

Positionspapier

Gesundheitspolitik – Reformvorschläge für ein finanziell tragbares Krankenversicherungssystem

I. Forderungen des sgv

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv, die Nummer 1 der Schweizer KMU-Wirtschaft, vertritt 280 Verbände und gegen 300'000 Unternehmen. Im Interesse der Schweizer KMU setzt sich die Dachorganisation sgv für optimale wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie für ein unternehmensfreundliches Umfeld ein.

Vor diesem Hintergrund verlangt der sgv

- dass das Parlament endlich griffige Massnahmen zur nachhaltigen Dämpfung des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erlässt;
- dass die Versicherten durch die Erhöhung des Selbstbehalts und der Franchise sowie durch die Förderung von HMO und von alternativen Versicherungsmodellen animiert werden, sich kostenbewusster zu verhalten und wieder verstärkt eigenverantwortlich zu handeln;
- dass das Kostenwachstum im Bereich der Medikamente durch Preissenkungen, durch die Förderung des Wettbewerbs unter den Herstellern, durch das kontrollierte Zulassen von Parallelimporten und durch die Förderung der Selbstmedikation bekämpft wird;
- dass der Wettbewerb durch die Aufhebung des Vertragszwangs, den Abbau der staatlichen Planungen und Eingriffe sowie die konsequente Anwendung monistischer Finanzierungssysteme gefördert wird;
- dass Effizienz und Transparenz gesteigert werden, indem insbesondere die Finanzierungsströme entflochten werden;
- dass der Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung eingeschränkt wird und dass dieser inskünftig im Sinne einer Positivliste definiert wird;
- dass die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen kritisch hinterfragt wird, dass vom kleinräumigen Denken Abstand genommen wird und dass sich die Gesundheitspolitik verstärkt auf die Bedürfnisse der existierenden Wirtschaftsregionen ausrichtet;
- dass zwecks weiterer Reduktion der Aufenthaltsdauer in Spitälern und Heimen die spitalexterne Pflege und Betreuung (Spitex) gefördert wird und dass dafür gesorgt wird, dass privaten und gemeinnützigen Spitex-Organisationen gleich lange Spiesse erhalten;
- dass auf die Einführung einer Einheitskasse verzichtet wird, dass das System der Prämienvergünstigungen nicht weiter ausgebaut wird, dass grundsätzlich am heutigen Finanzierungssystem festgehalten wird und die schleichende Verstaatlichung des Gesundheitswesens rückgängig gemacht wird.

II. Ausgangslage

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz gehört zweifellos mit zu den besten weltweit. Das hohe Qualitätsniveau und der freie Zugang zu medizinischen Leistungen wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden unserer Bevölkerung und auf die Lebensqualität aus. Auch die Arbeitgeber profitieren: gesunde Arbeitskräfte sind leistungsfähiger, eine durch den medizinischen Fortschritt realisierbare Verkürzung der unfall- und krankheitsbedingten Absenzen führt zu günstigeren Versicherungsprämien und hilft den Betrieben, Kosten einzusparen. Das Gesundheitswesen gehört mittlerweile auch zu den wichtigsten Arbeitgebern in der Schweiz. Im Jahre 2005 wurden insgesamt 376'142 Personen (umgerechnet in Vollzeitäquivalenten) im Gesundheitswesen beschäftigt, was 12% der Gesamtbeschäftigung entspricht. Auffällig ist auch die starke Zunahme der Beschäftigung. Währenddem die Gesamtbeschäftigung zwischen 1995 und 2005 um bloss 0,1% anwuchs, stieg sie im Gesundheitswesen um 2,3% an.

