



23. Januar 2010

Gesundheitsland Schweiz

Qualität, Wahlfreiheit und Eigenverantwortung im regulierten Wettbewerb

FDP.Die Liberalen
Liberalen Forderungen für eine nachhaltige Gesundheitspolitik

Das Schweizer Gesundheitswesen ist leistungsfähig und qualitativ generell sehr gut. Lebenserwartung und -qualität steigen kontinuierlich. Doch unsere Gesundheit hat einen immer höheren Preis. Entsprechend steigen die Krankenkassenprämien und die für das Gesundheitswesen eingesetzten Steuern von Bund und Kantonen rasant an.

Immer mehr Bürger und Politiker fragen sich: Ist unser Gesundheitssystem künftig finanzierbar? Sollen Gesundheitsleistungen ab einem gewissen Alter als Sparmassnahme rationiert werden? Sollen das Krankenversicherungs-Obligatorium aufgehoben und nicht versicherte Personen vom technologischen Fortschritt ausgeschlossen werden? Oder soll der Staat das Gesundheitswesen von A bis Z durchplanen und damit einen Wirtschaftszweig mit 500'000 Beschäftigten verstaatlichen?

Der ungebrochene Kostenanstieg im Gesundheitswesen und die beschränkten Finanzmittel werden in den kommenden Jahren Politik und Gesellschaft zur Beantwortung dieser Fragen zwingen. Dabei werden zentrale Weichen gestellt, denn die Antworten werden die Lebensqualität jedes Einzelnen, die Standortqualität unseres Landes sowie die Zukunft eines wichtigen Wirtschaftszweigs bestimmen.

Die Bevölkerung spürt: Die Zeit der Blockaden ist abgelaufen. Herumbasteln am Gesundheitswesen ist nicht zielführend. Nötig sind vielmehr tiefgreifende Entscheide. Die FDP. Die Liberalen stellt sich dieser Herausforderung mit konkreten Forderungen.

I. Das Gesundheitswesen zwischen Kostenspirale, fehlender Gesundheitsstrategie und Qualitätswettbewerb

Die nötigen, schwierigen Entscheide erfordern eine Grundsatzdebatte. Diese darf sich weder von Blockaden im Parlament beirren lassen, noch einzig zu kurzfristigen Massnahmen zur Kostendämpfung verleiten lassen. Entscheidend ist die Fokussierung auf die langfristige Wirkung der angewendeten Medizin. Die schweizerische Gesundheitspolitik braucht eine klare und langfristige Strategie – mit mehr Eigenverantwortung, Wettbewerb und echter Solidarität. Ein alleiniger Blick auf die kurzfristige Kostenentwicklung wäre gefährlich. Bereits in den vergangenen Jahren konnten immer strengere Regeln die Kostenexplosion kaum dämpfen.

Für die FDP. Die Liberalen hat sich die Grundsatzdiskussion an folgenden Zielen zu orientieren:

1. *Gesundheitspolitisches Ziel: Zugang zum medizinischen Fortschritt für alle dank Eigenverantwortung:*
 - › *Zugang zur technologisch fortschrittlichen Qualitätsmedizin, insbesondere bei Grossrisiken.*
 - › *Eine verbesserte Prävention zur Stärkung der Eigenverantwortung.*
2. *Finanzpolitisches Ziel: Dämpfung des durch obligatorische Abgaben (Prämien und Steuern usw.) finanzierten Anstiegs der Gesundheitskosten.*
 - › *Steigerung der Effizienz der Leistungserbringung, d.h. Innovation, Transparenz zu Kosten und Qualität, Beseitigung von Fehlanreizen.*
3. *Volkswirtschaftliches Ziel:*
 - › *Stärkung der Wachstumsbranche „Gesundheit“ durch Anreize für Innovation und rasche Einführung moderner Technologien (e-Health).*

Diese drei Ziele sind eine klare Absage an drei von politischen Konkurrenten gestellte Forderungen:

