

Bedürfnisgerechtigkeit, sozialverträgliche Finanzierung und hohe Qualität für alle

Gesundheitspolitisches Positionspapier der SP-Fraktion der Bundesversammlung

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Ziele der Gesundheitspolitik	4
2.1	Die Gesundheit der Bevölkerung steht im Zentrum.....	4
2.1.1	Der Zugang zur Grundversorgung muss für alle gewährleistet sein.	4
2.1.2	Ohne Gesundheitsziele keine Orientierung.....	4
2.2	Mit den vorhandenen Mitteln das Beste herausholen.....	4
2.2.1	Eine gute Gesundheitsversorgung hat ihren Preis.....	5
2.2.2	Nur eine sozialverträgliche Finanzierung ist nachhaltig.....	5
2.2.3	Weder Unter- noch Überversorgung dient der Bevölkerung	5
2.2.4	Eine Aufwertung der personalintensiven Bereiche bringt Versorgungssicherheit	5
2.2.5	Nur nachgewiesene Qualität ist wirkliche Qualität.....	6
2.2.6	Informationstechnologien sind auch im Gesundheitswesen wichtig.....	6
2.2.7	Wer nur sparen will, schadet dem Gesundheitswesen.....	6
3	Gesundheitspolitische Handlungsfelder	8
3.1	Die Welt bleibt nicht stehen	8
3.1.1	Die Bevölkerung wird älter	8
3.1.2	Die chronischen Erkrankungen nehmen an Bedeutung zu.....	8
3.1.3	Nicht jede Neuerung ist auch ein Fortschritt.....	9
3.1.4	Auch die Versorgungsqualität soll Gegenstand der Forschung sein	9
3.1.5	Die Erfindung von Krankheiten fördert die Mengenausweitung.....	9
3.1.6	Der Föderalismus treibt teure Blüten	9
3.1.7	Die Zukunft der Langzeitpflege hängt zuerst am Personal und dann am Geld.....	10
3.1.8	Nur Teamwork garantiert eine gute Grundversorgung.....	10
3.1.9	Arbeit kann die Gesundheit schützen – oder gefährden.....	10
3.1.10	In der Gesundheitsförderung und Prävention liegt Potenzial	11
3.2	Die Kosten steigen nicht überall gleich.....	11
3.2.1	Eine Kostenexplosion findet nicht statt	11
3.2.2	Die Prämien der Grundversicherung steigen überdurchschnittlich.....	11
3.3	Auf die Finanzierung kommt es an.....	11
3.3.1	Die Prämienzahlenden tragen die grösste Finanzierungslast.....	12
3.3.2	In der Schweiz zahlen wir zu viel aus der eigenen Tasche.....	12
3.3.3	Die Wahlfranchisen unterwandern die Solidarität	12
3.3.4	Unterschiedliche Finanzierungsregeln beeinträchtigen die Versorgungsqualität	12
3.3.5	Reserven werden als politische Manövriermasse missbraucht.....	13
4	Gesundheitspolitische Prioritäten der SP	14
4.1	Orientierung an den Gesundheitsbedürfnissen.....	14
4.2	Sozialverträgliche Finanzierung	14
4.3	Reformen auf der strukturellen Ebene.....	14

1 Einleitung

Das schweizerische Gesundheitssystem hat viele Qualitäten. Der Zugang zu den Gesundheitsleistungen für alle ist auf hohem Niveau gewährleistet. Die Ärztinnen, Pflegenden und Therapeuten sind gut ausgebildet und kompetent. Sie orientieren sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und am neuesten Stand des Wissens. Wer medizinische Hilfe oder Pflege braucht, bekommt sie unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten und ohne lange Wartezeiten. Die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten ist hoch – hoch ist aber auch der Anteil der selbst zu bezahlenden Kosten.

Das schweizerische Gesundheitssystem gehört nicht nur zu den besten, sondern auch zu den teuersten der Welt. Die hohen Kosten sind zum Teil ein Resultat von gesellschaftlichen Entscheidungen, wie die OECD in ihrem Bericht von 2006 über das Gesundheitssystem Schweiz festhielt. Mitverantwortlich für die hohen Kosten sind aber auch intransparente Strukturen und Fehlanreize. Die Frage, die sich angesichts der steigenden Belastung der Haushalte durch Krankenkassenprämien, Selbstbeteiligungen und Ausgaben für nicht-kassenpflichtige Leistungen immer dringender stellt, muss lauten: Wie können wir eine sozialverträgliche Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Zukunft sicherstellen - ohne Abstriche bei der Qualität?

Für 2011 ist wiederum ein starkes Wachstum der Krankenkassenprämien zu verzeichnen. Das bedeutet erneut eine beträchtliche Mehrbelastung für Haushalte mit kleinen und mittleren Einkommen. Das Prämienwachstum ist nicht allein auf die wachsenden Gesundheitskosten zurück zu führen. Es ist die Folge einerseits einer verfehlten Reservepolitik von Bund und Krankenversicherungen und andererseits einer stetigen Verlagerung der Finanzierungslast auf die Prämienzahlenden. Der ohnehin geringe Anteil der öffentlichen Hand an den Gesundheitskosten hat sich in den letzten Jahren eher noch verkleinert. Auch deshalb wachsen die Krankenkassenprämien schneller als die Gesundheitsausgaben insgesamt.

Die geringe Bedeutung der steuerfinanzierten Leistungen auf der einen Seite und der hohe und weiter steigende Beitrag der privaten Haushalte auf der anderen Seite lassen die Finanzierung des schweizerischen Gesundheitssystems über kurz oder lang zu einer sozialen Zerreissprobe werden. Die SP hat deshalb bereits im Sommer 2009 eine Reihe von Sofortmassnahmen vorgeschlagen, die das Prämienwachstum schnell wirkend bremsen, u.a. Senkung der Medikamentenpreise, Begrenzung der Reserven, Abschaffung der Wahlfranchisen und Ausbau bzw. Vereinfachung der Prämienverbilligung. Diese Forderungen sind weiterhin gültig. In diesem Papier werden weitere Massnahmen zur sozialverträglichen Finanzierung und Struktur der Gesundheitsversorgung aufgezeigt.

