

# Positionspapier BDP Schweiz: Gesundheitspolitik

Stand 11.08.2012

## Einleitende Bemerkungen

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist insgesamt gut, sowohl bezüglich Qualität, Verfügbarkeit für alle und geografischer Verteilung. Die Kostenentwicklung und vor allem die Verteilung der Kosten stehen zunehmend im Fokus der politischen Debatte. Ebenso scharf sind die Auseinandersetzungen bezüglich der Frage des regulierten Wettbewerbes. Die einen wollen mehr Staat, die anderen mehr Wettbewerb.

Die vorliegenden 14 Positionen sind keine abschliessende Behandlung aller Themen im Gesundheitswesen. Die BDP Schweiz wird weitere Positionen erarbeiten.

1

**Wir wollen eine qualitativ gute und gesicherte Gesundheitsversorgung, zu welcher alle Zugang haben.**

Neben der körperlichen Funktionsfähigkeit umfasst der Begriff Gesundheit die Aktivität und Teilnahme an der Um- und Mitwelt. Aus dieser Definition leitet sich der Anspruch eines interdisziplinären, ganzheitlichen Zugangs ab. Die Sicht der internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung bzw. Gesundheit (ICF) der WHO basiert auf einem dreidimensionalen Begriff dieser Funktionsfähigkeit. Im Blick der jeweiligen Behandlung sollte also die Erhaltung bzw. Wiederherstellung dieser biopsychosozialen Funktionen stehen bzw. bei chronischen Einschränkungen die Anpassung daran. Alle Einwohner/innen unseres Landes sollen Zugang zu den Grundleistungen des Gesundheitswesens haben. Dies ist eine Wichtige Säule der Gerechtigkeit und der gesellschaftlichen sowie politischen Stabilität.

2

**Wir wollen die freie Wahl des Arztes und des Spitals für alle garantieren.**

Die freie Arztwahl ist eminent wichtig, denn sie ist eine unabdingbare Voraussetzung für ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt. Besonders wichtig ist dies auf der Stufe der Grundversorgung.

Der Patient soll grundsätzlich den Spezialisten oder das Spital auswählen können, wo er sich das beste Angebot und die beste Behandlung verspricht. In aller Regel wird er sich über die Auswahl des Spezialisten bzw. des Spitals mit seinem Grundversorger beraten. Das Grundmodell ist das Gatekeeper-Modell, also Zuweisung an Spezialisten durch den Grundversorger, in Absprache mit dem Patienten.

Auch im Internetzeitalter ist der Patient auf eine ärztliche Vertrauensperson angewiesen, um sich in der verwirrenden Vielfalt unseres Gesundheitssystems

zurechtzufinden. Freie Arzt- und Spitalwahl kann somit nur heissen, dass diese Wahl mit ausreichenden Vorkenntnissen getroffen wurde. Wer nicht nur eine freie, sondern eine jederzeitige beliebige Arztwahl fordert, kann sich dies durch eine Zusatzversicherung oder durch höhere Prämien sichern.

3

**Die Hausarztmedizin muss deutlich gestärkt werden. Die koordinierte Behandlung von Patienten/Patientinnen muss gefördert werden.**

In seiner zentralen Funktion als Gatekeeper koordiniert der ärztliche Grundversorger (Allgemeinarzt, Internist, Pädiater, prakt. Arzt) die Zusammenarbeit mit Spezialisten, Spitälern, Pflegefachleuten und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens. Diese Stellung optimiert die ganze Behandlungskette und ermöglicht eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Diagnostik und Therapie.

Damit diese Behandlungskette aber funktioniert, braucht es genügend Hausärzte. In den nächsten Jahren ist jedoch ein markanter Rückgang ärztlicher Grundversorger zu erwarten. Der Bund muss deshalb jetzt reagieren, um eine für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ungünstige Entwicklung zu verhindern. Folgende Massnahmen sind zu treffen:

Kurzfristig

- Verzicht auf weitere Einschränkung der Praxisinfrastruktur (Erhalt von Praxislabor mit angemessener Tarifierung, Röntgen, EKG, Selbstdispensation dort wo vorhanden)
- Realisierung der längst in Aussicht gestellten Korrektur von Tarmed zugunsten der Hausärzte
- Eine erhebliche Reduktion der administrativen Belastung

