlage den Grundsatz beschlossen, dass der Selbstbehalt mit Managed Care 10% und ohne Managed Care 20% betragen soll. Auch die Kostenbeteiligung ohne Managed Care soll doppelt so hoch sein, als mit Managed Care. Der Bundesrat soll die Kompetenz bekommen, den maximalen Betrag der Kostenbeteiligung pro Jahr festzulegen.

Der Bundesrat könnte die maximale Kostenbeteiligung bei einer Minimalfranchise für Versicherte ohne Managed Care auf Fr. 1400.- (Fr. 900.- Selbstbehalt, Fr. 500.- Minimalfranchise) erhöhen und für Versicherte mit Managed Care wie bisher in der Grundversicherung bei Fr. 1000.- (Fr. 700.- Selbstbehalt, Fr. 300.- Minimalfranchise) belassen.

Die Erhöhung der Kostenbeteiligung für Versicherte ohne Managed Care ist ein wirksamer Anreiz für Kranke, sich für Managed Care zu entscheiden. Die Prämienrabatte wirken aber vor allem für gesunde Versicherte als Anreiz. Wer kaum davon ausgehen muss, medizinische Leistungen zu beziehen, nimmt den Prämienrabatt gerne, spart aber keine Kosten auf der Seite der medizinischen Pflichtleistungen, denn wer gesund ist, kann nicht sparen.

Grüne, Gewerkschaften und SP sind gegen die Erhöhung der Kostenbeteiligung. Dieses Argument kann man sehr gut mit den zunehmenden Prämienverbilligungen kontern. Wem der Staat die Prämien bezahlt und auch das Geld für den Arzt nicht hat, bekommt auch dafür Geld vom Staat. Diese Lösung ist also besser, als das Giesskannenprinzip mit tiefer Kostenbeteiligung und hohen Prämien.

Massnahme des Parlaments (vgl. Managed Care)

- **Vertragsfreiheit:** Die Vertragsfreiheit soll als Alternative zu staatlicher und bürokratischer Kontrolle eingeführt werden. Vertragsfreiheit gibt mit den richtigen Anreizen (Risikoausgleich) nicht den Versicherern, sondern den Versicherten mehr Macht, denn in jedem Markt, der funktioniert, ist der Kunde König.

Der Bundesrat hat bereits 2004 dem Parlament eine entsprechende Vorlage unterbreitet. Diese Vorlage schiebt das Parlament seit Jahren vor sich her. Politisch hat die Vertragsfreiheit zurzeit kaum Chancen. Die Nationalrat Toni Bortoluzzi ist in der Nationalratskommission mit seinem Antrag unterlegen, in der Grundversicherung mit Managed Care den Vertragszwang aufzuheben, ihn aber ohne Managed Care aufzuheben.

Politisch ist die Vertragsfreiheit im Moment nicht mehrheitsfähig. Trotzdem soll man stets sagen, dass sie richtig und notwendig wäre. Nun aber ausgerechnet den einzigen Nischenbereich im KVG mit Vertragsfreiheit, nämlich Managed Care, durch einen Angebotszwang, also Vertragszwang kaputt zu machen, ist schlicht eine gesundheitspolitische Katastrophe.

Massnahme des Parlaments im Bereich Vertragsfreiheit (vgl. Managed Care)

- **Gesundheitsförderung:** Menschen werden nicht gesünder, wenn mehr Geld in Grundversicherungsprämien und mehr Geld in Gesundheitsförderung gesteckt wird. Es braucht auch kein Institut für Gesundheitsförderung.