Wie nicht anders zu erwarten ist, hat ein qualitativ derart hoch stehendes Gesundheitssystem, das kaum Versorgungsengpässe kennt, auch seinen Preis. Im Jahr 2007 beliefen sich die Gesamtkosten des schweizerischen Gesundheitswesens auf insgesamt 55,2 Milliarden Franken. Dies sind 10,6% des Bruttoinlandprodukts BIP. Seit dem Jahre 1995 sind die Kosten um über 50% angestiegen (im gleichen Zeitraum stiegen die Konsumentenpreise um lediglich 10% an). Die Gesundheitskosten verteilten sich im Jahre 2007 wie folgt auf die einzelnen Leistungserbringer: 35,1% bei den Krankenhäusern, 17,2% bei Sozialmedizinischen Institutionen für Betagte, Chronischkranke, Behinderte und andere, 31,0% bei der ambulanten Versorgung, 9,1% beim Detailhandel (Apotheken, Drogerien, therapeutische Apparate), 1,9% beim Staat, 4,4% bei den Versicherern und 1,1% bei Organisationen ohne Erwerbscharakter.

Im Jahre 2007 haben sich die einzelnen Kostenträger wie folgt an den Gesamtkosten des schweizerischen Gesundheitswesens in der Höhe von 55,2 Milliarden Franken beteiligt: 16,2% übernimmt der Staat (Bund, Kantone, Gemeinden), 35,2% trägt die Krankenversicherung KVG, 7,7% begleichen weitere Sozialversicherungen (AHV, IV, Unfallversicherung, Militärversicherung), 9,2% tragen Privatversicherungen und 31,7% gehen zu Lasten der privaten Haushalte (Kostenbeteiligungen und andere private Finanzierungen). Die obligatorische Krankenversicherung nach dem KVG trägt somit bloss gut einen Drittel der gesamthaft verursachten Gesundheitskosten. Die finanzielle Beteiligung der einzelnen Kostenträger hat sich im Verlauf der Zeit verschoben, wobei festzustellen ist, dass der Staat seinen Anteil tendenziell verringert.

Im Jahre 2007 beliefen sich die Bruttoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf 21,6 Milliarden Franken. Diese Kosten teilen sich wie folgt auf die wichtigsten Kostengruppen auf: Spital stationär (24%), Spital ambulant (13%), Arzt ambulant (22%), Medikamente (20%), Pflegeheim (8%), Physiotherapie (3%), Labor (3%), Spitex (2%) und Übrige (5%). Das Prämien-soll lag 2007 bei 19,7 Milliarden Franken. Im Zeitraum 1997 bis 2007 ist das Prämien-volumen im Durchschnitt um 5,0% pro Jahr angewachsen (die Konsumentenpreise sind in der gleichen Zeitspanne um weniger als 1% pro Jahr gestiegen).

Die Gründe für das überdurchschnittlich hohe Kostenwachstum im Gesundheitsbereich sind vielfältig. Die wichtigsten Kostentreiber dürften die folgenden sein:

- **Demographie:** Die Gesundheitsausgaben steigen im letzten Lebensabschnitt signifikant an. Aufgrund des demographischen Wandels unserer Gesellschaft (Zunahme der Personen im Rentenalter, Abnahme der erwerbstätigen Bevölkerung) steigt der Anteil der Personen kontinuierlich an, die sich in jener Lebensphase befinden, in der besonders hohe Gesundheitskosten verursacht werden. Als Konsequenz davon steigen auch die durchschnittlichen Gesundheitskosten überproportional an.