Mittel-und langfristig

- Aufhebung des Numerus clausus und Anhebung der jährlichen Diplomierungen.
- Schaffung von Hausarzt-Ordinariaten an sämtlichen Medizinischen Fakultäten und engere Vernetzung mit praktizierender Ärzteschaft , insbesondere bei Ausbildung
- Vertretung und Mitbestimmung der Hausärzte in gesundheitspolitisch relevanten Kommissionen kantonale und national
- Anreizsysteme (auf kantonaler und kommunaler Ebene) für selbständige Einzel- oder Gruppenpraxen, vor allem in Randregionen

4

**Die beschlossene Reform DRG (Fallpauschalen in den Spitälern) muss konsequent durchgesetzt werden. Gleichlange Spiesse für alle. Keine Mengenplanungen durch die Kantone. Der Zugang zur postakuten Nachsorge ist sicherzustellen.**

Gleiche Bedingungen für alle Spitäler, unabhängig von den Besitzverhältnissen. Für die Vergabe der Spitalistenplätze sollen Qualität und Preis massgebend sein. Der DRG braucht marktwirtschaftliche Bedingungen um kostenstabilisierend zu funktionieren. Die Kantone sollen nur eingreifen, wo der Markt nicht spielt (Beispiel: in der Versorgung der Randregionen). Also auch keine Mengenplanung durch die Kantone. Der Zugang zu

einer verschiedenartigen und bedarfsgerechten postakuten Nachbehandlung muss als integrierte Versorgung gefördert und sichergestellt werden (stationären Rehabilitation in Spezialkliniken, Akut- und Übergangspflege in Pflegeheimen und Kurhäuser, ambulante Versorgung durch die SPITEX).

5

**Der Risikoausgleich bei den Krankenversicherern muss weiter verbessert werden, damit der unsinnige Wettbewerb nach „guten Risiken“ gestoppt wird.**

Der Risikoausgleich bei der Grundversicherung der Krankenversicherer muss weiter verbessert werden, damit der unsinnige Wettbewerb nach „guten Risiken“ gestoppt wird. Diese Art von Wettbewerb hat volkswirtschaftlich keinen Sinn und wird zu recht angeprangert. Der Wettbewerb zwischen den Versicherern ist jedoch sehr nützlich, wenn er auf folgenden Gebieten spielt: Welcher Versicherer kontrolliert die Rechnungen der Leistungserbringer am effizientesten? Welcher Versicherer hat die effizienteste Verwaltung? Welcher Versicherer geht mit den Kunden am besten um (z.B. Beratung)? Ein solcher Wettbewerb kommt allen zugute.

6

**Die Finanzierung der Pflege in Heimen und der Spitex soll identisch sein.**

Damit die Patient/Innen vermehrt zwischen stationärem Aufenthalt und der Pflege zu Hause wählen können: Ist das Spitexangebot weiter zu verbessern und das Angebot auszubauen.

- 24h Betreuung auch zu Hause
- Palliative Care im Leitbild verankern, sowie WB zu diesem wichtigen Thema anbieten, um den Patienten, die zu Hause sterben wollen, dies auch zu ermöglichen.
- Die elektronische Vernetzung zwischen Spitäler, Heimen, Spitex und Ärzten, muss verbessert werden. (Eintritt/ Austritt)
- Gleichbehandlung der Spitex und des stationären Aufenthaltes durch KK.

7

**Der Kontrahierungszwang ist unter bestimmten Bedingungen (Qualitätskriterien) aufzuheben und die Vertragsfreiheit einzuführen. Einschränkung: Sicherstellung der regionalen Versorgung.**

Oberste Maxime ist die Qualität. Der Wettbewerb hat unter klar kontrollierten Bedingungen statt zu finden. Ein Verlust von Qualität zu Gunsten von tieferen Preisen ist zu verhindern. Das Prinzip muss sein : Beste Qualität zu günstigen Preisen. Im gleichen Sinne werden Managed-Care und Gatekeeper-Modelle unterstützt. Sehr wichtig ist der Erhalt der örtlichen und sozialen Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem. Das heisst auch, dass die Verantwortung für die regionale Versorgung trotz der Abschaffung des Kontrahierungszwangs gemäss Verfassung bei den Kantonen bleiben muss. Diese Aufgabe kann nicht an die Krankenversicherer delegiert werden.