1. *Klare Absage an die Aufhebung des Krankenkassen-Obligatoriums samt Prämienverbilligungen für wirtschaftlich Bedürftige. Das Obligatorium verhindert, dass Personen aus kurzfristigem Kalkül oder wirtschaftlichem Zwang auf Versicherungsschutz verzichten und bei Krankheit ihre Kosten auf die Allgemeinheit überwälzen. Die Kopfprämie ist gerecht, denn neben dem progressiven Steuersystem würden lohnabhängige Prämien oder Selbstbehalte die Solidarität überstrapazieren. Der heute bei 38% liegende Anteil von Prämienverbilligungen profitierender Bürger ist zu stabilisieren.*
2. *Keine Rationierung von Gesundheitsleistungen, solange das Gesundheitssystem dank weniger Fehlanreize, Behandlungsfehler und mehr Eigenverantwortung effizienter gestaltet werden kann.*

3. Keine weitere Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Im Ausland hat die Planwirtschaft zu Qualitätseinbussen, zu Wartefristen und zur verzögerten Einführung neuer Therapien statt Kosteneinsparungen geführt.

FDP. Die Liberalen schlägt einen anderen Weg ein: Die FDP stellt Patienten und Bürger in den Mittelpunkt. Der regulierte Wettbewerb, d. h. echter Wettbewerb und kein unproduktiver Wettstreit zwischen Eigeninteressen und Fehlanreizen, soll die Patienten und Bürger zu Gute kommen. Tatsache ist: Wer den Patienten möglichst effizient – d.h. qualitativ gut und kostenmässig günstig – behandelt, wird heute schlecht belohnt. Künftig soll sich für solche Anbieter auch im Gesundheitswesen Leistung lohnen.

Die FDP stellt im folgenden 2 Kernforderungen auf - weitere Forderungen finden sich auf den folgenden Seiten.

1. Der Patient hat Anspruch darauf, die Behandlungsqualität der Leistungserbringer zu kennen. Als erster Schritt wissen die Bürger spätestens ab 2012, welches Spital welche Qualität bei welcher Krankheit liefert.
2. Neue Rolle für die Krankenversicherer: Versicherer sollen an einer guten und raschen Behandlung und Genesung der Patienten verdienen, nicht am Abschieben kranker und Anziehen gesunder Patienten. Dafür wird der Risikoausgleich auf 2012 durch Krankheitsgruppen ergänzt. Versicherer werden sich so nach Krankheiten spezialisieren, Prävention und Beratung anbieten und ihre Leistungsausweise veröffentlichen. So dient der Kassenwettbewerb dem Patienten.

Diese Massnahmen helfen dem Patienten, dem Steuerzahler und der Volkswirtschaft:

- › Werden Versicherte weniger krank, oder kehren nach Operationen rascher an die Arbeit zurück oder leben chronisch Kranke länger zu Hause, so ist das die effizienteste Kostendämpfung.
- › Weniger Krankheitsabsenzen sind für Unternehmen ebenso wichtig wie für die Volkswirtschaft – Arbeitnehmer, die dank guter Gesundheit bis zum Rentenalter oder darüber hinaus arbeiten. Ein gutes Gesundheitswesen ist eine Investition, die längeres Arbeiten ermöglicht.
- › Neben intakter Natur, hervorragender Infrastruktur und Sicherheit wird eine hervorragende Gesundheitsversorgung die Schweiz noch attraktiver machen. Namentlich Spitäler können von dieser Chance profitieren und so den notwendigen Abbau von Überkapazitäten auffangen, in dem sie sich auf ausländische Patienten fokussieren.

Der Gesundheitssektor beschäftigt über eine halbe Million Personen. Beispiele sind 130'000 Vollzeitstellen in Spitälern, 35'000 in Pharmaunternehmen und 16'000 praktizierenden Ärzten. Die Interessen all dieser Personen sollen dank den Reformen der FDP künftig mehr als bisher mit den Interessen jener übereinstimmen, um die es im Gesundheitswesen geht: Die Patienten.

II. Konkrete Forderungen

1. Qualitäts- und Kostentransparenz

Die ausschliessliche Fokussierung auf die Gesundheitskosten ist kurzsichtig. Wird nur auf den Preis geachtet, leidet die medizinische Qualität. Doch schlechte Qualität im Gesundheitswesen – etwa wegen Behandlungsfehler – ist teuer. Die Anreize müssen deshalb auf gleichzeitig gute und kostengünstige Behandlung ausgerichtet werden.