Leider hatte BR Couchepin nicht den Mut, die in der Vernehmlassung massiv kritisierten Fehler im Präventionsgesetz zu korrigieren. Dass das Parlament angesichts der Profilierungssucht seiner Akteure diese Fehler in kohärenter Art und Weise korrigiert, ist sehr unwahrscheinlich. Wenn die Gesundheit nicht Anreiz genug ist, die Selbstverantwortung wahrzunehmen und sich gesundheitsfördernd zu verhalten, zäumen wir das Pferd am Schwanz auf, wenn wir das mit finanziellen Anreizen korrigieren wollen. Das ist etwa gleich dumm, wie den natürlichen Spieltrieb eines Kindes mit Belohnungen beim Spielen zu zerstören. Man kann nicht jedes gesellschaftliche Problem mit Prämienrabatten lösen.

Sofortmassnahme des Parlaments im Bereich Gesundheitsförderung

In der Vorlage ist die Überregulierung zu beseitigen. Das Präventionsgesetz ist auf die ursprünglich anvisierten Ziele (Gesundheitsziele sowie bessere Koordination und Evaluation der zielgerichteten Gesundheitsförderungsaktivitäten) zu reduzieren. Ein Präventionsinstitut ist erst dann ins Auge zu fassen, wenn sich herausstellt, dass die bestehenden Strukturen eine effektivere und effizientere Gesundheitsförderung nicht zulassen.

Der Bundesrat ist zu beauftragen, seine Führungsverantwortung wahrzunehmen, damit die Bundesämter die verschiedenen Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung besser koordinieren.

- **Gesundheitspolitische Ziele vereinbaren:** Gemeinsam sollen gesundheitspolitische Ziele vereinbart werden. Danach soll man sich über die erforderlichen Rahmenbedingungen einigen und darüber einig werden, wer diese Ziele mit welchen Anreizen am besten erreicht.

Dieses Thema ist Gegenstand der künftigen Strategiediskussion gemäss eingereicherter CVP-Motion. Das ist ein absolut zentraler Punkt. Auch die Finanzierung der Gesundheitsleistungen gehört zu den Rahmenbedingungen.

Massnahme des Parlaments im Bereich Gesundheitsziele

Das Parlament beauftragt den Bundesrat, einen Verfassungsartikel mit den Gesundheitszielen (inkl. Grundversorgung) auszuarbeiten. Dieser soll auch als Gegenvorschlag zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ die Diskussion im Abstimmungskampf von den Partikularinteressen einzelner Versorgergruppen zu den Versorgungszielen lenken.

- **Deregulierung der Medizinalberufe:** Arztpraxen, Spitäler, Spitex, Apotheken sollen mehr Handlungsspielraum für ihre Angebote und Personalrekrutierung bekommen. Die Qualität der Leistung und nicht die Qualifikation des Personals muss gesundheitspolizeilicher Massstab werden. Leistungen wie Impfungen sollen nicht mehr Ärzten vorbehalten bleiben. Ein Ärztemonopol, wonach nur Ärzte Leistungen nach KVG erbringen dürfen, ist nicht mehr zeitgemäss.

Aus dem Regulierungsdickicht der Diplome und Berufsausübungsbewilligungen sowie des Krankenversicherungsgesetzes (wer mit welchem Diplom genau was machen und von welcher Sozialversicherung profitieren darf) müssen wir herauskommen. Wer eine gute und vor allem teure Ausbildung hat, weiss doch am besten selber, was er kann und wo seine Grenzen sind. Nach diesem Grundsatz funktioniert doch Teamwork. Wer was zu tun hat, sollen doch die Versorgungsbetriebe festlegen und transparent machen, damit der Kunde / Patient weiss, welche Leistungen wer anbietet. Mit den Versicherern unter gleichberechtigten Vertragspartnern sollte die Finanzierung vertraglich geregelt. **Auch aus diesem Grund muss der Vertragszwang und das Ärztemonopol im KVG aufgehoben werden**, denn dieser für nur dazu, den Weg über Diplome und teure, meist staatlich finanzierte Aus- und Weiterbildungen zum Verkauf kassenpflichtiger Leistungen – statt über die Qualität der Leistungen – zu ebnen. Mit dem verfeinerten Risikoausgleich wird auch die Gefahr der übermächtigen Krankenversicherer gebannt.