- **Medizinischer Fortschritt:** Der medizinische Fortschritt leistet einen wesentlichen Beitrag, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern. Er treibt aber auch die Kosten in die Höhe. Herkömmliche Medikamente und Behandlungsmethoden werden durch fortschrittlichere, meist deutlich teurere abgelöst oder ergänzt. Die Menge der verfügbaren Medikamente und Behandlungsmethoden nimmt zu, die Preise steigen tendenziell. Dank der Innovation können heute Krankheiten behandelt werden, die früher als unheilbar galten. Dies stellt für die Betroffenen einen Segen dar, hat aber auf der anderen Seite auch eine kostentreibende Wirkung. Bei unheilbaren Krankheiten kann Innovation eine lebensverlängernde Wirkung zeigen, was mit entsprechenden Mehrkosten verbunden ist.
- **Anspruchsverhalten der Versicherten:** Wer versichert ist, verhält sich risikofreudiger als jemand, der über keinen Versicherungsschutz verfügt (**Moral Hazard /** moralisches Risiko). Der Prävention und dem Gesundheitsschutz wird beim Vorliegen einer Versicherungsdeckung ein geringerer Stellenwert beigemessen. Tritt ein Versicherungsfall ein, sind die Anreize zum Vermeiden oder Tiefhalten der Kosten geringer. Rein aufgrund der existierenden Versicherungsdeckung werden mehr Leistungen zu höheren Preisen in Anspruch genommen. Gesundheit hat den Stellenwert eines Konsumguts erhalten, das besonders stark in Anspruch genommen wird, weil die Finanzierung im Wesentlichen durch einen Dritten (Versicherer) erfolgt. Aufgrund der tiefen Kostenbeteiligung der Patienten gibt es kaum finanzielle **Anreize**, Kosten zu vermeiden oder zumindest tief zu halten. Die fehlende Prämienabstufung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung führt dazu, dass gerade bei älteren Versicherten die Diskrepanz zwischen verursachten Kosten und bezahlter Prämie Ausmasse annimmt, welche die Solidarität der jüngeren Versicherten arg strapaziert. Das geltende System hält viele Versicherte davon ab, ihre **Eigenverantwortung** wahrzunehmen. Aufgrund des Versicherungsobligatoriums und den engen Vorgaben des KVG können jene Versicherten, die gesund leben und die sich kostenbewusst verhalten, kaum finanzielle Vorteile erlangen. Wer seiner Gesundheit Schaden zufügt (Suchtmittelkonsum, Fehlernährung, mangelnde Bewegung etc.) wird im Gegenzug kaum pekuniär bestraft. Ein weiterer wesentlicher Kostentreiber liegt bei der Zunahme der nachgefragten Menge (**Mengenausweitung**). Dieses Wachstum ist einerseits auf die demographische Alterung unserer Gesellschaft zurückzuführen. Andererseits fehlen systembedingt Anreize, einen Mehrkonsum zu verhindern. Staatlicher Druck auf die Preise einzelner Dienstleistungen kann die Leistungserbringer dazu animieren, den entgangenen Ertrag mittels Ausweitung der Menge zu kompensieren.
- **Systembedingte Unzulänglichkeiten:** Der Kontrahierungszwang hat zur Folge, dass ineffizient arbeitende Leistungserbringer nicht aus dem Markt ausscheiden. Kostengünstig arbeitende Anbieter, die qualitativ überdurchschnittliche Leistungen erbringen, werden im existierenden Gesundheitssystem Schweiz kaum honoriert. Der **fehlende Wettbewerb** wirkt sich leistungshemmend und kostentreibend aus. Auch die **föderalistische Ausgestaltung des Gesundheitswesens** wirkt sich in etlichen Bereichen nachteilig aus. Eine ungenügende interkantonale Zusammenarbeit kann zu Ineffizienz und zu Überversorgung führen. Notwendige Strukturbereinigungen können verzögert oder verhindert werden. Kantonales Prestigedenken behindert eine stärkere Spezialisierung und eine sinnvollere Aufgabenteilung. Systembedingte Ineffizienzen werden auch durch die Multifunktionalität der Kantone hervorgerufen, die gleichzeitig die Rolle des Eigners, des Finanzierers, des Tarifpartners und der Aufsichtsbehörde wahrnehmen.

III. Problemstellung

Die stetig steigenden Krankenkassenprämien (durchschnittlich rund fünf Prozent seit Einführung des KVG) belasten nicht nur die Prämienzahler, sondern haben auch negative Auswirkungen auf die KMU:

- Die Kaufkraft der Erwerbstätigen wird durch das massive Wachstum der Krankenkassenprämien geschmälert, was sich dämpfend auf den Konsum auswirkt.
- Der durch die steigenden Gesundheitskosten verursachte Kaufkraftschwund treibt die Lohnforderungen der Gewerkschaften in die Höhe (unabhängig vom Umstand, dass heute 40% der Versicherten in den Genuss von Prämienvergünstigungen gelangen).

- Die steigenden Ausgaben der öffentlichen Hand im Bereich der Gesundheitspolitik schränken den Spielraum für Steuersenkungen ein beziehungsweise machen die Erschliessung zusätzlicher Staatseinnahmen (Steuern oder Abgaben) erforderlich.
- Die Kosten in KMU-relevanten Bereichen des Sozialversicherungswesens (insbesondere in der Berufsunfallversicherung sowie in der Invalidenversicherung) steigen, was sich auf deren Prämien auswirkt.
- Das Risiko steigt, dass die Politik einen Teil der Gesundheitskosten auf die Arbeitgeber abzuschieben versucht (siehe Diskussion um die arbeitsassoziierten Gesundheitskosten).
- Die Gefahr wächst, dass die Politik versucht, in Analogie zum Ausland einen Teil der Gesundheitskosten via Lohnnebenkosten zu begleichen.
- Die Unternehmer gehören selber zu den Prämienzahlern und bekommen die überdurchschnittlichen Kostensteigerungen am eigenen Leib zu spüren.
- Setzt sich die Entwicklung der vergangenen Jahre ungebremst fort, steigt das Risiko, dass das heutige System kollabiert und von einer reinen Staatsversorgung abgelöst wird.

Aus Sicht der KMU ist es höchste Zeit, dass endlich einschneidende Massnahmen ergriffen werden, um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen einzudämmen.

III. Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums

In den kommenden Jahren gehört es zu den vordringlichsten Aufgaben der Politik, wirksame Massnahmen zu beschliessen, um das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen. Der sgv sieht im Geltungsbereich des KVG insbesondere in den folgenden Bereichen dringenden Handlungsbedarf:

- **Erhöhung des Selbstbehalts:** Die Versicherten müssen in Zukunft wieder vermehrt Eigenverantwortung wahrnehmen. Es gilt stärkere Anreize zu setzen, damit sich die Versicherten kostenbewusster verhalten. Den unliebsamen Auswirkungen des Moral Hazard gilt es entgegen zu wirken. Dies geschieht am wirkungsvollsten durch eine höhere Eigenfinanzierung. Der sgv verlangt deshalb, dass der Selbstbehalt von heute 10 auf neu 20% erhöht wird. Die Limitierung des Selbstbehalts (liegt heute bei 700 Franken) ist auf mindestens 1'500 Franken anzuheben. Alternativ könnte auch ein Modell mit einem abgestuften Selbstbehalt (bsp. 30% auf den ersten 1'000 Franken, 20% auf weiteren 2'000 Franken, 10% auf weiteren 2'000 Franken) eingeführt werden.
- **Erhöhung Franchise:** Parallel zur Erhöhung des Selbstbehalts verlangt der sgv eine Erhöhung der Minimalfranchise von heute 300 Franken auf neu mindestens 500 Franken. Der sgv könnte sich auch vorstellen, dass die heutige obligatorische Krankenversicherung in eine Grossrisiko-Versicherung umgewandelt wird, die lediglich die Kosten abdeckt, die einen Mindestbetrag (beispielsweise 3'000 Franken pro Fall) überschreiten. Die übrigen Kosten hätten die Versicherten selber zu tragen oder über eine freiwillige Zusatzversicherung, die risikogerechte Prämien einverlangen darf, abzudecken.
- **Einschränkung des Leistungskatalogs:** Unter bestimmten Voraussetzungen sind die Krankenkassen heute gezwungen, die Kosten für Schönheitsoperationen, für Folgebehandlungen von Schönheitsoperationen, für die Behandlung von Rauschtrinkern, für Diätpillen oder für Magenbänder zu übernehmen. Dies treibt die Kosten der Grundversicherung unnötig in die Höhe. Der sgv fordert deshalb, dass der Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung deutlich eingeschränkt wird. Damit inskünftig eine schleichende Ausweitung des Grundleistungskatalogs verhindert werden kann, verlangt der sgv einen Systemwechsel hin zu einer Positivliste. Der sgv könnte sich auch die Einführung einer dreistufigen Krankenversicherung vorstellen. Dabei würde die obligatorische Basisstufe einen stark eingeschränkten Leistungskatalog abdecken. Die zweite

Stufe würde ein zusätzliches Leistungsspektrum abdecken (Stufe 1 und 2 könnten in etwa dem heutigen Grundleistungskatalog entsprechen). Denkbar wäre es, die fünf Methoden ärztlicher Komplementärmedizin in die Stufe 2 aufzunehmen, falls der wissenschaftliche Nachweis der gesetzlichen Vorgaben nach Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht wird und die Wiederaufnahme keine Kostenfolgen bewirkt). Die zweite Versicherungsstufe wäre freiwillig. Sie würde weitgehend auf der Basis des heutigen realisiert und würde eine Vertragspflicht (seitens der Versicherer) sowie in einem beschränkten Umfang eine Umverteilungskomponente enthalten. Die dritte Stufe entspräche der heutigen Zusatzversicherung gemäss VVG.

- **Aufhebung des Vertragszwangs:** Der Vertragszwang behindert den Wettbewerb, was sich sowohl auf den Preis als auch auf die Qualität nachteilig auswirken kann. Zudem behindert er den Kampf gegen die schwarzen Schafe unter den Leistungserbringern. Der sgv verlangt deshalb, dass der Vertragszwang aufgehoben oder zumindest gelockert wird. Als flankierende Massnahmen könnte sich der sgv damit einverstanden erklären, dass gewisse Spielregeln definiert werden, an die sich die Versicherer bei der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern zu halten haben.
- **Förderung von HMO und alternativen Versicherungsmodellen:** Nach Ansicht des sgv ist es möglich, mit HMO und mit alternativen Versicherungsmodellen wirksame Sparanreize zu schaffen. Der sgv unterstützt deshalb deren Förderung, sei es mit Prämienrabatten, mit tieferen Selbstbehalten oder mit sonstigen Anreizen. Dabei gilt es die Grundsätze der Versicherungsmathematik und -technik vorbehaltlos zu respektieren.
- **Einsparungen bei den Medikamenten:** Der sgv verlangt, dass auch bei den Medikamenten kostensenkende Massnahmen umgesetzt werden. So soll der Wettbewerb unter den Herstellern durch gleiche Rahmenbedingungen für Originalpräparate und Generika gefördert werden. Unter Berücksichtigung und Wahrung einer hohen Behandlungsqualität und Patientensicherheit soll das Preisniveau der Medikamente mittelfristig gesenkt werden. In kontrolliertem Rahmen sind Parallelimporte zuzulassen, wie dies bei Patent abgelaufenen Medikamenten (insbesondere Generika) seit einigen Jahren der Fall ist.
- **Förderung der Selbstmedikation:** Um unnötige Arztbesuche bei leichteren Erkrankungen oder Befindlichkeitsstörungen zu verhindern und die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken, gilt es die Selbstmedikation zu fördern. Der sgv fordert insbesondere, dass die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden, damit Versicherte, die sich auf Anleitung und unter Begleitung geschulter Fachleute mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln selber behandeln und kurieren, finanziell besser abschneiden, als wenn sie eine ambulante Behandlung beim Arzt oder in einem Spital in Anspruch nehmen. Namentlich soll auch der Einsatz traditioneller, natürlicher, langjährig bewährter und nebenwirkungsarmer Heilmittel gefördert werden.
- **Verbesserte interkantonale Zusammenarbeit:** Die föderalistische Ausgestaltung des schweizerischen Gesundheitswesens hat in verschiedenen Bereichen Ineffizienzen und Mehrkosten zur Folge und erschwert Reformen. Der sgv verlangt deshalb, die kantonalen Kompetenzen bereinigt werden. Er tritt weiter dafür ein, dass vom kleinräumigen Denken Abschied genommen wird und dass sich die schweizerische Gesundheitspolitik vermehrt auf die Bedürfnisse der existierenden Wirtschaftsregionen ausrichtet. Generell propagiert der sgv eine Abkehr von der heutigen Planwirtschaft in der Spitalversorgung. Anstelle staatlicher Eingriffe müssen wieder vermehrt marktwirtschaftliche Prinzipien zum Tragen kommen.
- **Strukturbereinigung im Spitalbereich:** Nicht zuletzt aufgrund der föderalistischen Ausgestaltung des Gesundheitswesens verfügt die Schweiz über eine hohe Spitaldichte, was entsprechende Zusatzkosten verursacht. Der sgv verlangt, dass auch im Spitalbereich Strukturanpassungen vorgenommen werden. Die Spitzenmedizin gilt es gezielt auf wenige Zentren aufzuteilen. Die undurchsichtigen Finanzierungsströme gilt es endlich zu entwirren. Im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung gilt es den monistischen Finanzierungsansatz konsequent umzusetzen, wobei sicherzustellen ist, dass öffentliche und private Träger mit gleich langen Spiesen antreten können.