Dieses Papier dient dazu, die gesundheitspolitischen Positionen der SP-Bundeshausfraktion, wie sie in vielen Vorstössen und Voten zum Ausdruck gekommen sind, zu bündeln und in einer Gesamtschau zu präsentieren. Es zeigt auf, wo die SP-Parlamentarierinnen und -Parlamentarier Handlungsbedarf orten und welche Lösungen sie anstreben. Die SP-Gesundheitspolitik hat zum Ziel, den hohen Qualitätsstandard der Gesundheitsversorgung zu erhalten und nachhaltig zu finanzieren.

2 Ziele der Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik hat sich in der Vergangenheit zu sehr an den kurzfristigen Partikularinteressen von Versicherern, Industrie, Kantonen und Leistungserbringern und zu wenig an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und Versicherten orientiert. Folge davon ist eine unkontrollierte, intransparente Entwicklung von Angebot und Kosten. Es ist höchste Zeit, diese Trends zu stoppen, die sich verändernden Gesundheitsbedürfnisse zu erkennen und entsprechende Ziele zu formulieren.

2.1 Die Gesundheit der Bevölkerung steht im Zentrum

Ob gesund oder krank, akut oder chronisch, jung oder alt, weiblich oder männlich, eingewandert oder einheimisch: Die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung sollen massgebend sein für die Ausgestaltung der Gesundheitsleistungen. Es geht nicht um „mehr Markt“ gegen „mehr Staat“, sondern darum, welche Angebote und welche Anreize am besten dazu geeignet sind, diesen Bedürfnissen auf effiziente Weise zu begegnen.

2.1.1 Der Zugang zur Grundversorgung muss für alle gewährleistet sein.

Wichtigstes Ziel ist der Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung für alle, unabhängig von Einkommen und Vermögen. Das ist nur möglich mit einer allgemeinen Versicherung, die von Gesunden und Kranken gemeinsam getragen wird. Deshalb hat die Schweizer Bevölkerung 1994 dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) mit der obligatorischen Grundversicherung zugestimmt. Die Krankenversicherer sind seither verpflichtet, alle in der Schweiz wohnhaften Personen unabhängig von ihrem Alter und ihrem Gesundheitszustand zu den gleichen Bedingungen in die Versicherung aufzunehmen.

Der Solidaritätsgedanke, der dem KVG zugrunde liegt, ist in den letzten Jahren verschiedenen Angriffen ausgesetzt gewesen: So verlangten etwa die FdP/Liberalen im Dezember 2009 höhere Krankenversicherungsprämien für Übergewichtige, und der Krankenkassen-Dachverband santésuisse doppelte nach mit der generellen Forderung nach „risikogerechten Prämien“ bzw. höheren Prämien für ältere Versicherte. Bereits die Erhöhung der maximalen Wahlfranchise 2005 bedeutete eine Schwächung des Solidaritätsprinzips.

Die SP setzt sich dafür ein, dass ein diskriminierungsfreier Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Grundversorgung in Zukunft gewährleistet bleibt.

2.1.2 Ohne Gesundheitsziele keine Orientierung

Die meisten Länder verfügen über Gesundheitsziele. Diese unterstützen die Planung und das gemeinsame Vorgehen der verantwortlichen Akteure. Zielorientiertes Handeln fördert die Versorgungsqualität und den wirtschaftlichen Einsatz der Ressourcen. In der Schweiz gibt es bis heute weder verbindliche Gesundheitsziele noch eine nationale Gesundheitspolitik. Das Präventionsgesetz, das ab Herbst 2010 in den eidgenössischen Räten beraten wird, beinhaltet unter anderem die breit abgestützte Formulierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen. Damit wäre ein erster Schritt in Richtung einer besser koordinierten Gesundheitspolitik gemacht.

Die SP unterstützt alle Bestrebungen für die Formulierung und Umsetzung von breit abgestützten Gesundheitszielen.

2.2 Mit den vorhandenen Mitteln das Beste herausholen

Die Schweiz leistet sich bei der Gesundheitsversorgung einen hohen Standard. Dafür ist die Bevölkerung auch bereit zu bezahlen, vorausgesetzt, die Finanzierung ist sozialverträglich geregelt. Sparmassnahmen um des Sparens willen sind fehl am Platz, doch gibt es ein Potenzial für einen wirtschaftlicheren Umgang mit den Ressourcen.

2.2.1 Eine gute Gesundheitsversorgung hat ihren Preis

Die Schweiz verfügt über eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt. Ein Teil der hohen Kosten ist auf gesellschaftliche Entscheidungen zurück zu führen. Es besteht ein Konsens darüber, dass wir uns bei der Gesundheitsversorgung einen hohen Standard leisten wollen: Wir geniessen die grösstmögliche Freiheit bei der Wahl der Leistungserbringer, erhalten rasch Zugang zu den neuesten Technologien und die Behandlung auf dem neuesten Stand des ärztlichen Wissens und Könnens, kennen kaum nennenswerte Wartezeiten und lassen uns von bestens qualifiziertem Gesundheitspersonal kompetent behandeln und pflegen.

Damit ist noch nicht gesagt, dass ein gleich hoher Standard nicht günstiger zu haben wäre. Praktisch alle, die im Gesundheitswesen arbeiten, können Beispiele von ineffizienten Strukturen, Fehlanreizen, Doppelspurigkeiten und Koordinationsmängeln aufzählen. Potenzial liegt zum Beispiel in der Gesundheitsförderung, in der integrierten Versorgung oder in verbesserten Kosten/Nutzen-Prüfungen.

