



05.055

Verfassungsartikel „Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“ (Gegenentwurf zur Volksinitiative „Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“)

ARGUMENTARIEN PRO



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Das Wesentliche in Kürze

Die soziale Krankenversicherung nach KVG (Grundversicherung) gewährt allen in der Schweiz lebenden Personen Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung. Seit 1996 ist die Krankenversicherung für jede in der Schweiz wohnhafte Person obligatorisch. Die Bestimmungen zu der Krankenversicherung sind heute vor allem in Gesetzen und Verordnungen und nicht in der Bundesverfassung geregelt.

Neuer Verfassungsartikel

Die Volksinitiative «Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» wollte die Prämien senken, dies unter anderem mit einer Reduktion der Leistungen. Welche Leistungen von der Grundversicherung nicht mehr vergütet werden sollten, liess die Initiative jedoch offen. Das Parlament sprach sich gegen die Initiative aus. Es erarbeitete aber einen Gegenentwurf, der einzelne Anliegen der Initiative aufnimmt und die Grundsätze der Krankenversicherung in der Verfassung verankern will.

Das Komitee zog in der Folge seine Initiative zurück und damit wird am 1. Juni 2008 über den Verfassungsartikel „Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“ abgestimmt. Das Parlament will die wesentlichen Elemente und Grundsätze der Krankenversicherung auf Verfassungsstufe regeln. Zu diesen Grundsätzen gehören der Wettbewerb unter den Versicherern (Krankenkassen) und den Leistungserbringern (Spitäler, Ärzte usw.). Dazu kommen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Mit diesen Elementen soll der Krankenversicherung eine Stossrichtung vorgegeben werden, um eine allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung zu einem angemessenen Preis zu gewährleisten.

Bundesrat befürwortet die Vorlage

Im Parlament wurden auch kritische Stimmen zum Gegenentwurf laut. Vor allem wurde bemängelt, dass die Vorlage unter grossem Zeitdruck erarbeitet wurde. Auch seien die Beteiligten, vor allem die Kantone, nicht ordentlich einbezogen worden. Zudem wurde kritisiert, dass nicht alle Bestimmungen in die Verfassung gehörten und dass gewisse Grundsätze wie die Solidarität fehlen würden.

Der Bundesrat sprach sich anlässlich der Behandlung der Volksinitiative «Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» gegen die Ausarbeitung eines Gegenentwurfs aus. Er war der Auffassung, dass die geltende Verfassungsbestimmung ausreichend sei. Der Bundesrat befürwortet heute jedoch den Gegenentwurf des Parlaments, weil der grundsätzlich in die richtige Richtung geht.



Der neue Verfassungsartikel

Art. 117a Krankenversicherung (*neu*)

1 Der Bund erlässt Vorschriften über die Krankenversicherung.

2 Die Krankenversicherung beinhaltet eine Krankenpflegeversicherung; sie kann auch eine Taggeldversicherung beinhalten. Die Krankenpflegeversicherung sieht Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft vor; sie kann auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und Unfall vorsehen.

3 Beim Erlass der Vorschriften beachtet der Bund folgende Grundsätze:

- a. Die Leistungen der Krankenpflege müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.
- b. Die Krankenversicherung richtet sich nach den Prinzipien des Wettbewerbs und der Transparenz. Die Eigenverantwortung der Versicherten wird gefördert.
- c. Versicherer, die im Rahmen der Krankenversicherung tätig sein wollen, bedürfen einer Zulassung.
- d. Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenpflegeversicherung tätig sein können, werden so festgelegt, dass eine qualitativ hochstehende Leistungserbringung und der Wettbewerb gewährleistet sind.

4 Der Bund kann die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Im Falle einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die versicherungspflichtigen Personen frei wählen unter den zugelassenen Krankenversicherern und den Leistungserbringern, die zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen sind.

5 Bund und Kantone sorgen bei der Durchführung der Krankenversicherung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten gemeinsam für eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität und Wirtschaftlichkeit und koordinieren ihre Massnahmen.

6 Die Krankenpflegeversicherung wird finanziert über die Prämien und die Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über öffentliche Beiträge, die demjenigen Träger ausgerichtet werden, der die Leistungen vergütet. Bund und Kantone sehen Prämienverbilligungen vor; dabei tragen sie der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung.

Eigenverantwortung

Art. 117 Abs. 3 Buchstabe b:

„(...) Die Eigenverantwortung der Versicherten wird gefördert.“

Der bereits heute im Gesundheitswesen geltende Grundsatz der Eigenverantwortung wird mit diesem Artikel auf Verfassungsebene verankert. Der vorgeschlagene Verfassungsartikel stimmt im Wesentlichen mit dem gültigen KVG überein. Beispiele für die Eigenverantwortung im heutigen KVG sind:

Kostenbeteiligung:

Jeder Patient beteiligt sich an den Behandlungskosten (Jahresfranchise und Selbstbehalt).

Besondere Versicherungsformen:

Jede versicherte Person kann freiwillig eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers wählen.

Generika:

Jeder Patient kann sich zwischen dem Originalpräparat und einem Nachahmerpräparat (Generikum) entscheiden. Wer ein Generikum wählt, kann unter Umständen von einem tieferen Selbstbehalt profitieren.

Wettbewerb und Transparenz

Art. 117a Abs. 3 Bst. b, 1. Satz

Die Krankenversicherung richtet sich nach den Prinzipien des Wettbewerbs und der Transparenz.

Art. 117a Abs. 3 Bst. d

Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenpflegeversicherung tätig sein können, werden so festgelegt, dass eine qualitativ hochstehende Leistungserbringung und der Wettbewerb gewährleistet sind.

Die Ausrichtung der Krankenversicherung hat sich an den Prinzipien des Wettbewerbs und der Transparenz zu orientieren. Die Konkretisierung dieser Prinzipien ist durch den Gesetzgeber vorzunehmen. Hier erhält er einen weiten Gestaltungsraum.

Der Wettbewerb wird sich nicht ganz ohne Vorgaben entfalten können. Vielmehr wird ein regulierter Wettbewerb angestrebt. Damit wird das geltende System der Krankenversicherung nicht in Frage gestellt. Für die Tarif- und Prämiengestaltung wird der Gesetzgeber zum Beispiel weiterhin gewisse Rahmenbedingungen festlegen müssen. Ein gut funktionierender Wettbewerb soll jedoch dazu dienen, die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung zu dämpfen.

Mit dem Kriterium der Transparenz ist gemeint, dass alle Personen und Stellen, welche die Krankenversicherung durchführen, klar und einsehbar vorgehen müssen.

Die Vertragsfreiheit wird nicht ausdrücklich erwähnt

Art. 117a Abs. 3 Buchstabe d:

„Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenpflegeversicherung tätig sein können, werden so festgelegt, dass eine qualitativ hochstehende Leistungserbringung und der Wettbewerb gewährleistet sind.“

Das Prinzip der Vertragsfreiheit ist nicht explizit im Verfassungsartikel erwähnt. Es wird also nicht gesagt, ob die Krankenversicherer wie bisher mit allen Leistungserbringern zusammenarbeiten müssen (Vertragszwang) oder ob sie neu eine selektive Auswahl treffen können. In der parlamentarischen Beratung war umstritten, ob und wie weit sich die Vertragsfreiheit aus der Stossrichtung des Verfassungsartikels ableiten lässt. Dieser stellt den Wettbewerb in der Krankenversicherung sowohl generell als auch bezogen auf die Zulassung der Leistungserbringer in den Vordergrund. Die Vertragsfreiheit wäre auf jeden Fall auf Gesetzesstufe auszugestalten.