Falls die regionale Versorgung und die Qualität sichergestellt sind, kann der Kontrahierungszwang abgeschafft werden.

8

**Um Leerläufe und Doppelte ausgeführte Untersuchungen zu vermeiden muss die Kommunikation zwischen den involvierten Partnern im Gesundheitswesen zwingend verbessert und erleichtert werden.**

Die Behandlung eines Patienten erfolgt heute in der Regel primär durch einen Hausarzt welcher auch den Verlauf des entsprechenden Falles dokumentiert. Bei Bedarf wird der Patient an einen Spezialisten oder aber in ein Spital überwiesen. Heute kommt es zu oft vor, dass Untersuchungen doppelt gemacht werden und somit direkt und indirekt zur Folge haben, dass die Krankheits-Kosten dementsprechend per Se verteuert werden.

Auf nationaler Ebene soll eine Grundlage geschaffen werden um die elektronische Vernetzung zwischen den Partnern zu fordern und in der Basis zu definieren. Innerhalb von Kliniken sind solche zentralen Dateninstrumente teilweise bereits realisiert und erleichtern den Umgang zwischen den internen disziplinären Bereichen ungemein.

Es ist zwingend, dass die Vernetzung und damit verbundene Weitergabe von Patientendaten gewissen Kriterien zu Datenschutz und Privatsphäre standhalten muss.

9

**Im Bereich der Spitzenmedizin sind die Kantone gefordert. Im Rahmen des neu geschaffenen Konkordates müssen endlich deutlich Entscheide gefällt werden. Wenn die Kantone keine wirksame Einigung erzielen, muss dem Bund die Kompetenz gegeben werden. Dies auch zum Nutzen und zur Sicherheit der Patientinnen/Patienten.**

Im Bereich der Spitzenmedizin sind die Kantone gefordert. Im Rahmen des neu geschaffenen Konkordates müssen endlich deutlich Entscheide gefällt werden. Wenn die Kantone sich nicht einigen können und wirksame Massnahmen treffen, so muss der Bund die entsprechenden Kompetenzen erhalten. – Es ist klar erwiesen, dass Zentren, welche viele spitzenmedizinische Eingriffe durchführen, wirtschaftlich deutlich besser dastehen, aber vor allem auch qualitativ im medizinischen Bereich. Es ist also nicht einzusehen, dass wir in der Spitzenmedizin uns zu viele kleine und damit zu teure Einheiten leisten. Auch im Interesse der Patientinnen und Patienten muss in der Schweiz endlich gehandelt werden.

10

**Die Eigenverantwortung der Versicherten / der Patienten muss erhöht werden (wie etwa bei Modellen der integrierten Versorgung vorgesehen).**

Die Eigenverantwortung der Versicherten / der Patienten muss erhöht werden. Es ist sinnvoll und gerechtfertigt, dass die Versicherten nicht nur von der Solidarität profitieren, sondern auch ihren Teil der Verantwortung konkret und spürbar übernehmen. Managed Care Modelle (integrierte Versorgung) sind bei richtiger Ausgestaltung durchaus geeignet, in dieser Richtung einen Beitrag zu leisten. Die Versicherten können aber frei wählen, ob sie im Rahmen von MC-Modellen gewisse Einschränkungen in Kauf nehmen wollen, dafür aber günstigere Prämien und eine höhere Qualitätssicherung haben, als jene, die alle Freiheiten behalten wollen. Diese Modelle sollen sich durch Angebot der Versicherer und Leistungserbringer einerseits

und der Nachfrage der Versicherten andererseits frei entwickeln. – Die Eigenverantwortung kann auch erhöht werden, indem man die Franchise spürbar erhöht (siehe auch Punkt 12). Dabei können allenfalls Langzeit-kranke nach einer gewissen Zeit gezielt entlastet werden.