Die SP befürwortet einen hohen Standard für alle Bevölkerungsgruppen in der Gesundheitsversorgung, auch im Wissen darum, dass dies seinen Preis hat. Das vorhandene Potenzial für einen wirtschaftlicheren Umgang mit den Ressourcen und für bessere Qualität muss aber erkannt und genutzt werden.

2.2.2 Nur eine sozialverträgliche Finanzierung ist nachhaltig

Die Gesundheitsversorgung braucht eine solide und sozialverträgliche finanzielle Basis, damit der Zugang für alle gewährleistet bleibt. Sozialverträglichkeit bedeutet, dass niemand wegen der Kosten für Krankheit und Krankenversicherung in wirtschaftliche Not geraten darf. Sie bedeutet auch, dass gut situierte Personen und Haushalte einen grösseren Beitrag leisten als solche mit kleinen Einkommen und Vermögen. Wegen des grossen Finanzierungsanteils über Kopfprämien und der hohen Selbstbeteiligung der Patientinnen und Patienten ist in der Schweiz die Sozialverträglichkeit der Finanzierung nicht mehr gegeben.

Die SP setzt sich für eine sozialverträgliche Finanzierung der Gesundheitsversorgung und damit für eine Entlastung der Personen und Haushalte mit kleinen und mittleren Einkommen ein.

2.2.3 Weder Unter- noch Überversorgung dient der Bevölkerung

Wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert, z.B. durch zu hohe Selbstbeteiligung, entstehen Folgekosten für die ganze Gesellschaft. In Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege gibt es bereits Anzeichen für eine Unterversorgung bei besonders verletzlichen Bevölkerungsschichten, z.B. bei Menschen mit wenig Bildung, alten Menschen und MigrantInnen. Auf der anderen Seite werden mangels Planung und Koordination viele unnötige Leistungen erbracht und Medikamente verschrieben. Mit einer verstärkten Planung auch im ambulanten Sektor sowie mit der Förderung integrierter Versorgungsmodelle lässt sich der Mitteleinsatz optimieren. Tarife und Vergütungssysteme sind so auszugestalten, dass sie weder Unter- noch Überversorgung begünstigen. Rationierung von Gesundheitsleistungen gilt es zu verhindern.

Die SP setzt sich dafür ein, dass genügend Mittel zur Verfügung stehen, um die besonders verletzlichen Patientinnen und Patienten angemessen zu versorgen. Vergütungen von Einzelleistungen, wie sie vor allem im ambulanten Bereich noch immer üblich sind, bilden einen Anreiz zur Überversorgung und sind abzubauen.

2.2.4 Eine Aufwertung der personalintensiven Bereiche bringt Versorgungssicherheit

Die Zahl der Patientinnen und Patienten, die eine personalintensive Betreuung benötigen, wird in Zukunft weiter steigen, bedingt durch demografische Alterung, chronische Krankheiten und verkürzte Aufenthaltsdauer in den Spitälern. Bereichsübergreifende Begleitung und Erhaltung der Autonomie werden gegenüber der Diagnostik- und Apparatemedizin an Bedeutung zunehmen. Deshalb braucht es eine Aufwertung von Langzeitpflege, Rehabilitation und Psychiatrie. Zusätzliche Mittel müssen hauptsächlich für Personal in diesen Bereichen eingesetzt werden.

Um eine effiziente Versorgung der älter werdenden Bevölkerung sicher zu stellen, befürwortet die SP eine Aufwertung von Langzeitpflege, Rehabilitation und Psychiatrie.

2.2.5 Nur nachgewiesene Qualität ist wirkliche Qualität

Obwohl gesetzliche Grundlagen seit der Einführung des KVG 1996 vorhanden sind, hat es der Bund bis vor Kurzem unterlassen, seine Führungsverantwortung bei der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wahrzunehmen. Zwar gibt es jetzt viele Einzelaktivitäten in Spitälern, Arztpraxen und Labors. Sie sind jedoch unkoordiniert und deshalb wenig zielführend. In der Schweiz fehlen wissenschaftlich anerkannte Instrumente und Konzeptionen zur Sicherstellung einer Qualitäts- und Patientensicherheitspolitik. Dank der Intervention der SP liegt seit Oktober 2009 eine Qualitätsstrategie des Bundes für das Schweizerische Gesundheitswesen vor.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten zählt in der Gesundheitsversorgung vor allem die Ergebnisqualität. Diese wird selbstverständlich auch durch gut organisierte Strukturen und Prozesse beeinflusst. Wir halten uns deshalb an die Qualitätsdefinition des Bundes, wie er sie in seiner Qualitätsstrategie festgehalten hat: „Qualität ist ein Mass dafür, wie sehr Leistungen des Gesundheitswesens für Individuen und Bevölkerungsgruppen a) die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und b) dem aktuellen Fachwissen entsprechen“. Zu den Zieldimensionen der Qualität hält der Bund fest: „Die Leistungserbringung soll *sicher, wirksam, patientenzentriert, rechtzeitig und effizient* sein und der Zugang zu den Leistungen soll *chancengleich* erfolgen“.

Die SP fordert den Bund auf, die Umsetzung seiner Qualitätsstrategie in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und Patientenorganisationen zügig an die Hand zu nehmen. Insbesondere im Hinblick auf die Einführung der Fallpauschalen in der Spitalfinanzierung braucht es eine nationale Begleitforschung und einen transparenten Nachweis der Pflege- und Behandlungsqualität über die gesamte Behandlungskette hinweg.

2.2.6 Informationstechnologien sind auch im Gesundheitswesen wichtig

Unter dem Stichwort eHealth wird der Einsatz von Informationstechnologien im Gesundheitswesen zusammengefasst. Mit der elektronischen Erfassung von Krankengeschichten und Behandlungspfaden lassen sich Abläufe vereinfachen, Doppelspurigkeiten vermeiden und Einsparungen erzielen. Verfügen die Patientinnen und Patienten über eine elektronische Gesundheitskarte, sind die Daten immer und überall präsent – zum Beispiel auch im Notfall. Immer mehr Leute nehmen auch Telefon- oder Online-Dienste in Anspruch, um sich medizinischen Rat zu holen.