Im Vordergrund des Gegenentwurfs stehen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der von der Krankenversicherung vergüteten Leistungen. Zudem wird ausdrücklich festgehalten, dass sich die Krankenversicherung nach den Prinzipien des Wettbewerbs und der Transparenz richtet. Mit diesen zentralen Grundsätzen will das Parlament der Krankenversicherung eine neue Ausrichtung geben. Die Verstärkung des Wettbewerbs unter den Versicherern und den Leistungserbringern soll sich positiv auf die Qualität und den Preis der Leistungen auswirken. Staatliche Regulierungen sollen auf das Nötige beschränkt werden.

Freie Wahl des Versicherers und der Leistungserbringer im Falle eines Versicherungsobligatoriums

Art. 117a Abs. 4:

„Der Bund kann die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Im Falle einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die versicherungspflichtigen Personen frei wählen unter den zugelassenen Krankenversicherern und den Leistungserbringern, die zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen sind.“

Auf Verfassungsebene wird ausdrücklich festgehalten, dass in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die versicherungspflichtigen Personen frei wählen können unter den zugelassenen Krankenversicherern und den Leistungserbringern, die zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen sind. Damit werden die Leitplanken gesetzt für die schon heute im Gesetz vorgesehene Wahlfreiheit.

In den parlamentarischen Beratungen wurde ausdrücklich betont, dass auch künftig die Wahl der Leistungserbringer für besondere Versicherungsformen auf freiwilliger Basis eingeschränkt werden kann. Auch soll es weiterhin möglich sein, für bestimmte Personengruppen, wie zum Beispiel für Asylsuchende, Zuweisungen zu bestimmten Krankenversicherern und in besondere Versicherungsformen vorzusehen.

Finanzierung der Krankenversicherung

Art. 117a Abs. 6

„Die Krankenpflegeversicherung wird finanziert über die Prämien und die Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über öffentliche Beiträge, die demjenigen Träger ausgerichtet werden, der die Leistungen vergütet. Bund und Kantone sehen Prämienverbilligungen vor; dabei tragen sie der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung.“

Die Krankenpflegeversicherung soll wie heute über Prämien und Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über Beiträge der öffentlichen Hand finanziert werden. Neu sollen die Beiträge der öffentlichen Hand aber nicht mehr an die Leistungserbringer (v.a. Spitäler) ausgerichtet werden, sondern an denjenigen Träger, der die Leistungen vergütet. Dies sind heute die Krankenkassen. Mit dieser neuen Bestimmung wird die Grundlage für ein sogenanntes monistisches Finanzierungssystem geschaffen.

Für die Festsetzung der Prämien enthält der neue Verfassungsartikel keine Vorschriften. Erwähnt wird jedoch ausdrücklich die Prämienverbilligung. Sie bleibt eine gemeinsame Aufgabe von Bund und Kantonen. Diese sollen weiterhin nach dem Grundsatz der Solidarität der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung tragen.

Monistische Spitalfinanzierung

Art. 117a Abs. 6:

„Die Krankenpflegeversicherung wird finanziert (...) über öffentlichen Beiträge, die demjenigen Träger ausgerichtet werden, der die Leistungen vergütet“.

Der Begriff monistische Finanzierung bedeutet, dass die direkte Finanzierung eines Leistungserbringers durch einen einzigen Kostenträger erfolgt. Dies gilt bereits heute im ambulanten Sektor. Die stationären Spitalkosten auf der allgemeinen Abteilung der öffentlichen Spitäler hingegen tragen Kantone und Krankenversicherer gemeinsam.

Das Parlament verabschiedete am 7. Dezember 2007 die Gesetzesrevision zur Spitalfinanzierung. Die revidierte Spitalfinanzierungsvorlage führt unter anderem leistungsbezogene Fallpauschalen ein und legt auch die Kostenaufteilung zwischen Kantonen und den Krankenversicherern fest. Das Parlament hat aber darauf verzichtet, den Übergang zur Finanzierung aus einer Hand (Monismus) einzuführen. Die ungleiche Abgeltung der stationären und ambulanten Leistungen bleibt somit bestehen. Es hat jedoch den Bundesrat mit einer Motion beauftragt, bis Ende 2010 eine Vorlage für die einheitliche Finanzierung aller Spitalleistungen auszuarbeiten.

Der Verfassungsartikel ändert nichts an der bereits bestehenden Ausgangslage für die Einführung des Monismus auf Gesetzesstufe. Er gibt den Behörden und dem Parlament jedoch einen Auftrag die monistische Finanzierung zu regeln.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Argumente des Bundesrates und des Parlamentes

Der Bundesrat sprach sich bei den Beratungen über die Volksinitiative gegen einen Gegenentwurf auf Verfassungsebene aus, weil er einen solchen nicht als nötig erachtete. Er befürchtete, dass mit der Erarbeitung eines Gegenentwurfs die laufenden Gesetzesrevisionen weiter verzögert würden. Zudem bedauerte der Bundesrat, dass der Verfassungsartikel unter Zeitdruck und ohne das übliche Konsensverfahren verabschiedet worden ist. Weil die neue Verfassungsbestimmung aber insgesamt in die richtige Richtung weist, kann sich heute der Bundesrat hinter den vorgeschlagenen Verfassungsartikel stellen.

Die Krankenversicherung hat nach Meinung der Mehrheit des Parlaments für die Bevölkerung der Schweiz und ihre soziale Sicherheit eine Bedeutung, welcher die heute geltende Verfassungsgrundlage nicht ganz gerecht wird. Die vom neuen Verfassungsartikel angezeigte Stossrichtung mit vorgegebenen Grundsätzen behebt diesen Mangel im heutigen Text. Die Grundsätze sind nicht so festgelegt, dass sie dem Gesetzgeber bei Gesetzesrevisionen keinerlei Regelungsspielraum mehr offen lassen würden. Das Parlament und der Bundesrat würden sich aber bei den Änderungen von Gesetz und Verordnungen nach den verfassungsmässig verankerten Prinzipien ausrichten müssen. Diese gelten vor allem einer hohen Qualität der Gesundheitsversorgung zu einem möglichst angemessenen und für die ganze Bevölkerung tragbaren Preis, der Transparenz aller Akteure in der Krankenversicherung, einer ausgeprägten Eigenverantwortung der Versicherten und einem Wettbewerb mit gewissen Leitplanken.

