

## **Gesundheitspolitik – die nächsten Schritte**

*Übersicht über die Positionen zu verschiedenen Vorlagen, die in der Herbstsession 2007 zur Behandlung kommen.*

Oberstes Ziel einer sozialdemokratischen Gesundheitspolitik ist der offene Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und umfassenden Gesundheitsversorgung für alle Menschen, zu bezahlbaren Preisen, basierend auf dem Versicherungsprinzip und der Solidarität. Die Kostenentwicklung muss durch eine effiziente Leistungserbringung und durch eine stärkere Regulierung in allen Kostenblöcken (stationäre und ambulante Versorgung, Medikamente) gebremst werden. Die Verteilung der Kosten muss sozialverträglich ausgestaltet werden, indem die finanzielle Belastung der privaten Haushalte gesamthaft gesenkt und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit angepasst sowie der steuerfinanzierte Anteil erhöht wird. Damit ist klar, dass wir gegen die Absichten der drei bürgerlichen Bundesratsparteien, das Gesundheitswesen schrittweise zu privatisieren, das Obligatorium zu untergraben und zu schwächen und die wettbewerblichen Elemente auszubauen, antreten werden.

Das vorliegende Papier beschränkt sich auf jene politischen Fragestellungen in der Gesundheitspolitik, zu denen in der anstehenden Herbstsession konkrete Entscheide zu fällen sind.

### **1. Umfang der Leistungen der Grundversicherungen**

*Aktuelle Traktanden in der Herbstsession: Nationalrat*

05.055 Volksinitiative „Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung

06.066 Volksinitiative „Ja zur Komplementärmedizin“<sup>1</sup>

*Position der SP Fraktion*

Die SP Schweiz setzt sich für einen umfassenden Leistungskatalog ein, während die SVP mit ihrer Initiative auf das Modell einer Minimalversicherung hinarbeitet, die den Markt für die Zusatzversicherungen öffnet. Folgt man dem Modell der SVP, müssen alle eine Zusatzversicherung abschliessen, um gut und umfassend versorgt zu sein. Zusatzversicherungen funktionieren nach dem Privatversicherungsrecht. Sie erheben risikobasierte Prämien und können GesuchstellerInnen abweisen. Die Politik der SVP richtet sich damit gezielt gegen die

---

<sup>1</sup> Die Motion Forster 07.3168 wird am 25. September 2007 im Ständerat behandelt. Wortlaut der Motion: „Der Bundesrat wird beauftragt, bis Ende 2008 zu prüfen, ob die anthroposophische Medizin, Homöopathie und traditionelle chinesische Medizin im Rahmen des "Programms Evaluation Komplementärmedizin" mit adäquaten wissenschaftlichen Methoden den Nachweis der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Nachweis) gemäss Artikel 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) erbracht haben. Falls einzelne oder alle Methoden den gesetzlich erforderlichen Nachweis erbracht haben, so sind sie definitiv in die Grundversicherung aufzunehmen“. Der Bundesrat empfiehlt die Motion abzulehnen.

älteren Menschen, die Frauen und die chronisch Kranken. Das Zusammenfallen der beiden Volksinitiativen bietet uns Gelegenheit, die beiden gesundheitspolitischen Grundpositionen klar darzustellen.

Die SP lehnt die SVP-Initiative ab (siehe Anhang I, Artikel Stéphane Rossini) und unterstützt die Initiative „Ja zur Komplementärmedizin“, die verlangt, dass Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für die umfassende Berücksichtigung der Komplementärmedizin sorgen.

FDP und CVP lehnen die SVP-Initiative auch ab. Allerdings nur halbherzig, weil sie im Grunde dieselben politischen Ziele wie die SVP verfolgen: Weniger Sozialversicherung, weniger solidarisch finanzierte Leistungen, mehr Gewinne für die Zusatzversicherungen, höherer Anteil der individuell finanzierten Leistungen. Wie sich die bürgerlichen Parteien zur Komplementärmedizin positionieren, ist heute noch nicht klar.

Die SP Schweiz strebt eine Trennung von Zusatz- und Grundversicherung an. Die Grundversicherung soll als öffentlich-rechtliche Anstalt organisiert werden. Ein entsprechender Vorstoss (07.406) wurde von uns in der Märzsession 2007 eingereicht. Darüber hinaus soll die Aufgabenverteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden neu überprüft werden. Dazu ist ein Vorstoss vorbereitet und wird der Fraktion unterbreitet (siehe Anhang II).

#### *Vorstösse*

- Pa. Iv. SP Fraktion, Sprecher: Stéphane Rossini, Séparation complète de l'assurance sociale et de l'assurance privée. Eingereicht. (07.406) ;
- Motion SP Fraktion, Sprecherin: Jacqueline Fehr, Krankenversicherung. Transparenz und bessere Kontrolle. Eingereicht und vom Bundesrat zur Ablehnung empfohlen. (07.3059);
- Motion SP Fraktion, Sprecher Stéphane Rossini, Réforme structurelle du système de santé. Noch nicht eingereicht (siehe Anhang II);
- Motion. Marlyse Dormond. Unterstellung aller in der sozialen Krankenversicherung tätigen Unternehmen unter die Aufsicht des BAG. Eingereicht. (07.3412);
- Pa.Iv. SP-Fraktion. Sprecher: Stéphane Rossini. Änderung von Artikel 64a (Versicherungsschutz). Eingereicht. (07.452);
- Postulat. Simonetta Sommaruga. KVG. Überprüfung der Leistungen in der Grundversicherung (Bericht bis Mitte 2008: Kriterien, Reihenfolge, Fristen, Kosten). Eingereicht, im Ständerat traktandiert am 25. September 2007. (07.3344).

## 2. Prämien 2008

Gemäss Medienmitteilung des BAG vom 3. September 2007 hat sich die finanzielle Situation der Krankenversicherer 2006 weiter konsolidiert. Die Mindestreserven von 3,134 Mia. Franken wurden mit 617 Mio. Franken überschritten. Begründung BAG: Die Prognose für die Prämien 2007 ging von einer Kostensteigerung von 4,5 Prozent aus. Der effektive Kostenanstieg für 2006 lag jedoch mit 1,2 Prozent deutlich tiefer. Gemäss BAG weist die Mehrheit der Versicherer eine Überdeckung von 818 Mio. Franken aus. Die Unterdeckung einer Minderheit der Versicherer hat von 290 Mio. auf 201 Mio. abgenommen. Das BAG schreibt in dieser Medienmitteilung, dass die einzelnen Versicherer diese über die Prämienfestsetzung ausgleichen müssen.

Am letzten Freitag der Herbstsession werden die Prämien für 2008 kommuniziert. Die Krankenkassen beantragen gemäss Medienberichten beim Bundesamt für Gesundheit auch fürs kommende Jahr in fast allen Kantonen Prämien erhöhungen. Couchepin will aber offenbar in einigen Kantonen die Prämien senken.