Bei Gesundheitsdaten handelt es sich um äusserst sensible Informationen, und deshalb ist hier dem Datenschutz besondere Beachtung zu schenken. Die Datenhoheit muss immer beim Patienten oder der Patientin liegen – das heisst, er oder sie bestimmt, wer auf welche Informationen Zugriff hat. Für Online- und Telefondienste ist ein Qualitätszertifikat unabdingbar. Weiter ist zu beachten, dass die Kosten für die Infrastruktur namentlich für die privaten Akteure sehr hoch sein können. In der Startphase brauchen diese unter Umständen finanzielle Unterstützung durch den Bund.

Die SP begrüsst die Nutzung von Informationstechnologien im Gesundheitswesen im Interesse der Patientinnen und Patienten. eHealth darf allerdings nicht als Sparprogramm missbraucht werden, sondern ist als Instrument zur Steigerung der Versorgungsqualität zu verstehen und entsprechend mit genügend Mitteln auszustatten. Der Datenschutz muss eingehalten werden.

2.2.7 Wer nur sparen will, schadet dem Gesundheitswesen

Viele Reformvorschläge im Gesundheitswesen orientieren sich am Ziel des Sparens. Damit droht der Abbau notwendiger Leistungen auf dem Buckel der PatientInnen, vor allem der älteren oder der chronisch kranken Menschen. Sparmassnahmen treffen weder die boomende Gesundheitsindustrie noch die Grossverdienenden unter den Ärztinnen und Ärzten, sondern in erster Linie die Kranken und Pflegebedürftigen, und in vielen Fällen findet lediglich eine Verschiebung der Kosten zu den privaten Haushalten statt. Senkungen der Labortarife oder Medikamentenpreise bringen höchstens kurzfris-

tige Spareffekte, längerfristig führen sie zu einer Mengenausweitung. Weil die Gesundheitsversorgung personalintensiv ist, besteht die Gefahr, dass vor allem bei den Löhnen des Personals im grossen Stil gespart werden wird – in Zeiten des drohenden Personalnotstands ist das keine kluge Strategie. Kürzungen beim Gesundheitspersonal haben Qualitätseinbussen zur Folge, welche sowohl die PatientInnen wie auch die Pflegenden und ÄrztInnen zu spüren bekommen.

Der einseitige Fokus auf die Kosten ist schädlich und birgt die Gefahr von unüberlegten Sparübungen. Vielmehr gilt es, alle Massnahmen, Verfahren, Medikamente und Technologien konsequent auf ihr Kosten/Nutzen-Verhältnis zu überprüfen.

Reformen dürfen sich nicht am Sparen, sondern müssen sich an der Qualität orientieren. Die Ziele heissen Transparenz, Vernetzung und ein effizienter Einsatz der Ressourcen. Die SP lehnt Sparmassnahmen auf Kosten der Versorgungsqualität ab.

3 Gesundheitspolitische Handlungsfelder

Die demografisch bedingte Alterung der Bevölkerung und die zunehmende Bedeutung chronischer Krankheiten machen Anpassungen in der Versorgungsstruktur notwendig. Zudem sind rasch vorbeugende Massnahmen gegen den Personalmangel zu treffen, der sich vor allem in der Pflege und Ärzteschaft abzeichnet.

3.1 Die Welt bleibt nicht stehen

Die Ansprüche an die Gesundheitsversorgung verändern sich laufend. Die Bedeutung der Grundversorgung wird gegenüber heute eher zunehmen.

3.1.1 Die Bevölkerung wird älter

Noch nie zuvor sind so viele Leute so alt geworden wie heute – und die Lebenserwartung nimmt aller Voraussicht nach weiter zu. Der Anteil der über 65-Jährigen wird gemäss Schätzungen des Bundesamtes für Statistik in den nächsten 30 Jahren stark zunehmen und sich dann auf einem Niveau von rund 27% stabilisieren, wobei insbesondere die Zahl der über 85-Jährigen noch länger zunehmen wird. Die steigende Zahl älterer und hochbetagter Menschen stellt das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen. Ob es Versorgungslücken gibt, hängt einerseits davon ab, ob wir im Alter länger gesund bleiben und andererseits, wie gut sich die Gesundheitsversorgung den veränderten Bedürfnissen anpassen kann. Wo sich heute noch Angehörige um ihre betagten Eltern und Schwiegereltern kümmern, werden spätere Generationen stärker auf professionelle Pflegestrukturen oder auf Selbsthilfe angewiesen sein. Gesundheit und Autonomie im Alter müssen gefördert werden. Impulsprogramme für den Aufbau von innovativen Wohn- und Versorgungsmodellen im Alter und im Übergang zur Pflegebedürftigkeit sind gefragt.

Die SP setzt sich für eine bedürfnisgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ein: Es braucht altersspezifische Gesundheitsförderung und -Prävention, innovative Wohn- und Pflegeangebote und eine qualitativ hochwertige Altersmedizin.

3.1.2 Die chronischen Erkrankungen nehmen an Bedeutung zu

In den letzten Jahrzehnten hat eine Verlagerung von den Akut- und Infektionskrankheiten hin zu den nicht übertragbaren, meist chronischen Erkrankungen stattgefunden. Die Weltgesundheitsorganisation WHO schätzt, dass in Europa 86% der Todesfälle und 77% der verlorenen behinderungsfreien Lebensjahre auf das Konto nicht übertragbarer Krankheiten gehen. Diese Tendenz wird sich wegen der demografisch bedingten Alterung noch verstärken. Immer mehr Patientinnen und Patienten haben chronische, oft gleichzeitig mehrere Krankheiten und brauchen eine spezifische Betreuung: Nicht Behandlung und Heilung stehen hier im Vordergrund, sondern Begleitung, Gesundheitskompetenz und Erhaltung der Autonomie. Die meisten chronischen und nicht übertragbaren Krankheiten können durch Prävention und Gesundheitsförderung vermieden oder zumindest hinaus geschoben werden.