[Anfrage zum Thema](#)

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Kontakt | [Rechtliche Grundlagen](#)

http://www.bag.admin.ch/qualitaet_und_wirtschaftlichkeit/04567/04582/index.html?lang=de



Argumentarium

Argumente, die für den vorgeschlagenen Verfassungsartikel sprechen

Ein ausführlicherer Verfassungsartikel ist sinnvoll

Spätestens seit der Entstehung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) anfangs der 90er Jahre kommt der Krankenversicherung innenpolitisch eine vorrangige Bedeutung zu. Sie war seither ununterbrochen Gegenstand von Revisionsbestrebungen und daher immer präsent in der parlamentarischen Diskussion und damit auch in der Öffentlichkeit. Angesichts des politischen und gesellschaftlichen Stellenwerts, welcher der Krankenversicherung zukommt, nimmt sich die sehr offene Verfassungsbestimmung über die Zuständigkeit des Bundes zur Regelung der Krankenversicherung bescheiden aus. Eine ausführlichere Verankerung dieser Sozialversicherung in der Verfassung wird daher ihrer Bedeutung eher gerecht.

Grundsätze werden festgehalten

Im neuen Verfassungsartikel werden verschiedene wichtige Grundsätze explizit erwähnt, die bereits heute gelten. So sollen etwa die von der Krankenpflegeversicherung zu vergütenden Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte usw.) sollen qualitativ hochstehende Leistungen erbringen. Die Krankenversicherung richtet sich zudem nach den Prinzipien des Wettbewerbs und der Transparenz. Weiter soll die Eigenverantwortung der Versicherten gefördert werden. Das Recht der Versicherten auf freie Wahl der zugelassenen Krankenkassen und der Leistungserbringer ist bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gewährleistet. Das Versicherungsobligatorium wird nicht ausdrücklich geregelt, aber auch nicht in Frage gestellt.

Bund und Kantone sorgen gemeinsam für die Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit

Der Bund und die Kantone sollen bei der Durchführung der Krankenversicherung gemeinsam für eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität und Wirtschaftlichkeit sorgen und ihre Massnahmen koordinieren. Dies bedeutet jedoch keine Verlagerung von Zuständigkeiten im Gesundheitswesen von den Kantonen zum Bund oder in der Krankenversicherung vom Bund zu den Kantonen. Ziel ist vielmehr, durch gemeinsame Bestrebungen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Krankenversicherung sicherzustellen.

Die Grundlage für eine Leistungsfinanzierung aus einer Hand wird geschaffen

Die Krankenpflegeversicherung soll wie bisher über Prämien und Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über Beiträge der öffentlichen Hand finanziert werden. Neu sollen die Beiträge der öffentlichen Hand aber nicht mehr an die Leistungserbringer (v.a. Spitäler) ausgerichtet werden, sondern an denjenigen Träger, der die Leistungen vergütet. Dies sind heute die Krankenkassen. Mit dieser neuen Bestimmung wird die Grundlage für ein sogenanntes monistisches

Finanzierungssystem geschaffen. Nach diesem System werden die Leistungen der Krankenversicherung aus einer Hand finanziert und nicht mehr wie heute dualistisch, d.h. mit Beiträgen der Krankenkassen und der öffentlichen Hand.

Die wirtschaftliche Lage der Versicherten wird weiterhin berücksichtigt

Für die Festsetzung der Prämien enthält der neue Verfassungsartikel keine Vorschriften. Erwähnt wird jedoch ausdrücklich die Prämienverbilligung. Sie bleibt eine gemeinsame Aufgabe von Bund und Kantonen. Diese sollen weiterhin nach dem Grundsatz der Solidarität der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung tragen.

Anfrage zum Thema

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Kontakt | Rechtliche Grundlagen

http://www.bag.admin.ch/qualitaet_und_wirtschaftlichkeit/04567/04571/index.html?lang=de



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Häufige Fragen

01. Was ist der Hintergrund des neuen Verfassungsartikels?

2004 wurde die Eidg. Volksinitiative "für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung" eingereicht. Diese hatte zum Ziel, die Prämien in der obligatorischen Krankenversicherung zu senken. Dazu forderte sie im Kern eine Neudefinition des Leistungskataloges. Bundesrat und Parlament lehnten die Initiative ab. In der Wintersession 2007 nahmen beide Räte jedoch den von ihnen erarbeiteten Gegenentwurf zur Initiative an. Die Initiative wurde in der Folge zurückgezogen.

02. Was ändert sich grundsätzlich bei einer Annahme der Vorlage?

Die Grundsätze der Krankenversicherung werden in der Verfassung konkreter beschrieben. Dabei wird der Wettbewerb unter den Versicherern und den Leistungserbringern auf Verfassungsebene verankert.

Das bestehende Krankenversicherungsgesetz bleibt in Kraft. Die Stossrichtung des Verfassungsartikels jedoch wird die Gesetzesrevisionen beeinflussen: zum Beispiel die Frage nach der Finanzierung der Grundversicherung. Neu sollen die Beiträge der öffentlichen Hand aber nicht mehr an die Leistungserbringer (v.a. Spitäler) ausgerichtet werden, sondern an den Träger, der die Leistungen vergütet. Das sind heute die Krankenkassen.

03. Was ändert sich für die Versicherer?

Die Vorlage hat vorderhand keinen direkten Einfluss auf die Versicherer. Die Frage, ob dereinst die Versicherer nicht mehr alle Ärzte und alle anderen Leistungserbringer unter Vertrag nehmen müssen, ist auf Gesetzesebene zu lösen.

04. Was ändert sich für die Leistungserbringer?

Für die Leistungserbringer ändert sich nichts. Eine allfällige Aufhebung des Vertragszwangs müsste auf Gesetzesstufe eingeführt werden.

05. Was ändert sich bei den Leistungen?

Das heutige Leistungsniveau und die Regelung der Kostenübernahme für Prävention und Gesundheitsförderung bleiben bestehen.

06. Bleibt das Versicherungsobligatorium bestehen?

Alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz müssen sich nach wie vor gegen Krankheit versichern. Das Versicherungsobligatorium bleibt bestehen, es wurde in der parlamentarischen Debatte auch nie in Frage gestellt.

07. Werden weiterhin verschiedene Versicherungsarten angeboten?

Die besonderen Versicherungsformen sind von der Vorlage nicht betroffen.

08. Kann die Versicherung immer noch frei gewählt werden?

Die Wahlfreiheit der Versicherten bleibt gewährt. Jeder Versicherte wird auch künftig sich freiwillig einschränken können und diejenige besondere Versicherungsform wählen, die ihm am besten entspricht.

09. Was ändert sich bei der Finanzierung der Grundversicherung?

Sämtliche Elemente der heutigen Finanzierung wie Prämien, Kostenbeteiligung, Beiträge der öffentlichen Hand und Prämienverbilligung bleiben erhalten.

10. Werden Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen verschoben?

Es wird zu keiner Verschiebung der Kompetenzen kommen. Hingegen wird mit der Bestimmung die Grundlage für eine bessere Koordination der Massnahmen zwischen Bund und Kantonen geschaffen, welche im Hinblick auf eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung zu treffen sind.



Breite Allianz für Gesundheitsartikel

Komitee wehrt sich gegen Falschinformationen zur Gesundheitsverfassung

Das überparteiliche Komitee „für mehr Qualität in der Gesundheitsversorgung“ wehrt sich gegen Falschinformation des Gegenkomitees. Die Frage der Vertragsfreiheit steht nicht in der Abstimmungsvorlage vom 1. Juni. Die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten sowie die Qualität und die Versorgungssicherheit des medizinischen Angebots werden neu in der Verfassung verankert. Durch Transparenz und Vergleichbarkeit steigt die Qualität der Gesundheitsversorgung.