Bisher hat die SP in den Kantonen (VD -2,6 Prozent für Erwachsene, -6.2 Prozent für Kinder, ZH – 5 Prozent generell; FR: hängiger parlamentarischer Vorstoss SP/CVP für ganze oder teilweise Übernahme der nach Erfüllung der bundesrätlichen Vorgaben verbleibenden Kinderprämien durch den Kanton) sehr offensiv Prämien senkungen gefordert (siehe auch Anhang III).

### *Aktuelle Traktanden in der Herbstsession: Nationalrat*

#### 04.061 Spitalfinanzierung. Vorlage 2. Risikoausgleich

Der Nationalrat befasst sich als Zweitrat mit diesem Geschäft. Die Vorlage, die vom Ständerat kommt verfeinert den bestehenden Risikoausgleich. Nebst den Kriterien Alter und Geschlecht kommt neu das Kriterium „erhöhtes Krankheitsrisiko“ dazu. Massgebend dafür soll der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr sein. Die SGK-N hat an ihrer Sitzung vom 23./24. August 2007 einen Morbiditätsindikator als weiteres Kriterium für ein erhöhtes Krankheitsrisiko in die Vorlage aufgenommen. Die Beratung wird in der SGK-N am 13./14. September 2007 abgeschlossen.

### *Position der SP Fraktion*

Unser Ziel sind einkommens- und vermögensabhängige Prämien. Mit den Prämienverbilligungen konnten bei den untersten Einkommen Verbesserungen erzielt werden. Kantonale Sparmassnahmen, NFA und kantonal sehr unterschiedliche Ansätze schaffen jedoch grosse Ungleichheiten und damit Ungerechtigkeiten innerhalb der Schweiz und durch die unterschiedlichen Prämienregionen teilweise auch innerhalb eines Kantons.

Besonders belastet sind jene tiefen Einkommen, die nicht in den Genuss von Prämienverbilligungen (oder nur sehr geringen Beiträgen) kommen. Darunter sind sehr viele Familien. In diesen Einkommensklassen kann die Prämienrechnung 13 oder gar über 14 Prozent<sup>2</sup> des Haushaltsbudgets wegfressen, obwohl die Kantone seit Januar 2007 für untere und mittlere Einkommen die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50% verbilligen müssen. Damit wird klar das Versprechen gebrochen, dass der damalige Gesundheitsminister Cotti bei der Erarbeitung des neuen Krankenversicherungsgesetzes gegeben hat, nämlich dass kein Haushalt mehr als 8 Prozent für die obligatorische Krankenversicherung aufwenden müsse. Die SP Schweiz fordert als Schritt auf dem Weg zu einkommens- und vermögensabhängigen Prämien, dass dieses Haushaltsziel tatsächlich erfüllt wird, indem die Mittel für die Prämienverbilligung vom Bund und von den Kantonen erhöht werden und die Prämienverbilligung in der ganzen Schweiz nach den selben Minimalansätzen ausgerichtet werden (Harmonisierung der Prämienverbilligung).

In dieses Themenfeld gehört auch die Frage des Risikoausgleichs, resp. der Risikoselektion (inkl. Billigkassen<sup>3</sup>). Die SP unterstützt die Vorlage für einen verfeinerten Risikoausgleich, wenn auch ohne Begeisterung. Die weiteren bereits von uns eingereichten Vorstösse fordern das Verbot von Billigkassen, einen nationalen Reserventopf an Stelle der heutigen kantonalen Reservekassen (26 Kantone mal rund 80 Kassen), bessere Transparenz und Kontrolle.

#### *Vorstösse:*

- Postulat SP-Fraktion. Sprecherin: Liliane Maury Pasquier. Der diskriminierenden Praxis der Krankenversicherer ein Ende setzen (Jagd auf gute Risiken). Eingereicht und vom Bundesrat zur Ablehnung empfohlen. (07.3050);
- Motion SP-Fraktion. Sprecherin: Liliane Maury Pasquier. Krankenkassen; Transparenz bei der Buchhaltung und der Entwicklung der Reserven. Eingereicht und vom Bundesrat zur Annahme empfohlen. (07.3051);
- Motion SP-Fraktion. Sprecherin: Jacqueline Fehr. KVG. Transparenz und bessere Kontrolle. Eingereicht und vom Bundesrat zur Ablehnung empfohlen. (07.3059);

---

<sup>2</sup> Seit Januar 2007 bezahlen Luzerner Haushalte bis zu 14.5% ihres steuerbaren Einkommens für die Krankenversicherung. Die SP Luzern haben am 18. August 2007 folgende kantonale Volksinitiative lanciert: „Es besteht Anspruch auf Prämienverbilligung, wenn die Krankenkassenprämie 10% des anrechenbaren Einkommens übersteigen“.

<sup>3</sup> 07.3160 Mo.Frick. Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung durch sogenannte Billigkassen. Motionstext: Der Bundesrat wird beauftragt, eine Ergänzung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vorzulegen, wonach Krankenkassen unter einheitlicher Leitung (Konzern, Kassenkonglomerate und dergleichen) für die obligatorische Grundversicherung in derselben Prämienregion jeweils dieselbe Prämie festlegen müssen. Der Bundesrat empfiehlt die Motion zur Ablehnung. Das Geschäft ist im Ständerat traktandiert am 25. September 2007.

- Motion SP-Fraktion. Sprecherin: Jacqueline Fehr. KVG. Verbot von Billigkassen. Eingereicht und vom Bundesrat zur Ablehnung empfohlen. (07.3052);
- Pa. Iv. SP-Fraktion. Sprecher: Stéphane Rossini. KVG., Schaffung eines nationalen Reservefonds. Eingereicht. (07.405);
- Pa. Iv. SP-Fraktion. Sprecher. Didier Berbarat. Finanzierung von politischen Kampagnen mit Prämien aus der sozialen Krankenversicherung. Eingereicht. (07.407);
- Pa. Iv. SP Fraktion, Sprecherin: Jacqueline Fehr, Prämienbelastung höchstens acht Prozent des Haushaltseinkommens. Noch nicht eingereicht (siehe Anhang IV).

### **3. Stationäre und ambulante Versorgung**

*Aktuelle Traktanden in der Herbstsession: Ständerat*

04.061 Spitalfinanzierung Vorlage 1 (Differenzbereinigung, ev. Schlussabstimmung<sup>4</sup>)

Der Ständerat hat als Erstrat in der Frühjahrssession 2006 die Vorlage beraten und beschäftigt sich nun diese Session im Rahmen der Differenzbereinigung wieder mit dem Geschäft. Nicht mehr zur Diskussion und somit beschlossen sind u.a. die Einführung der Fallpauschale inkl. Investitionskosten und die Einführung der Vertragsspitäler<sup>5</sup>.