Das Gesundheitssystem der Schweiz ist noch immer auf Akut-Patientinnen und -Patienten zugeschnitten, während die Bedürfnisse chronisch Kranker zu kurz kommen. Gerade für letztere ist eine integrierte, ganzheitliche Versorgung äusserst wichtig. Diese ist jedoch bis heute nur in Ansätzen vorhanden und wird durch den Wettbewerb der Krankenkassen um „gute Risiken“ zusätzlich behindert. Eine Einheitskasse könnte die Risikoselektion eliminieren und die Versorgung der älteren und chronisch kranken Patientinnen und Patienten verbessern. Solange die Einheitskasse nicht realisiert ist, muss der Risikoausgleich deutlich verfeinert werden. Besonders teure Behandlungen könnten mit einem Hochrisikopool aufgefangen werden.

Die Bedürfnisse der chronisch und mehrfach kranken Patientinnen und Patienten sind stärker zu gewichten. Die SP will mehr Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention einsetzen und die integrierte Versorgung stärken. Der Risikoselektion der Krankenkassen ist mit einem verbesserten Risikoausgleich bzw. durch eine Einheitskasse der Riegel zu schieben.

3.1.3 Nicht jede Neuerung ist auch ein Fortschritt

Laufend werden neue Arzneimittel und Medizinaltechnologien entwickelt und auf den Markt gebracht. Damit verbinden sich – heftig geschürt durch die Hersteller – Hoffnungen auf Verbesserungen der Heilungschancen und der Lebensqualität. Allerdings handelt es sich nur bei einem verschwindend kleinen Teil der Neuentwicklungen um echte Innovationen. Dennoch üben neue und oftmals sehr teure Produkte eine grosse Anziehungskraft auf Patientinnen und Ärzte aus, nicht zuletzt geweckt durch sogenannte „Gesundheitssendungen“ in den Medien. Entsprechend gross ist der Druck auf die Zulassungsbehörden, neue Arzneimittel ohne seriöse Kosten/Nutzen-Überprüfung zu Lasten der Krankenversicherung zu bewilligen.

Die SP fordert eine restriktivere Zulassungspolitik für neue Arzneimittel und Medizinaltechnologien auch auf Grund der Prüfung ihres Innovationswerts. Produkte, die einen wirklichen Fortschritt bedeuten, sollen allen zugänglich gemacht werden.

3.1.4 Auch die Versorgungsqualität soll Gegenstand der Forschung sein

Die Forschung für eine evidenzbasierte Medizin hat in den letzten Jahren grosse Fortschritte gemacht. Immer mehr Arzneimittel und Therapien werden kritisch auf ihren Nutzen überprüft. Hingegen fehlt es weitgehend an Forschung für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik und für optimale Versorgungsformen und –strukturen. Im Hinblick auf die Einführung der DRG fehlt es bisher an Konzepten und Mitteln für eine Begleitforschung, welche z.B. die Entwicklung der Behandlungs- und Versorgungsqualität und der Arbeitssituation des Gesundheitspersonals untersucht.

Die SP fordert generell und insbesondere im Hinblick auf die Einführung der DRG die Etablierung einer Versorgungsforschung durch den Bund.

3.1.5 Die Erfindung von Krankheiten fördert die Mengenausweitung

„Disease Mongering“ nennt sich die Umdeutung normaler Lebensläufe zu therapiebedürftigen Krankheitsbildern. Bisher gesunde Menschen werden aufgrund neu definierter Grenzwerte (z.B. Cholesterin, Blutdruck, BMI) zu Risikogruppen oder aufgrund erfundener Krankheiten („Reizdarm“, „Wechseljahre“ bei Männern) zu PatientInnen. Der Druck steigt, sich vorbeugend untersuchen zu lassen. Screening-Untersuchungen (z.B. Mammographie, Prostata) unter dem Titel „Vorsorge und Prävention“ sind jedoch nur dann sinnvoll, wenn der effektive Nutzen für die einzelne Person hinreichend begründet und die Qualitätssicherung gewährleistet ist. Dafür braucht es flächendeckende, qualitätsgestützte Programme und nicht gesponserte Kampagnen und Fernsehsendungen. Folgen solcher Propagandamassnahmen sind eine zunehmende Verunsicherung der Bevölkerung und eine Mengenausweitung ohne Zusatznutzen für die Gesundheit. Gesundheitsligen, Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen spielen bei der Aufklärung über Gesundheitsrisiken eine wichtige Rolle und müssen öffentlich finanziert werden, damit sie ihre Unabhängigkeit von der Gesundheitsindustrie wahren können.

Die SP wehrt sich dagegen, dass der wichtige Bereich der Gesundheitsvorsorge und Prävention zunehmend zu einer Werbemaschinerie der Gesundheitsindustrie verkommt. Unabhängige Information und die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung müssen öffentlich finanziert und für alle zugänglich gemacht werden.

3.1.6 Der Föderalismus treibt teure Blüten

Die Schweiz hat 26 Gesundheitssysteme. Jeder Kanton betreibt eine eigene Spitalplanung, was die Mengen- und Kostensteigerung zusätzlich antreibt. Der Kampf der Kantone um die Spitzenmedizin kostet nicht nur mehrere Hundert Millionen Franken, sondern schadet auch der Versorgungsqualität. Zwischen den Spitälern hat ein eigentliches Wetttrüben eingesetzt, mit dem Ziel, sich im Hinblick auf die Verteilung der medizinischen Spezialitäten und auf die neue Spitalfinanzierung möglichst gut zu positionieren. Der Föderalismus im Gesundheitswesen erschwert die Angebotsplanung und verunmöglicht eine flächendeckende Qualitätssicherung.

Die SP setzt sich dafür ein, die Kantonsgrenzen bei der Gesundheitsversorgung zu sprengen.

3.1.7 Die Zukunft der Langzeitpflege hängt zuerst am Personal und dann am Geld

Die in Abschnitt 3.1.1 beschriebene demografische Entwicklung wird eine steigende Nachfrage nach Langzeitpflege zur Folge haben. Das Gesundheitsobservatorium Obsan rechnet mit einer Verdoppelung der Pflegekosten bei Spitex und Pflegeheimen bis 2030. Obwohl die Finanzierung der Langzeitpflege ab 2011 neu geregelt wird, ist sie noch keineswegs dauerhaft gesichert und wird in den Kantonen unterschiedlich gehandhabt. Den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen droht eine finanzielle Mehrbelastung.

Lösungen sind jedoch nicht nur für die Finanzierung gefragt, sondern vor allem für die Sicherung der Personalressourcen. Ohne eine Aufwertung der Arbeit in der Langzeitpflege steuern wir auf einen massiven Mangel an Pflegefachkräften zu. Zugleich sinkt die Verfügbarkeit von Angehörigen und freiwilliger Unterstützung. Die SP hat im Sommer 2010 Lösungen vorgeschlagen, um den absehbaren Pflegenotstand im Langzeit- und im Akutbereich zu mildern. So fehlt es an Ausbildungsplätzen, an der Finanzierung von Ausbildungen und an Anreizen, um die Verweildauer im Pflegeberuf zu erhöhen. Erschwert wird die Planung von Massnahmen durch das Fehlen genauer statistischer Angaben über die Entwicklung der Zahlen in den Pflegeberufen.

Die Finanzierung der Langzeitpflege muss auf eine nachhaltige Basis gestellt werden und neue Finanzierungsquellen sind zu prüfen. Noch dringender aus Sicht der SP sind Massnahmen gegen den absehbaren Personalmangel in der Pflege und vor allem in der Langzeitpflege.

3.1.8 Nur Teamwork garantiert eine gute Grundversorgung

Um die medizinische Grundversorgung in hoher Qualität auch in Zukunft sicherzustellen, braucht es eine starke Hausarztmedizin als Bestandteil solider Versorgungsnetze. Bei den Hausärztinnen und -ärzten ist der Nachwuchs gezielt zu fördern; dafür braucht es eine kräftige Anstrengung des Bundes und der Kantone. Der Numerus clausus in der Medizin ist aufzuheben. Die Initiative „Ja zur Hausarztmedizin“ fordert richtigerweise eine Strategie zur Stärkung der Position der Hausarztmedizin innerhalb des Gesundheitswesens.

Für die Grundversorgung sind jedoch nicht die Hausärzte allein zuständig. Die Zusammenarbeit in Versorgungsnetzen und mit weiteren Gesundheitsberufen (Pflege, Hebammen, ApothekerInnen, Physio- und Ergotherapie usw.), aber auch mit den SpezialistInnen, gilt es gezielt zu fördern. Angehörige aller Gesundheitsberufe werden sich in Zukunft verstärkt an einer interdisziplinären Zusammenarbeit orientieren müssen.

Um den Zugang zur Grundversorgung für alle sicherzustellen, braucht es nebst einer Förderung der Hausarztmedizin eine enge berufsübergreifende Zusammenarbeit in Versorgungsnetzen.

3.1.9 Arbeit kann die Gesundheit schützen – oder gefährden

Eine gute Arbeitssituation in einem angenehmen, wertschätzenden Umfeld ist der beste Schutz für die Gesundheit. Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist gesetzlich geregelt und liegt in der Verantwortung der Arbeitgeber. Die Arbeitnehmenden sind am Arbeitsplatz vor Lärm, schlechter Luft, Mobbing und jeder Art von Gefahren zu schützen. Zum Gesundheitsschutz gehört aber auch, dass die Leute sich in der Freizeit von der Arbeit erholen können. Dies wird für viele zunehmend schwieriger, weil der Stress am Arbeitsplatz grösser geworden ist. Die grenzenlosen Möglichkeiten der mobilen Kommunikation führen dazu, dass immer mehr Arbeitnehmende auch nach Feierabend und in den Ferien für den Arbeitgeber erreichbar sind und auch sein müssen. Diesen Entwicklungen ist entgegen zu wirken, beispielsweise mit 6 Wochen Ferien pro Jahr im Minimum.

Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und in der Freizeit gehören zu den wichtigen Anliegen der SP. Handlungsbedarf gibt es insbesondere beim Abbau von Stress am Arbeitsplatz und beim Schutz der Freizeit.

3.1.10 In der Gesundheitsförderung und Prävention liegt Potenzial

Gesundheitsförderung und Prävention haben in der Schweiz im internationalen Vergleich einen geringen Stellenwert. Sie sind verzettelt, schlecht koordiniert und ihre Wirkung ist wenig erforscht. Ein neues Bundesgesetz soll dazu beitragen, der Prävention und der Gesundheitsförderung zu mehr Gewicht und vor allem zu mehr Koordination und Wirkung zu verhelfen.

Die SP unterstützt das Bundesgesetz über Gesundheitsförderung und Prävention, das zur Zeit im Parlament beraten wird.

3.2 Die Kosten steigen nicht überall gleich

Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ist in den letzten Jahren insgesamt stabil verlaufen. Je nach Sektor zeigen sich aber unterschiedliche Kostenverläufe.

3.2.1 Eine Kostenexplosion findet nicht statt

Seit 2000 sind die Gesundheitsausgaben im Gleichschritt mit der Wirtschaft gewachsen, ihr Anteil am Bruttoinlandprodukt schwankt zwischen 10 und 11 Prozent. Die Gesundheitsausgaben sind auf einem hohen Niveau stabil (Schätzung KOF für 2009: ca. 61 Mrd. Franken). Eine nüchterne Betrachtung der Kostenentwicklung der letzten 10 Jahre im Gesundheitswesen zeigt: Von einer „Kostenexplosion“ kann keine Rede sein. Eine Analyse über die Zusammensetzung der Kosten und die Verschiebungen innerhalb der Kostenblöcke zeigt jedoch, dass die Spitäler und innerhalb der Spitäler der ambulante Sektor überdurchschnittlich zum Kostenwachstum beitragen.

Die SP plädiert für eine sachliche Herangehensweise an die Kostendiskussion im Gesundheitswesen. Kurzfristige Sparübungen sind weder notwendig noch angebracht. Es braucht eine sorgfältige Analyse der Kostenstruktur und der Gründe, welche für besonders starke Kostensteigerungen in gewissen Bereichen verantwortlich sind.

3.2.2 Die Prämien der Grundversicherung steigen überdurchschnittlich

Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien sind nicht dasselbe. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung stiegen zwischen 2000 und 2010 um insgesamt 35%, die Durchschnittsprämien für Erwachsene in der Grundversicherung dagegen um 66%. Das bedeutet, dass ein überdurchschnittlicher Teil der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen auf die Prämienzahlenden überwältigt wurde. Und es erklärt, weshalb das Ausgabenwachstum von der Bevölkerung, den Medien und der Politik als stärker wahrgenommen wird, als es effektiv ist. Die Prämiensteigerungen lassen sich nur teilweise mit dem Kostenanstieg in der Grundversicherung erklären. Ein weiterer Grund liegt in der Reservenpolitik von Bund und Krankenversicherern (s. Abschnitt 3.3.5)

Der überdurchschnittliche Kostenanstieg in der Grundversicherung steht im Zusammenhang mit der – an sich erwünschten – Verlagerung von der stationären zur ambulanten Versorgung. Während bei einem Spitalaufenthalt die Hälfte der Rechnung durch den Kanton bezahlt wird, geht die ambulante Versorgung ganz auf Kosten der Krankenkasse.

Eine Politik der Kostenkontrolle muss sowohl bei den Gesamtkosten als auch bei den Prämien der Grundversicherung ansetzen. Die SP wehrt sich gegen eine weitere Überwälzung der Kostensteigerungen auf die obligatorische Grundversicherung.

3.3 Auf die Finanzierung kommt es an

Bei der Finanzierung des Gesundheitswesens gibt es auf zwei Ebenen Handlungsbedarf: Einerseits soll die Finanzierung der Gesundheitsleistungen sozialverträglicher gestaltet und die Belastung der Haushalte mit geringem Einkommen reduziert werden. Andererseits soll das Finanzierungssystem so ausgestaltet werden, dass für die ganze Versorgungskette, ob stationär oder ambulant, der gleiche Finanzierungsschlüssel gilt.

3.3.1 Die Prämienzahlenden tragen die grösste Finanzierungslast

Der Anteil der einkommensunabhängigen Kopfprämien an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben beträgt 35%. Der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand und damit der Steuerzahlenden ist mit rund 19% nur gut halb so hoch. Das schont die Haushalte mit hohem Einkommen zu Lasten der weniger Verdienenden. Insbesondere Haushalte mit mittlerem Einkommen und ohne Anspruch auf Prämienverbilligung leiden unter den stark wachsenden Krankenkassenprämien. Das vom Bundesrat in seiner Botschaft zum Krankenversicherungsgesetz formulierte Ziel einer maximalen Prämienbelastung von 8% Prozent des steuerbaren Einkommens wird in vielen Fällen nicht erreicht. Im Unterschied zu den meisten anderen Industrieländern ist der über progressive Steuern finanzierte Anteil an den Gesundheitsausgaben in der Schweiz sehr gering.

Die SP will keine weitere Umverteilung von den wenig Verdienenden zu den Gutverdienenden über die Finanzierung der Gesundheitsausgaben. Das Sozialziel einer Maximalbelastung von höchstens 8% des Haushaltseinkommens durch die Krankenkassenprämien ist in jedem Fall einzuhalten. Der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand soll gesteigert werden – sei es via direkte Finanzierung von Gesundheitsleistungen oder über einen Ausbau des Prämienverbilligungssystems.

3.3.2 In der Schweiz zahlen wir zu viel aus der eigenen Tasche

Die privaten Haushalte kommen in der Schweiz zusätzlich zur Grundversicherung für 30% der Gesundheitsausgaben auf. Franchisen und Selbstbehalte, Zahnarztbehandlungen, nicht kassenpflichtige Medikamente, Aufenthalte im Pflegeheim und Spitex-Betreuung gehen auf eigene Kosten. In keinem anderen OECD-Land zahlen die Patientinnen und Patienten einen so hohen Anteil der Gesundheitskosten aus der eigenen Tasche. Für die oft gehörte Forderung, die Eigenverantwortung müsse mit einer Erhöhung der Selbstbeteiligung verbessert werden, gibt es keine Grundlage, im Gegenteil: Ein Überblick über die diesbezüglichen Studien zeigt, dass eine hohe Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten zu Unterversorgung bei chronisch Kranken und Leuten mit wenig Einkommen führt – und damit zu umso höheren Folgekosten für die Gesellschaft.

Die Selbstbeteiligung an den Gesundheitskosten in der Schweiz ist bereits sehr hoch und darf nicht weiter erhöht werden.

3.3.3 Die Wahlfranchisen unterwandern die Solidarität

Mit einem wählbaren jährlichen Fixbeitrag an die Behandlungskosten von bis zu 2500 Franken können Versicherte eine Prämienreduktion um bis zu 40% in der Grundversicherung erwirken. Darunter leidet die Solidarität, denn gesunde und gut verdienende Versicherte wählen in aller Regel hohe Franchisen und sparen damit Prämien auf Kosten der Kranken. Auf der anderen Seite gibt es Leute, die eine hohe Wahlfranchise wählen, weil sie sich sonst die Prämien nicht mehr leisten könnten. Bei diesen besteht die Gefahr, dass sie notwendige Arztbesuche zu lange aufschieben.

Die Wahlfranchisen in der Grundversicherung gehören abgeschafft. Zur Entlastung von wenig Verdienenden dienen die Prämienverbilligungen und nicht hohe Wahlfranchisen.

3.3.4 Unterschiedliche Finanzierungsregeln beeinträchtigen die Versorgungsqualität

Die heutige Finanzierung setzt falsche Anreize. Ob jemand im Spital liegt oder ambulant versorgt wird, zu Hause oder im Heim gepflegt wird, hängt oftmals davon ab, wer für die Finanzierung aufkommt. Während bei einem stationären Spitalaufenthalt der Kanton die Hälfte der Kosten übernimmt, muss die Krankenversicherung für die ambulante Versorgung allein aufkommen. Wer sich zuhause durch die Spitex pflegen lässt oder in ein Pflegeheim umziehen muss, bezahlt je nach Einkommenssituation und Wohnort einen grossen Teil der Kosten aus der eigenen Tasche. In der Langzeitpflege sind es 40% der Pflegekosten, welche die privaten Haushalte finanzieren, wobei die unentgeltliche Unterstützung und Pflege durch Angehörige und Nachbarinnen nicht mit eingerechnet ist.

Die SP will einheitliche prozentuale Finanzierungsanteile zwischen öffentlicher Hand, Krankenkassen und privaten Haushalten über die ganze Versorgungskette hinweg. Dabei soll die öffentliche Hand

einen angemessenen Beitrag leisten. Sie behält dafür die Planungs- und Tarifhoheit im stationären wie im ambulanten Bereich.

3.3.5 Reserven werden als politische Manövriermasse missbraucht

Die Reserven der obligatorischen Krankenversicherung wurden in der Vergangenheit sowohl von der Politik als auch von den Versicherern selbst immer wieder dazu benutzt, die Prämien nach unten zu manipulieren. Die Folge waren jeweils Prämiensprünge aufgrund der so aufgeschobenen Anpassung an die Kostenentwicklung. Zudem kommt es immer wieder zu Prämienschüben, weil bei einem Zuwachs von Versicherten die Reservequote im Verhältnis zum Prämienvolumen automatisch sinkt und sofort nach oben korrigiert werden muss. Und nicht zuletzt gingen einige Krankenversicherer zu hohe Anlagerisiken ein und mussten deshalb in der Finanzkrise eine empfindliche Schrumpfung ihrer Reserven hinnehmen. Es braucht also nicht nur verbindliche Ober- und Untergrenzen für die Reserven, sondern auch einen Mechanismus, um plötzliche Reserveschwankungen zu glätten

Die SP will Manipulationen der Prämien mit einer nachhaltigen Reservepolitik stoppen.

4 Gesundheitspolitische Prioritäten der SP

Ziel der SP Gesundheitspolitik ist der Zugang für alle zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung, unabhängig vom Einkommen, Alter, Geschlecht, Herkunft, Aufenthaltsstatus oder Gesundheitszustand. Dafür braucht es einerseits eine verstärkte **Orientierung an den Gesundheitsbedürfnissen** der Bevölkerung und andererseits eine **sozialverträgliche Finanzierung**. Mit **Strukturenreformen** lassen sich einige der angesprochenen Probleme lösen.

4.1 Orientierung an den Gesundheitsbedürfnissen

- Die Förderung von integrierten, bereichsübergreifenden Versorgungsstrukturen ist zu intensivieren. Integrierte Versorgung soll als Grundmodell in der Krankenversicherung verankert werden, um die Versorgungsqualität insbesondere für chronisch kranke Patientinnen und Patienten zu verbessern. Versorgungsnetze müssen flächendeckend erreichbar und von den Krankenversicherern unabhängig sein.
- Die Schweiz braucht ein Gesundheitsinformationssystem. Dieses beobachtet zuhanden der Politik die Entwicklung der Krankheitshäufigkeiten und evaluiert die gesundheitspolitischen Entscheide auf ihre Auswirkungen für die Bevölkerungsgesundheit.

4.2 Sozialverträgliche Finanzierung

- Notwendig ist eine Entlastung der Haushalte mit kleinen und mittleren Einkommen bei den Kopfprämien der Grundversicherung. Dafür müssen von Bund und Kantonen mehr Mittel für Prämienverbilligungen bereit gestellt werden. Das System der Prämienverbilligungen muss schweizweit vereinheitlicht werden. Die Belastung eines Haushalts durch die Krankenkassenprämien darf 8% des steuerbaren Einkommens nicht überschreiten.
- Die wählbaren Franchisen müssen abgeschafft werden, um die Entsolidarisierung zwischen Gesunden und Kranken zu stoppen.
- Die Selbstbeteiligung der Versicherten ist zu begrenzen, um Folgekosten von verspäteten oder unterlassenen Arztkonsultationen zu vermeiden.
- Es braucht einen einheitlichen Finanzierungsschlüssel zwischen öffentlicher Hand, Krankenkassen und privaten Haushalten über die ganze Versorgungskette hinweg, um die Kostenverlagerung auf die Grundversicherung zu stoppen.
- Reservebildung der Krankenkassen ist nach oben und unten zu begrenzen, um Manipulationen und plötzliche Prämienstöße zu verhindern.

4.3 Reformen auf der strukturellen Ebene

- Der Föderalismus im Gesundheitswesen erschwert die Umsetzung vieler sinnvoller Projekte. Für die Angebotsplanung und flächendeckende Qualitätssicherung müssen die Kantons Grenzen gesprengt werden. Das gilt sowohl für die Prävention wie auch für die Versorgung.
- Die SP unterstützt die Lancierung einer Initiative für eine öffentliche Krankenkasse. Eine öffentliche Krankenkasse ist besser gewappnet für die Herausforderungen der Zukunft als eine Vielzahl von Krankenkassen, die sich gegenseitig die jungen und gesunden Versicherten abjagen. Stattdessen lohnen sich Investitionen in integrierte Versorgung und eine qualitativ gute Betreuung auch von älteren und chronisch kranken Patientinnen und Patienten.