Das überparteiliche Komitee „für mehr Qualität in der Gesundheitsversorgung. Gesundheitsartikel JA am 1. Juni“ engagiert sich für ein JA zum Gesundheitsartikel. Er zeigt den richtigen Weg aus der Reformblockade auf. Im Komitee vertreten sind FDP, CVP, SVP, Liberale und Grünliberale, die zusammen mit dem Spitalverband H+, weiteren Partnern sowie vielen Ärzten in einer breiten Allianz für eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung kämpfen.

Der neue Gesundheitsartikel bringt zahlreiche Verbesserungen für Patientinnen und Patienten. Im Zentrum stehen einerseits die Gewährleistung einer qualitativ hervorragenden Gesundheitsversorgung und andererseits die Stärkung der Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten. Sie können erstmals wirklich zwischen Ärzten, Spitälern und Therapien wählen. Damit werden sie zum informierten und mündigen Patienten. Erstmals wird auf Verfassungsstufe garantiert, dass der Patient z.B. wissen soll, welches Spital welche medizinische Qualität bei der medizinischen Versorgung aufweist. Erst dieses Wissen ermöglicht Patientinnen und Patienten eine echte Wahl zwischen Ärzten, Spitälern und Therapien. Die Vergleichbarkeit der Angebote und gestärkte Wahlfreiheit führen insgesamt zu einer besseren medizinischen Versorgung.

Das Komitee wehrt sich vehement gegen die falschen und völlig unbegründeten Behauptungen des Gegenkomitees. In der aktuellen Vorlage, über welche am 1. Juni abgestimmt wird, steht die Abschaffung des Kontrahierungszwangs genauso wenig zur Debatte, wie eine Änderung des geltenden Krankenversicherungsgesetzes. Die wilden Behauptungen entbehren jeder Grundlage und gehören ins Reich der Phantasie.

Auskunft:

Felix Gutzwiller, Ständerat, 079 419 32 55

Stefan Brupbacher, Generalsekretär FDP, 031 320 35 35

Christian Weber, Pressechef FDP, 031 320 35 35



Grundargumentarium

Ja zum Gesundheitsartikel am 1. Juni 2008: Damit ich weiss, wo gute Ärzte, Pflegeheime und Spitäler sind und ich diese wählen kann.

Solange man gesund ist, interessiert man sich für vieles, aber man denkt kaum an die eigene Gesundheit. Doch werden wir krank oder erleiden wir einen Unfall, dann steht die Gesundheitsversorgung auf unserem persönlichen Sorgenbarometer ganz zuoberst. Dann wollen wir um jeden Preis und so rasch wie möglich wieder gesund werden, um für unsere Familien zu sorgen und unserer Arbeit nachzugehen. Dann wollen wir zum besten Arzt, ins beste Spital, gute Pflege und das richtige Medikament. Und: Das alles wollen wir so schnell wie möglich und ohne Warteliste.

Diese Forderungen scheinen selbstverständlich. Sind sie erfüllt? Nein!

Generell ist unser Gesundheitssystem im internationalen Vergleich zwar gut und darauf sind wir stolz. Doch als Patienten interessiert uns nicht der internationale Vergleich – das ist ein Durchschnittswert. Wir sind aber kein statistischer Durchschnittswert. Uns interessiert die persönliche Behandlung durch den Arzt. Unsere Behandlung soll gut sein, wenn wir sie nötig haben. Und dies ist heute oft nicht der Fall!

Heute haben wir keine Ahnung, ob unser Arzt gut oder schlecht ist. Heute wissen wir nicht, ob wir das nächste Spital nach einer Routineoperation doppelt so häufig mit einem lebensbedrohenden Infekt verlassen, als wenn wir ein anderes Spital gewählt hätten. Und als normal versicherte Person haben wir nicht die Möglichkeit, in ein gutes Spital ausserhalb der Kantons Grenzen zu gehen. Das ist ein unhaltbarer Zustand.

Der neue Gesundheitsartikel schafft hier Abhilfe!

- ⇒ **Der Gesundheitsartikel schafft Transparenz:** Damit können Patientengute und schlechtere Ärzten, Pflegeheimen und Spitälern unterscheiden.
- ⇒ **Der Gesundheitsartikel ermöglicht mir die Wahl:** Wenn ich weiss, welcher Arzt und welches Spital gut ist, erlaubt mir der Gesundheitsartikel auch, dieses auszuwählen.
- ⇒ **Der Gesundheitsartikel verbessert die Qualität:** Ist die Qualität der Ärzte und Spitäler bekannt und können Patienten frei wählen, verbessern sich die Ärzte und Spitäler. Damit wird unser Gesundheitswesen für alle besser.
- ⇒ **Der Gesundheitsartikel verhindert Rationierung:** Die Gegner wollen Patienten weiterhin bevormunden. Die staatliche Gesundheitsbürokratie soll nicht länger entscheiden, wer eine Leistung, z.B. ein Hüftgelenk oder ein Medikament, erhalten soll oder nicht.

Mit einem Ja am 1. Juni 2008 weiss ich, wo gute Ärzte, Pflegeheime und Spitäler sind und kann ich diese wählen.



1. Der Gesundheitsartikel schafft Transparenz

Wer ein Hotel sucht, der vergleicht das Angebot anhand der Sterne. Genauso geben uns Punkte Auskunft über die Qualität eines guten Restaurants. Die Handytarife können einfach und jederzeit über das Internet verglichen werden. Ähnliche Vergleiche gibt es für Campingplätze, Weine, Bücher und viele Produkte, die wir täglich brauchen. Selbst die Steuertarife zwischen Kantonen und Gemeinden sind vergleichbar.

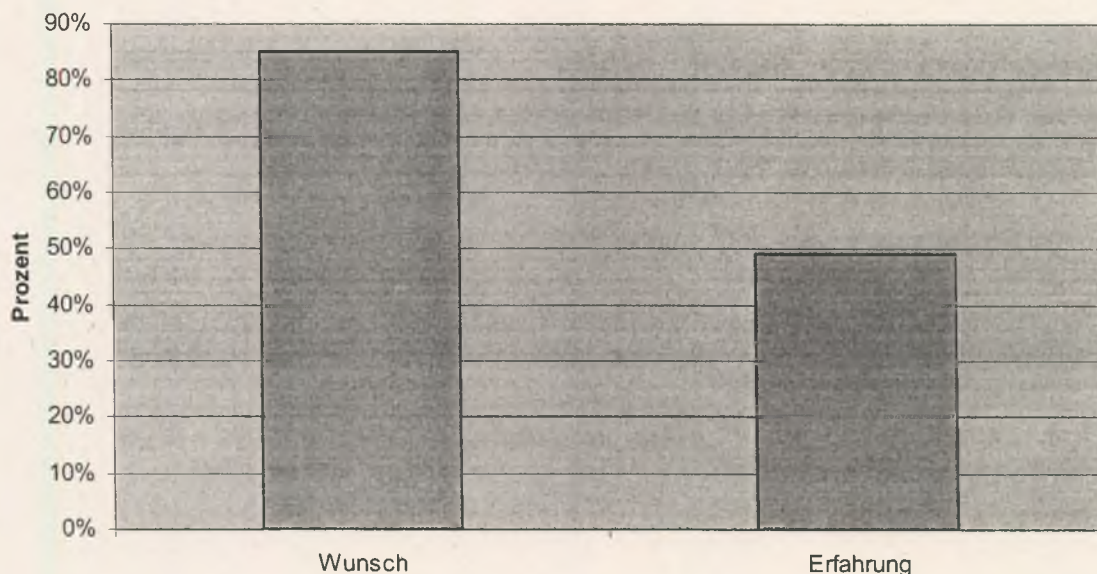
Und bei der Gesundheit? Hier können Patienten nur die Krankenkassenprämien vergleichen. Hier geht es um Geld – nicht um Gesundheit. Wichtiger ist jedoch für den Patienten der Vergleich zwischen Spitälern, Pflegeheimen und Ärzten. Damit der Patient zwischen guten und schlechten Ärzten unterscheiden kann braucht es Transparenz.