Massnahmen des Parlaments im Bereich Deregulierung der Medizinalberufe

Das Parlament beauftragt den Bundesrat, zusammen mit den Kantonen die gesetzlichen Grundlagen auszuarbeiten, welche die unselbständige Berufsausübung in Organisationen des Gesundheitswesens deregulieren und den Grundsatz verankern, dass es in der Verantwortung der zugelassenen Organisationen (Spitäler, Pflegeheime, Spitex etc.) liegt, das für die einzelnen Heilbehandlungen hinreichend qualifizierte Personal anzustellen und die Qualität der erbrachten Leistungen sicher zu stellen.

- **Bedarfsgerechte Ausbildung:** Einführung der Attest-Ausbildung im Pflegebereich (keine Verakademisierung).

Die Möglichkeiten von verkürzten Ausbildungen im Pflegebereich (Anlehren und Attestausbildungen etc.) bestehen bereits heute und werden noch erweitert.

Die Ausbildungen werden noch bedarfsgerechter, wenn die Berufsausübung dereguliert wird. Die Handlungsspielräume müssen erweitert und der Ausbildung gerecht werden. Statt neben der Komplementär- und Hausarztmedizin noch weitere medizinische Leistungen und Berufsgruppen in der Verfassung zu verankern, brauchen wir endlich Versorgungsziele.

Massnahme des Parlaments im Bereich (vgl. Deregulierung der Gesundheitsberufe)

- **Pflege durch Angehörige:** Die veränderten familiären Strukturen, die Professionalisierung in der Pflege und die fehlenden finanziellen Anreize führen zu einer Marginalisierung der Pflege durch Angehörige. Die professionelle Pflege muss die Unterstützung durch Angehörige vermehrt fördern.

Massnahme des Parlaments im Bereich Pflege durch Angehörige

Das Parlament beauftragt den Bundesrat, die gesetzlichen Grundlagen auszuarbeiten, damit das Engagement der Angehörigen bei der Pflege zu Hause mit angemessenen steuerlichen Erleichterungen für die Angehörigen kompensiert werden kann und die Leistungserbringer Anreize bekommen, um die Angehörigen angemessen in die Pflege einzubeziehen.

- **Experiment Einheitskasse:** Statt mit einer Volksinitiative für eine Einheitskasse viel Zeit und Energie über das Sparpotential der 5% Prämien zu verlieren, welche die Krankenversicherer für die Verwaltung verwenden, sollte das Parlament im KVG die rechtliche Basis für einen befristeten Versuch in einem Kanton mit Einheitskasse und in einem Kanton mit Vertragsfreiheit verankern.

Massnahme des Parlaments im Bereich Einheitskasse

Das Parlament verankert im KVG die rechtliche Basis für einen befristeten, fünfjährigen Versuch - in einem Kanton mit einer Einheitskasse und in einem Kanton mit Vertragsfreiheit. Voraussetzung für die Durchführung des Versuchs ist die Bereitschaft zweier strukturell vergleichbarer Kantone, sowie die Vergabe der Durchführung der Einheitskasse durch ein öffentliches Submissionsverfahren an einen zugelassenen Krankenversicherer.

Schlusswort:

Bundesrat und Parlament sind gefordert, in der Sommersession 2010 die aufgezeigten möglichen Sparmassnahmen zu beschliessen, um den Prämienanstieg für 2011 unter 5% zu begrenzen.

Wir alle wissen, dass ein Milliarden-Sparprogramm ohne Qualitätseinbusse im Spitalbereich möglich ist, wenn wir als Politiker den Mut haben, Spitalschliessungen oder –umwandlungen in Ambulatorien konkret in Angriff nehmen. Hier erwarte ich klare Zeichen von Parlamentariern.

Meine Vision werde ich nie aufgeben, dass ab 2012 die Gesundheitskosten nicht mehr als das BIP ansteigen werden. Dafür werde ich mich mit aller Kraft engagieren.