Richtige Anreize bedingen die Transparenz der Behandlungsqualität und der Kosten. Ohne Transparenz kann kein regulierter Wettbewerb entstehen. In der Schweiz verhindern dies falsch verstandener Datenschutz oder fehlende Daten. Das sind Ausreden. Andere Länder machen es vor. Vergleiche wie Comparis zeigen: Patienten wollen Entscheidungskompetenz.

Statt Vergleiche zu kritisieren, braucht es bessere, auf medizinischen Risiken basierte Vergleiche. Nur so wird der gesetzliche Auftrag einer *wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen* Versorgung (WZW) erfüllt. Hier steht der Bund in der Verantwortung. Er ist weder Eigentümer von Spitälern, noch vertritt er eine Berufsgruppe: Er ist somit unabhängig. Der Bund soll rasch die Voraussetzungen für ein nationales,

unabhängiges Rating schaffen, das die Indikatoren zu Messung der Qualität bestimmt und die Resultate veröffentlicht. Patienten haben ab 2012 Anspruch, die Behandlungsqualität in Spitälern nach Krankheiten aufgeschlüsselt zu kennen. Versicherer und Leistungserbringer werden zur Zusammenarbeit verpflichtet.

Transparenz zwingt Leistungserbringer zur Spezialisierung und zum Zusammenschluss zu Netzwerken entlang der Behandlungskette, vom Hausarzt über den Spezialisten und das Spital bis hin zur Rehabilitation. Das fördert die Innovation. Hier liegt grosses Potential: Die USA verlieren durch Diabetes pro 100'000 Einwohner 440 Lebensjahre oder mehr als doppelt soviel wie Grossbritannien (170 Lebensjahre), die pro Diabetespatient aber mit USD 2'431 weniger als die Hälfte der USA mit USD 6'231 ausgeben. Grund dieser Diskrepanz liegt in der starken Rolle der Ärzte und der Betonung von Prävention: Hausärzte haben finanzielle Anreize, ihre Patienten zum gesunden Lebensstil anzuhalten, die Therapieeinhaltung zu überwachen, ein gutes Resultat zu erreichen und nach erprobten Richtlinien zu behandeln.

Forderung 1:

Der Patient hat Anspruch darauf, die Behandlungsqualität der Leistungserbringer zu kennen. Der Bund schafft die Voraussetzungen für eine unabhängige gesamtschweizerische Rating-Agentur, die mit den Versicherern und Leistungserbringern auf der Basis standardisierter Indikatoren die medizinische Qualität misst und die Resultate spätestens ab 2012 veröffentlicht. Die Schweiz beteiligt sich zudem an internationalen Behandlungsvergleichen von Krankheiten und veröffentlicht die Resultate. Ärzte werden für die Einhaltung validierter Behandlungsformen via Taxpunkte honoriert.

2. Integrierte Versorgung statt weitere Zersplitterung der Versorgung

Heute ist die medizinische Behandlung fragmentiert. Es fehlt an Koordination. Über- und Fehlversorgung wie Mehrfachbehandlungen sind die Folgen. Bessere Prozesse bieten grosses Einsparpotential. Ein erster wichtiger Schritt ist die Forcierung der Managed Care-Modelle. In den Managed Care-Modellen tragen die Leistungserbringer die Budgetmitverantwortung. In Managed Care-Modellen arbeiten Hausärzte, Spezialisten und Spitäler in integrierten Netzwerken zusammen, was dank Qualitätszirkeln die Behandlungsqualität verbessert und die Kosten nachhaltig senkt. Versicherte sollen von diesen Modellen dank eines reduzierten Selbstbehalts von maximal 10% und von Prämienrabatten profitieren. Ausserhalb von Managed Care-Modellen soll generell ein Selbstbehalt von 20% gelten.

Forderung 2:

Das Parlament verabschiedet die Managed Care-Vorlage auf den 1. Januar 2011. Sie umfasst zwingend die Budgetmitverantwortung und die Qualitätssicherung sowie für Versicherte nebst tieferen Prämien einen Selbstbehalt von 10% oder weniger. Jeder Versicherer soll mindestens ein Managed Care-Modell anbieten.