Heute ist die Transparenz nicht gegeben. Transparenz gibt es weder bei den Kostenangaben in Spitälern, Pflegeheimen und Ärzten noch bei der Qualität der dort erbrachten Leistung. In unserem Gesundheitswesen befindet sich der Patient im permanenten Blindflug.

Transparenz muss geschaffen werden. Das will auch der Patient: 85% der Patienten möchten eine aktive Rolle in der medizinischen Entscheidungsfindung spielen. Fakt ist: Nur 49% können eine aktive Rolle bei ihrem Hausarzt wahrnehmen. Die grosse Kluft zwischen Wunsch der Patienten und Wirklichkeit ist ein Problem. Politiker, Behörden, Versicherer aber auch Medien sind hier gefordert, zu reagieren.

Quelle: Uni Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (2006)

Mitentscheiden bei der Therapiewahl





Auch internationale Experten kritisieren diesen Schwachpunkt in unserer Gesundheitsversorgung. Aufgrund fehlender statistischer Vergleichsmöglichkeiten ist die Transparenz medizinischer Leistungen nicht gegeben. Das Sammeln von statischen Daten findet in den Kantonen nur sehr ungenügend statt, und wenn, dann sind die Daten kaum brauchbar.

Passiert ist noch nichts. Argumentiert wird, dass sich Qualität nur schlecht messen lasse. Das stimmt so nicht. Beispiel Spitalinfekte: In der Schweiz infizieren sich jährlich 70'000 Patienten im Spital. Das führt jährlich zu 300'000 zusätzlichen Spitaltagen und geschätzten 2000 Todesfällen.

Damit dieser permanente Blindflug zum Wohle unserer Gesundheit endlich ein Ende findet, wird im Gesundheitsartikel erstmals die Transparenz im Gesundheitswesen für den Patienten in der Verfassung festgehalten.

Wird Transparenz in der Verfassung verankert, ist das ein starkes Zeichen. Damit werden Initiativen für die Messung und Veröffentlichung von Qualität – z.B. durch den Spitalverband H+ – gestärkt. Damit können sich Ärzte, Spitäler, Politiker und Gesundheitsdirektoren nicht mehr mit fadenscheinigen Argumenten vor Vergleichen schützen.

Das schreibt der Gesundheitsartikel konkret vor:

Gemäss Art. 117a Abs. 3 Bst. B richtet sich die Krankenversicherung nach den Prinzipien der Transparenz.

Parlament kritisiert fehlende Transparenz

Aussagen aus dem Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates decken diesen seit Jahren bestehenden Misstand schonungslos auf: Daten zur Qualität fehlen oder werden nicht veröffentlicht. Damit fehlt den Versicherten die Möglichkeit, die Qualität zu vergleichen. Das muss sich ändern.

Quelle: Bericht der parlamentarischen Verwaltungskontrolle PKV der GPK-S vom 5. September 2007

Klar ist: Der neue Gesundheitsartikel schafft Transparenz:

- **damit Patienten zwischen gute und schlechten Ärzte unterscheiden können**
- **damit Patienten wissen, wie gut ihr Spital ist**
- **damit Patienten wissen, ob ihre Therapie ihre Prämien und Steuergelder wert ist**

Das wollen wir auch

Die Schweizer Spitäler planen ab 2009 ihre medizinischen Leistungen nach einem einheitlichen Standard zu bewerten. Der Schweizer Spitalverband H+ hat diesbezüglich 4 Qualitätslabels ins Leben gerufen. Mit der Publikation von Qualitätsberichten wird es zukünftig möglich sein, transparente Vergleiche zwischen den verschiedenen Spitälern zu machen. Als Vergleichskriterien kommen in Frage: Rehospitalisierungsrate, Infektionsrate, Pflegeindikator „Stütze“, Pflegeindikator „Wundliegen“, Komplikationsrate, Patientenzufriedenheit, usw. Was schon in den meisten OECD-Ländern der Fall ist, soll nun endlich auch in der Schweiz möglich sein.



Transparenz in der Praxis zum Ersten: Beispiel Frankreich

In Frankreich haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, die Qualität und medizinischen Leistungen der Spitäler nachzulesen. Es gibt Studien und Qualitäts-Ratings, die für alle frei zugänglich sind. Ein Beispiel, wie dies in unserem westlichen Nachbarstaat funktioniert, zeigt die Ausgabe des Magazins « L'Express » vom 31. Januar 2008. Patientinnen und Patienten können sich anhand einer „Rating-Liste“ problemlos informieren und die bestehenden Angebote vergleichen.



Transparenz in der Praxis zum Zweiten: Beispiel Deutschland

Seit 2005 sind die deutschen Krankenhäuser verpflichtet, strukturierte Qualitätsberichte nach den Vorgaben des Gesetzgebers zu erstellen. Die im Abstand von zwei Jahren erscheinenden Berichte unterstützen Patienten bei der Auswahl von Krankenhäusern. Die Qualitätsberichte informieren die Patienten über den Qualitätsstandard der Krankenhäuser. Von einer solchen Transparenz und systematischen Qualitätssicherung ist die Schweiz noch weit entfernt.



2. Der Gesundheitsartikel ermöglicht mir die freie Wahl

Hat der Patient den Überblick über die erbrachten medizinischen Leistungen, so nimmt er nicht mehr einfach das hin, was man ihm vorsetzt. Stattdessen beginnt er, sich nach der besten Möglichkeit umzusehen. Patienten beginnen, den für sie besten Arzt, das für sie beste Pflegeheim, oder das für sie beste Spital auszuwählen. Dabei kann auf individuelle Vorzüge Rücksicht genommen werden. Klar ist aber: Niemand will einen schlechten Arzt.

Heute besteht diese Wahlfreiheit nicht. Nicht nur fehlt die notwendige Information. Vielmehr werden Patienten bevormundet. So versuchen die kantonalen Gesundheitsdirektoren, Patienten in die eigenen, überzähligen Betten zu schleusen. Damit werden bestehende Überkapazitäten aufrecht erhalten. Die Rechnung bezahlen der Prämien- und der Steuerzahler sowie der Patient, der möglicherweise schlechter behandelt wird. Wer den Patienten die Wahlfreiheit nicht geben will, nimmt sie nicht ernst.