11

### **Stärkung der Eigenverantwortung durch wirksame Erhöhung von Franchise und Selbstbehalt.**

Die Franchise bei der Krankenversicherung muss spürbar erhöht werden, ebenso der Selbstbehalt. Eine obligatorisch höhere Franchise darf sich nicht nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der untersten Einkommensschichten ausrichten. Im Normalfall sollten höhere Franchisen zu verkraften sein, denn gleichzeitig sinkt die Prämien-Belastung. Mit einer höheren Franchise wird auch das Bewusstsein gestärkt, was die medizinischen Leistungen kosten und dass man diese nicht „einfach so“ beliebig nutzen darf / kann. Das Produkt „Gesundheit“, das uns offenbar allen so sehr viel bedeutet, bekommt damit wieder mehr auch das Gewicht, welches ihm gebührt. Die unteren Einkommensschichten müssen im Rahmen des Systems der Prämienverbilligung gestützt werden. (Bund macht verbindliche Vorgaben für das System) – Eine nicht abgestufte und nicht frei wählbare Franchise von Fr. 1'500.- bis Fr. 2'000.- sollte ernsthaft geprüft werden. Entsprechende Modell-Rechnungen sind durchzuführen, damit seriöse Entscheid-Grundlagen vorliegen.

12

### **Den Einkommensschwächsten und den Sozialhilfebezügern wird der Zugang zum Gesundheitswesen durch Prämienverbilligungen und die Sozialhilfe ermöglicht.**

Die einkommensschwächsten und die Sozialfälle werden primär durch die Sozialhilfe, erst in zweiter Linie durch das Versicherungssystem gestützt. Dabei ist mit entsprechenden Massnahmen zu gewährleisten, dass auch für diese Bevölkerungsschicht der Zugang zum Gesundheitswesen ohne Auflagen möglich bleibt (keine „Zweiklassen-Medizin“). Das KVG muss ein Versicherungsgesetz bleiben. Alle Versuche, dieses Gesetz vermehrt für Sozialpolitik und Gesellschaftspolitik zu benutzen, sollen abgewiesen werden.

13

### **Die Einheitskasse muss abgelehnt werden, weil sie kein einziges wesentliches Problem löst.**

Eine staatliche Einheitskasse wird kaum günstigere Verwaltungskosten aufweisen als das bisherige System. Auch die Gesundheitskosten lassen sich so nicht zügeln. Es ist zu befürchten, dass es bei der Einheits- Krankenversicherung gleich herauskommt wie bei der seit eh und je staatlichen Invalidenversicherung: Wenn die Kosten steigen, wagen es die politischen Instanzen nicht oder nur zaghaf, die Beiträge (Prämien) zu erhöhen oder die Im bisherigen System wurden keine Schulden aufgetürmt. Die Einheitskasse ist ganz klar auch der erste Schritt zu gesamtschweizerischen Einheitsprämien. Folge: Eine noch grössere und ungerechtere Umverteilung.

**Bei der Finanzierung der stationären und ambulanten Behandlung müssen die gleichen Regeln angewendet werden.**

Die ambulante Behandlung soll wenn immer möglich einer stationären vorgezogen werden. Heute werden die Kosten beim Spitalaufenthalt zwischen den Kantonen und den Versicherern aufgeteilt, die Kosten der ambulanten Behandlungen gehen jedoch voll zu Lasten der Prämienzahler. Auch die Behandlungen im Spital werden heute unterschiedlich finanziert, je nachdem ob sie ambulant oder stationär durchgeführt werden. Dies ist ungerecht und muss geändert werden. Die Prämienzahler und damit die Kopfprämien werden im jetzt geltenden System zu sehr belastet.

Die Tarifsysteme sind so auf einander abzustimmen, dass ambulante, teilstationäre und stationäre Spitalbereiche nach identischen Regeln entschädigt werden.

Im stationären Bereich entstehen durch den Interessenkonflikt der Kantone in ihrer Mehrfachrolle (Kostenträger, Spitalplaner, Spitalbetreiber, Schiedsgericht bei Tarifstreitigkeiten) Wettbewerbsverzerrungen bezüglich einer kostenoptimalen Spitalversorgung. Es ist zu prüfen, ob neutrale Gremien als Entscheidsträger eingesetzt werden können.

Beschlüsse der GL BDP Schweiz vom 11. August 2012 in Scuol; in Kenntnis der Vernehmlassungen der Kantonalparteien.