Die ständerätliche Kommissionsmehrheit schliesst sich im Rahmen dieses Differenzbereinigungsverfahrens in der Aufnahme der Geburtshäuser dem Nationalrat an: Für Geburtshäuser, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen und die auf einer kantonalen Liste aufgeführt sind, sollen die Leistungen gleich wie in einem Spital vergütet werden. Grundsätzlich einverstanden ist die Kommissionsmehrheit auch mit dem Beschluss des Nationalrates, die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz einzuführen. Sie hat die Bestimmung noch präzisiert: Die versicherte Person soll für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen können, die auf einer kantonalen Liste des Wohnorts oder des Standortkantons aufgeführt sind. Der Wohnsitzkanton und die Versicherer übernehmen bei einer ausserkantonalen stationären Behandlung höchstens den Tarif, der im Wohnort für die betreffende Behandlung gilt. Eine allfällige Differenz zum Tarif des Standortkantons muss durch die Versicherten selbst bzw. durch eine Zusatzversicherung gedeckt werden. Eine Minderheit spricht sich für den Tarif des Standortkantons aus, weil so die Zusatzversicherung überflüssig würde und nur so eine echte Wahl stattfinden kann. In den Übergangsbestimmungen beantragt die Kommission sowohl die Einführung der Fallpauschalen als auch die neue Finanzierungsregelung (Kostenschlüssel Krankenversicherer und Kantone) auf den 31. Dezember 2011. Eine Differenz

<sup>4</sup> Wird an der SGK-N-Sitzung vom 13./14. September 2007 entschieden

<sup>5</sup> Vertragsspitäler sind Spitäler die nicht Teil der vom Kanton gemachten Spitalplanung sind. Es sind Spitäler mit welchen die Krankenversicherer Verträge abschliessen und somit über die Grundversicherung abrechnen können. Vertragsspitäler erhalten keinen Beitrag der Kantone.

besteht noch bei diesen Finanzierungsregeln: Die Kommission schliesst sich einer Mindestgrenze von 55% an, hält aber am Bandbreitenmodell des Ständerates fest. Eine Minderheit beantragt am Beschluss des Nationalrates festzuhalten, der sich gegen ein Bandbreitenmodell ausgesprochen hat.

### *Position der SP Fraktion*

Um eine langfristig sichere, für alle zugängliche und kostengünstige Versorgung gewährleisten können, brauchen die zuständigen Behörden (heute in erster Linie die Kantone) stärkere Planungsinstrumente. Im stationären Bereich ist das zentrale Element die Spitalplanung. Die Vorlage zur Revision der Spitalfinanzierung hat die Planungsinstrumente für die Kantone verbessert. Die Einführung der Fallkostenpauschalen DRG beurteilen wir skeptisch. Bedenken bestehen einerseits, weil die Investitionskosten dabei mit eingerechnet werden. Andererseits konnte bisher zu wenig gesichert werden, dass der mögliche zusätzliche Kostendruck nicht zu einer Senkung der Qualität (sog. „blutige Austritte“) und zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen führt.

Durch die Einführung sogenannter Vertragsspitäler (stationäre Angebote, die über den Bedarf hinausgehen und mit denen die Krankenkassen ebenfalls Leistungsvereinbarungen abschliessen können, hat der Nationalrat den Privatspitälern die Türe geöffnet, durch die sie an die öffentlichen Gelder (in einem ersten Schritt an die Gelder der Grundversicherung) kommen wollen. Zudem sind Vertragsspitäler das Schaffen von Überkapazitäten per Gesetz. Im Weiteren hat die bürgerliche Mehrheit den ersten Schritt Richtung monistischer Finanzierung gemacht, was von uns vehement abgelehnt wird. Die freie Spitalwahl haben wir in der ersten Runde unterstützt. In der Zwischenzeit konnten die Kantone glaubwürdig aufzeigen, dass dieser Schritt nicht hier vollzogen werden kann, weil die Vorlage zu wenig seriös vorbereitet wurde. Der Vorschlag bringt zudem für die Grundversicherten keine wirkliche Verbesserung im Angebotsbereich. Die freie Spitalwahl muss auch in Zukunft über die Zusatzversicherung gekauft werden. Im Nationalrat hat die SP Fraktion die Revision der Spitalfinanzierung in der ersten Runde abgelehnt insbesondere wegen der Vertragsspitäler und der Türe zur monistischen Finanzierung. Da diese Elemente nicht mehr Gegenstand der Differenzbereinigung sind, bleiben sie Teil der Vorlage. Wir beantragen deshalb der Fraktion, die Vorlage auch in der Schlussabstimmung abzulehnen.

Um die Planung und Steuerung zu stärken, fordern wir auch seit langem eine Bedürfnisklausel und mehr planerische Kompetenzen für teure Apparaturen, aktuell mit einem Vorstoss (07.443) von Marina Carobbio.

### *Vorlagen Vertragsfreiheit und Managed-Care*

Beide Vorlagen sind in den Kommissionen hängig. Im ambulanten Bereich fehlen aus dem Departement bisher brauchbare Vorschläge zu besseren Versorgungsangeboten (Managed-Care-Modelle) und Alternativen zur Vertragsfreiheit. Mit dem sog. Positivmodell hat der Verband der Assistenz- und OberärztInnen (VSAO) ein interessantes Modell entwickelt, das auf der Idee des case management und damit des Care Managers (behandlungsführende Ärztin/behandlungsführender Arzt) basiert. Ein weiterer Ansatz, den Leistungserbringer und Gewerkschaften prüfen, ist die Einführung einer persönlichen Gesundheitsstelle (PGS). Die SP-Fachkommission Sozialpolitik wird sich an ihrer Sitzung vom 19. September 2007 mit diesen Themen auseinandersetzen.

### *Qualitätssicherung im Gesundheitswesen*

Ein wichtiges Feld ist die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Nebst grossem menschlichem Leid verursacht mangelnde Qualität auch sehr hohe Kosten (siehe Artikel von Bea Heim, Anhang VI). Der rasante technische Fortschritt und die Digitalisierung erfordern einen griffigen Datenschutz.

#### *Vorstösse:*

- Pa.IV. Marina Carobbio Guscetti. Besonders kostspielige medizinisch technische Geräte. Bewilligungsverfahren. Eingereicht. (07.443) ;
- Motion du groupe socialiste, Porte-parole: Liliane Maury Pasquier, Inciter les médecins généralistes à adhérer à un réseau de santé. Noch nicht eingereicht (siehe Anhang V) ;
- Motion. Bea Heim. Rehabilitation. Eckpfeiler der Gesundheitsversorgung. Eingereicht und vom Bundesrat zur Ablehnung empfohlen. (07.3072);
- Motion. Bea Heim. Massnahmen zur Erhöhung der Medikamentensicherheit. Eingereicht 07.3526;

- **In Vorbereitung : Zentrale Rolle der öffentlichen Hand zur Qualitätssicherung**

*Pa.IV. Bea Heim. Nationales Qualitätsinstitut der Medizin und Pflege*

Es geht darum, dass die heutige Qualitätsdiskussion in eine nationale und koordinierte Qualitätsstrategie mit wissenschaftlich validierten Indikatoren überführt wird und politische Beschlüsse wie DRG's usw. in ihrer Wirkung auf die qualitative und ergebnisorientierte Wirkung auf PatientInnen evaluiert werden. Die Trägerschaft eines solchen Instituts muss mindestens tripartit sein.

- **In Vorbereitung.** Bea Heim. Zur **Strategie zur Förderung der Hausarztmedizin:**

*Wirtschaftlichkeitsbeurteilung der Praxen durch die Kassen hat auf differenzierteren Kriterien zu beruhen.*

Es wird vermutlich eine Pa IV sein und der Titel wird sicher anders lauten. Es geht darum (ähnlich wie beim Risikoausgleich), dass der Patientenmix der Praxen zu beachten ist.

- Motion. Vreni Hubmann. Datenschutz im Gesundheitswesen. Eingereicht. (07.3468);
- Motion. Pascale Bruderer. Datenschutz bei den Krankenversicherungen. Eingereicht und vom Bundesrat abgelehnt. (07.3247);
- Motion. Bea Heim. Schutz der Patientendaten. Eingereicht und vom Bundesrat abgelehnt (07.3114).

#### **4. Neuordnung der Pflegefinanzierung**

*Aktuelle Traktanden in der Herbstsession<sup>6</sup>: Ständerat*

05.025 Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (Differenzbereinigung, traktandiert im Ständerat 25. September 2007)

Das seit 1996 geltende KVG ist im Bereich der Finanzierung der Pflege nicht umgesetzt. Die seinerzeit als Übergangslösung eingeführten Rahmentarife decken die Pflegekosten nicht vollständig (illegaler Zustand). Der Ständerat hat als Erstrat in der Herbstsession 2006 eine Vorlage verabschiedet, die die Privatisierung der Pflegekosten einläutet: An die Pflegekosten (Heime, Akut- und Übergangspflege) soll nur noch ein vom Bundesrat festzulegender Beitrag bezahlt werden, der keiner Teuerungsklausel unterliegt. Mit diesem Modell werden die Privathaushalte Jahr für Jahr mehr Kosten der Pflege übernehmen, der Druck auf Personalkosten wird steigen und Qualitätsabstriche sind vorprogrammiert. Die seitens der SP im Ständeratsplenium in der Herbstsession 2006 eingereichten Minderheitsanträge mit dem Ziel, die Belastung der Privathaushalte durch die Pflegekosten klar zu begrenzen und die Beiträge der Krankenkasse einer Teuerungsklausel anzuschliessen wurden abgelehnt.

Dank dem Druck der IG-Pflegefinanzierung und der SP konnte die Vorlage im Nationalrat wesentlich verbessert werden:

- Begrenzung der Belastung der Privathaushalte mit einem 20% Modell;
- Übernahme der durch die Krankenkasse und die Privathaushalte nicht gedeckten Kosten durch den Kanton (=klare Regelung der Restfinanzierung);
- Anpassung der Beiträge der Krankenkasse an den Mischindex;
- volle Übernahme der Akut- und Übergangspflege während einer vom Bundesrat festzulegenden Zeit (30, 60 Tage);
- Verbesserungen bei den Frei- und Vermögensgrenzen im Rahmen der Ergänzungsleistungen;

---

<sup>6</sup> 06.3274. Mo. Ständerat (Forster). Säule 3c für die Finanzierung der Pflege im Alter, traktandiert im Nationalrat am 4. Oktober 2007. Der Ständerat hat die Motion in der Herbstsession 2006 angenommen. Die SGK-N beantragt, die Motion abzulehnen. Begründung: Der Kreis, den die Motion begünstigt ist zu klein. Pflegefinanzierung betrifft ganze Bevölkerung, weshalb nur eine Lösung für angemessen und wirksam erachtet wird, die den grösstmöglichen Personenkreis umfasst. Die SP-Fraktion lehnt die Motion ab.



- kein Abschieben in die Sozialhilfe wegen Taxbegrenzungsmöglichkeiten bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen.

### *Position SP-Fraktion*

Grundsätzlich ist das KVG umzusetzen und Durchlöcherungen der Sozialversicherungen werden abgelehnt. Die vorliegende Beitragslösung ist ein Einbruch ins Sozialversicherungssystem in dem Sinne, dass eine KVG-Leistung nicht mehr voll von der Sozialversicherung übernommen, sondern an diese nur noch ein Beitrag bezahlt werden soll. Legitimiert wird dieser Systemeintritt seitens der Bürgerlichen mit hohen Deckungslücken die – würden sie durch die Krankenversicherung gedeckt – die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben würden. Die von der SP-Fraktion in Auftrag gegebene Bass-Studie zur Pflegefinanzierung vom Februar 2007 kommt diesbezüglich zu folgendem Schluss: Würde das KVG unter Beibehaltung der heutigen Mischfinanzierung umgesetzt, so würde die Deckungslücke lediglich 350 bis 430 Mio. Franken betragen und nicht über eine Milliarde wie von den Krankenversicherern immer wieder behauptet wird. Die SP hat deshalb im Nationalrat ihr Franchisen-Modell eingebracht das die Privathaushalte mit maximal 3'600 Franken/Jahr wesentlich weniger belasten würde als das vom Nationalrat im Sommer 2007 beschlossene 20%-Modell. Das 20% Modell belastet die Privathaushalte mit 7'100 Franken/Jahr mit offenem Ausgang nach oben. Die SP-Fraktion hat im Nationalrat das 20% Modell mitgetragen allerdings nur in Kombination mit weiteren Beschlüssen wie

- der klaren Bestimmung dass die Restkosten von den Kantonen übernommen werden;
- den Verbesserungen bei den Frei- und Vermögensbeträgen bei der EL;
- der Anpassung der Beiträge der Krankenversicherung an den Mischindex,
- der Übernahme der Vollkosten bei der Akut- und Übergangspflege sowie
- dem Riegel, der verhindert dass Pflegebedürftige wegen Taxbegrenzungen durch die Kantone nicht in die Sozialhilfe abgedrängt werden können.

Der Ständerat wird im Rahmen der Differenzvereinbarung sich in der Herbstsession 2007 mit der Vorlage beschäftigen. Die zuständige parlamentarische Kommission hat vom Nationalrat das 20% Modell übernommen ansonsten aber die Vorlage verschlechtert. Mit Minderheitsanträgen wird die SP im Ständeratsplenum u.a. die begrenzte Vollfinanzierung der Akut- und Übergangspflege sowie die Anpassung der Beiträge der Krankenversicherung an den Mischindex fordern. Auch die Kostenneutralität der Krankenversicherer die beim Festlegen der Beiträge der Krankenversicherer an die Pflegekosten zum Tragen kommen soll wird sie mit einem Minderheitsantrag bekämpfen. Wird die Kostenneutralität aufrechterhalten werden Privathaushalte und öffentliche Hand höher belastet.

## Anhang I

Initiative UDC - LAMal  
Le peuple ne sera pas dupe !

Stéphane Rossini, conseiller national, Haute-Nendaz

Après moult tergiversations, renvoi en sous-commission et autres tentatives de détournement de l'objet, la majorité de la commission de la santé du Conseil National a enfin tranché. Elle proposera à son plénum le rejet pur et simple de l'initiative, sans contre-projet. Elle se démarque ainsi du Conseil des Etats, qui avait accepté un contre-projet, dans le but de gagner du temps et d'épargner aux partis bourgeois un large débat populaire avant les élections fédérales.

Nous nous rapprochons donc de la votation populaire, étape qui sera fondamentale dans l'histoire des tentatives de démantèlement de l'assurance-maladie. En effet, contrairement à son titre trompeur, l'initiative UDC n'entend pas faire « baisser les primes de l'assurance-maladie ». Ses deux buts essentiels sont, d'une part, de supprimer des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins et, d'autre part, de revaloriser les assurances complémentaires. Il s'agit donc d'une attaque claire contre l'obligation d'assurance (que l'on entend réduire au strict minimum) et contre le niveau actuel des prestations.

Or, l'élément central d'un système de santé concerne notamment l'offre de prestations et l'accès aux traitements pour toutes les personnes du pays, sans discrimination aucune et sans rationnement. Dans ce cadre, la diminution du catalogue des prestations de l'assurance de base voulue par l'UDC est grave. Il s'agit d'une rupture fondamentale de solidarité. Vouloir diminuer la part des prestations relevant de la LAMal, c'est croire que toutes les prestations sont systématiquement utilisées par tous les assurés ! Ce qui est évidemment faux. Il faut donc accorder à chaque assuré la possibilité d'être couvert pour la prestation qui lui est utile à un moment donné.

Cette réduction du catalogue est un enjeu d'abord pour les compagnies d'assurance, qui aspirent surtout à faire du profit par les assurances complémentaires. Derrière le discours de façade sur la baisse des coûts, c'est un élargissement des profits pour les caisses qui est clairement visé ; c'est du renforcement des assurances complémentaires qu'il s'agit. En aucun cas nous accepterons ces vellétés de privatisation du système de santé. Le débat populaire montrera par ailleurs que le Peuple suisse ne sera pas dupe ! Il rejettera cette supercherie de l'UDC et des quelques soldats issus des rangs des autres partis bourgeois.

27.8.2007

## Anhang II

### Motion SP Fraktion, Sprecher Stéphane Rossini, Réforme structurelle du système de santé

#### Motion

Le Conseil fédéral est prié de mettre en œuvre une réforme structurelle globale du système suisse de santé. Pour ce faire, il procèdera à :

- La révision de la Constitution fédérale, en ce qui concerne notamment les buts d'une politique globale de santé et la répartition des tâches entre Confédération, cantons et communes.
- La révision des lois sur les assurances – accident, maladie et militaire.

#### Développement

Comme l'a relevé le récent rapport de l'OCDE sur le système suisse de santé, la structure d'organisation (des compétences et d'application) de notre système est trop complexe pour s'avérer véritablement efficace. L'OCDE relève ainsi une structure de gouvernance difficile et, plus particulièrement, l'absence d'un cadre fédéral global, qui freine les efforts de mise en œuvre de politiques nationales. Y sont relevés également des systèmes d'information inadéquats, qui ne permettent pas un débat politique correctement argumenté. L'autonomie des cantons, le système fragmenté d'assureurs multiples ou le mélange planification et concurrence sont aussi montrés du doigt !

Des réformes doivent être entreprises à plusieurs niveaux, avec pour objectifs :

- La clarification des processus de décision et des compétences.
- Le développement de l'offre en soins.
- Le renforcement de la qualité de la prise en charge des patients.
- L'utilisation optimale des ressources.
- L'accroissement de la solidarité, notamment en matière de financement.
- La mise en œuvre des potentiels de rationalisation pour éviter des dynamiques de rationnement ou des pratiques de couverture et d'accès « à deux vitesses ».

La réforme globale du système suisse de santé prendra en considération les éléments suivants :

- Une révision de la Constitution fédérale.

Il s'agira, d'une part, de procéder à la définition des buts d'une politique globale de santé, valable sur l'ensemble du territoire ; d'autre part, de revoir l'actuelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, mais aussi entre les cantons et les communes. Il existe aujourd'hui de nombreux niveaux de décision et d'application des lois, sans que l'on dispose d'une vision générale, encore moins d'un pilotage et d'une maîtrise du système. La situation atteint ses limites et n'est plus adéquate.

- Une révision des assurances – accident, maladie et militaire.

En fonction de la discussion générale et des modifications de la Constitution, il s'agira de mettre en œuvre des modifications législatives, notamment dans la LAMal, la LAA et l'assurance – militaire pour tenir compte des nouvelles compétences et répartitions des tâches entre les acteurs politiques, administratifs et institutionnels de la santé.

## Anhang III

### Medienkonferenz SP Kanton Zürich, 29. August 2007

#### **Wir fordern: Krankenkassenprämien im Kanton Zürich müssen um mindestens 5 Prozent sinken!**

Jacqueline Fehr, Nationalrätin SP, Winterthur

*Mitglied der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) sowie der Kommission für Verkehr und Fernmeldewesen (KVF)*

**Bereits vor einem Jahr war klar: Die Krankenkassenprämien im Kanton Zürich sind zu hoch. Sie müssen für 2008 um mindestens 5 Prozent gesenkt werden. Zudem ist die Anlagepolitik der Krankenkassen unter die Lupe zu nehmen. Die Renditen müssen höher sein, und es muss sichergestellt werden, dass die Kapitalerträge der Grundversicherung gut geschrieben werden.**

Das Reservepolster der Krankenkassen im Kanton Zürich ist seit mindestens 2004 (von früheren Jahren gibt es keine gesicherten Zahlen) stetig gewachsen. Offenbar wurden die Prämien stärker angehoben, als es die Kostenentwicklung nötig gemacht hätte. Heute liegen gemäss Regierungsrat alleine für den Kanton Zürich beinahe 1 Milliarde Franken (965 Mio. Franken per 2007) auf den Reservekonten der Krankenkassen<sup>7</sup>. Was das Pflegepersonal oder die Hausärzte durch Mehrarbeit und günstigere Behandlungsmethoden sparen, verschwindet auf irgendwelchen Reservekonten. Die Sparanstrengungen, die im Gesundheitswesen gemacht werden, werden bis heute nicht oder ungenügend an die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler weitergegeben.

#### **Die Zahlen**

Gemäss Krankenkassenverordnung des Bundes<sup>8</sup> müssen die Reserven der Krankenkassen abgebaut werden. Für mittlere und grosse Krankenkassen sind Reservequoten von 10% resp. 15% vorgeschrieben. Im Falle des Kantons Zürich entspricht diese Vorgabe Reserven von 465 Mio. Franken. Tatsächlich liegen aber 965 Mio. Franken in den Reservetöpfen, eine halbe Milliarde zu viel. Damit sind die Reserven gegenüber 2006 nochmals um 10 Mio. Franken gewachsen.

---

<sup>7</sup> 1160. Dringliche Anfrage Ziltener (ungerechtfertigte Prämienenerhöhung), KR-Nr. 216/2007

<sup>8</sup> KVV Art. 78 Abs. 4

Hinzu kommt, dass diese Gelder mit einer sehr schlechten Rendite angelegt werden<sup>9</sup>. Gemäss Auskunft des Bundesrates betrug die Nettorendite in den Jahren 2003 und 2004 für die Kapitalanlagen der Krankenkassen 3,3, resp. 1,7 Prozent. In den gleichen Jahren erzielten die Pensionskassen Renditen von 6,9, resp. 4,8 Prozent und die SUVA 6,2, resp. 5,1 Prozent. Für die Jahre 2005 und 2006 rechnete der Bundesrat mit Renditen bei den Krankenkassen von rund 2,25 Prozent (Die SUVA erzielte im Jahre 2006 eine Rendite von 5,5 Prozent<sup>10</sup>).

Die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler im Kanton Zürich haben also in den letzten Jahren nicht nur zu hohe Prämien bezahlt, weil zu viele Reserven angehäuft wurden, sondern auch, weil diese Gelder schlecht angelegt wurden. Ingesamt beläuft sich die Summe von Überdeckung und schlechter Anlage aus den letzten vier Jahren auf über 1,8 Milliarden Franken.

Jahr	Pflichtreserve	Rendite 2%	Rendite 5%	Differenz	Total	
2004	465 Mio. Fr.	9.3 Mio. Fr.	23.3 Mio. Fr.	14 Mio. Fr.	14 Mio. Fr.	
2005	465 Mio. Fr.	9.3 Mio. Fr.	23.3 Mio. Fr.	14 Mio. Fr.	14 Mio. Fr.	
2006	465 Mio. Fr.	9.3 Mio. Fr.	23.3 Mio. Fr.	14 Mio. Fr.	14 Mio. Fr.	
2007	465 Mio. Fr.	9.3 Mio. Fr.	23.3 Mio. Fr.	14 Mio. Fr.	14 Mio. Fr.	56 Mio. Fr.

Jahr	Reserve- überdeckung	Rendite 2%	Rendite 5%	Differenz	Total	
2004	315 Mio. Fr.	6.3 Mio. Fr.	15.8 Mio. Fr.	9.5 Mio. Fr.	324.5 Mio. Fr.	
2005	425 Mio. Fr.	8.5 Mio. Fr.	21.2 Mio. Fr.	12.7 Mio. Fr.	437.7 Mio. Fr.	
2006	490 Mio. Fr.	9.8 Mio. Fr.	24.5 Mio. Fr.	14.7 Mio. Fr.	504.7 Mio. Fr.	
2007	500 Mio. Fr.	10.0 Mio. Fr.	25.0 Mio. Fr.	15.0 Mio. Fr.	515.0 Mio. Fr.	1'782 Mio. Fr.
					<b>1'838 Mio. Fr.</b>	

Aufgrund dieser Zahlen ist eine Prämienenkung von mindestens 5 Prozent mehr als gerechtfertigt. Eine Prämienenkung von 5 Prozent bringt für eine vierköpfige Familie eine Entlastung von durchschnittlich mehr als 450 Franken im Jahr.

## Die Fragen

Wie kommt es zu dieser Reserveüberdeckung?

Weshalb sind die Anlagerenditen bei den Krankenkassen so tief?

Wie wird sicher gestellt, dass die Reserven nicht zum Ausgleich in anderen Kantonen eingesetzt werden?

<sup>9</sup> Anfrage Paul Rechsteiner, Rückstellungen und Reserven in der obligatorischen Krankenversicherung (05.1138) und Anfrage Jacqueline Fehr, Ungereimtes in der Grundversicherung (06.1085)

<sup>10</sup> Geschäftsbericht 2006 der SUVA, [www.suva.ch](http://www.suva.ch)

Wo ist das Geld aus den Anlageerträgen? Gibt es nebst den ausgewiesenen Reserven noch stille Reserven?

Wie wird gewährleistet, dass die Anlageerträge der Grundversicherung gutgeschrieben werden?

### **Die Forderungen**

Aufgrund der Zahlen von 2006 hat der Leiter der Abteilung Finanzen und Tarife der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Hanspeter Conrad, im letzten Jahr ausgerechnet, dass die Prämien im Kanton Zürich um 5 Prozent reduziert werden müssten.<sup>11</sup> Eine Prämienreduktion stellte auch Peter Marbet von Santésuisse vor einem Jahr in Aussicht.<sup>12</sup> Pikant ist, dass Marbet damals meinte, dass die Reserven im Kanton Zürich bereits im laufenden Jahr abgebaut würden. Heute wissen wir, dass sie nochmals angewachsen sind, und die Prämien-erhöhung vom letzten Jahr auf keinen Fall gerechtfertigt war.

Deshalb fordern wir heute:

#### Vom Regierungsrat:

Der Regierungsrat hat sich mit all seinen Mitteln beim Bundesrat dafür einzusetzen,

- dass die Krankenkassenprämien im Kanton Zürich für 2008 um mindestens 5 Prozent sinken.
- dass sicher gestellt wird, dass diese Reserven nicht für Schwankungsreserven in anderen Kantonen verwendet werden.
- dass die Anlagepolitik der Krankenkassen neu definiert wird.
- dass die Anlageerträge transparent ausgewiesen und der Grundversicherung gut geschrieben werden.
- dass ab sofort die Prämien- und die Kostenentwicklung transparent und im Bezug zueinander ausgewiesen werden.

Die Kantonsratsfraktion der SP wird entsprechende Vorstösse einreichen.

#### Vom Bundesrat:

Der Bundesrat ist aufgefordert,

- bei den Krankenkassen eine Senkung der Prämien für den Kanton Zürich um mindestens 5 Prozent durchzusetzen.

---

<sup>11</sup> Tages-Anzeiger 29. September 2006

<sup>12</sup> NZZ vom 29. September 2006

- volle Transparenz über die Geldflüsse zwischen den Kantonen, den Grund- und Zusatzversicherungen und den weiteren Geschäftsfeldern der jeweiligen Krankenkassen herzustellen.
- die Bildung von stillen Reserven zu unterbinden, indem klare Anlagerichtlinien und Verbuchungsgrundsätze vorgegeben werden.
- die Kontrollen über die Krankenkassen zu verstärken (6 Personen können nie die rund 80 Kassen in genügendem Ausmass kontrollieren).

Die Forderung nach Prämiensenkung werde ich mit einem Brief beim Gesundheitsminister deponieren (siehe Beilage). Die Zürcher Parlamentarierinnen und Parlamentarier sind herzlich eingeladen, den Brief ebenfalls zu unterzeichnen.

Die übrigen Forderungen haben verschiedene SP-Fraktionsmitglieder bereits im Namen der SP-Bundeshausfraktion deponiert<sup>13</sup>.

#### Von den Krankenkassen:

Die Krankenkassen müssen

- die Prämien im Kanton Zürich um mindestens 5 Prozent senken.
- die Anlagepolitik auf das Niveau der SUVA anheben und eine durchschnittliche Rendite von 5 Prozent anstreben.
- endlich volle Transparenz über die Grundversicherung mit allen Schnittstellen herstellen.
- sicherstellen, dass die Reserven im Kanton Zürich den Zürcher Prämienzahlerinnen und –zahlern zu Gute kommen.
- allfällige stille Reserven auflösen und transparent ausweisen.

28. Aug. 2007/jf

---

<sup>13</sup> Vorstösse: 07/405; 07/406; 07/3051; 07/3052; 07/3059

Nationalrat

Conseil national

Consiglio nazionale

Cussegl naziunal



Jacqueline Fehr  
Ackeretstrasse 19  
8400 Winterthur

Bundesrat  
Pascal Couchepin  
Bundeshaus  
3003 Bern

Winterthur, September 2007

**Krankenkassenprämien im Kanton Zürich müssen um mindestens 5 Prozent gesenkt werden!**

Sehr geehrter Herr Couchepin

Die Krankenkassenprämien im Kanton Zürich sind zu hoch. Bereits vor einem Jahr wurde die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich bei Ihnen mit der Forderung vorstellig, die Prämien aufgrund der hohen Reserveüberdeckung um mindestens 5 Prozent zu senken. Leider folgte der Bundesrat nicht der Zürcher Regierung, sondern den Krankenkassen. Heute ist klar: Die Reserveüberdeckung ist nochmals um 10 Mio. Franken auf heute 500 Mio. Franken angewachsen. Damit haben die Krankenkassen im Kanton Zürich mehr als doppelt so hohe Reserven wie ihnen gesetzlich vorgeschrieben wäre.

Die unterzeichnenden Parlamentsmitglieder des Kantons Zürich danken Ihnen herzlich, wenn Sie für 2008 eine Prämiensenkung von mindestens 5 Prozent durchsetzen und damit das Haushaltsbudget einer vierköpfigen Familie durchschnittlich um gut 450 Franken entlasten.

Mit freundlichen Grüssen



Jacqueline Fehr



## Anhang IV

### Pa.Iv. SP-Fraktion. Sprecherin. Jacqueline Fehr. Prämienbelastung höchstens acht Prozent des Haushaltseinkommens

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung und auf Artikel 107 des Parlamentsgesetzes reichen wir folgende parlamentarische Initiative ein:

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 soll zur Entlastung der mittleren Einkommen so geändert werden, dass die Prämien der versicherten Person für die obligatorische Krankenversicherung zusammen mit den Prämien von Familienangehörigen, für die sie unterhaltspflichtig ist, 8 Prozent des um einen Vermögensfaktor bereinigten Einkommens nicht übersteigt. Die Prämienverbilligung ist entsprechend zu bemessen. Zuständig für die Prämienverbilligung ist jener Kanton, in dem die versicherte Person bundessteuerpflichtig ist.

#### **Begründung:**

Bereits in der Botschaft zum neuen Krankenversicherungsgesetz (91.071) versprach 1991 der damalige Bundesrat, vertreten durch den zuständigen Departementsvorsteher, Flavio Cotti, CVP, dass die Belastung der Haushalte durch die Prämien nicht höher als 8 Prozent sein werde und sein dürfe. Dort wo die Belastung die Grenze übersteige, müsse die öffentliche Hand die Kosten übernehmen. Bis heute ist dieses Versprechen nicht umgesetzt. Im Gegenteil: Die Prämienverbilligungen haben nicht einmal mit der Kostenentwicklung Schritt gehalten, so dass heute bei steigenden Prämien immer weniger Geld zur sozialen Abfederung der Prämienlast zur Verfügung steht.

Diese Situation wird durch die Einführung der NFA noch verschärft, indem die Kantone bei der Ausgestaltung mehr Freiheiten erhalten. Schon heute zeichnet sich ab, dass dies zu neuen massiven Ungleichheiten zwischen den Kantonen führt, was im Widerspruch zum Wesen einer nationalen Sozialversicherung steht.

Jede Umfrage und jedes Sorgenbarometer zeigt: Die Prämienlast drückt insbesondere die Haushalte mit mittleren Einkommen. Diese zahlen oft deutlich mehr als 8 Prozent des Haushaltseinkommens für die Prämien. Die Einführung eines Haushaltsziels auf dieser Höhe würde also sehr konkret die Menschen mit mittleren Einkommen, darunter viele Familien entlasten.

## **Anhang V**

### **Motion du groupe socialiste – Porte-parole : Liliane Maury Pasquier**

#### **Inciter les médecins généralistes à adhérer à un réseau de santé**

Texte de la motion du 13 mars 2007 :

Nous chargeons le Conseil fédéral d'élaborer un projet qui permette de renforcer l'incitation des médecins généralistes à adhérer à un réseau de santé, avec ou sans responsabilité budgétaire, notamment par le biais d'une augmentation de leur rétribution (soit sous la forme d'un forfait par cas, par consultation ou par patient, soit par la majoration de la valeur du point Tarmed) ou de la diminution de la rétribution des médecins qui ne font pas partie d'un réseau de santé.

#### **Développement**

La LAMal offre la possibilité aux assureurs de créer des réseaux de santé, reconnaissant ainsi l'importance du rôle joué par les fournisseurs de prestations de base (médecins de famille, généralistes).

Pour encourager les assurés à adhérer à de tels réseaux, les assureurs disposent d'un instrument d'incitation car ils peuvent offrir des primes plus basses à celles et ceux qui font ce choix. En revanche, il conviendrait de développer un tel instrument pour inciter les médecins généralistes à adhérer à ces réseaux et à accepter de travailler comme médecins de premier recours.

## Anhang VI

Tages-Anzeiger vom 3. September 2007

ZUR DEBATTE ÜBER RATIONIERUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN

### **Mit Qualität kann man Kosten sparen**

***Eine Schweiz, die rationiert, verscherzt das Vertrauen der Bevölkerung in die Ärzte, die Pflegenden und mit Sicherheit in die Gesundheitspolitik.***

***Wir brauchen ein glaubwürdiges, nationales Qualitätsinstitut.***

***Von Bea Heim\****

Man spricht nicht gern darüber. Doch die Rationierung medizinischer Leistungen ist eine Tatsache, obwohl Verfassung und Gesetz allen eine gute medizinische Versorgung garantieren.

Den Ärzten und Spitälern ist nicht wohl dabei, darum verlangen sie nach Regeln. Der Präsident der Schweizer Ärzteverbinding FMH, Jacques de Haller, macht Vorschläge: bei Kopfschmerzen unklarer Herkunft zum Beispiel soll drei bis vier Wochen zugewartet werden. Wo bleibt da die Prävention, die Früherkennung? So präsentiert der FMH-Präsident die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs einzig unter der Optik des Preises. Er unterschlägt die Tatsache, dass Gebärmutterhalskrebs die zweithäufigste Todesursache bei Krebs für Frauen ist. Ist eine solche Informationspolitik redlich? Macht die Kostendiskussion die Ärzte derart hilflos, dass sie sich zum Nachteil der Kranken den eigenen Ast absägen?

Sachlichkeit und Konsequenz sind heute gefordert - und endlich eine fundierte Qualitätsdebatte. Doch der Schweiz fehlen die Instrumente für einen gesicherten, im internationalen Vergleich glaubwürdigen Qualitätsnachweis. Schade den grossen Einsatz der Pflegenden und Ärzte, schade für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und schade für unsere wissenschaftliche Zukunft. Gerade der Gesundheitsbereich könnte für die Schweiz ein Wachstumsmarkt mit internationaler Ausstrahlung werden, der Arbeitsplätze in guten und schlechten Zeiten sichert. Um die von Bundesrat Couchepin entworfene Vision vom «Gesundheitsland Schweiz» zu verwirklichen, muss aber noch vieles geschehen.

Denn der gesundheitspolitische Diskurs fokussiert fast nur auf den Kostenwettbewerb. Was die Bevölkerung aber erwartet, ist eine gute Behandlungs- und Ergebnisqualität, den Wettbewerb um die beste Qualität. Doch die Schweiz kennt keine nationale Qualitätsstrategie, keine gesicherten Daten, Indikatoren oder Bewertungsinstrumente.

Ein echter Qualitätsvergleich zwischen den Spitälern macht so wenig Sinn. Er muss jedenfalls mehr sein als der Comparis-Vergleich basierend auf der Patientenzufriedenheit.

Der Bund erfüllt seine Pflicht nicht

Das sensible Thema des Qualitätsnachweises darf nicht der Wettbewerbsdynamik von Einzelgesellschaften oder Vertretern von Partikularinteressen wie H+ (Vereinigung schweizerischer Krankenhäuser) überlassen werden. Sie können als Wegbereiter eine willkommene Rolle spielen, mehr jedoch steht ihnen nicht zu. Viel mehr braucht es dazu wissenschaftlich gesicherte Indikatoren, vereinbart und gemeinsam getragen von den Leistungserbringern, den Kassen, der Patientenschaft und der öffentlichen Hand.

Doch seit 12 Jahren lässt der Bund seine gesetzliche Pflicht zur medizinischen Qualitätssicherung unerfüllt. Er delegiert sie an Versicherer und die Leistungserbringer und steht doch in der Verantwortung. Das Fehlen von Qualitätskonzepten hat zu unkoordinierten Partikulär-Systemen geführt. Es gibt keine Abstimmungen zwischen den diversen Akteuren, keine Koordination, keine Mindestanforderungen an die medizinische Qualität und keine Vorgaben zur Einheitlichkeit in zentralen Punkten.

Im Zusammenhang mit neuen Finanzierungsmodellen wie der Einführung von Fallpauschalen stehen keine Konzepte zur Beurteilung der Auswirkungen auf die Behandlungsqualität zur Verfügung, obwohl aus dem Ausland viele Probleme bekannt sind. Zum Beispiel dasjenige der blutigen Entlassungen, die im Endeffekt die Sparsbemühungen Lügen strafen.

Dabei kann Qualität Kosten sparen, dies insbesondere durch Minimierung von Patientenrisiken, Fehlern, erneuten Hospitalisierungen, überflüssigen Untersuchungen und Doppelspurigkeiten.

Man bedenke, dass auf Grund von Irrtümern in der Medikation heute mit Mehrkosten von jährlich fast einer Milliarde zu rechnen ist, dass vermehrtes Händewaschen in Spitälern zu Einsparungen von rund 230 Millionen pro Jahr führen könnte, dass nach SP-Politiker und Mediziner Cavalli mit der Vermeidung von unnötigen Eingriffen weitere drei Milliarden weniger Gesundheitskosten anfallen würden. Die Rationierungsdebatte führt in die Sackgasse. Patientinnen und Patienten erwarten, dass sich das Gesundheitswesen dem Wettbewerb um die beste Qualität stellt.

Der Politik ist vorzuhalten, dass sie mit der einseitigen Fokussierung auf die Gesundheitskosten die Augen vor dem Potenzial der Wirtschaftlichkeit verschliesst, die auf der Basis einer konsequenten Qualitätsstrategie möglich wäre. Ja, dass sie damit den Diskurs auf die schiefe Bahn der Rationierung lenkt. Das ist eine Kapitulation vor den unterschiedlichen Interessen, und zwar auf Kosten der Patientinnen und Patienten.

Ein Gesundheitswesen, das sich nicht dem Qualitätsnachweis stellt und die Rationierung predigt, muss sich den Vorwurf gefallen lassen, das Hauptziel, zum Wohl der Kranken zu handeln, zu verraten. Ich wage die Behauptung, dass eine Rationierung wohl nur jene treffen würde, die sich keine Zusatzversicherung leisten können, also Menschen mit kleinen Einkommen, Familien, chronisch Kranke und Ältere. Noch nie haben sich Patientinnen und Patienten mit einem Gang auf die Strasse zur Wehr gestellt.

Doch denken wir daran, der gesundheitspolitische Friede ist ein hohes Gut. Wenn wir dem Vormarsch der Zweiklassenmedizin nicht entschieden und qualifiziert, d. h. mit wissenschaftlich abgestützter Konzeption, den Riegel schieben, stellen wir den gesundheitspolitischen Frieden und das Image Schweiz als Gesundheitsland.