Hier ermöglicht der neue Gesundheitsartikel eine echte Wahl. Der Gesundheitsartikel schreibt konkret vor:

„Art. 117a Abs. 4 garantiert, dass Personen frei wählen können unter den zugelassenen Krankenversicherungen und Spitalern, Pflegeheimen und Ärzten“

Klar ist:

Der Gesundheitsartikel ermöglicht die Wahl:

- **Damit gute Leistungen bezogen werden können**
- **Damit die Patienten nicht bevormundet werden**
- **Damit ineffiziente Planwirtschaft ein Ende findet**



3. Der Gesundheitsartikel verbessert die Qualität

Gibt es nur einen Arzt oder nur ein Spital und viele Patienten, fehlt der Anreiz, besser zu werden. Ohne Transparenz zur Qualität ist jeder Arzt und jedes Pflegeheim oder Spital ein Monopolist, dem man ausgeliefert ist. Als Folge sind Qualitätsverbesserungen nicht nötig und finden auch nicht statt. Sind jedoch die Leistungen vergleichbar und können die Patienten frei wählen, so steigt die Motivation, sich zu verbessern. Genau das ist das Ziel des Gesundheitsartikels. Der Patient wird wichtig. Er wird ernst genommen – nicht nur als Prämienzahler, sondern als Kunde.

Damit profitiert nicht nur der einzelne Patient, der besser behandelt wird. Vielmehr profitieren alle Patienten, wenn die gesamte Gesundheitsversorgung, die Ärzte, Pflegeheime und Spitäler besser werden.

Die Gesundheitskosten sind bei Mutterschaft gesichert

Gesundheitskosten in Zusammenhang mit Mutterschaft und Geburt werden auch künftig von der Krankenversicherung übernommen. Hier bringt der Verfassungsartikel Klärung:

„Art. 117a Abs. 2: Die Krankenversicherung sieht Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft vor; (...).“

Die Gegner des Gesundheitsartikels befürchten, dass hohe Qualität zu hohen Kosten führt. Das ist ein Fehlschluss, denn teuer ist Billigmedizin: Wenn Patienten wegen fehlender Transparenz von Arzt zu Arzt pilgern, führt das zu unnötigen und teuren Mehrfachuntersuchungen. Damit explodieren die Gesundheitskosten und sinkt das Vertrauen in das Gesundheitssystem mit seinen Ärzten und Spitälern. Aufgrund der fehlenden Transparenz wird auch die Gesundheitskompetenz der Patienten gesenkt. Will heissen, dass viele Patienten von Spezialist zu Spezialist laufen, da sie nicht wissen, welcher Arzt nun die beste medizinische Lösung für ihr Leiden parat hat. So werden die Kosten wegen fehlender Gesundheitskompetenz der Patienten auf 1,5 Mia. Franken oder 3% der Gesundheitskosten geschätzt. Die Kosten aufgrund von Spitalinfekten werden auf jährlich 250 Mio. Franken beziffert. Beide Kostenfaktoren werden mit dem Gesundheitsartikel konkret angegangen.

Für Patienten, Gesellschaft und Wirtschaft wichtig ist, dass pflegebedürftige Personen schnell und richtig behandelt werden. Damit sind Patienten auch rasch wieder gesund und können ihre Aufgaben in ihrer Familie und am Arbeitsplatz wieder schneller wahrnehmen.

Der regulierte Wettbewerb, der die Qualität der medizinischen Leistung in den Vordergrund rückt, garantiert somit dem Patienten eine gute und kostengünstige Behandlung. Gemäss Umfragen sind das die Ziele der Bevölkerung. Und genau das sichert der Gesundheitsartikel: *Leistungserbringer dürfen nur für die Krankenversicherung tätig sein, wenn sie qualitativ hochstehende Leistungen erbringen. (Artikel 117a Abs. 3 Bst. d)*

Die Krankenversicherung richtet sich neben den Prinzipien der Transparenz nach den Prinzipien des Wettbewerbs. (Art. 117a Abs. 3 Bst. B)



4. Der Gesundheitsartikel verhindert Rationierung

Linke Kreise kämpfen gegen den Gesundheitsartikel, weil dieser ein freiheitliches Gesundheitssystem verankert, welches den Patienten in den Mittelpunkt stellt. Linke wollen lieber eine bevormundende Staatsmedizin wo Intransparenz und Abhängigkeiten herrschen.

Der Blick ins Ausland zeigt – beim planwirtschaftlichen Einheitsbrei bleibt der Patient auf der Strecke. Planwirtschaft führt nicht nur zu höheren Kosten, sondern verschlechtert auch die Qualität im Gesundheitswesen und führt im Endeffekt zur Rationierung von Gesundheitsleistungen. Eindrückliche Anschauungsbeispiele finden sich im Ausland: Beispielsweise klaffen in Österreich immer grössere Finanzierungslücken. Die Konsequenz sind Schuldenberge, Steuererhöhungen und letztlich schlechtere Leistungen. In Italien wurden jüngst erschreckende Beispiele der negativen Folgen einer staatlichen Einheitsversorgung publik – ein Mädchen starb im Krankenwagen, weil der Strom ausging. In Spitälern laufen streunende Hunde durch die Abteilungen. Berichte sowie Bilder aus diesen Spitälern schreckten die Bevölkerung auf. In Grossbritannien leben weniger als die Hälfte (48 Prozent) der Patienten fünf Jahre nach einer Diagnose mit Krebs – in der Schweiz sind es 61%. Im kanadischen Québec gewährte das oberste Gericht den Bürgern den Zugang zu privaten Versicherungen und Leistungsanbietern, da zum Teil lebensgefährliche Wartelisten gegen Quebecs Grundrechtskatalog verstiessen. Mit der gleichen Begründung haben in Grossbritannien Patienten erstmals seit 50 Jahren das Recht zur Wahl zwischen vier Spitälern inkl. eines privaten Anbieters.

Solche Missstände will der Gesundheitsartikel verhindern. Nur wenn medizinische Leistungen für jedermann ersichtlich sind, wenn jeder Patient frei wählen kann und damit die Spitäler, Ärzte und Pflegeheime sich mit guter Qualität und günstigen Preisen messen, werden Rationierung und unkontrolliert steigende Kosten verhindert. Der Gesundheitsartikel verhindert, dass sich die Gesundheitsbürokratie gegen die Interessen der Patienten durchsetzt. Dank dem Gesundheitsartikel wird klar: Wer zahlt befiehlt. Und es sind weder die Krankenkassen noch die Gesundheitsdirektoren die zahlen, sondern die Prämien- und Steuerzahler. Das heisst: Wir Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürger.

Hier verhindert der Gesundheitsartikel Rationierung:

- **Damit Patienten auch mit 65 ein neues Hüftgelenk bekommen**
- **Damit der Zugang zu neuen Therapien und Medikamenten niemandem verwehrt bleibt**
- **Damit der Patient statt die Gesundheitsbürokratie entscheiden kann, wie und wo er oder sie behandelt wird**



5. Fehlinformationen der Gegner

Die Gegnerschaft versucht, die Errungenschaften des Gesundheitsartikels mit Falschaussagen zu torpedieren.