- **Förderung der spitalexternen Pflege und Betreuung (Spitex):** Die Aufenthaltsdauer in Spitälern und Heimen sollte zwecks Kostenminderung weiter reduziert werden. Dies wird nur möglich sein, wenn valable Alternativen angeboten werden. Der sgv tritt deshalb für die Förderung der Spitex ein, der in der Gesellschaft und in unserem Gesundheitssystem eine immer grössere Bedeutung zukommt. Die Rahmenbedingungen für die Spitex-Leistungsanbieter gilt es zu verbessern. Hierzu gehört insbesondere die Gleichstellung der Spitex gegenüber Spitälern und Heimen. Zwecks Förderung des Wettbewerbs sind die privaten Spitex-Organisationen etwa hinsichtlich rechtlicher Vorgaben, steuerlicher Behandlung und öffentlicher Unterstützung gleich zu behandeln wie die gemeinnützigen.
- **Steigerung der Effizienz:** Mit der Beseitigung von Ineffizienzen lassen sich Kosten einsparen, ohne dass dies für die Versicherten zu Leistungseinbussen führt. Effizienzsteigerungen lassen sich durch den Abbau staatlicher Planung und durch die Förderung wettbewerblicher Instrumente erzielen. Des Weiteren ist sicherzustellen, dass sämtliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen öffentlichen und privaten Leistungserbringern beseitigt werden. Auch die konsequente Anwendung der monistischen Finanzierung trägt mit dazu bei, Ineffizienzen abzubauen. Beträchtliche Ineffizienzen ortet der SGV auch bei der Zulassung von Heilmitteln. Der Gesetzgeber hat im Heilmittelgesetz für eine Zulassung zu sorgen, die praxisnahe ist und dem Gefährdungspotential der Heilmittel angepasst wird. Die heute sehr strengen Regeln führen zu einer Ausweitung des Schwarzmarktes (z.B. Bestellungen via Internet) und zum Abbau von Arbeitsplätzen in der Schweiz.
- **Bonus-/Malus-System in der Krankenversicherung:** Zur Förderung der Eigenverantwortung der Versicherten, die gesund leben und die sich kostenbewusst verhalten, ist in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein Bonussystems einzuführen. Für jedes Versicherungsjahr, in welchem die Krankenversicherung keine Zahlungen zu leisten hat, ist dem Versicherten im darauf folgenden Jahr ein Rabatt auf der Prämie zu gewähren. Das Bonussystem soll ein degressives Rabattmodell sein, das auch Rückstufungen vorsieht, ähnlich wie zum Beispiel bei der Autoversicherung.
- **Monistische Finanzierung:** Der monistische Finanzierungsansatz ist konsequent umzusetzen, und zwar nicht nur im Spitalbereich, sondern im gesamten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erfassten Bereich unseres Gesundheitswesens.

Insbesondere das links-grüne Lager arbeitet konsequent auf eine weitere Verstaatlichung des Gesundheitswesens hin und verlangt Finanzierungsmechanismen, welche die Leistungsträger unserer Gesellschaft noch stärker in die Pflicht nehmen sollen. Derartige Ansätze lehnt der sgv dezidiert ab und vertritt dabei folgende Positionen:

- **Keine Einheitskasse:** Dank dem Wettbewerb unter den Kassen können die Versicherten unter einer Vielzahl unterschiedlicher Versicherungsmodelle auswählen. Die Zusatzkosten der Versicherungen im Bereich Marketing werden durch rigorose Kontrollen im Bereich der Leistungsabrechnung sowie durch die gezielte Einflussnahme auf die Leistungskosten mehr als kompensiert. Der Versicherte verfügt über ein Wahlrecht. Der sgv spricht sich deshalb - in Übereinstimmung mit dem Souverän, der zwei entsprechende Volksinitiativen sehr deutlich ablehnte - gegen allfällige neue Vorstösse zur Einführung einer Einheitskasse aus.
- **Kein weiterer Ausbau der Prämienvergünstigungen:** Aus Sicht des sgv ist es reine Symptomtherapie, wenn mittels Ausbau der Prämienvergünstigungen versucht wird, bei gewissen Bevölkerungsgruppen den Leidensdruck etwas zu mildern. Dies verhindert bloss, dass die systembedingten Mängel beseitigt oder entschärft werden. Zudem belasten die Prämienvergünstigungen die Finanzhaushalte von Bund und Kantonen immer stärker. Das System der Prämienvergünstigungen wirkt sich auch zusehends negativer auf den Mittelstand aus, der die notwendigen Mittel mehrheitlich aufbringen muss, ohne dass er selber daraus einen Nutzen ziehen kann. Der sgv spricht sich deshalb mit Nachdruck gegen einen weiteren Ausbau der Prämienvergünstigungen aus.

- **Kein grundlegender Umbau des Finanzierungssystems:** Gewisse Kreise werden nicht müde, das heutige System der Kopfprämien als unsozial abzustempeln. Dabei geht vergessen, dass die obligatorische Grundversicherung heute bloss einen Drittel der gesamten Gesundheitskosten abdeckt. Immer breitere Bevölkerungsschichten (schweizweit gut 40% aller Haushalte, in gewissen Kantonen deutlich mehr als die Hälfte) werden zudem über Prämienvergünstigungen finanziell entlastet. Der sgv spricht sich deshalb entschieden gegen eine grundsätzliche Umgestaltung des heutigen Finanzierungssystems (einkommensabhängige Krankenkassenprämien, Teilfinanzierung über die Mehrwertsteuer) aus. Der Fokus der Reformen im Gesundheitswesen hat sich klar auf eine Dämpfung des Kostenwachstums und nicht auf alternative Finanzierungsmodelle auszurichten.
- **Abkehr von der Verstaatlichung des Gesundheitswesens:** Das schweizerische Gesundheitswesen ist viel zu stark reglementiert. Der Leistungsausweis ist schlecht. Mit all den staatlichen Auflagen und Eingriffen ist es nicht gelungen, das Kostenwachstum einzudämmen. Im Gegenteil: ausgerechnet jene Kostenträger (beispielsweise Spitäler), bei denen der Staat den grössten Einfluss ausübt, wiesen in den letzten Jahren überdurchschnittliche Kostensteigerungen aus. Der sgv verlangt deshalb, dass von der schleichenden Verstaatlichung des Gesundheitswesens Abstand genommen wird. Auch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist wieder liberaler auszugestalten, den Wettbewerbsinstrumenten ist ein grösseres Gewicht beizumessen.
- **Verzicht auf ein neues Präventionsgesetz sowie ein Präventionsinstitut:** Zwecks Eindämmung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen sowie zur Verbesserung der Volksgesundheit unterstützt der sgv eine sinnvolle, angemessene Präventionspolitik. Die bestehenden gesetzlichen Grundlagen hierzu erachtet er als ausreichend. Die Ausarbeitung eines neuen Präventionsgesetzes und die Schaffung eines Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung lehnt der sgv deshalb dezidiert ab. Für den unbestrittenen Jugendschutz und die individuelle Früherkennung von Krankheiten braucht es keine neuen Rechtsgrundlagen. Notwendig sind vielmehr gezielte, wirksame Massnahmen und nicht flächendeckende Aktionen, welche die gesamte Bevölkerung und die Wirtschaft mit zusätzlichen, unverhältnismässigen Vorschriften und Verboten in ihrer Freiheit noch stärker einschränken.

IV. Fazit

Das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stellt für die KMU eine zusehends grössere Belastung dar. Die Unternehmer haben nicht nur unter dem stetigen Wachstum der eigenen Versicherungsprämien zu leiden, sondern haben auch sonst eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Rahmenbedingungen hinzunehmen, deren Ursache direkt oder indirekt in Zusammenhang mit der starken Zunahme der Gesundheitskosten steht. Zudem ist zu befürchten, dass ein Kollaps des heutigen Systems, der bei einer weiterhin ungebremsten Zunahme der Gesundheitskosten immer wahrscheinlicher wird, sich zu Ungunsten der KMU auswirken dürfte. Aus diesem Grund verlangt der sgv, dass die Politik endlich griffige Massnahmen erlässt, um der drohenden Kostenexplosion in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Einhalt zu gebieten.

Der sgv fordert insbesondere, dass durch die Erhöhung des Selbstbehalts und der Franchise, durch die Förderung von HMO und von alternativen Versicherungsmodellen sowie durch die Förderung des Selbstmedikation stärkere Anreize geschaffen werden, damit sich die Versicherten wieder kostenbewusster verhalten und ihre Eigenverantwortung wieder verstärkt wahrnehmen. Mit der Beseitigung des Vertragszwangs ist der Wettbewerb zu fördern, was sich sowohl hinsichtlich der Qualität als auch des Preises der erbrachten Leistungen positiv auswirken sollte. Der Leistungskatalog muss wieder eingeschränkt und in Zukunft im Sinne einer Positivliste festgelegt werden. Die Medikamentenpreise gilt es auf ein international gängiges Niveau zu senken. Die föderalistische Ausgestaltung des Gesundheitswesens gilt es zu hinterfragen. Vom kleinräumigen Denken ist Abschied zu nehmen. Vielmehr gilt es die schweizerische Gesundheitspolitik vermehrt auf die Bedürfnisse der existierenden Wirtschaftsregionen auszurichten. Der sgv wehrt sich gegen allfällige Bestrebungen zur Einführung einer Einheitskasse.

Er lehnt einen weiteren Ausbau der Prämienvergünstigungen und eine grundsätzliche Umgestaltung des heutigen Finanzierungssystems ab. Zudem spricht er sich dezidiert dafür aus, dass von der schleichenden Verstaatlichung unseres Gesundheitswesens wieder Abstand genommen wird.

Bern, 21. April 2010

Dossierverantwortlicher

Kurt Gfeller, Vizedirektor sgV

Telefon 031 380 14 31, E-Mail k.gfeller@sgv-usam.ch