3. Regulierter Wettbewerb statt Planungswut und Administrativflut

Die Ärzte sind das Rückgrat der medizinischen Versorgung. Ihre immer noch guten Arbeitsbedingungen werden zunehmend durch Verwaltungs- und Kontrollaufwand belastet. Für die Ärzte ist ein regulierter Wettbewerb eine Chance. Werden Qualität und Kosten auf der Basis standardisierter, risikobasierter Indikatoren ausgewiesen, verliert die Vertragsfreiheit an Brisanz. Dank Qualitäts- und Kostentransparenz bei der Leistungserbringung haben die Ärzte ein grosses Interesse qualitativ bestmögliche Behandlungen durchzuführen. Wer schlecht arbeitet oder gar das System missbraucht, soll zulasten der Allgemeinheit keine Leistungen anbieten und die Solidarität missbrauchen können. Die Versicherer werden im Interesse ihrer Patienten nur mit guten Ärzten und Spitälern Verträge abschliessen. Es ist sicherzustellen, dass Leistungserbringer und Versicherer mit gleichlangen Spiessen operieren und faire Verträge aushandeln, damit keine Absprachen möglich sind. Des Weiteren ist der Ärztestopp aufzuheben. Er diskriminiert gut ausgebildete, junge Berufstätige und schadet der Versorgung, ohne die Kosten langfristig wirksam zu dämpfen. Dank Transparenz können die Patienten sich selber entscheiden und gute Ärzte auswählen.

Forderung 3:

Die Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern ist parallel zur Managed Care-Vorlage einzuführen. Der willkürliche Ausschluss von Leistungserbringern durch die Versicherer ist zu verhindern und die Wettbewerbskommission entsprechend zu stärken. Gleichzeitig mit der Vertragsfreiheit ist der Ärztestopp aufzuheben.

Fast 50% der Gesundheitskosten in der obligatorischen Krankenversicherung fallen in Spitälern an. Der desolante Leistungsausweis der Kantone in der Spitalplanung verlangt eine Neuorientierung. Auf 2012 wird die Finanzierung der Spitäler revolutioniert und der Spitalbinnenmarkt endlich eingeführt. Dann können die Patienten selber wählen, wo sie sich behandeln lassen. Das kann entscheidend sein, denn die Qualitätsunterschiede zwischen Spitälern sind messbar und gross. Der Spitalbinnenmarkt samt Wahlfreiheit darf nicht durch die Ausweitung der Planung unterlaufen werden. Der nötige Abbau von Überkapazitäten bei Spitälern darf deshalb nicht durch politische Nähe, sondern soll aufgrund Kosten- und Qualitäts-Fakten erfolgen. Interessenkonflikte sind im Interesse des Patienten zu lösen. Statt den ganzen Spitalmarkt zu planen, sollen Kantone den Versicherern eine auf ihrem Gebiet anzubietende Grundversorgung vorschreiben. Die Versicherer wählen die Spitäler anhand der Qualitäts- und Kostentransparenz aus.

Diese Reform bietet Chancen für Spitäler. Dank hoher Fallzahlen sind spezialisierte Spitäler besser und günstiger. Spezialisierung und Kooperation mit grösseren Spitälern bieten auch kleinen Spitälern eine Chance. Sie haben dank persönlicherer Betreuung und je nach Spezialisierungsgrad Vorteile gegenüber den grossen Spitälern.

Forderung 4:

Spitallisten werden auf 2016 abgeschafft; die Kantone garantieren die Mindestversorgung. Unabhängig ihrer Eigentümerstruktur stellen sich die Spitäler dem Qualitäts- und Kostenwettbewerb, womit Überkapazitäten abgebaut werden.

4. Neue Rolle der Versicherer: Mehr als blosser Abrechnungsstellen

Die Versicherer haben mit der Kostenkontrolle eine wichtige, aber beim Patienten und Arzt sehr unbeliebte Aufgabe. Das heutige System erlaubt den Versicherern zudem nicht, sich im Interesse der Versicherten zu engagieren. Das Versicherungsobligatorium und der definierte Leistungskatalog drängen Versicherer in den Preiswettbewerb. Die Folge ist die Jagd nach den guten Risiken, d.h. auf die gesunden Patienten. Diese Art von Wettbewerb nützt den Patienten nichts – er ist ein Nullsummenspiel. Nötig ist besserer Risikoausgleich: Er verhindert Billigkassen mit dem Ziel der Jagd nach den guten Risiken.

Ein besserer Risikoausgleich erlaubt den Versicherern eine neue Rolle: Erhalten sie dank Risikoausgleich z.B. Geld für einen Diabetes-Patienten, sind sie nicht nur interessiert solche Patienten zu versichern, sondern auch an deren Gesundheitszustand. Prävention und Beratung für gute Behandlung wird wichtiger, denn dank gesunden Diabetespatienten können Versicherer ihren Ertrag steigern. Gleichzeitig können Patienten dank Transparenz zur Behandlungsqualität der Leistungserbringer die Angebote der Versicherer besser und einfacher beurteilen. Zusammen mit den freiwilligen Alternativmodellen können die Versicherer so eine neue Rolle im Interesse der Patienten übernehmen. Das setzt allerdings eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs voraus. Die auf 2012 sowieso einzuführende Abrechnung nach Krankheitsgruppen (DRG) soll deshalb gleichzeitig als Basis für den verfeinerten Risikoausgleich dienen.

Forderung 5:

Der Risikoausgleich ist auf 2012 durch zusätzliche Indikatoren, namentlich Krankheitsgruppen, zu ergänzen. Ein staatlicher Hochrisikopool wird abgelehnt.

Die Anbieter von Versicherungen im obligatorischen und im freiwilligen Bereich sollen sich im Wettbewerb frei entfalten können. Wettbewerbsbehindernde Schranken wie staatlich vorgeschriebene Tarife sind durch liberale, ordnungspolitische Rahmenbedingungen zu ersetzen. Die Versicherer sollen von unnötigen staatlichen Fesseln befreit werden und sich als fachlich kompetente Treuhänder der Versicherten in entsprechend geeigneten Rahmenbedingungen möglichst wirtschaftlich verhalten können.

Forderung 6:

Preise für Leistungen werden zwischen den Leistungserbringern und den einzelnen Versicherern verhandelt. Branchenverbände wie santésuisse und FMH sind von den Verhandlungen ausge-

geschlossen und das Kartellrecht wird angewendet. Der Bund kann Maximalpreise festlegen. Preisreduktionen sind zwingend den Versicherten weiterzugeben.

Forderung 7:

Keine Einheitskasse: Eine Einheitskasse schränkt die Wahlfreiheit stark ein. Sie würde zu einer Anpassung der Prämien nach oben führen, da zum Beispiel frei wählbare Franchisenerhöhungen nicht mehr möglich wären. Zudem erhöht eine Einheitskasse das Risiko, dass rationiert und damit einer Zweiklassenmedizin Vorschub geleistet wird. Eine weitere Verstaatlichung des Gesundheitswesens lehnt die FDP dezidiert ab.

5. Transparente und einfache Finanzierungsströme

Zu viele Köche verderben den Brei: Gerade bei den Spitälern haben die Kantone und Versicherer mehrere Aufgaben, welche oft zu Interessenskonflikten zu Lasten des Steuerzahlers und des Patienten führen. Hier gilt es Transparenz zu schaffen und die Rolle der Kantone zu entflechten. Die Kantone nehmen künftig als Eigentümer von Spitälern an Tarifverhandlungen sowie bei der Festlegung von Fallpauschalen teil. Zudem beteiligen sie sich an der Behandlung ihrer Patienten und überweisen ihren Anteil den Versicherten. Die Kantone entscheiden nicht mehr in welchem Spital sich ein Patient behandeln lassen muss. Gleichzeitig werden im Verdrängungswettbewerb schädliche Interessenkonflikte zwischen dem Kanton als Eigentümer von Spitälern und Finanzierer von Spitalleistungen und den der Patienten und Steuerzahler verhindert. Die medizinische Leistung pro eingesetztem Steuer- und Prämienfranken steigt. Zusätzliche staatliche Subventionen für die Behandlung erfolgen keine oder werden dem Stimmbürger vorgelegt.

Forderung 8:

Auf 2013 erfolgt die Finanzierung bei den Spitälern aus einer Hand (monistisch). Verschiedene Formen des Monismus (z.B. Clearing House) werden in die Umsetzungsarbeiten mit einbezogen, um die demokratische Legitimation der Verwendung von Steuergeldern sicher zustellen. Die transparente Finanzierung macht Leistungen vergleichbar, verhindert versteckte Subventionen und unterbindet Interessenkonflikte.

6. Innovation und medizinischen Fortschritt fördern

Der medizinische Fortschritt der vergangenen 60 Jahre erfolgte primär über Produktinnovation bei Medikamenten. Umso grösser ist heute das Innovationspotenzial bei den Prozessen. Das setzt aber Zusammenarbeit von Leistungserbringern und somit e-Health voraus, d.h. die Integration von Informations- und Kommunikationstechnologie in das Gesundheitswesen. Wie in andere Branchen führt das nach einer Einführungszeit zu Qualitäts- und Effizienzsteigerungen sowie Kosteneinsparungen. E-Health ermöglicht die Integration der Behandlungsprozesse zwischen Arzt, Apotheke und Spital, verbessert die Betreuung chronisch Kranker zu Hause, verhindert Fehlmedikationen (e-Rezept) und Doppeluntersuchungen. So reduzierte die Überwachung von Patienten auf der Intensivstation durch Telemedizin die Sterblichkeit um 27%, die Liegedauer um 17 % sowie die Fallkosten um 25%. Dänemark macht es vor: Dort sind alle medizinischen Leistungserbringer an ein einziges Informationssystem angeschlossen. Ruft ein Patient beim Notfalldienst an, kann das Call Center über die Versicherungsnummer sämtliche wichtigen medizinischen Daten des Patienten einsehen und ihm rasch und effizient Auskunft über seine Medikamente geben oder ihn an die nächste Apotheke oder an einen Arzt verweisen. In der Schweiz wird die Einführung von e-Health durch regulative Hürden, übermässigem Datenschutz, fehlende technische Standards und Finanzierungsfragen erschwert. Um das Potenzial von e-Health zu nutzen, sind diese Fragen rasch zu klären.

Forderung 9:

Das elektronische Patientendossier ist rasch und unkompliziert einzuführen. Dazu schafft der Bund bis 2012 technische Standards, damit e-Health-Lösungen untereinander kompatibel sind und Wildwuchs verhindert wird.

7. Schweizer Qualität bei Ausbildung von Pflegepersonal und Ärzten

Das Gesundheitswesen ist und bleibt ein Wachstumsmarkt. Die geforderte, hohe Qualität steht und fällt mit dem Engagement und der Ausbildung der im Gesundheitswesen Beschäftigten. Hier wird der Bedarf in Zukunft zunehmen. Entsprechend sind Ausbildungslehrgänge und -plätze vorzusehen.

Forderung 10:

Öffentliche und private Leistungsanbieter haben eine Pflicht gegenüber der Gesellschaft, Pflegepersonal und Ärzte auszubilden und sollen dafür finanziell entschädigt werden. Die Zahl der universitären Studienplätze für das Arztstudium wird substantiell erhöht.

8. Prävention gezielt und effizient fördern

Forderung 11:

Vorbeugen ist besser als heilen. Die Präventionsbemühungen in der Schweiz sind zwar zahlreich, aber zeigen nicht die erwünschte Wirkung. Die Ursache liegt am Fehlen einer gemeinsamen Strategie zwischen Bund und Kantonen und an der Verwässerung der Verantwortung. Das neue Bundesgesetz zur Prävention und Gesundheitsförderung verbessert die Steuerung, die Koordination und die Effizienz der verschiedenen Präventionsmassnahmen. Ein neues Organisationsgesetz in diesem Bereich muss deswegen unter Wahrung der Kostenneutralität bis 2013 verabschiedet werden.