Mythos Vertragsfreiheit

Ärzte und Krankenversicherungen sind aufgrund des Vertragszwangs miteinander vertraglich verbunden. Das heisst, dass jeder Arzt mit jeder Krankenversicherung einen Vertrag eingehen kann. Somit verpflichtet sich die Krankenversicherung die vom Arzt ausgestellten Rechnungen vollumfänglich zu bezahlen. Es besteht also einen Zwang für die Krankenversicherungen, mit jedem Arzt einen Vertrag abzuschliessen, welcher es dem Arzt ermöglicht seine Leistungen, über die Krankenversicherungen abzurechnen.

Die Gegner der Gesundheitsvorlage stellen den Mythos auf, dass der neue Gesundheitsartikel automatisch den Vertragszwang abschaffen resp. die Vertragsfreiheit einführen will. Sie beziehen sich dabei auf Aussagen aus der Stände- und Nationalratsdebatte sowie auf zwei Gutachten. Die Gegner der Vorlage, insbesondere die Ärztevereinigung FMH, nehmen es mit der Wahrheit nicht so genau.

Fakt und richtig ist: Die Einführung der Vertragsfreiheit lässt sich in keiner Weise aus dem Verfassungsartikel ableiten. **Richtig ist**, dass in einer früheren Version des Verfassungsartikels die Vertragsfreiheit noch berücksichtigt wurde. In der abschliessenden Dezembersession verzichtete das Parlament, nicht zuletzt aufgrund politischer Gründe und im Interesse einer breiten Unterstützung, auf die Einführung der Vertragsfreiheit auf Verfassungsebene. Folgende Aussage untermauert diese Tatsache:

„Schliesslich noch ein Wort zur Vertragsfreiheit: Wann und vor allem in welcher Form ist aber auf Verfassungsebene nicht geregelt; die Formulierung ist auch relativ offen. (...) ich möchte Sie darauf hinweisen, dass die beiden Eckzähne – der Monismus und die Vertragsfreiheit, in einem Gesetz geregelt werden müssen, das seinerseits wieder referendumspflichtig ist“. (Ständerat Hans Altherr, FDP, aus der Ständeratsdebatte vom 6.12.2007)

Das Parlament verzichtet also explizit auf die Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern auf Verfassungsebene. Zur Einführung der Vertragsfreiheit braucht es gar keine Verfassungsgrundlage. Die Vertragsfreiheit ist bereits ein in der Verfassung verankerter Grundsatz. Im Gesundheitswesen (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG) besteht hingegen eine gesetzlich geregelte Ausnahme, wonach alle zugelassenen Ärzte zulasten der Krankenversicherungen Leistung erbringen dürfen. Eine entsprechende Änderung dieses Grundsatzes müsste folglich auf Gesetzesebene vorgenommen werden (siehe vorhergehendes Zitat von Hans Altherr). Die Gegnerschaft stellt also einen Mythos ohne jeglichen Wahrheitsgehalt auf. Eine Verfassungsänderung erübrigt sich damit.

Diesbezüglich haben Vertreterinnen und Vertreter der FDP, CVP und SVP in der Frühjahrs-session Klartext geredet, wonach die Vertragsfreiheit auf **Gesetzesstufe** geregelt werden muss. Ein Zusammenhang zum Verfassungsartikel besteht nicht. Folgende Aussage untermauert diese Tatsache:



„Wir möchten bei dieser Gelegenheit feststellen, dass der am 1. Juni 2008 zur Abstimmung gelangende Verfassungsartikel zur Gesundheit in keiner Weise ein Schritt hin zur Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Versicherten darstellt. Fakt ist nämlich, dass die Gesundheitsverfassung - über die also bei der Abstimmung im Juni entschieden wird - die Frage bezüglich der Einführung der Vertragsfreiheit weder direkt noch indirekt regelt. Auch lässt sich die Aufhebung des Vertragszwanges nicht aus diesem Verfassungstext ableiten. Mit der expliziten Streichung einer solchen Bestimmung aus der definitiven Version des Verfassungstextes hat das Parlament nämlich in der Wintersession bekräftigt, dass die Vertragsfreiheit nicht in diesem Kontext eingeführt werden soll“. (Nationalrat Pierre Triponez, FDP, aus der Nationalratsdebatte vom 5.3.2008)

Richtig ist, dass in der Frühlingssession das Parlament im Zuge der Revision des KVG's die Einführung der Vertragsfreiheit berät. Oberstes Ziel bleibt es aber, die Qualität der medizinischen Versorgung national und flächendeckend zu gewährleisten. Gegen die Gesetzesvorlage kann zu einem späteren Zeitpunkt jederzeit das Referendum ergriffen werden.

Die Ärztevereinigung FMH und ihr Unterstützungskomitee betreiben ein falsches Spiel, in dem sie den Gesundheitsartikel mit der laufenden Diskussion im Parlament vermischt. Die laufende Diskussion im Parlament und der Gesundheitsartikel sind unabhängig voneinander zu betrachten.

Pflegefinanzierung

In der Pflegefinanzierung ändert sich mit dem neuen Verfassungsartikel nichts. Die Behauptung, dass die spitalexterne Pflegefinanzierung mit der Kann-Formulierung in Gefahr sei, ist an den Haaren herbeigezogen. **Richtig ist:** Die Pflegefinanzierung stand während der ganzen Parlamentsdebatte nicht zur Diskussion. Es bleibt alles beim Alten.



Finanzierung aus einer Hand

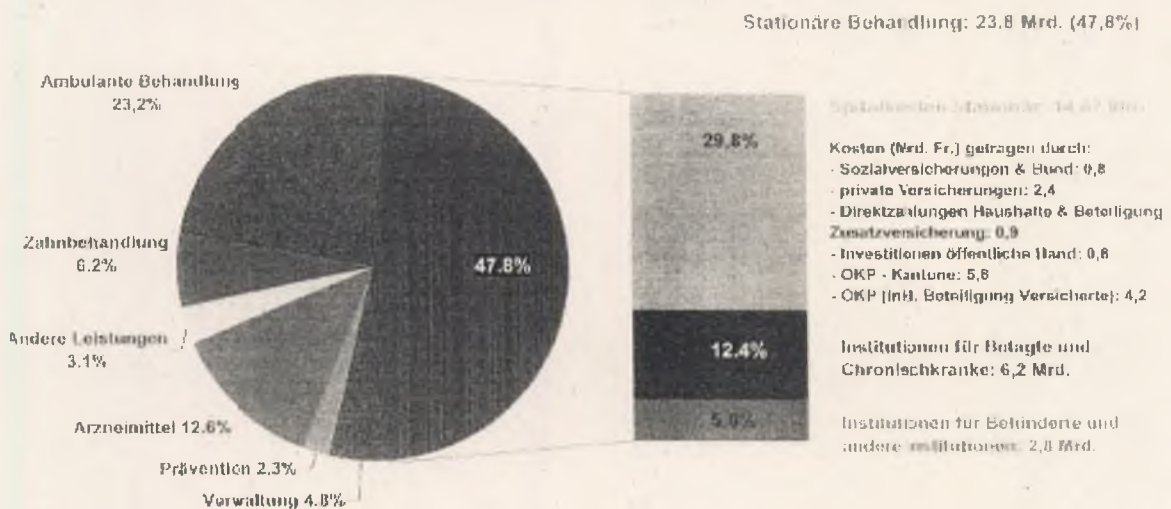
Der Gesundheitsartikel legt die Basis für eine Finanzierung des Gesundheitswesens aus einer Hand. Neu soll nur noch eine Institution (Kostenträger) die medizinischen Leistungen finanzieren. Heute tragen im stationären Bereich die Kantone und die Krankenkassen die Kosten gemeinsam. Diese intransparente Finanzierung ist begleitet von Zuständigkeits- und Interessenskonflikten und führt zu Fehlanreizen.

Die Finanzierung aus einer Hand bietet dementsprechend viele Vorteile. Mit nur noch einem Kostenträger müsste künftig nur noch eine Institution mit den verschiedenen Leistungserbringern verhandeln. Im Weiteren wären die Kostenverzerrungen und die falschen Anreize entschärft.

Im Gesundheitsartikel steht nicht, wer dieser Monist sein soll. Dies müsste der Gesetzgeber regeln und in Verordnungen präzisieren. Verschiedene Modelle stehen zur Diskussion. Genauso klar ist auf alle Fälle, dass die bisherigen Kostenbeiträge der Kantone (rund 8 Mrd. CHF) nicht ohne klare gesetzliche Regelung und mit einem vom Parlament verabschiedeten Leistungsauftrag an diesen zu bestimmenden Monisten übertragen würden. Der Einfluss der öffentlichen Hand bleibt damit in jedem Fall gewahrt.

Der Monismus ist im Gesundheitsbereich keine Neuheit. Die Gegnerschaft ignoriert die heutigen Gegebenheiten, wenn sie behauptet, der Monismus sei etwas komplett Neues in unserem Gesundheitssystem. Bereits heute wird der gesamte **ambulante Bereich** (1/4 der Kosten des Gesundheitswesens) einzig durch einen Kostenträger, in dem Fall die Krankenkassen, bezahlt. Die Einführung des Monismus auch im **stationären Bereich** ist demzufolge mehr eine logische Folge als eine nie dagewesene Revolution.

Struktur der Gesundheitsausgaben im Jahr 2003: Total 50 Mrd. Franken



Quelle: UFG, Kosten des Gesundheitswesens 2001, 2005 und DG über die Krankenversicherung, Teilrevision (Spitalfinanzierung), Anhang 1



6. Schluss mit den bestehenden Fehlanreizen

Die ungleiche Handhabung der Finanzierung bei der ambulanten und stationären Behandlung ist bekannt: Während die ambulante Behandlung einzig über die Krankenkassen (Prämiengelder) bezahlt wird, wird bei der stationären Behandlung die Finanzierung einerseits von den Krankenkassen, andererseits von der öffentlichen Hand sichergestellt. Diese Teilsubventionierung der stationären Behandlung durch die öffentliche Hand führt zu unnötigen Mehrkosten im Gesundheitswesen und weiter wachsenden Krankenkassenprämien. Mit der Annahme des Verfassungsartikels „für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“ wird diesem exemplarischen Fehlanreiz einen Riegel vorgeschoben.

Ein NEIN zum Verfassungsartikel „Für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung“ wäre ein Rückschlag für Patientinnen und Patienten. Weitere Vorteile des Verfassungsartikels wären aber auch gefährdet: Die neue „Gesundheitsverfassung“ verbessert die Koordination zwischen Bund und Kantonen im Gesundheitsbereich. Damit sollen insbesondere die flächendeckende Gesundheitsversorgung sichergestellt und die Randregionen gestärkt werden. Die Vorlage führt zu einer Verankerung der Prämienverbilligung in der Verfassung. Die soziale Ausgestaltung unserer Gesundheitsversorgung ist somit auf Verfassungsstufe garantiert. Bei einem Nein bleiben die heute vorherrschenden Fehlanreize und Kostenverzerrungen im undurchsichtigen Gesundheitssystem bestehen.

Der Gesundheitsartikel: Das 3-Punkte-Programm für den Patienten im Mittelpunkt

- 1. Transparenz ermöglicht Wahlfreiheit**
- 2. Wahlfreiheit schafft Wettbewerb**
- 3. Wettbewerb führt zu mehr Qualität**

Ein JA zum Gesundheitsartikel stärkt die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und ermöglicht eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Der Verfassungsartikel fördert dank Wettbewerbselementen gezielt die Leistungs- und Preistransparenz, welche für Kosteneffizienz sorgen und das Wachstum der Gesundheitsausgaben bremsen. Der Gesundheitsartikel durchbricht zudem den bestehenden Reformstau im Gesundheitswesen und bietet eine Perspektive für mehr Qualität, Transparenz, Wahlfreiheit und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung.

Daher: Gesundheitsartikel JA am 1. Juni.

www.gesundheit-ja.ch



7. Der neue Gesundheitsartikel

Art. 117 Unfallversicherung

- ¹ Der Bund erlässt Vorschriften über die Unfallversicherung.
- ² Er kann die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.

Art. 117a Krankenversicherung (neu)

- ¹ Der Bund erlässt Vorschriften über die Krankenversicherung.
- ² Die Krankenversicherung beinhaltet eine Krankenpflegeversicherung; sie kann auch eine Taggeldversicherung beinhalten. Die Krankenpflegeversicherung sieht Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft vor; sie kann auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und Unfall vorsehen.
- ³ Beim Erlass der Vorschriften beachtet der Bund folgende Grundsätze:
 - a. Die Leistungen der Krankenpflege müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.
 - b. Die Krankenversicherung richtet sich nach den Prinzipien des Wettbewerbs und der Transparenz. Die Eigenverantwortung der Versicherten wird gefördert.
 - c. Versicherer, die im Rahmen der Krankenversicherung tätig sein wollen, bedürfen einer Zulassung.
 - d. Die Voraussetzungen, unter denen Leistungserbringer zulasten der Krankenpflegeversicherung tätig sein können, werden so festgelegt, dass eine qualitativ hochstehende Leistungserbringung und der Wettbewerb gewährleistet sind.
- ⁴ Der Bund kann die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Im Falle einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die versicherungspflichtigen Personen frei wählen unter den zugelassenen Krankenversicherern und den Leistungserbringern, die zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung zugelassen sind.
- ⁵ Bund und Kantone sorgen bei der Durchführung der Krankenversicherung im Rahmen ihrer Zuständigkeiten gemeinsam für eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität und Wirtschaftlichkeit und koordinieren ihre Massnahmen.
- ⁶ Die Krankenpflegeversicherung wird finanziert über die Prämien und die Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie über öffentliche Beiträge, die demjenigen Träger ausgerichtet werden, der die Leistungen vergütet. Bund und Kantone sehen Prämienverbilligungen vor; dabei tragen sie der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung.