



Komitee „Nein zur Gesundheitssteuer-Initiative“

Geschäftsstelle, Postfach 6136, CH-3001 Bern, www.gesundheitssteuer-nein.ch
Telefon 031 320 35 35 / Fax 031 320 35 00

Basisdokumentation

NEIN zur Gesundheitssteuer-Initiative

Eidg. Volksabstimmung vom 18. Mai 2003 über die
SP-Volksinitiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“

Inhaltsverzeichnis

1	Worum geht es?	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Was sind die Auswirkungen der Initiative?	1
2	Die wichtigsten Argumente auf einen Blick	4
2.1	NEIN zu neuen Gesundheitssteuern.....	4
2.2	NEIN zu einer zentralistischen Staatsmedizin	6
2.3	NEIN zur Abschaffung von Sparanreizen.....	6
2.4	Schlussfolgerung	7
3	Wortlaut der Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“	8
4	Namensliste der Initianten	9
5	Bundesrat und Parlament zur Initiative	10
5.1	Ablehnung der Initiative ohne Gegenentwurf.....	10
5.2	Die Haltung des Bundesrates	10
5.3	Die Behandlung in den eidgenössischen Räten.....	14
6	Zitate von Opinion-Leaders	18
6.1	Zitate von SP-Exponenten für das Modell 50/50 mit 3,5% MwSt.....	18
6.2	Zitate von Gegnern der Initiative	19
7	Stellungnahmen von Parteien und Verbänden	20
7.1	Parteien.....	20
7.2	Verbände	20
8	Zahlen und Fakten	21
8.1	BSV Sozialversicherungsstatistik	21
8.2	Wirksamkeit der Prämienverbilligung	22
9	Vergleich der Gesundheitssysteme in Europa (UK, D, F, I)	24
9.1	Ressourcen im Gesundheitswesen	24
9.2	Grossbritannien: Jahrelange Wartezeiten, Rationierung und chronischer Mangel an Krankenschwestern	28
9.3	Deutschland: Arzneimittelbudget, Dirigismus, starke Regulierung, Versorgungsdefizite, versteckte Rationierung	36
9.4	Frankreich: Wartelisten und Zweiklassenmedizin	44
9.5	Italien: Privatkundschaft kommt zuerst.....	47
9.6	Medienberichte mit wirkungsvollem Inhalt	49

1 Worum geht es?

1.1 Ausgangslage

Am 18. Mai 2003 werden die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger über die von der SP lancierte Volksinitiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ abstimmen. Laut Initiative soll die obligatorische Krankenpflegeversicherung aus **zusätzlichen, zweckgebundenen Mehrwertsteuereinnahmen des Bundes und in mindestens gleich hohem Umfang aus einkommens- und vermögensabhängigen Prämien** finanziert werden. Die Initiative fordert zudem eine Zentralisierung von Planungs- und Koordinationsaufgaben beim Bund. Eine Selbstbeteiligung der Versicherten ist in der Initiative nicht vorgesehen, und durch die Aufhebung der frei wählbaren Franchisen wird die heute von fast jedem zweiten Versicherten genutzte Möglichkeit, durch kostenbewusstes Verhalten, seine Prämie zu senken, abgeschafft. Weil auch die Prämienverbilligung der Initiative zum Opfer fällt, dürfte die Initiative – trotz gegenteiliger Behauptungen – für viele Leute mit tiefem Einkommen eine Mehrbelastung zur Folge haben.

Die Initiative führt zu einer massiven Erhöhung der Mehrwertsteuer und der direkten Bundessteuer. Die Erfahrung steuerfinanzierter Systeme aus dem Ausland zeigt, dass bürokratische Staatsmedizin zu einem Zweiklassensystem und Qualitätsabbau im Gesundheitswesen führen. Mit einem intransparenten Finanzierungssystem und der Abschaffung jeglicher Sparanreize für alle Akteure im Gesundheitswesen leistet die Initiative sicher keinen Beitrag zur Eindämmung der Gesundheitskosten.

Aus diesen Gründen lehnen Bundesrat und Parlament das Volksbegehren ab.

1.2 Was sind die Auswirkungen der Initiative?

1.2.1 Die Einführung neuer Gesundheitssteuern

Die Krankenversicherung soll neu mit zusätzlichen, zweckgebundenen Einnahmen aus der Mehrwertsteuer und zu mindestens gleichen Teilen mit einkommens- und vermögensabhängigen Beiträgen der Versicherten finanziert werden.

Die Mehrwertsteuer müsste – selbst nach heutiger Berechnungsgrundlage, d.h. ohne Berücksichtigung der pro Jahr um rund 5% steigenden Krankenpflegekosten - um 3,5 bis 4 Prozent angehoben werden; mittel- und langfristig muss angesichts der steigenden Gesundheitskosten mit einer weiteren Erhöhung des MwSt-Satzes gerechnet werden. Pro Kopf der Bevölkerung entspricht dies einer zusätzlichen jährlichen Belastung durch die Mehrwertsteuer von über 1'000 Franken. Die massive Erhöhung der Mehrwertsteuer wird sich auf die Preise auswirken und trifft somit alle. Am stärksten belastet werden aber Haushalte mit niedrigen oder mittleren Einkommen. Dass dies weder sozial noch eine Entlastung der Familien ist, haben jüngst auch die Initianten gemerkt, weshalb sie jetzt plötzlich von anderen Finanzierungsmodellen ausgehen und gar mit dem Referendum drohen, wenn das Parlament die Initiative so umsetzt, wie sie von der SP und ihren führenden Exponenten (z. B. NR Franco Cavalli) noch im Parlament vertreten worden ist.

Die Ersetzung der Kopfprämien durch einkommens- und vermögensabhängige Prämien bedeutet die Einführung einer Reichtumssteuer. Die Initianten wollen uns weismachen, dass die meisten Prämienzahler von diesem System profitieren würden, denn auch im Ausland würde die Krankenkasse über Steuern bezahlt. Wenn man weiss, dass beispielsweise in Deutschland nur Leute mit einem Jahreseinkommen von unter 45'900 Euro (CHF 67'500) in der gesetzlichen Krankenversicherung sein müssen – wer mehr verdient, kann sich der Solidarität der Pflichtversicherung entziehen -, ist kaum vorstellbar, dass in der Schweiz Krankenkassenprämien von mehreren Millionen Franken bei sehr hohen Einkommen und Vermögen realistisch sind. Je nach Finanzierungsmodell müsste eine zusätzliche Steuerabgabe von zwischen 6% und 9.5% des steuerbaren Einkommens erhoben werden.

Die Besteuerung des Vermögens findet heute nur auf Gemeinde und Kantonsebene statt. Auf Bundesebene wird das Vermögen heute nicht besteuert. Ganz abgesehen von diesem massiven Eingriff in die föderalistischen Strukturen, würde die Bemessung vermögensabhängiger Krankenkassenprämien enorme administrative Probleme stellen, wobei der Ertrag z. B. aufgrund der stark schwankenden Börsenwerte nur schwer berechnet werden könnte.

Die Auswirkungen des neuen Finanzierungssystems sind für das Gesundheitswesen und die privaten und öffentlichen Haushalte von einer nicht absehbaren Tragweite. Das heutige Finanzierungssystem mit seiner Mischung aus Kopfprämien, einkommensabhängigen Prämienverbilligungen, der Selbstbeteiligung und den teils steuerfinanzierten Spalkosten ist über Jahre gewachsen und hat seine Stärken und Schwächen. Die Tatsache, dass in Deutschland heute laut die Vorzüge des schweizerischen Systems mit der Kopfprämie diskutiert wird, sollte aber vor gefährlichen Experimenten abschrecken. Verbesserungen, etwa bei den Prämienverbilligungen, können durch Korrekturen am geltenden System erreicht werden.

Wie schon bei manchen Initiativen haben nun scheinbar auch die Initianten der Gesundheitssteuer-Initiative kurz vor dem Urnengang die gravierenden Mängel ihres Begehrens erkannt. Sie sind sich scheinbar bewusst geworden, dass ihre radikalen Forderungen vor dem Volk keine Chancen haben. Deshalb wird nun krampfhaft versucht, den Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern die Katze im Sack zu verkaufen. Nach neuen Zahlenspielen der SP soll etwa der Kostenanteil der Mehrwertsteuer noch ein Viertel statt wie im Initiativtext festgeschrieben maximal die Hälfte betragen. Dies würde gemäss Initianten vorerst zu einer Erhöhung der Mehrwertsteuer von 1,5 statt von 3,5 bis 4 Prozent führen. Doch die Zahlenspiele der SP gehen nicht auf: aufgrund des heutigen Steuersubstrats müsste selbst bei Annahme des SP-Modells die Mehrwertsteuer um 1.85% (statt 1.5%) erhöht werden, auf dem Einkommen müsste der Steuersatz 9.5% (statt 3.4%) betragen, und das Vermögen würde mit 1% (statt mit 0.3%) besteuert, um die heutigen Krankenpflegekosten zu finanzieren. Tatsache ist und bleibt aber ohnehin, dass am 18. Mai über die ursprünglich eingereichte Initiative abgestimmt wird. Korrekturen könnten nach einer Annahme des untauglichen

Volksbegehrens einzig und allein das Parlament anbringen. Ob die Mehrheit der Parlamentarierinnen und Parlamentarier aber hiezu gewillt ist, ist mehr als fraglich.

1.2.2 Die Einführung einer zentralistischen Staatsmedizin

Eine ganze Reihe von Kompetenzen im Gesundheitswesen und speziell bei der Krankenversicherung soll von den Kantonen auf den Bund übertragen werden. Davon betroffen sind Planung, Spitzenmedizin, Preise und Tarife, Zulassung der Leistungserbringer, Qualitätskontrolle sowie generell Kostendämpfungsmaßnahmen bei übermässigen Leistungsmengen. Trotz des Glaubens an die zentralistische Planung enthält die Initiative in Bezug auf die Kostenkontrolle keine neuen Elemente, denn sie verlangt Massnahmen, die teilweise schon heute umgesetzt sind (Kontrolle der Medikamentenpreise), die in der KVG-Revision diskutiert werden (Planung der Spitzenmedizin, Zulassungsbestimmungen für Leistungserbringer) oder die schon heute von den Kantonen ergriffen werden können (Kostenbremse bei Spitälern und Pflegeheimen). Mit der faktischen Abschaffung der heutigen Anreizsysteme für kostenbewusstes Verhalten (frei wählbare Franchisen, HMOs, Hausarztmodelle) eliminiert die Initiative jedoch Instrumente, welche sich bewährt haben und um welche die Schweiz vom Ausland benieden wird. Auch sind heute die Prämien unter den Kantonen sehr verschieden, weil je nach Kanton unterschiedlich viele Gesundheitsdienstleistungen beansprucht werden. Die mit der Initiative implizit vorgesehene Einheitsprämie bestraft jene Kantone, welche im Gesundheitswesen sparsam haushalten.

Die Kompetenzverschiebungen von den Kantonen zum Bund führen zu einer zentralistischen Planungsbürokratie. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass damit keine Kosteneindämmung erreicht wird, wohl aber ein Qualitätsabbau in der medizinischen Versorgung, Rationierungen und als Folge eine Zweiklassenmedizin. Die Kompetenzverschiebungen zum Bund laufen ferner diametral den Bemühungen der neuen Finanzordnung entgegen, welche u.a. das Subsidiaritätsprinzip, die Nähe zum Bürger, zum Inhalt hat. Zudem sind einige in der Initiative enthaltene Anliegen seither durch Revisionen des Krankenversicherungsgesetzes im Sinne der Initianten bereits geregelt oder in weiteren Revisionen vorgesehen.

1.2.3 Abschaffung von Sparanreizen

Mit der Einführung des radikalen Systemwechsels bei der Finanzierung der Krankenversicherung entfällt für alle Akteure im Gesundheitswesen jegliche Transparenz und damit auch jeglicher Sparanreiz. Heute haben sich bereits über 40 Prozent der Versicherten für eine höhere Franchise entschieden. Die Selbstbeteiligung über frei wählbare Franchisen würde gemäss Initiative jedoch ebenso abgeschafft wie die alternativen Versicherungsmodelle (HMOs, Bonusmodelle, Hausarztmodelle) verunmöglicht würden, weil sie im Finanzierungsmodell der SP keinen Platz haben. Dies schmälert das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der Versicherten.

2 Die wichtigsten Argumente auf einen Blick

2.1 NEIN zu neuen Gesundheitssteuern

- Die Krankenpflegekosten haben sich im Jahre 2002 auf rund 17 Milliarden Franken belaufen, mit einer jährlichen Steigerung von rund 5%. Bei einer hälftigen Finanzierung über die Mehrwertsteuer, d.h. 8.5 Mrd. Fr., müsste die Mehrwertsteuer um 3.5 bis 4 Prozent erhöht werden. Pro Einwohner würde eine durchschnittliche Belastung durch die Mehrwertsteuer um über 1'000 Franken¹ anfallen.
- Die Erhöhung der Mehrwertsteuer um 3,5 bis 4 Prozent würde sich auf die Preise auswirken. Sie trifft also alle. Am härtesten betroffen sind jedoch Haushalte mit geringen oder mittleren Einkommen und Familien die heute von Prämienverbilligungen profitieren. Die Anzahl der Haushalte, die heute dank Prämienverbilligungen keine Prämien bezahlen, beträgt mindestens 160'000 Haushalte.² Die Initiative ist also keineswegs sozial. Es werden gerade die Einkommensschichten am stärksten belastet, welche die Initianten zu entlasten vorgeben.
- Die Initianten behaupten, dass rund 90 Prozent der Bevölkerung vom neuen Modell profitieren und auf der Prämienseite entlastet würde. Diese Aussage stimmt nicht. Tiefe Einkommen, die heute von der Prämienverbilligung profitieren, würden überproportional von der MwSt-Erhöhung betroffen. Es macht keinen Sinn, die Prämienzahler zu entlasten und ihnen dann über zusätzliche MwSt-Prozente das Geld wieder aus der Tasche zu ziehen. Das ist keine Entlastung, sondern ein komplizierter Umverteilungsmechanismus.
- Die Selbstbeteiligung der Versicherten (Franchise und Selbstbehalt), die heute rund 15 Prozent der Ausgaben deckt, würde abgeschafft. Das heisst, dass die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Höhe von über 17 Mrd. Franken vollumfänglich durch einkommens- und vermögensabhängige Prämien und Beiträgen aus der Mehrwertsteuer zu decken wären. Ausserdem entfällt die heute von fast jedem zweiten Versicherten in Anspruch genommene Möglichkeit die Krankenkassenprämie durch eine frei wählbare Franchise zu reduzieren.
- Die Initiative sieht keinen definierten oberen Rahmen für die Erhöhung der Mehrwertsteuer vor. Heute ist die Mehrwertsteuer so konzipiert, dass die massgeblichen Höchstsätze der einzelnen Steuersätze sowie der zweckgebundenen Zuschläge (AHV/IV, NEAT) in der Bundesverfassung geregelt sind. Über eine Erhöhung der Mehrwertsteuer muss das Volk obligatorisch abstimmen. Mit der Initiative würde die Kompetenz zu einer Erhöhung der Mehrwertsteuer auf das Parlament übertragen. Damit würde das transparente und demokratische Prinzip von heute aufgegeben. Weiteren Erhöhungen der Mehrwertsteuer wären somit Tür und Tor geöffnet.

¹ Datengrundlage: Eidg. Steuerverwaltung; BSV. Berechnung der Bruttoleistungen für das Jahr 2002 auf Basis der Bruttoleistungen für das Jahr 2000 und unter Annahme eines jährlichen Wachstums von 5 Prozent. Die Erhöhung um einen (proportionalen) MwSt.-Prozentpunkt ergibt zusätzliche Steuereinnahmen von 2.3 Mrd. Fr. (schriftliche Auskunft bei der eidg. Steuerverwaltung vom 31. Januar 2003).

² Gemäss dem Presse- und Informationsdienstes des eidg. Departements des Innern erhalten diese Haushalte Jahresprämien von mehr als 3'600 Franken. Ebenfalls keine Prämien erhalten die knapp 210'000 Bezüger von Ergänzungsleistungen.

- Allein die Vermögensabgaben müssten jährlich über 2 Mrd. Franken betragen, um den geforderten Anteil an der Finanzierung der Krankenversicherung zu erbringen. Mit anderen Worten bewirkt die Initiative eine Erhöhung der Steuerquote und die Einführung einer Reichtumssteuer auf Bundesebene. Ganz abgesehen von der drohenden Abwanderung attraktiver Steuerzahler ist die Finanzierung der Krankenversicherung über die Besteuerung des Vermögens unsinnig. Die Berechnung des notwendigen Steuersatzes wäre aufgrund stark fluktuierender Vermögenswerte (Börsenkurse) ausserordentlich schwierig, und die Ertragsschwankungen hätten gravierende Folgen für den Finanzhaushalt der Krankenversicherung.
- Die Besteuerung des Vermögens findet heute nur auf Kantons- und Gemeindeebene statt. Es müsste eine bundesweite Vermögenssteuer eingeführt werden mit dem im schweizerischen Steuerrecht neuen Begriff des „realen Vermögens“. Ganz abgesehen davon, dass es schwer denkbar ist, dass man bei der Berechnung des „realen“ Vermögens gesunden Menschenverstand ausser acht lassen müsste, weil die Initianten von der merkwürdigen Annahme ausgehen, dass Schulden beim Realvermögen keine Rolle spielen, würden sich enorme praktische Probleme stellen. Soll etwa gegenüber heute eine andere Bewertung des Immobilienvermögens und dabei insbesondere der landwirtschaftlich genutzten Immobilien erfolgen? Und was wären die Auswirkungen auf die Landwirtschaft und das Gewerbe, einschliesslich der zu erwartenden Jahre langen, teure Rechtstreitigkeiten über die Bemessungsgrundlagen für die Budgetberechnung der Krankenversicherung? Im Grunde genommen müssten selbst die Pensionskassengelder jedes Einzelnen in die Berechnungen mit einbezogen werden, wenn diese als „reales Vermögen“ gelten. Gerade in der heutigen Zeit ist eine Besteuerung der Vermögen in den Pensionskassen jedoch wohl kaum angebracht.
- Selbst bei der hälftigen Finanzierung durch die Mehrwertsteuer würde die Initiative praktisch eine Verdoppelung des heutigen Ertrags der Bundessteuer natürlicher Personen bedingen. Die direkte Bundessteuer ist heute stark progressiv ausgestaltet. Für die neue Steuer auf das Einkommen schlagen die Initianten einen einheitlichen Besteuerungssatz vor. Das heisst bei einem steuerbaren Einkommen von 30'000 Franken würde sich die Bundessteuer verfünffachen (von 146.87 Fr. auf 742.81 Fr.). Diese Einkommensschichten bezahlen heute in der Regel keine Krankenkassenprämien. Bei einem Einkommen von 65'000 Franken würde sich die Bundessteuer verdreifachen (von 1313.20 Fr. auf 3995.20 Fr.) und bei 120'000 Fr. immer noch verdoppeln (von 6'030.80 Fr. auf 11'990.80 Fr.). Das Versprechen der SP, dass die meisten Prämienzahler von ihrer Initiative profitieren, kann erst recht nicht aufgehen, wenn man berücksichtigt, dass sogar ein zusätzlicher Einkommenssatz von 9.5% auf dem steuerbaren Einkommen erhoben werden müsste, wenn man nur einen Viertel der Krankenversicherung über die Mehrwertsteuer finanziert, die zusätzliche Belastung durch die Mehrwertsteuer nicht eingerechnet.
- Laut Initiative sollen die Prämien nach der finanziellen Lage und den Familienlasten jeder versicherten Person festgelegt werden. Um dies zu verwirklichen, müssen die Einkommens- und Vermögensdaten nicht nur den Steuerbehörden mitgeteilt, sondern neu auch dem Organ zugänglich gemacht

werden, das die Prämien erhebt (Krankenversicherung?). Die Verteilung der Gelder auf die einzelnen Kassen wäre ein bürokratischer Albtraum. Auf jeden Fall würden bei der Festlegung der Prämie hohe Zusatzkosten bei den Steuerbehörden in Gemeinden und Kantonen anfallen.

- Neue Steuern entziehen der Wirtschaft Kaufkraft und sind im angespannten wirtschaftlichen Umfeld von heute unverantwortlich.

2.2 *NEIN zu einer zentralistischen Staatsmedizin*

- Die Initiative führt zu zentralistischer Planungsbürokratie und zur Schaffung einer Staatsmedizin. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen aber, dass lange Wartelisten, Rationierung und eine Zweiklassenmedizin die Folge wären. Die Anpassung der Mehrwertsteuer und der Beitragssätze auf Vermögen und Einkommen obliegen dem Parlament. Steuererhöhungen sind politisch immer umstritten und könnten aufgrund der unzureichenden Anpassungen an die steigenden Gesundheitskosten zu einer Finanzierungslücke führen. Die Folge wären Streichungen von Leistungen aus dem Grundversicherungskatalog, und die notwendigerweise verordneten Globalbudgets könnten zu Wartezeiten führen, wie man sie vom englischen System der Staatsmedizin kennt. Die Folge wäre Zweiklassen-Medizin, weil Personen mit Zusatzversicherung davon kaum betroffen wären.
- Die Verantwortung und Kompetenz soll nach dem Willen der Initianten von den Kantonen zum Bund und von den Privaten zum Staat verlagert werden. Es entsteht eine riesige Umverteilungsmaschinerie verbunden mit den zusätzlichen hohen administrativen Kosten eines neuen Planungsapparats.
- Mit der Verlagerung der Kompetenzen von den Kantonen auf den Bund wird der Föderalismus ausgehöhlt.
- Der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern wird massiv eingeschränkt. Wenn nicht nur Leistungen, Tarife und Preise vom Staat vorgegeben werden, sondern sich die Versicherer auch aus einem gemeinsamen Topf finanzieren, wird praktisch jeglicher Wettbewerb ausgeschlossen. Die Initiative führt damit letztlich zu einer einzigen staatlichen Versicherung. Wettbewerb wird durch Planung ersetzt.
- Die Initiative verlangt den Aufbau eines teureren Planungsapparats anstatt die Qualität und die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu fördern. Erfahrungen im Ausland zeigen, dass es praktisch unmöglich ist, aufgrund von staatlichen Planungsvorgaben die Leistungen an die Bedürfnisse der Bevölkerung anzupassen.

2.3 *NEIN zur Abschaffung von Sparanreizen*

- Mit der Finanzierung durch zusätzliche Mehrwertsteuerprozentente sowie einkommens- und vermögensabhängige Steuern entfällt jegliche Kostentransparenz für die Bürgerinnen und Bürger. Der Druck auf Politik und Akteure im Gesundheitswesen, vermehrt zu sparen, nimmt ab. Als Folge davon müssen die Mehrwertsteuer und die neuen Gesundheitssteuern laufend erhöht werden.

- Die Aufhebung der Selbstbeteiligung schmälert das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der Versicherten. Fehlende Sparanreize führen zu einer ungebremsten Mengenausweitung der nachgefragten Leistungen. Dabei ist gerade die Mengenausweitung mit ein Hauptgrund der steigenden Gesundheitskosten. Der Fortbestand von alternativen Versicherungsmodellen mit hohem Einsparpotenzial (HMO-, Bonus- und Hausarztmodelle) wird gefährdet.
- Das Kostenbewusstsein wird zusätzlich geschwächt, weil das Volksbegehren Versicherte in relativ kostengünstigen Kantonen genau gleich zur Kasse bitten will wie Versicherte in teuren Kantonen. So müssten Kantone mit geringen Gesundheitskosten Kantone mit hohen Ausgaben mitfinanzieren. Das vermindert die Sparanreize in den bislang kostenbewussteren Regionen, was zu weiteren Kostensteigerungen und letztlich Steuererhöhungen führt.

2.4 Schlussfolgerung

- Mit der Initiative wird eine reine Symptombekämpfung betrieben. Sie gibt vor, den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen zu bremsen, zielt aber einzig auf eine Umverteilung der Kosten ab.
- Anstatt ein radikaler Systemwechsel mit verheerenden Auswirkungen braucht das Gesundheitswesen Kostentransparenz, Sparanreize, kontrollierten Wettbewerb und Qualitätskontrolle. Bundesrat und Parlament haben bereits viele Korrekturen am geltenden System vorgenommen. Weitere Verbesserungen im Rahmen der KVG-Revision sind im Gang.
- Bundesrat und Parlament legen bessere Alternativen vor .

Nein zum radikalen Systemwechsel. Nein zur Gesundheitssteuer-Initiative.

3 Wortlaut der Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“

Initiativtext "Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)"

I. Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

- Art. 34bis** 1 Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.
- 2 Die obligatorische Krankenversicherung erfolgt durch gemeinnützige Krankenversicherer. Sie garantiert allen Versicherten eine qualitativ hochstehende, bedarfsgerechte und kostengünstige medizinische Versorgung.
- 3 Die obligatorische Krankenversicherung wird insbesondere finanziert aus:
- zusätzlichen, zweckgebundenen Einnahmen aus der Mehrwertsteuer in gesetzlich festgelegtem Umfang.
 - in mindestens gleich hohem Umfang durch Beiträge der Versicherten; diese Beiträge werden im Verhältnis zum Einkommen und zum realen Vermögen sowie unter Berücksichtigung der Familienlasten festgelegt.
4. Die Krankenversicherer erhalten pro versicherte Person Beiträge aus den unter Abs. 3 genannten Mitteln. Dabei werden die unterschiedlichen Risiken der Versicherer ausgeglichen. Überschüsse werden den Versicherten zurückerstattet.
5. Bund und Kantone sorgen für eine wirksame Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Der Bund trifft dazu insbesondere folgende Massnahmen:
- Er regelt die Spitzenmedizin und koordiniert die Gesundheitsplanungen der Kantone.
 - Er bestimmt die Maximalpreise der in der obligatorischen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Einschluss der Medikamente.
 - Er erlässt Zulassungsbestimmungen für die Leistungserbringer und sorgt für eine wirksame Qualitätskontrolle.
 - Werden übermässige Leistungsmengen erbracht, ergreift er nach Sparten und Regionen differenziert weitere Kostendämpfungsmassnahmen.
Die Kantone können im Bereich der Gesundheitsplanung weitergehende Massnahmen treffen.

II. Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt ergänzt:

- Art. 24 (neu)** 1 Die Leistungen des Bundes und der Kantone für das Gesundheitswesen haben mindestens dem teuerungsbereinigten Stand des Jahres 1997 zu entsprechen.
- 2 Der Ertrag nach Art. 34bis Abs. 3 der Bundesverfassung entspricht mindestens dem gesamten Prämienvolumen der obligatorischen Krankenversicherung im Jahr vor Inkrafttreten der Ausführungsgesetzgebung.
- Art. 25 (neu)** 1 Falls das Ausführungsgesetz zu Art. 34bis nicht innert drei Jahren nach Annahme des Verfassungsartikels in Kraft gesetzt werden kann, erlässt der Bundesrat die notwendigen Ausführungsbestimmungen zu den Absätzen 3 und 5 von Art. 34bis auf dem Verordnungsweg.
- 2 Er berücksichtigt dabei insbesondere folgende Grundsätze:
- Für die Beiträge der Versicherten gemäss Absatz 3 Buchstabe b gilt ein Freibetrag von 20'000 Franken für das Einkommen und von 1'000'000 Franken für das reale Vermögen.
 - Die in Absatz 3 Buchstabe b vorgegebenen Beiträge der Versicherten im Verhältnis des realen Vermögens belaufen sich auf mindestens ein Viertel der gesamten Beiträge der Versicherten gemäss Absatz 3 Buchstabe b.

4 Namensliste der Initianten

Folgende Personen bilden den Vorstand des Vereins "Gesundheit muss bezahlbar bleiben":

- Steiert, Jean-François, Präsident
- Cavalli, Franco, Vize-Präsident
- Garbani, Valérie
- Hausser, Dominique
- Kempf, Annemarie (SBK)
- Leutenegger, Susanne
- Rossini, Stéphane
- Winizki, David, (VUA)
- Ziltener, Erika

Folgende Gewerkschaften, Vereine und Parteien sind Kollektivmitglieder des Vereins "Gesundheit muss bezahlbar bleiben":

- Gewerkschaft Bau und Industrie (GBI), www.gbi.ch
- Schweizerischer Metall und Uhrenarbeitnehmer-Verband (SMUV), www.smuv.ch
- Vereinigung unabhängiger Ärztinnen und Ärzte (VUA), www.vua.ch
- Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpflegern (SBK), www.sbk.ch
- Sozialdemokratische Partei der Schweiz (SP Schweiz), www.sp-ps.ch

5 Bundesrat und Parlament zur Initiative

5.1 *Ablehnung der Initiative ohne Gegenentwurf*

Am 31. Mai 2000 hat *der Bundesrat* seine Botschaft zuhanden der eidgenössischen Räte verabschiedet. Der Bundesrat beantragte, die Initiative Volk und Ständen zur Ablehnung zu empfehlen. Der Gesamtbundesrat erneuerte 2002 seine Absicht, entgegen dem Willen der damaligen Sozialministerin Dreifuss am heutigen System mit Kopfprämien und Prämienverbilligungen festzuhalten. Er empfiehlt daher die Initiative ohne Gegenvorschlag zur Ablehnung.

Der Nationalrat hat als Erstrat die Vorlage in der Wintersession 2000 ebenfalls zur Ablehnung empfohlen. Der Ständerat folgte in der Wintersession 2002. In der Schlussabstimmung vom 5.12.2002 sprach sich der Nationalrat mit 84:60 Stimmen und *der Ständerat* mit 35:5 Stimmen für die Ablehnung der Volksinitiative aus. SP und Grüne unterstützten die Initiative jeweils geschlossen. Die Vorlage wird am 18. Mai 2003 Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

Die zeitweise als indirekten Gegenvorschlag betrachtete 2. Revision des Krankenversicherungsgesetzes scheiterte im Dezember 2002 in der Gesamtabstimmung des Nationalrates. Die 2. KVG-Revision liegt nun wieder beim Ständerat, der sich seinerzeit für die Einführung eines „Sozialzieles“ von einer maximalen Prämienbelastung von 8 Prozent des Haushaltseinkommens ausgesprochen hatte.

5.2 *Die Haltung des Bundesrates*

5.2.1 **Zusammenfassende Würdigung der Initiative durch den Bundesrat**

„Nach Ansicht des Bundesrates ist eine Umstellung des Finanzierungssystems der sozialen Krankenversicherung im Sinne der Vorstellungen der Gesundheitsinitiative nicht ins Auge zu fassen. Die Prämienverbilligung erfüllt heute im Wesentlichen die ihr zugeordnete Aufgabe gut und die noch bestehenden Mängel können durch punktuelle Korrekturen am geltenden System beseitigt werden. Die Auswirkungen der durch die Gesundheitsinitiative geforderten Umstellungen wären von einer Tragweite für alle öffentlichen und privaten Haushalte, deren Ausmass sich auf Grund eines möglichen Plus an sozialer Gerechtigkeit nicht rechtfertigen würde. Soweit ein Mehr an sozialer Gerechtigkeit noch anzustreben ist, soll dies nach Ansicht des Bundesrates im Rahmen einer Optimierung des heute bereits eingeführten Instrumentariums erfolgen.“ (BBl 2000 4267)

5.2.2 **Botschaft des Bundesrates**

In seiner Botschaft vom 31. Mai 2000 lehnt der Bundesrat die SP-Volksinitiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ ab. Nach Ansicht des Bundesrates ist eine *Umstellung des Finanzierungssystems* der sozialen Krankenversicherung im Sinne der Vorstellungen der Gesundheitsinitiative nicht ins Auge zu fassen.

Die Botschaft des Bundesrats kann grob in zwei Teile unterteilt werden, welche den äusseren Rahmen für den Aufbau der Argumentation gegen die Initiative vorgeben. Im ersten Teil der Botschaft wird Ist-Zustand im System der sozialen Krankenversicherung analysiert. Anschliessend folgt eine Auseinandersetzung mit den Forderungen der Initiative.

Positive Bilanz des Ist-Zustandes

Bei seiner Analyse des Ist-Zustandes im System der sozialen Krankenversicherung orientiert sich der Bundesrat an den drei mit dem KVG verfolgten Hauptzielen: *Verstärkung der Solidarität, Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Versorgung* und *Eindämmung der Kosten*.

Das KVG hat die Solidarität unter den Versicherten grundsätzlich und sehr deutlich verstärkt. Umsetzungsprobleme in der Einführungsphase konnten erfolgreich gelöst werden, die Freizügigkeit der Versicherten wurde gestärkt, unerwünschte Praktiken von Versicherern konnten unterbunden werden.

Wichtige Bereiche, auf die der Bundesrat laufend ein besonderes Augenmerk richtet, sind die Prämienverbilligung und der Risikoausgleich unter den Versicherern. Bei der Prämienverbilligung ist der Handlungsbedarf anerkannt und Massnahmen sind im Rahmen des Neuen Finanzausgleichs Bund/Kantone in Vorbereitung. Der Vollzug des Risikoausgleichs wurde verbessert, es stellen sich aber grundsätzliche Fragen vor allem in Bezug auf die Kriterien des Ausgleichs. Entsprechende Eingriffe bergen allerdings Gefahren in sich, sodass sie gut abgewogen werden müssen. Zudem sollte nach den kleineren Korrekturen das System des Risikoausgleichs nicht zu rasch erneut geändert werden, weil dies die Analyse seiner effektiven Wirkung stark erschwert.

Das KVG garantiert allen Versicherten den Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung. Eine klare Verbesserung der Situation vor dem KVG wurde durch das Versicherungsobligatorium und durch den einheitlichen Leistungskatalog erreicht. Zudem ist die Kostenübernahme bei Spitalaufenthalt nicht mehr zeitlich befristet. Der Leistungskatalog wurde um jene Leistungen erweitert, die für eine qualitativ hoch stehende Grundversorgung wirklich notwendig sind (in erster Linie Präventionsmassnahmen und Leistungen von Spitex und in Pflegeheimen).

Zur Eindämmung der Kosten sieht das KVG verschiedene Massnahmen vor, die ihr Wirkungspotenzial erst teilweise entfalten konnten. Mit einem Bündel von Massnahmen sorgte und sorgt der Bundesrat für eine verstärkte Kostenbremse. Zu diesen Massnahmen gehören bereits umgesetzte Beschlüsse (Preissenkungen, Tarifeinschränkungen), beschlossene Massnahmen (1. KVG-Teilrevision) oder solche in Vorbereitung (2. KVG-Teilrevision, Neuer Finanzausgleich, neues Heilmittelgesetz, Arzttarifstruktur TarMed).

Beurteilung der Forderung nach hälftiger Finanzierung durch die MwSt

In seiner Auslegeordnung zur Zukunft der Sozialversicherungen im Rahmen der Botschaft zur 11. AHV-Revision hat der Bundesrat festgehalten, dass zur Finanzierung des Mehrbedarfs in der obligatorischen Krankenversicherung die Prämien im Vordergrund stehen. Durch den Wegfall der Prämienverbilligungsbeiträge der öffentlichen Hand gemäss Initiative würde der Bund zwar rund 2 Milliarden Franken einsparen. Geht man aber bei der Finanzierung der Grundversicherung von MwSt-Mitteln und Versichertenbeiträgen in gleicher Höhe aus, so hätte die Initiative Bundesausgaben von rund 7,5 Milliarden Franken zur

Folge. Sie sieht keinen definierten oberen Rahmen für die zulässige Steuererhöhung vor. Folglich würde das Ausmass der einzusetzenden MwSt-Mittel vom Verlauf des Kostenanstiegs abhängen. Durch eine "automatische" Finanzierung eines Teils der Kosten über die Mehrwertsteuer würden die Anreize zur Kostendämpfung reduziert.

Beurteilung des Modells für Prämien in Abhängigkeit von Einkommen, Vermögen und Familienlasten

Die Umsetzung des Finanzierungsmodells der Initiative käme in ihren Wirkungen der Einführung einer neuen Steuer auf hohen Einkommen gleich. Tendenziell würden die hohen Einkommensklassen und besser verdienenden Alleinstehenden oder kinderlosen Paare stärker als heute belastet. Der Grossteil der Versicherten jedoch würde einerseits auf der Prämienseite entlastet, gleichzeitig aber durch den vorgeschlagenen Anstieg der Mehrwertsteuer zusätzlich belastet. Letzteres bekämen insbesondere die tiefen Einkommensklassen zu spüren.

Die Umsetzung des Finanzierungsmodells der Initiative würde grosse Schwierigkeiten bieten (z. B. "realistische Schätzung" von Vermögensbestandteilen zu Verkehrswerten; Datenschutz) und könnte weitere Bereiche wie Steuerrecht, Erbrecht, Eherecht oder Sachenrecht beeinflussen. Entsprechend müssten verschiedene Gesetzgebungen grundlegend angepasst und Finanzierungslasten neu verteilt werden. So sieht die Initiative vor, dass die Versicherungsbeiträge der Kinder in jenen der Eltern inbegriffen wären. Gleichzeitig wird verlangt, dass bei der Prämienbemessung die Familienlasten berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass diese Lasten zusätzlich zum Wegfall der heutigen Kinderprämien auszugleichen wären.

Regelung der Spitzenmedizin durch den Bund

Das Projekt „Neuer Finanzausgleich“ zwischen Bund und Kantonen (NFA) sieht die rechtliche Verankerung einer gesamtschweizerischen Planung und Aufgabenteilung im Bereich der Spitzenmedizin vor. Die Frage der Finanzierung der Spitzenmedizin ist auch verknüpft mit jener der Finanzierung der Spitäler, welche in der 2. KVG-Teilrevision geregelt wird. Nach Meinung des Bundesrates soll die Finanzierungsfrage im Rahmen des NFA beantwortet werden. Spitzenmedizin ist auch eng mit der teilweise über Steuern finanzierten Forschung verbunden. Diese Forschung soll grundsätzlich nicht über die obligatorische Krankenversicherung finanziert werden.

Maximalpreise für Leistungen und Arzneimittel

Der Bundesrat sieht keinen Bedarf für Massnahmen über jene hinaus, die bereits im Rahmen der 1. und der 2. KVG-Teilrevision beschlossen oder in Angriff genommen wurden.

Erlass von Bestimmungen zur Zulassung von Leistungserbringern und zur Qualitätskontrolle

Das Parlament hat mit der 1. KVG-Teilrevision bereits die Möglichkeit einer befristeten Zulassungsbeschränkung neuer Leistungserbringer ("Bedürfnisklausel") beschlossen und den Auftrag erteilt, im Rahmen der 2. Teilrevision die Aufhebung des Kontrahierungszwanges zu prüfen (Ausschluss z. B. qualitativ oder kostenmässig "ungenügender" Leistungserbringer). Die Forderung nach einer wirksameren Qualitätskontrolle wird bereits umgesetzt. Zur Zeit laufen die Aufbauarbeiten für ein System, dank welchem Qualität verstärkt zum Wettbewerbselement wird.

Offene Fragen zur Durchführung und zu den Folgen

Eine ganze Reihe von grundlegenden Entscheiden über die künftige Ausgestaltung der sozialen Krankenversicherung aufgrund der "Gesundheitsinitiative" müsste auf Gesetzesstufe erst noch gefällt werden. Dabei lässt die Initiative wesentliche Fragen offen:

- So ist unklar, wie bei der vorgeschlagenen Finanzierung der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern überhaupt noch stattfinden soll, der heute hauptsächlich über die Prämien läuft.
- Im Finanzierungsmodell der Initiative gibt es keine Kostenbeteiligung der Versicherten mehr. Das bedeutet den Wegfall eines Finanzierungsanteils von gegenwärtig rund 2 Milliarden Franken, der nach Meinung des Bundesrates nicht auf die Versicherer - und somit indirekt auf die Prämien - überwält werden darf.
- Die Aufhebung der Kostenbeteiligung würde nicht nur das Kostenbewusstsein der Versicherten schmälern, sondern bedeutet auch den Wegfall des Versicherungsmodells mit erhöhter Franchise und könnte zudem die Existenz der anderen besonderen Versicherungsformen (HMO, Hausarztmodell etc.) mit ihrem Einsparpotenzial gefährden.
- Unbeantwortet bleibt auch, wer den Finanzbedarf des einzelnen Versicherers festlegt, wer die Prämien der Versicherten aufgrund ihrer Steuerdaten bestimmt, einkassiert und auf die jeweiligen Versicherer verteilt.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kommt der Bundesrat zum Schluss, dass die Initiative eine grundlegende Neuordnung der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung anstrebt, deren Umsetzung neben vielen technischen Problemen (so etwa beim Einbezug des realen Vermögens bei der Beitragsfestsetzung), ökonomischen Auswirkungen (auf die Preise und die Inflation) und fragwürdigen Anreizen (beispielsweise durch den vollständigen Wegfall der Kostenbeteiligung) einen umfassenden Revisionsbedarf in verschiedensten Regelungsbereichen auslösen und sich zudem einschneidend auf den Neuen Finanzausgleich auswirken würde. Einen derart massiven Eingriff in das Finanzierungssystem der sozialen Krankenversicherung lehnt der Bundesrat ab, dies vor allem, weil er überzeugt ist, dass das geltende System unter dem neuen

KVG einen vorzüglichen und umfassenden Versicherungsschutz bei gesamthaft betrachtet tragbaren Prämien garantiert. Die bedarfsabhängige Unterstützung erfüllt ihre Aufgabe im Wesentlichen gut, auch wenn die Prämienverbilligung nicht alle jene Wirkungen gebracht hat, die ihr vom KVG-Gesetzgeber ursprünglich zugedacht worden sind. Dass die gesteckten Ziele nicht immer ganz erreicht wurden, liegt nicht daran, dass das System falsch angelegt wäre, sondern hat seinen Grund in Unterschieden zwischen den Kantonen (finanzieller Umfang der kantonalen Beiträge, grosse regionale Prämienunterschiede).

5.3 Die Behandlung in den eidgenössischen Räten

5.3.1 Abstimmungen

Rat	Datum	Initiative Ja	Initiative Nein	Enthaltungen	Entschuldigt
Nationalrat	05.12.02	60	84	7	48
Ständerat	05.12.02	5	35	--	--

Die Ratspräsidenten stimmen nur im Falle eines Stichentscheides mit.

Die Enthaltungen im Nationalrat stammen von 2 Mitgliedern der Evangelisch-Unabhängigen Fraktion, 1 aus der CVP-Fraktion 1 aus der SP-Fraktion und von 3 fraktionslosen Mitgliedern.

5.3.2 NEIN zu neuen Gesundheitssteuern

Mehrwertsteuer

Nationalrätin **Heberlein Trix** (FDP ZH):

„*Zusätzliche Mehrwertsteuerprozente sind nicht besonders sozial.* Wenn wir die MwSt erhöhen müssen, sollte der *Ertrag nur zur Finanzierung der AHV* verwendet werden.“

Nationalrat **Gutzwiller Felix** (FDP ZH):

„Die *Mehrwertsteuerprozente sind gemäss Initiative nach oben nicht begrenzt.* Sie wären vom Kostenverlauf der KV abhängig. Das bedeutet falsche Anreize oder „mehr Wein in alte Schläuche.“

Nationalrat **Triponez Pierre** (FDP BE)

„Rund die Hälfte der benötigten Mittel wären künftig über *Erhöhungen der Mehrwertsteuer* einzutreiben, was insbesondere *für Personen mit kleinen Einkommen, die heute stark vom Instrument der Prämienvergünstigung profitieren können, eine starke Belastung* bedeuten würde.“

Nationalrat **Dunant Jean Henri** (SVP BS):

„Die *Erhöhung der MwSt würde* sich auf die Preise auswirken, und dies würde vor allem junge Familien, *Familien mit Kindern und den Mittelstand belasten.* Von „*Steuergeschenk des Jahrhunderts*“ (cit. *Cavalli*) *keine Spur!*“

Nationalrat **Zäch Guido** (CVP AG):

„Durch die Benützung der Mehrwertsteuer *verlieren gerade die Familien genau das Geld wieder, das sie bei den Prämien eingespart haben*. Man spielt den Versicherten also niedrige Prämien vor und *zieht ihnen dann das Geld via indirekte Steuern aus der Tasche*.“

Nationalrat **Zisyadis Josef** (POP VD):

« Le Parti suisse du travail/POP ne pourra pas apporter son soutien à un texte hybride, qui reprend d'une main antisociale ce qu'il veut accorder d'une autre. Nous ne mettrons pas le doigt dans cet engrenage *d'une assurance-maladie financée par le biais de la TVA, qui est pour nous une taxe antisociale par excellence. La TVA frappe les milieux les plus défavorisés*. »

Einkommens- und Vermögenssteuer

Ständerat **Stähelin Philipp** (CVP TG) namens der Kommission:

„Die Initiative führt zu einer *Erhöhung der Steuerquote*. Eine direkte Besteuerung von Einkommen und Vermögen würde dazu führen, dass sich *ganze Bevölkerungskreise kaum mehr an den Gesundheitskosten beteiligen und dass Sparanreize schwinden*.“

„*Es müsste neu eine bundesweite Vermögenssteuer eingeführt werden*. Der Begriff des „realen Vermögens“ bringt gegenüber heute wohl eine andere Bewertung des Immobilienvermögens. *Es wären damit erhebliche Auswirkungen auf die Landwirtschaft, aber auch auf das Gewerbe zu erwarten*.“

Nationalrat **Widrig Hans Werner** (CVP SG):

Das Gesundheitswesen gemäss Initiative über neue Steuern zu finanzieren ist eine *Abkehr vom Versicherungsgedanken der Kopfprämien*. Das bedeutet letztlich eine *Aufweichung der Verantwortung für die Kostenverursachung und für die Finanzierung*.

Nationalrat **Bortoluzzi Toni** (SVP, ZH):

Das vorgeschlagene Finanzierungssystem strebt einen nationalen Kostenausgleich an. *Die Ostschweizer hätten die höheren Kosten in der Westschweiz mitzufinanzieren*.

5.3.3 NEIN zu einer zentralistischen Staatsmedizin

Nationalrätin **Heberlein Trix** (FDP, ZH):

„Der Bund soll die Spitzenmedizin regeln. *Nur, was versteht denn der Bund unter Spitzenmedizin?*

Sind es teure Apparaturen? Sind es Investitionen? Sind es Infrastrukturen in Universitäten? *Soll der Bund entscheiden, welches die Bedürfnisse der Patienten sind, die sichergestellt werden sollen, um eine Zweiklassenmedizin zu verhindern?*“

„Der Entscheid, was Spitzenmedizin und was bereits Routine ist, muss immer wieder neu gefällt werden. Was heute bereits als Routine angesehen wird, wurde gestern noch als absolute Spitzenmedizin angesehen (z. B. Transplantationsmedizin). *Hand aufs Herz: Verzichten Sie, wenn Sie schwer krank sind, auf die so genannte Spitzenmedizin und auf die beste Behandlung? Der Schritt zur Zweiklassenmedizin ist hier sehr rasch getan.*“

„*Wie soll der Bund die Gesundheitsplanung der Kantone koordinieren, wenn die Kantone nicht mitmachen*, weil für sie aus finanziellen Gründen keine Anreize zur Koordination vorhanden sind?“

„Die *Forderung nach Bestimmungen des Bundes für die Zulassung von Leistungserbringern widerspricht den Kompetenzen der Kantone*, soweit sich die Bestimmungen nicht auf berufliche Anforderungen beziehen.“

„Die *Initiative lässt die Krankenversicherer völlig aus dem Spiel*. Als Zahler, als Vertragspartner, aber auch als Mahner, haben sie keine Aufgabe mehr. Sie werden wieder zu reinen Zahlstellen degradiert. Das ist ein Rückschritt in die Zeit vor dem KVG und ein *Schritt hin zur Einheitskasse.*“

Nationalrat **Zäch Guido** (CVP AG):

„Die *Kompetenzen sollen beim Bund zentralisiert werden*, man nennt dies dann *beschönigend "Kostenlenkungsmaßnahmen"* und vergisst den damit verbundenen grossen finanziellen Aufwand.“

Ständerat **Stähelin Philipp** (CVP TG) namens der Kommission:

Durch die propagierte Kompetenzverlagerung wird der *Bund zudem zum übergeordneten Gesundheitsplaner* - mit anderen Worten: Der *Wettbewerb wird durch Planung ersetzt*.

Nationalrätin **Polla Barbara** (Lib. GE):

« *Dans le domaine de la médecine de pointe la planification, la réglementation et la centralisation ne peuvent que nuire en fin de compte aux patients. Exemple: une nouvelle technique de transplantation de moelle se développe à San Diego et un médecin aussi compétent que passionné s'y rend pour l'apprendre.*

Il est de Lausanne et revient au CHUV. Mais hélas, la Confédération vient de planifier la transplantation de moelle et d'en réglementer la pratique uniquement à Zurich, ceci au titre de la rationalisation; une rationalisation qui devrait pourtant reposer bien plus sur les cantons et les régions que sur la Confédération. »

5.3.4 NEIN zur Abschaffung von Sparanreizen

Nationalrätin **Polla Barbara** (Lib. GE) :

« *La solidarité devant la maladie est, et doit être, une solidarité entre personnes en bonne santé et personnes malades, et non entre riches et pauvres.* Cette autre solidarité entre les personnes fortunées et celles à revenus modestes *est d'ailleurs déjà largement prise en compte par notre système fiscal.* »

Nationalrat **Gutzwiller Felix** (FDP, ZH):

„Ohne Kostenbeteiligung wären *Versicherungen mit wählbaren Jahresfranchisen nicht mehr möglich.* Heute wählen bereits 40 Prozent der Grundversicherten solche Modelle, Tendenz steigend.“

„Der *Fortbestand von alternativen Versicherungsmodellen* wie HMO-, Bonus- und Hausarztmodelle wären *gefährdet.*“

Nationalrat **Borer Roland** (SVP, SO), für die Kommission:

„Durch die vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung führt die Initiative zu einer *Zweiklassenmedizin.*“

Nationalrat **Dunant Jean Henri** (SVP BS):

„Statt einer Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen hat die Initiative eine *Umverteilung* im Visier.“

Nationalrat **Zäch Guido** (CVP AG):

„Die Initiative birgt die *Gefahr einer Mengenausweitung bei den Leistungen.* Das Gesundheitswesen braucht Kostentransparenz, kontrollierten Wettbewerb und Qualitätskontrolle.“

Nationalrat **Beck Serge** (Lib. VD):

Le système qui nous est propos par les auteurs de l'initiative est *déresponsabilisant*

- *pour les patients-consommateurs*, puisqu'il postule la *fin du système des franchises.*
- *pour les gestionnaires de cotisations*, actuellement les caisses-maladie, puisque ceux-ci seront rassemblés sous le couvert du droit public et bientôt sans doute appelés à ne *former plus qu'une seule institution, l'assurance-maladie d'Etat.*
- *pour les prestataires de soins*, étouffés par un système planificateur fédéral.

6 Zitate von Opinion-Leaders

(wird laufend ergänzt)

6.1 Zitate von SP-Exponenten für das Modell 50/50 mit 3,5% MwSt

Erstens hat die SP immer wieder verkündet, dass die Initiative eine Erhöhung der MwSt um 3 Prozentpunkten oder mehr (und nicht bloss 1,5 Prozentpunkten) verursachen würde.

Zweitens hat die SP selbst gefordert, dass die Hälfte der Kosten der OKP mit Einnahmen aus der MwSt gedeckt werden muss.

NR Franco Cavalli und Jean-Claude Rennwald (beide SP) anlässlich der Parlamentsdebatte im Nationalrat vom 12. Dezember 2000 (*Quelle*: Amtliches Bulletin):

Franco Cavalli (SP TI), 12.12.2000

- "Notre initiative propose de diviser en deux ce qui n'est pas couvert par les subventions fédérales et cantonales: *une moitié serait financée par une augmentation de la TVA qui serait de l'ordre de 3 pour cent ou plus*, et l'autre moitié serait financée par des primes proportionnelles au revenu et à la fortune."

Jean-Claude Rennwald (SP JU), 12.12.2000 :

- "Bien sûr, la réalisation de l'initiative impliquerait *un relèvement de la TVA de l'ordre de 3,5 pour cent*."

Wie aus einer Medienmitteilung der Sozialdemokratischen Partei vom 18. November 1999 zur Krankenversicherung hervorgeht, muss (!) die MwSt die Hälfte der Kosten decken:

- "Mit den von der Initiative "Gesundheit muss bezahlbar bleiben" vorgesehenen Prämien werden mindestens die Hälfte der Gesundheitskosten gedeckt. *Die andere Hälfte muss durch die MwSt gesichert werden*."

An diese Vorgabe hat sich ja auch Frau **Marianne Meyer**, Fédération Romande des Consommateurs (FRC), gehalten, welche sogar *in ihrem Presstext zur Pressekonferenz der Initianten zur Eröffnung des Abstimmungskampfes vom 11. Februar noch von der 50/50 Finanzierung ausging*.

Auf die Frage, warum die SP nicht schon bei der Lancierung der Initiative auf einen hälftigen Finanzierungsmodus verzichtet hat, antwortete **François Steiert**, Präsident des Initiativkomitees, am 7. März 2003 dem Tages-Anzeiger, damals habe man mit einem EU-Beitritt der Schweiz für spätestens 2005 gerechnet. *Damit hätte die MwSt an das EU-Niveau von 15 Prozent angepasst werden müssen*. Davon hätten die Prämienzahler möglichst direkt profitieren sollen.

6.2 *Zitate von Gegnern der Initiative*

Bundesrat Pascal Couchepin, Nouvelliste, 30.01.2003

- „L'initiative socialiste apporte de mauvaises réponses au problème du financement de l'assurance maladie. D'abord elle ne met aucun frein aux dépenses de l'assurance maladie. Ensuite les primes seront les mêmes pour toute la Suisse, quel que soit le niveau de dépenses de santé dans chaque canton. Enfin l'initiative propose une augmentation (encore une!) de la TVA de 3,5% et un impôt sur les revenus et la fortune qui devrait rapporter au moins 7 milliards au début.
- « Est-ce qu'un représentant de la classe moyenne peut croire sérieusement que l'on peut prélever un nouvel impôt de 7 milliards en taxant uniquement les riches? Ce n'est pas réaliste. D'autant que l'initiative n'accroîtrait pas seulement le fardeau des plus riches mais aussi celui des plus faibles. Une personne gagnant 30'000 fr., par exemple, ne paie en règle générale aucune prime, celle-ci étant couverte par les subsides. Avec la solution du PS, elle paierait environ 1'000 fr. de plus par an du fait du relèvement de la TVA de 3,5% qui serait nécessaire. »

Peter Hasler, NZZ am Sonntag, 05.01.2003:

- „Es ist eine Zumutung, mit einer einkommensabhängigen Finanzierung oder einer Einheitskrankenkasse die sparsamen Appenzeller an die Gesundheitskosten der verschwenderischen Genfer zahlen zu lassen. Den Ausbaustrategen im Parlament sollte eigentlich klar sein, dass es die teuerste und unsinnigste Strategie ist, Familienarmut mit Giesskannen-Kinderzulagen für alle zu bekämpfen.
- Es sollte deutlich geworden sein, dass wir mit „Lückenschliessung“ die Kosten des Sozialstaates dauernd erhöhen und mit den nötigen Mehrwertsteuererhöhungen genau denjenigen Bürgern am meisten Geld aus dem Sack ziehen, die es am nötigsten hätten.“
- „Die einzige verantwortbare Strategie liegt noch bei bedarfsorientierten Sozialhilfeleistungen. Sie kommen nur denjenigen zu gut, die es wirklich brauchen.“

7 **Stellungnahmen von Parteien und Verbänden**

(wird laufend ergänzt)

7.1 *Parteien*

- Die **Schweizerische Volkspartei (SVP)** lehnt die Gesundheitsinitiative der SP einstimmig ab.
- Die **Sozialdemokratische Partei der Schweiz (SPS)** unterstützt als Initiantin die Vorlage.

7.2 *Verbände*

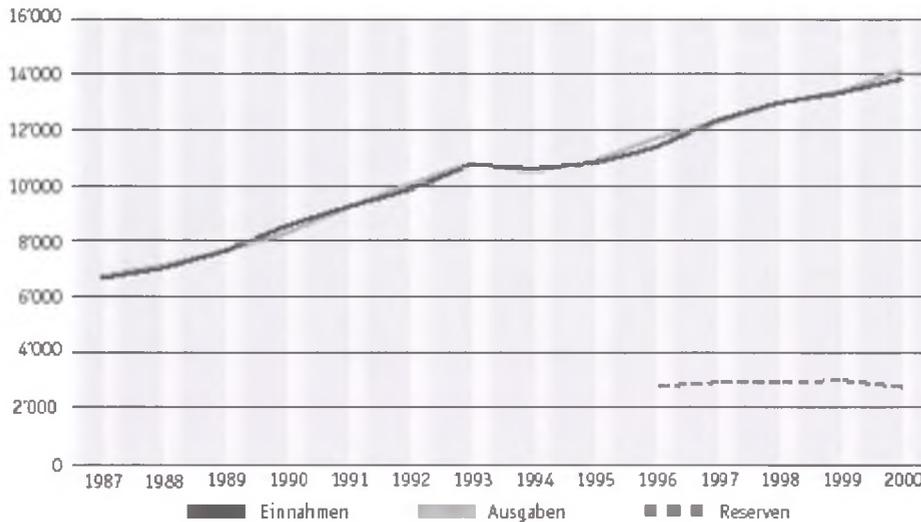
- Der **Schweizerische Gewerbeverband (SGV)** lehnt die SP Gesundheitsinitiative ab, weil sie die Krankenversicherung verteuern und verschlechtern würde. (SDA)
- Der **Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB)** unterstützt die Initiative.

8 Zahlen und Fakten

8.1 BSV Sozialversicherungsstatistik

Quelle: BSV, Sozialversicherungsstatistik 2002.

Grafik KV 1 Finanzen der KV 1987–2000, in Millionen Franken



Finanzen der KV 1987 – 2000

Der KV-Finanzhaushalt enthält ausschliesslich die Daten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKPV nach KVG bzw. vor 1996 der Krankenpflege-Grundversicherung inkl. oblig. Spitaltaggeld. Die Zusatzversicherungen sind in den KV-Financen gegenüber der Darstellung in früheren SVS-Ausgaben nicht mehr enthalten. Dieser Wechsel wurde vorgenommen, da die Entwicklung der früher hier erfassten Zusatzversicherungen der allgemeinen Entwicklung in der Krankenversicherung nicht mehr entsprach und so die Rechnung insgesamt verzerrt wurde. Da bis 1993 die OKPV-Daten nur teilweise gesondert ausgewiesen sind, wurden einzelne Rechnungspositionen der Jahre 1987–1993 geschätzt. Dies war nötig, um die Gesamtrechnung der Sozialversicherungen erstellen zu können. Die Krankenversicherung wird nach dem Umlageverfahren finanziert, was sich in der Grafik 1 an der parallelen Entwicklung der Einnahmen- und Ausgabenlinien äussert. Die minimale Sicherheits- und Schwankungsreserve hat dabei zwischen 20 % (seit 1998: 15 % für die grössten Kassen) und 182 % des Prämiensolls zu betragen. Zwischen 1996 und 2000 sank das Verhältnis der Reserven zum Prämiensoll in der obligatorischen Krankenversicherung von 25.7 auf 21.1 %.

8.2 Wirksamkeit der Prämienverbilligung

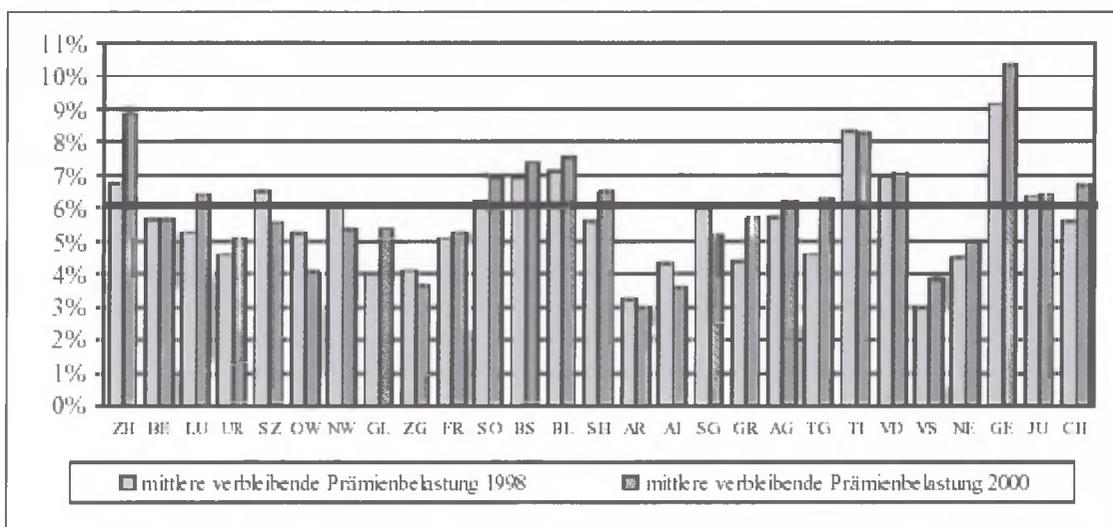
Wie ist die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung zu beurteilen? Werden die sozialpolitischen Ziele der Prämienverbilligung erreicht?

Heute kann davon ausgegangen werden, dass *mindestens 160'000 Haushalte dank Prämienverbilligungen keine Prämie bezahlen*. Diese Haushalte erhalten Jahresbeiträge von mehr als 3'600 Franken (*ebenfalls keine Prämie bezahlen heute die knapp 210'000 Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen*). *Quelle: Eidg. Departement des Innern, Presse- und Informationsdienst.*

In der politischen Diskussion wurde verschiedentlich verlangt, dass die Prämienbelastung eines Haushaltes beispielsweise in keinem Fall mehr als 8 Prozent des steuerbaren Einkommens ausmachen sollte.

Die Berechnungen legen es nahe anzunehmen, dass eine Prämienbelastung von 8 Prozent des steuerbaren Einkommens im Allgemeinen rund 6 Prozent des verfügbaren Einkommens ausmacht. Vor diesem Hintergrund zeigte sich für das Jahr 2000, dass die Kantone Zürich, Luzern, Solothurn, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Schaffhausen, Aargau, Thurgau, Tessin, Waadt, Gené und Jura – bezogen auf die Fallbeispiele – im Durchschnitt das bundesrätliche Ziel nicht erreichen.

D 2.1: Mittlere verbleibende Prämienbelastung nach der Verbilligung in Prozent des verfügbaren Einkommens 1998 und 2000



Lesehilfe: 6 Prozent des verfügbaren Einkommens entsprechen bei den untersuchten Fallbeispielen im Durchschnitt ungefähr 8 Prozent des steuerbaren Einkommens. In Kantonen mit einer mittleren verbleibenden Prämienbelastung von mehr als 6 Prozent des verfügbaren Einkommens ist die Belastung im Durchschnitt der Fallbeispiele somit höher als 8 Prozent des steuerbaren Einkommens.

- Vor allem die Situation der *Rentnerin* hat sich zwischen 1998 und 2000 verschlechtert. Die Belastung für diese Gruppe wurde in 22 Kantonen erhöht.
- Die Situation für die *Mittelstandsfamilien* hat sich im Verhältnis zu 1998 eher verbessert. Sie ist aber nach wie vor unbefriedigend. Die Belastung durch die Prämie für die obligatorische Krankenpflege-

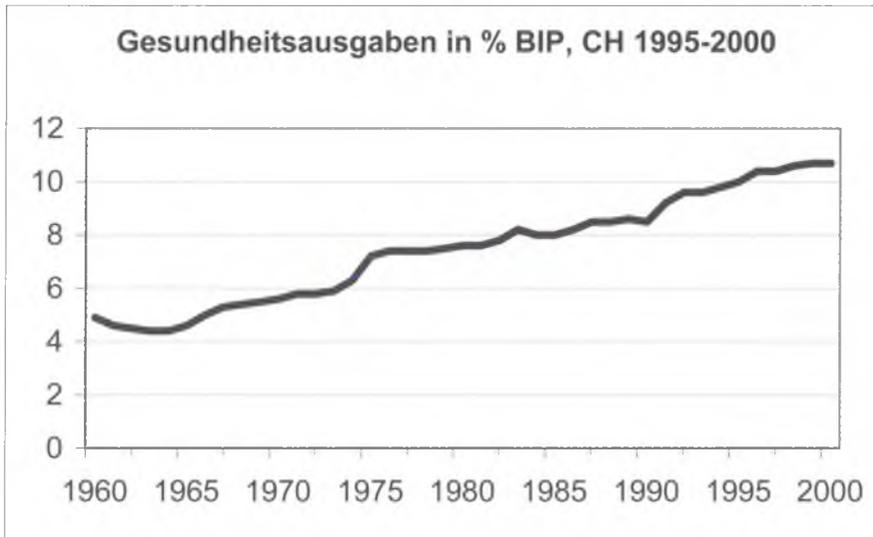
versicherung nach der Verbilligung ist in 20 Kantonen höher als 6 Prozent des verfügbaren Einkommens.

- *Alleinerziehende* profitieren wie schon 1998 stark von der Prämienverbilligung. Allerdings ist festzustellen, dass sich die Wirksamkeit der Prämienverbilligung auch für die Alleinerziehenden verschlechtert hat. Im schweizerischen Durchschnitt ist die Belastung für dieses Fallbeispiel in Prozent des verfügbaren Einkommens von 3,5 (1998) auf 5,4 Prozent (2000) stark gestiegen.

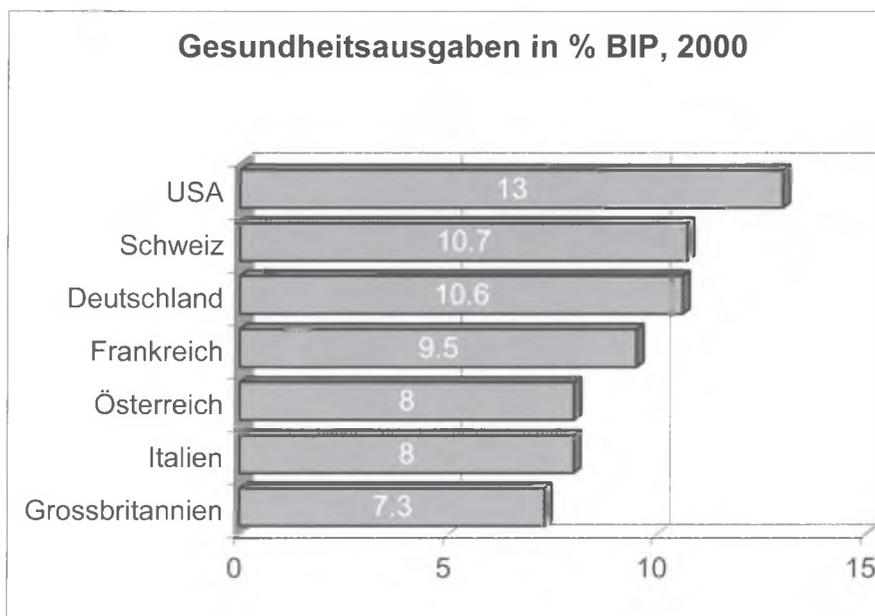
Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung, „Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz, Synthesebericht“, Bern Dezember 2001.

9 Vergleich der Gesundheitssysteme in Europa (UK, D, F, I)

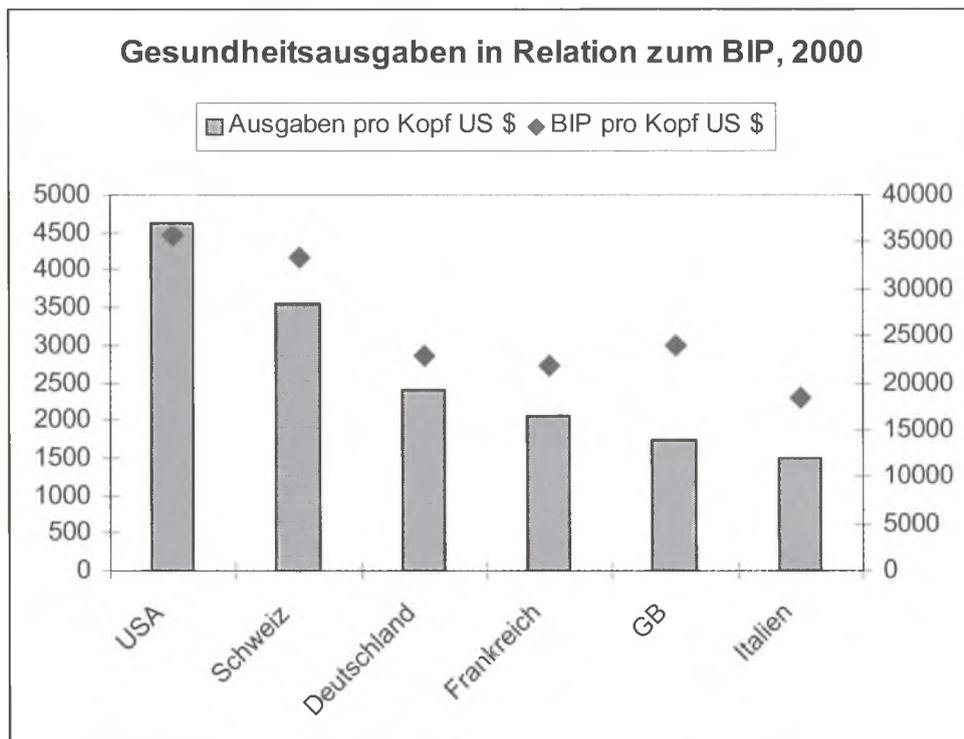
9.1 Ressourcen im Gesundheitswesen



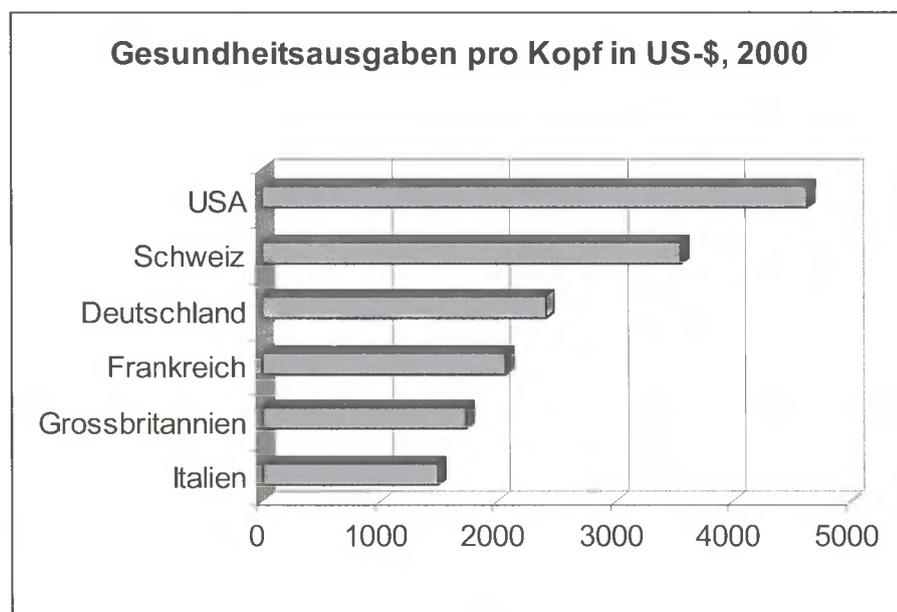
Quelle: OECD Health Data 2002.



Quelle: OECD Health Data 2002.

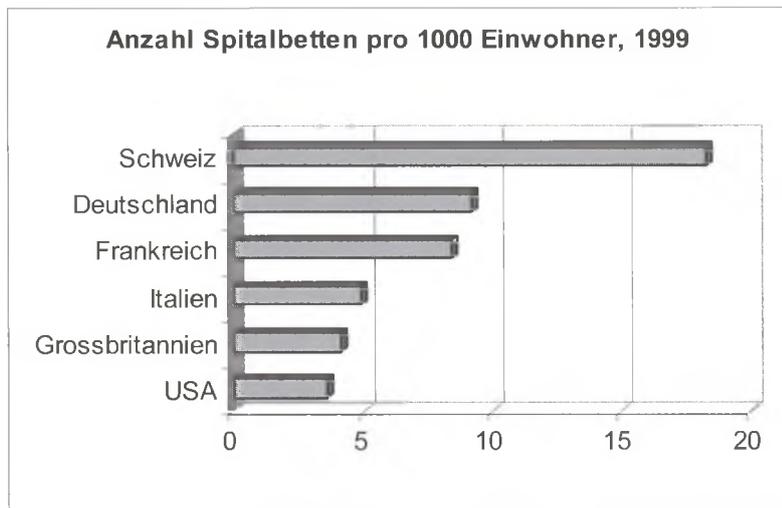


Quelle: OECD Health Data 2002.



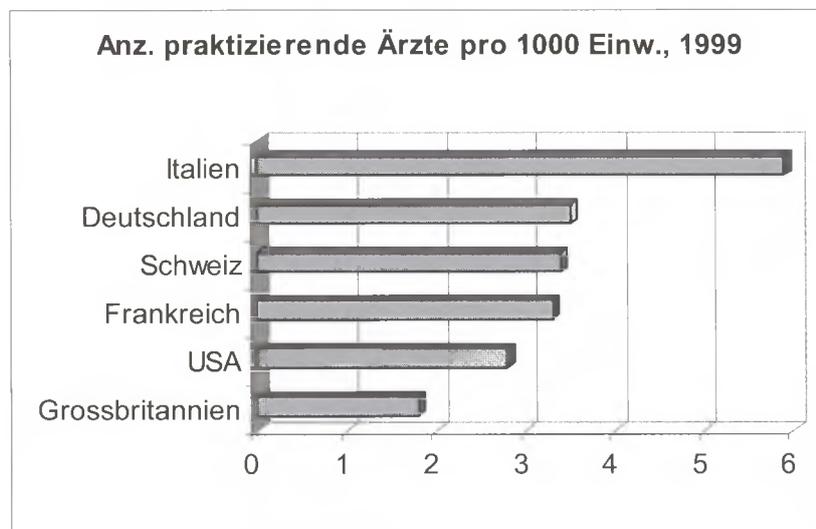
Quelle: OECD Health Data 2002.

Gemäss einer Studie der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) stehen die Vereinigten Staaten bezüglich Höhe der Aufwendungen pro Kopf unangefochten an der Spitze. Grossbritannien ist mit markantem Unterschied am Schluss der Rangliste platziert, während sich etwa Frankreich im Mittelfeld tummelt.

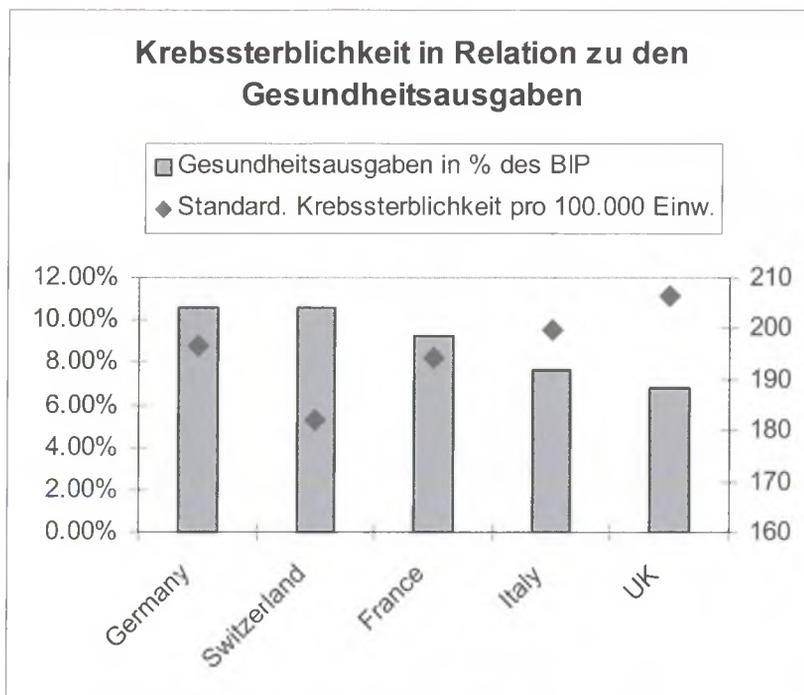


Quelle: OECD Health Data, 2002.

Nach Angaben des britischen Statistikamtes warteten Ende März 2002 mehr als eine Million Patienten in England auf eine Operation. Die Zahl der Spitalbetten ist dort seit 1981 von 200 000 auf 135 000 gesunken. Während auf der Insel für 1000 Einwohner rund vier Krankenhausbetten zur Verfügung stehen, sind es in Frankreich und Deutschland zehn.



Quelle: OECD Health Data, 2002.



Quelle: WHO, 1998; OECD Health Data, 2002.

Die obige Graphik zeigt eindrücklich, dass in Ländern mit tieferen Gesundheitsausgaben die Krebssterblichkeit höher ist, als in Ländern mit höheren Gesundheitskosten. In Grossbritannien ist die vergleichsweise hohe Krebssterblichkeit darauf zurückzuführen, dass infolge der tiefen Gesundheitsausgaben der Staat dazu gezwungen ist, die Gesundheitsleistungen zu rationieren. Diese Rationierungsmassnahmen haben eine Unterversorgung der Patienten mit neuen Therapien und Arzneimitteln zur Folge. Mit anderen Worten enthält der Staat den Patienten lebensretende Therapien vor, um auf diese Weise Kosten zu sparen (vgl. auch nachfolgende Länderanalyse zu Grossbritannien, Deutschland und Frankreich).

Krebssterblichkeit und Lebenserwartung bei Krebs

Country	Health spending as % of GDP	Age-standardised cancer deaths per 100,000 people	Five-year survival rates	
			Colon cancer	Breast cancer
USA	12.7%	N/A	60%	82%
Germany	10.5%	196.7	48%	68%
Switzerland	9.8%	182.1	51%	76%
France	9.6%	194.3	45%	72%
Netherlands	8.6%	206.8	50%	72%
Italy	7.6%	199.9	42%	72%
Spain	7.6%	179.8	46%	64%
Finland	7.5%	163.0	49%	75%
Sweden	7.2%	161.3	N/A	N/A

UK	6.9%	206.5	36%	63%
Denmark	6.4%	226.5	38%	69%

Quelle: WHO, 1998; Berrino et al. 1995; Murray 1998, World Bank, 1993.

Wichtige Aussage aus der Tabelle:

- Nur 36% der britischen Darmkrebs-Patienten überleben länger als fünf Jahre. In Deutschland sind es aber bereits 48 Prozent, in der Schweiz 51 Prozent und in den USA sogar 60 Prozent. (WHO, 1998)

Investitionsausgaben im Bereich der Krebsmedizin, 1996

	Frankreich	Deutschland	GB	USA
Anz. Onkologen pro 100,000 Einw.	1.72	0.24	0.14	2.28
Ausgaben für Krebsmittel pro Kopf in £	2.79	2.05	0.95	17.05
Krebstote/100,000 Einw.	236	206	275	194

Quelle: Schöffski 2002.

Obige Tabelle belegt, dass zwischen einzelnen europäischen Ländern grosse Qualitätsunterschiede im Gesundheitswesen bestehen. Namentlich in Grossbritannien reichen die Budgetmittel im Bereich der Krebsmedizin bei weitem nicht aus, um die Patienten optimal versorgen zu können. Im Gegenteil erachten die britischen Gesundheitsbehörden innovative Krebstherapien als zu teuer, weshalb sie deren Anwendung stark eingeschränkt oder gar ganz verboten. Die Folge ist, dass die Lebenserwartung und die Lebensqualität von britischen Krebspatienten deutlich unterhalb des unter Anwendung moderner Therapien erreichbaren Optimums. Dabei hat die britische Gesundheitsbehörde NHS im Jahr 1996 nur gerade einen Prozent ihres Arzneimittelbudgets von £59 Mio. für Krebstherapien reserviert. Das entspricht ca. 1£ pro Einwohner. Allein eine Verdoppelung des Budgets hätte allerdings ausgereicht, um alle Patienten mit modernen Krebsmitteln zu versorgen. (Schöffski 2002)

9.2 Grossbritannien: Jahrelange Wartezeiten, Rationierung und chronischer Mangel an Krankenschwestern

9.2.1 Das britische Gesundheitssystem

Das britische Gesundheitssystem unterscheidet sich von den Gesundheitssystemen anderer europäischer Länder insbesondere durch seine zentralistische und sozialistisch-egalitäre Form. *Das britische Gesundheitswesen (National Health Service, NHS) ist eine zentralistisch organisierte, staatlich finanzierte Institution, die auf eine überhöhte Nachfrage – nach klassischer planwirtschaftlicher Art - mit Rationierung antwortet.* In den meisten anderen europäischen Ländern hingegen, bevorzugen die Regierungen

eine flexiblere und pragmatischeren Ansatz sowohl in Bezug auf die Finanzierung des Gesundheitssystems als auch auf die Leistungserbringung. (Economist, 12.07.2001)

Quelle: Jürg H. Sommer, Gesundheitssysteme zwischen Plan und Markt, 1999.

Fast die gesamte medizinische Versorgung findet in Grossbritannien im Rahmen des 1948 geschaffenen *National Health Service (NHS)* statt. Der nationale Gesundheitsdienst gewährt allen Bürgern unabhängig von Beitragszahlungen oder Staatsangehörigkeit im Bedarfsfall medizinische Leistungen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung.

Finanziert wird der NHS zum überwiegenden Teil aus allgemeinen Steuermitteln, die etwa 82% der Einnahmen ausmachen. (Die restlichen Einnahmen stammen vorwiegend aus Beiträgen der obligatorischen Sozialversicherungen.) Folglich steht der NHS bei der Mittelzuteilung in Konkurrenz mit den anderen als Staatsaufgaben definierten Verwendungszwecken (z. B. soziale Wohlfahrt, Bildung, Landesverteidigung etc.). Weil die Gesundheitssteuern nicht einzeln erhoben werden, sondern zusammen mit den Einkommens- und Vermögenssteuern, ist die effektive Belastung nach Einkommensklassen nicht genau bekannt. Hingegen steht fest, dass das britische Steuersystem progressiv ist und daher auch die Beiträge für das Gesundheitswesen entsprechend progressiv sind. ***In Grossbritannien ist es nicht wie in Deutschland möglich, ab einem bestimmten Einkommen aus dem staatlichen Gesundheitssystem auszutreten und sich ausschliesslich privat zu versichern.*** Dennoch sind rund 11 Prozent der Bevölkerung privatversichert. Die Privatversicherung dient in den meisten Fällen Zusatzversicherung zur Deckung der Kosten im akuten Pflegebereich.

Bei der Festlegung des Budgets wird in erster Linie darauf geschaut, wieviel in den vorangegangenen Jahren ausgegeben wurde. Weiter spielen die aktuelle Lage der Staatsfinanzen, das politische und das wirtschaftliche Umfeld sowie das Ausmass der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit aller Beteiligten mit ihrem nationalen Gesundheitsdienst eine Rolle. In der Praxis bedeutet dies, dass das Budget des Vorjahres in der Regel um die erwartete Inflationsrate und einen realen, die demographische Alterung und das Wachstum der medizinisch-technischen Möglichkeiten berücksichtigenden Aufstockungsbetrag erhöht wird.

Das von der Regierung beantragte und vom Parlament bewilligte Budget des NHS wird in einer zweiten Phase auf die einzelnen Regionen verteilt. Der dazu verwendete Verteilschlüssel richtet sich nach der Bevölkerungszahl und -struktur, sowie an Morbiditäts- und Mortalitätsraten als Indikatoren des Bedarfs. Mit den auf diese Weise den Regionen zugeteilten Mitteln wird im wesentlichen die medizinische Versorgung der Briten finanziert. Der umfassende Mitgliederkreis und der Leistungskatalog des NHS lassen der Privatmedizin nur wenig Raum. Die Privatversicherung wird in Grossbritannien eher als Ergänzung denn als Alternative zum NHS verstanden. In der Regel werden Privatversicherungen in der Hoffnung abgeschlossen, die im Falle bestimmter Operationen oft monatelangen Wartezeiten zu verkürzen.

Die durch den NHS finanzierte medizinische Versorgung ruht im wesentlichen auf zwei Säulen: Einerseits den Hospital and *Community Health Services (HCHS)* worunter neben Krankenhausleistungen bei-

spielsweise gemeindenaher Säuglings- und Mutterbetreuung, Zahnvorsorge oder Familienberatung eingeordnet werden, sowie andererseits den *Family Practice Services (FPS)*, worunter insbesondere die niedergelassenen Allgemeinärzte – *General Practitioners* – fallen.

Der General Practitioner (GP) nimmt in Grossbritannien eine Schlüsselrolle ein, wobei der Patient in der Regel nur über ihn Zutritt zum System der medizinischen Versorgung erhält (Gatekeeper-Funktion, keine freie Arztwahl). Jeder GP erhält pro eingeschriebenes Mitglied eine nach Region und Alter abgestufte Pro-Kopf-Pauschale als Garantiesumme sowie verschiedene Zulagen und Sondervergütungen für spezielle Leistungen. Überschreitet ein GP im Vergleich zu seinen Kollegen des jeweiligen Bezirks die durchschnittlichen Medikamentenkosten pro Patient erheblich, wird er von Amtsärzten der regionalen Gesundheitsbehörde besucht, die seine Verordnungsweise mit ihm erörtern. Ändert er seine Verschreibungsgewohnheiten nicht, muss er mit Sanktionen rechnen, die bis zu Regresszahlungen gehen können. Die Praxen der GPs weisen nur eine Grundausstattung auf. Der NHS finanziert dem GP weder die Investitionsmittel für aufwendige Verfahren, noch honoriert er die entsprechenden Leistungen separat.

Werden differenzierte Diagnoseverfahren und/oder Behandlungsmethoden notwendig, muss der GP seinen Patienten an einen Facharzt (*Consultant*) überweisen. Diese Ärzte sind in einem Krankenhaus angestellt. Sie behandeln sowohl die ihnen ambulant zugewiesenen als auch die hospitalisierten Patienten. Die durch die Vorgabe verbindlicher Budgets (*Globalbudgets*) finanzierten britischen Krankenhäuser sind somit nicht nur für die stationäre Versorgung zuständig, sondern sie übernehmen auch die gesamte fachärztliche Behandlung. Deshalb spielt die ambulante Versorgung im britischen Krankenhauswesen eine grössere Rolle als in anderen Ländern.

Die technische Ausstattung vieler britischer Krankenhäuser gilt im internationalen Vergleich als eher bescheiden. Die Vorgabe prospektiv gesetzter Budgets bremst die Verbreitung kostspieliger Medizintechnik offensichtlich weit stärker als dies Finanzierungssysteme mit retrospektiver Bezahlung durch Dritte zu tun in der Lage sind. ***Die Budgetfinanzierung verlangsamt auch Innovationen, da neue Verfahren der Spitzenmedizin nicht einfach zusätzlich finanziert werden können, sondern sich im Kampf um knappe Ressourcen gegen den Widerstand der Vertreter der bereits etablierten Dienste durchsetzen müssen.***

Der NHS hat seit jeher mit folgenden **Problemen** zu kämpfen:

1. Schwerfällige zentralistische Bürokratie

Die im Lauf der Jahre mehrfach reformierten Organisationsstrukturen des NHS zeichnen sich vor allem durch komplexe Veilfachsteuerungen und ***schwerfällige bürokratische Abläufe ohne klare Verantwortlichkeiten*** aus.

2. Lange Wartelisten

Die im internationalen Vergleich niedrigen Gesundheitsausgaben erreichen die Briten mit verbindlichen Budgetvorgaben und einer darauf abgestimmten (restriktiven) Planung ihrer Kapazitäten. Dies führt jedoch zu **monatelangen Wartelisten** im Operationsbereich.

3. Globalbudget und Rationierung

Ökonomisch gesprochen sollte die Zuteilung des NHS-Budgets an die einzelnen Regionen in der Weise erfolgen, dass mit dem letzten erhaltenen Pfund in jeder Region der gleiche zusätzliche Nutzen erzielt werden kann. Empirische Untersuchungen zeigen jedoch, dass **in den verschiedenen Regionen nach wie vor je nach Indikation teilweise exorbitante Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und bezüglich des Gesundheitszustandes der jeweiligen Bevölkerungsgruppen** bestehen.

4. Fehlende Sparanreize

Bei den im internationalen Vergleich niedrigen Gesundheitsausgaben im Grossbritannien wäre es um so wichtiger, dafür zu sorgen, dass das NHS-Budget so effizient wie möglich eingesetzt wird. **In Grossbritannien bestehen für die Leistungserbringer jedoch nach wie vor keinerlei Anreize zu effizientem Verhalten.** Beispielsweise haben die grösstenteils mittels Pro-Kopf-Pauschale finanzierten britischen Grundversorger einen Anreiz, aufwendige Fälle möglichst schnell an Spezialisten in die Krankenhäuser zu überweisen. Wenn ein Spital dank einer Steigerung der Effizienz seiner Betriebsabläufe die vorgegebenen budgetierten Mittel nicht ausschöpft, so bleiben sie ihm nicht erhalten. Für derartige Budgetunterschreitungen werden die Kliniken im Gegenteil geradezu bestraft, weil in der folgenden Budgetierungsperiode von einer entsprechend tieferen Basis ausgegangen wird.

5. Keine freie Arztwahl

Im Land des freien Marktes gibt es noch immer keine freie Arztwahl. Jeder Brite muss sich bei einem Allgemeinarzt in seinem Stadtteil registrieren, deren Praxen vor allem in Städten hoffnungslos überlaufen sind. Doch der Gang zum General Practitioner (GP) ist Pflicht. Nur er darf entscheiden, ob eine Behandlung im Krankenhaus oder beim Facharzt nötig ist. Die Gefahr für die Allgemeinärzte, unzufriedene Patienten an ihre Konkurrenten zu verlieren, ist im NHS praktisch nicht existent. Entsprechend gilt **der NHS als wenig kundenorientiert, und die Ärzte praktizieren einen patriarchalischen Behandlungsstil.**

6. Bauwürdige Spitäler mit mangelndem Komfort

Typisch ist auch der bescheidene Komfort der meisten britischen Spitäler. **Der NHS-Patient liegt in „wards“, das sind grosse, meist schlecht belufte oder unzureichend geheizte Räume mit 20 und mehr Betten.** Die Instandhaltung der Bauten und Geräte lässt oft zu wünschen übrig, weil die mit der Einführung der strikten Plafonierung der Budgets notwendig werdenden Einsparungen bevorzugt im Bereich der

Instandsetzungsarbeiten vorgenommen werden, um den von starken Gewerkschaften verteidigten Personalrat nicht antasten zu müssen.

9.2.2 Zentralisierung

- Die meisten Britinnen und Briten haben mit dem Koloss NHS schlechte Erfahrungen gemacht. Es ist unbestritten, dass über Jahrzehnte hinweg viel zu wenig investiert wurde. Es mangelt an Ärzten und Pflegepersonal, auch fehlen nationale Qualitätsstandards; **eine starke Zentralisierung** und mangelhafte Patientenrechte sind weitere Schwachpunkte. (Der Bund, 26.01.2002)
- **Dezentralisierung geplant.** Tony Blair und Gesundheitsminister Alan Milburn beteuern immer wieder, sie wollten an den Prinzipien des NHS festhalten. Die Labour-Regierung möchte den wenig effizienten Monolithen NHS aufbrechen und **dezentralisieren**. Gemäss den Plänen Milburns sollen qualitativ hoch stehende Spitäler mehr Autonomie erhalten, das Management schlecht arbeitender Krankenhäuser hingegen an Private übertragen werden. Um die Kapazitäten zu erhöhen, setzt die Regierung auf eine stärkere Zusammenarbeit mit Privatspitälern. (Der Bund, 26.01.2002)
- Der Basler Gesundheitsökonom Jürg Sommer, Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik am Wirtschaftswissenschaftlichen Zentrum (WWZ) der Universität Basel, erinnert an die Verhältnisse in Grossbritannien. Dort stehen pro 1000 Einwohner bloss zwei Spitalbetten für Akutpatienten zur Verfügung (in Schweden sind es 3, in der Schweiz 5,7). Für Spitalpflege werde pro Kopf der Bevölkerung nur ein Bruchteil soviel ausgegeben wie in der Schweiz. **„Aber kaum ein Schweizer würde freiwillig seinen Fuss in ein öffentliches englisches Spital setzen“**, ist sich Sommer sicher. **Eine oft völlig veraltete Infrastruktur, Säle mit 20 und mehr Betten, Hilfskräfte anstelle von ausgebildetem Pflegepersonal und lange Wartezeiten: Das würden hiesige Patienten sicher nicht goutieren.**“ (BAZ, 13.04.1999)

9.2.3 Jahrelange Wartezeiten

- **77 Stunden und 30 Minuten hat ein Mann in England in einem Krankenhaus-Rollbett auf seine Behandlung gewartet.** Der Rekord wurde schon vor zwei Jahren im Princess Margaret Hospital in Swindon aufgestellt, wo **Collins drei Tage am Stück in einem Rollbett auf dem Korridor nahe der Toiletten auf seine Untersuchung warten musste.** Irgendwann, so erzählt der Brite, habe er einfach nicht mehr gewusst, ob er lachen oder weinen sollte. (Ärzte Zeitung, 31.01.2003)
- Nach Angaben des britischen Statistikamtes warteten Ende März 2002 mehr als eine Million Patienten in England auf eine Operation, davon mehr als 200 000 bereits länger als ein halbes Jahr. (Handelsblatt, 12.12.02)

- Durchschnittliche Wartezeit in Tagen für 90% der Krebspatienten, 2000

Brustkrebs	90
Darmkrebs	147
Lungenkrebs	112
Gehirntumor	181
Prostatakrebs	292
Blasenkrebs	178
Speiseröhrenkrebs	154

Quelle: BBC News, 13.03.2000.

- Nicht selten müssen Patienten in Grossbritannien drei bis vier Jahre auf eine Operation warten. (TA, 02.09.2002)
- Philip Thomas ist seit 1995 als Urologe im Royal Sussex County Hospital tätig. Er hat reihenweise Patienten gesehen, die *drei oder vier Jahre auf ihre Harnleiter- oder Nierensteinoperation warten mussten, drei oder vier Jahre auf einen Routineeingriff*, drei oder vier Jahre mit Schmerzen bei jedem Urinlassen. (TA, 02.09.2002)
- Die Patienten der Nachbarstation, der orthopädischen Abteilung, haben *zuweilen noch länger ausgeharrt*, bevor ihnen Hüft- oder Kniegelenke ersetzt wurden, und sie unterdessen, weil sie vor Schmerzen nicht mehr gehen konnten, in den Rollstuhl mussten. «Nicht wegen mangelnder chirurgischer oder wissenschaftlicher Kenntnis, sondern wegen eines *Mangels an Betten, Pflegern, Ärzten*.» (TA, 02.09.2002)
- Wer zum Beispiel Lungenkrebs hat, muss unter Umständen sechs Monate warten, bis er in einem überfüllten und schmutzigen Spital mit zu wenig Personal einen Operationstermin erhält - wenn er dann noch lebt. (Der Bund, 31.05.2001)
- «Alle kennen Patienten, die an Hoden- oder Brustkrebs gestorben sind, nicht, weil der Krebs zum Zeitpunkt der Diagnose unheilbar gewesen wäre, sondern weil bis zur Operation so viel Zeit verstrichen ist, dass sich Metastasen bilden konnten.» (TA, 02.09.2002)
- Grossbritannien, die vierte Wirtschaftsmacht der Welt, hält nach Jahren radikaler Nichtinvestition auf allen Gebieten, Pflege, Gebäude, Ausbildung, Apparate, Personal, Gehälter heute den traurigen *Rekord der längsten Wartelisten in Westeuropa*. (TA, 02.09.2002)
- Das System, wegen seiner kostenlosen und gleichen Behandlung aller Patienten ungeachtet ihrer Herkunft und ihres Einkommens *einst als Vorbild demokratischer, egalitärer und effizienter moderner Gesundheitsversorgung gepriesen, droht an seiner eigenen, konsequenten Vernachlässigung zu kollabieren*. (TA, 02.09.2002)
- Die britische Regierung schickt deswegen seit Jahresanfang Patienten, deren Schmerzen unerträglich geworden sind, zur *Operation in Krankenhäuser ins westeuropäische Ausland* - auf Staatskosten.

- Im ersten Quartal 2002 wurden auf diese Weise 300 Kranke nach Frankreich und Deutschland «exportiert», wo ihnen künstliche Hüft- und Kniegelenke eingesetzt oder der graue Star entfernt wurden. (TA, 02.09.2002)
- «Im letzten halben Jahr habe ich jeden Monat 50 Patienten absagen müssen, deren Operationstermin bereits feststand», sagt Philip Thomas. 50 Patienten, das entspricht *jedem Sechsten auf der Urologie* in Brighton, «und diese Situation ist *keine Ausnahme* in diesem Land.» (TA, 02.09.2002)
- *Manchmal sind die Patienten bereits im Krankenhaus, wenn sie erfahren, dass ihre Operation nicht stattfinden wird.* «Just in dem Moment, wo wir eigentlich anfangen wollen, wird uns mitgeteilt, dass es kein freies Bett gibt auf der Intensivstation für die ersten 24 Stunden nach der Operation.» Dann muss der Patient eben wieder nach Hause gehen, nüchtern, nervös, bereit, und dann hat das zehnköpfige Operationsteam eben plötzlich nichts zu tun, und dann sind eben mal 8500 Euro in den Sand gesetzt, für einen Operationssaal, der für vier Stunden umsonst reserviert wurde, für das Personal, das trotzdem bezahlt werden muss - bis zum nächsten Mal. (TA, 02.09.2002)
- Les Edlin aus Worcestershire (53) hatte im vergangenen Sommer das Wartelisten-Bingo endgültig satt. Dem Briten hatten die Ärzte nach einer Herzattacke erklärt, dass er ohne Operation vielleicht noch 18 Monate lebe. Als er nach einem halben Jahr nicht einmal auf der OP-Warteliste stand, weil er keinen Termin für die notwendige Voruntersuchung bekam, verkaufte er sein Haus, um sich in Südafrika behandeln zu lassen. „Was bringt mir ein Häuschen, wenn ich sechs Fuss unter der Erde liege?“, fragte Edlin. (Handelsblatt, 12.12.2002)

9.2.4 Rationierung und Unterversorgung

- Jürg Sommer, Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik am Wirtschaftswissenschaftlichen Zentrum (WWZ) der Universität Basel: *„Es sind die planwirtschaftlich organisierten Gesundheitssysteme mit ihren verbindlichen Globalbudgets, die zur Zweiklassenmedizin führen, wie das Beispiel Grossbritanniens zeigt.* Dort können die Patienten, die dafür zu zahlen bereit sind, die langen Warteschlangen überspringen, und sie werden sofort behandelt. Die mit Hilfe eines schwerfälligen Bürokratieapparates erstellten Globalbudgets entsprechen den Bedürfnissen der Bevölkerung oft überhaupt nicht. Zu knappe Globalbudgets führen zur in der britischen Realität üblichen *verdeckten Rationierung*. Die Einhaltung eines Budgets an sich sagt schliesslich nichts darüber aus, ob diese Gelder auch sinnvoll und wirtschaftlich eingesetzt werden.“ (BAZ, 13.04.1999)
- *Englische Patienten bekommen nachweislich weniger neuartige Medikamente als ihre Leidensgenossen in vergleichbaren Ländern*, viele moderne Geräte sind chronisch knapp, Krankensäle haben bisweilen Dritte-Welt-Standard. „Das Problem der uralten Krankenhäuser ist wohl bekannt“, sagt Elias Mossialos, Gesundheitsexperte an der London School of Economics, und fügt trocken hinzu: „Das wird seit den siebziger Jahren immer wieder debattiert.“

- In Grossbritannien machte der *Fall der zehnjährigen Krebspatientin Jaymee Brown* dicke Schlagzeilen. Dank Chemotherapie und einer (zweiten) Knochenmarktransplantation konnte das Mädchen seine Leukämieerkrankung ein weiteres Jahr lang überleben. – doch die 200'000 Mark kamen von einem anonymen privaten Spender. *Dass staatliche Gesundheitssystem (NHS) hatte die Behandlung abgelehnt und Jaymees Vater geschrieben: Die „substanziellen Kosten der Behandlung mit solch einer schmalen Erfolgschance“ seien „keine effektive Verwendung der Ressourcen“.* (Die Zeit, 05.08.1999)
- *In GB geht die Rationierung sehr weit.* Seit 1991 fungieren britische Hausärzte als eine Art Torwächter zum Gesundheitsdienst. Hausärzte-Gruppen bestimmen, welcher Patient wohin überwiesen wird, handeln die Preise mit Spezialisten aus, verweigern auch bestimmte Behandlungsarten. *Die Rationierung nimmt bisweilen absurde Formen an. In Gesundheitsbezirken mit schlechter Budgetlage stehen manche Aids-, Krebs-, oder Multiple-Sklerose-Kranke derzeit ohne Medizin da.* (Die Zeit, 05.08.1999)
- In Grossbritannien bestehen trotz einer massgebliche Aufstockung der staatlichen Budgetmittel für HIV/AIDS-Therapien nach wie vor grosse regionale Differenzen, je nach Grösse des Budget einer regionalen Behörde. Dieser Umstand hat zur Folge, dass *pro Patient je nach Gesundheitsbezirk dreimal weniger Mittel zur Verfügung stehen als in anderen Bezirken. Die Unterversorgung in Teilen des Landes haben zur Folge, dass die Patienten gezwungen sind, in andere Landesteile zu reisen, um die nötige Pflege zu erhalten.* (Schöffski, 12.12.2002)
- In Grossbritannien herrscht eine *Unterversorgung von Patienten mit Nierenschäden* mit der lebenswichtigen blutbildenden Substanz Erythropoetin (EPO), dies obschon in den vergangenen Jahren der Preis für EPO deutlich gesunken ist. Dieser Missstand ist auf eine behördlich angeordnete Rationierungsmassnahme zurückzuführen. (Schöffski, 12.12.2002)
- Der Wirtschaftswissenschaftler Henry Aaron und der Mediziner William Schwartz haben 1984 krasse Unterschiede *zwischen den USA und Grossbritannien bei der Inanspruchnahme lebenserhaltender medizinischer Leistungen wie Nierendialysen und Intensivbehandlungen in Spitälern nachgewiesen.*³ Sie kommen zum Schluss, dass es in Grossbritannien eine verdeckte Rationierung gebe, da den Patienten nicht mehr alle verfügbaren medizinischen Leistungen angeboten worden seien. (NZZ, 27.02.1997)

9.2.5 Akuter Mangel an Ärzten und Krankenschwestern

- Auf der Insel werden zu wenige Ärzte ausgebildet, und im europäischen Vergleich bekommen sie weniger Geld. Es fehlen vor allem Fachärzte, Zahnärzte arbeiten kaum noch für den Gesundheits-

³ Henry J.Aaron und William B.Schwartz: The Painful Prescription.

service, die miserabel entlohnten Krankenschwestern sind gerade massenweise auf der Flucht. (Die Zeit, 05.08.1999)

- Grossbritannien rekrutiert sein Pflegepersonal heute bevorzugt aus Entwicklungsländern. In englischen Spitälern hat die Zahl der Krankenschwestern aus Entwicklungsländern wie Ghana, Nigeria, Sambia und Simbabwe hat seit 1997 um das fünffache zugenommen. (BBC News, 26.11.2002)
- **Jeder fünfte britische Hausarzt jünger als 65 Jahre will in den nächsten fünf Jahren seinen Job an den Nagel hängen. 2001 gaben 22 Prozent der befragten Mediziner an, ihren Job innerhalb der nächsten fünf Jahre aufgeben zu wollen**, im Jahr 1998 waren es 14 Prozent. Ursache für den Anstieg der Zahl jener Ärzte, die aufhören wollen, war die **gewachsene Unzufriedenheit mit dem Job**. Diese hing wiederum mit längeren Arbeitszeiten und Umstrukturierungen innerhalb des Gesundheitswesens zusammen. ("British Medical Journal" 326, 2003, 22)
- Wegen akutem Mangel an Ärzten muss das Krankenpflegepersonal immer mehr Aufgaben von den Ärzten übernehmen. (BBC News, 07.01.2003)
- Akuter Mangel an Kinderkrankenschwestern in GB. Es fehlen rund 3000 Krankenschwestern, was rund 20% des Bestande in diesem Pflegebereich entspricht. (BBC News, 13.12.2002)
- Dem britischen staatlichen Gesundheitsdienst (NHS) fehlt es an Geld und an Personal. **Inzwischen gibt es Patienten, die selbst dafür sorgen, Krankenschwestern anzuheuern und deren Lohn zu bezahlen:** „We are now looking at getting nurses trained in this area (Parkinson) and will pay for it ourselves.“ Harry Prankard, Parkinson's disease patient. (BBC News, 06.12.2002)
- Immer mehr Krankenschwestern hängen ihren Job an den Nagel oder wandern ins Ausland ab. Schätzungen des britischen Gesundheitsdepartements zufolge dürften im Jahr 2006 in den britischen Spitälern knapp 3000 Krankenschwestern fehlen. (BBC News, 19.11.2002)
- **Rund die Hälfte der britischen Krankenschwester erwägt einen Jobwechsel.** Als Grund wurde der schlechte Lohn erwähnt. Als weiterer Grund wurde der enorme Druck im Pflegebereich und der damit verbundenen gesundheitliche Folgen für die Angestellten habe. (BBC News, 31.10.2002)

9.3 Deutschland: Arzneimittelbudget, Dirigismus, starke Regulierung, Versorgungsdefizite, versteckte Rationierung

9.3.1 Das deutsche Gesundheitssystem

Quellen: Handelsblatt, 21.11.2002; NZZ, 18.07.2000; Gesundheitsobservatorium - WHO Europa, 2000.

Das deutsche Gesundheitswesen wird hauptsächlich aus einkommensabhängigen Krankenversicherungsprämien finanziert. Rund 220 Mrd. Euro brachten die Deutschen im Jahr 2001 für Gesundheitsleistungen auf, den Grossteil von 130 Mrd. Euro über Krankenkassenbeiträge. Diese Beiträge belaufen sich im Durchschnitt auf über 14 Prozent des Bruttolohns. Sie sind je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu zahlen und tragen dazu bei, dass Arbeit teuer wird.

Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung mit ihren gegenwärtig rund 450 Krankenkassen bilden den wesentlichsten Teil der Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland. Mitgliedschaft in einer Krankenkasse ist verpflichtend für Arbeiter und Angestellte, deren Jahreseinkommen einen gewissen Betrag nicht übersteigt (Jahresarbeitsentgelt oder auch Versicherungspflichtgrenze: 77 400 DM in den alten Bundesländern bzw. 63 900 DM in den neuen Bundesländern im Jahr 2000) und ist freiwillig für solche mit einem darüber liegenden Einkommen. In diesem Fall hat ein Versicherter die Wahl, auf freiwilliger Basis in einer gesetzlichen Krankenkasse zu bleiben und von deren je nach Lebensalter niedrigeren Beitragssätzen zu profitieren. Oder er entschliesst sich für eine von 52 privaten Krankenversicherungen, die ihm - vor allem in jungen Jahren - günstigere Tarife anbieten. Die gesetzliche Krankenversicherung zählt 71 Millionen Versicherte. Der Rest von rund zehn Prozent überwiegend Besserverdienender ist privat versichert. Die private Versicherungswirtschaft zählt zwar rund 14 Millionen Mitglieder; in dieser Zahl sind jedoch auch blosse Zusatzversicherungen für Krankenhausaufenthalt oder Zahnersatz enthalten.

Die Beiträge richten sich nach dem Einkommen des Versicherten und nicht nach Risiken. Nichtverdienende Ehepartner und Kinder sind ohne zusätzliche Kosten mitversichert. Beiträge hängen dabei ausschließlich von der Höhe des Verdienstes aus Erwerbstätigkeit ab und nicht von Kapitalerträgen oder sonstigen Einkommen. *Die Beiträge steigen proportional mit dem Einkommen bis zu einer Obergrenze, der so genannten Beitragsbemessungsgrenze, die auf gleicher Höhe wie die o.g. Versicherungspflichtgrenze liegt.* Die Gesamtsumme der Einkommen aller Versicherten bis zu dieser Grenze (das so genannte beitragspflichtige Einkommen) gehört zu den wichtigsten Zahlen der Gesundheitspolitik, da ihre jährliche Wachstumsrate das Ausmaß der Kostendämpfungsmaßnahmen bestimmt. Wachstum der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen ist nicht notwendigerweise deckungsgleich mit Lohnwachstum. Überdurchschnittliche Lohnerhöhungen für Arbeiter und Angestellte mit geringeren Einkommen erhöhen das beitragspflichtige Einkommen überproportional, während wachsende Arbeitslosigkeit das beitragspflichtige Einkommen mindert.

Korporatismus als Wettbewerbshindernis in Deutschland

Im deutschen Gesundheitswesen stehen sich bei der Vertragsgestaltung im Prinzip *zwei gleich starke Monopolisten* gegenüber: auf der einen Seite *die gesetzlichen Krankenkassen mit ihren Dachverbänden*, auf der anderen Seite die *Kassenärztliche Bundesvereinigung als Vertretung der Ärzteschaft* mit ihren Unterorganisationen. In 23 Bezirken werden zwischen den Kassenärzten und den regionalen Organisationen der Krankenkassen Tarifverträge ausgehandelt. Jeder zugelassene Kassenarzt rechnet die Leistungen für seine Patienten mit seiner kassenärztlichen Vereinigung ab. Weder Ärzte noch Spitäler sind frei, direkt mit einzelnen Krankenkassen Verträge abzuschliessen. Die Kassen ihrerseits müssen die Leistungen der Kassenärzte über deren Vereinigungen erstatten. Insofern besteht *Kontrahierungszwang*.

Freie Arztwahl unter den Kassenärzten

Jeder Patient, der mit dem Krankenschein einer Krankenkasse - heute in aller Regel eine maschinenlesbare Krankenversicherungskarte - beim Arzt seiner Wahl erscheint, muss von diesem behandelt werden. Im Grundsatz besteht somit auch freie Arztwahl. Jedenfalls verstehen es Kassen und Kassenärzte so. Für das Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse erstreckt sich, streng genommen, die freie Arztwahl jedoch nur auf bei den Kassen zugelassene Mediziner. Wer zu einem Arzt geht, der nicht über eine Kassenzulassung verfügt, kann zwar dessen Leistungen in Anspruch nehmen. Anspruch auf Erstattung seiner Auslagen durch die Krankenkasse hat er indes nicht. Allerdings gibt es Ausnahmen. So läuft zurzeit im deutsch-niederländischen Grenzbereich ein Modellversuch, der es deutschen Kassenpatienten gestattet, Ärzte jenseits der Grenze aufzusuchen und sich die Kosten hinterher von der Krankenkasse erstatten zu lassen.

Gespaltener Markt

Eine der Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens besteht bis heute jedoch darin, dass ein staatlich reglementierter und ein privater Sektor der ärztlichen Versorgung und Versicherung nebeneinander existieren.

Die Existenz eines privaten Versicherungssektors mit zehn Prozent Marktanteil hat dazu geführt, dass Mediziner - überwiegend natürlich Spezialisten oder Modeärzte - auch ohne Kassenzulassung ihr Auskommen finden. Dennoch bleibt die Kassenzulassung das erstrebenswerte Ziel jedes Hochschulabsolventen, der sich nicht für den Dienst in einem Spital entscheidet. Über dessen Antrag entscheidet ein Zulassungsausschuss, der sich jedoch an Auswahlkriterien zu halten hat, welche die Ablehnung eher zur Ausnahme machen. Die Niederlassung als Arzt kann versagt werden, wenn in einer Region Ärzteschwemme herrscht. Doch alle Versuche, durch Begrenzung der Zulassungszahlen Kosten zu reduzieren, sind bisher fehlgeschlagen. Schon jetzt steht fest, dass im Jahr 2001 in Deutschland erneut 8000 Mediziner eine Kassenzulassung erhalten, weil den Verbänden sonst Klagen wegen Verstosses gegen das Verfassungsgebot der freien Berufswahl drohen.

Ärztevertreter bezweifeln heute, dass Krankenkassen und Ärzte wie noch in den fünfziger und sechziger Jahren aus der Position gleich starker Monopolisten heraus ihre Belange selbst regeln und in Verträgen frei vereinbaren können. Unter dem Zwang zur Kostensenkung im Gesundheitswesen *hat sich der Staat nämlich zunehmend eingemischt und immer detailliertere Bestimmungen erlassen.* Zwar hat der Gesetzgeber vor fünf Jahren den Krankenkassen den Wettbewerb um ihre Kunden, die Versicherten, gestattet. Diese Konkurrenz erstreckt sich jedoch nur auf die Beitragshöhe, erfasst also nicht die Leistungsseite. Denn der Leistungsumfang wird vom Staat exakt vorgeschrieben.

Fehlen eines Effizienzdrucks

Der wirtschaftliche Beirat beim Bundeswirtschaftsministerium ist daher unlängst zu einem vernichtenden Urteil gekommen: Die *korporatistische Koordinierung*, schrieben die Wissenschaftler, lasse dem Wett-

bewerbsmechanismus in weiten Teilen des Gesundheitssektors kaum noch Raum, obwohl die Versicherten einmal im Jahr ihre Krankenkasse wechseln könnten. Die Hoffnung, allein dadurch das Gesundheitswesen effektiver und damit kostengünstiger zu machen, habe sich als illusionär erwiesen. **Die von der rot-grünen Regierung verfügte Budgetierung der Gesundheitsausgaben wird als zusätzliches Hindernis betrachtet.** Der Beirat sieht das Kernproblem im deutschen Gesundheitswesen darin, dass einzelne Krankenkassen und einzelne Leistungserbringer keine Leistungspakete schnüren könnten, die in Preis und Qualität variierten. Und die Wissenschaftler gelangen zu dem Schluss: **«Der mangelnde Effizienzdruck hat in Deutschland zu einem im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Ressourceneinsatz pro Krankheitsfall geführt.»**

9.3.2 Ruf nach Kopfprämien aus dem rot-grünen Regierungslager

Quelle: Ärzte Zeitung, 29.01.2003

Andrea Fischer hält Umstellung der GKV-Finanzierung für sinnvoll, um Entsolidarisierungseffekte zu vermeiden.

Für die Umstellung der GKV-Finzen auf Kopfprämien hat sich die ehemalige Gesundheitsministerin Andrea Fischer (Die Grünen) ausgesprochen. "Wir sollten das System besser so konstruieren, dass es gegen die Gefahren von Gentests immun ist, als darauf zu hoffen, dass ein Gentest-Verbot eine Entsolidarisierung verhindert", sagte Fischer gestern auf einem Kolloquium der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin.

Fischer - eine profilierte Kritikerin der Gentechnik - befürchtet, dass Gentests zur Risikoselektion führen. Versicherte mit nachgewiesen gutem Risiko würden versuchen, mit diesem Argument möglichst niedrige Versicherungsprämien zu bezahlen. Und Versicherungen wären bestrebt, genau diese Gruppen zu werben.

Quelle: Der Spiegel, 14.11.2003

Um das Gesundheitssystem zu kurieren, hat Bert Rürup, Vorsitzender der Reformkommission der Bundesregierung, einen radikalen Kurswechsel gefordert. Er will Kopfpauschalen statt lohnabhängigem Beitragssystem, die Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen und transparente Arztrechnungen.

Rürup hält den umfassenden Umbau des Gesundheitswesens für unvermeidlich. "Derzeit liesse sich das Gesundheitssystem mit einer Kopfprämie von 200 Euro im Monat finanzieren - bei einer beitragsfreien Mitversicherung von Kindern", sagte Rürup dem "Darmstädter Echo". Die Prämie könne auch für Beamte und Selbstständige erhoben werden. Für Geringverdiener müsse es allerdings einen steuerlichen Ausgleich geben. Der Arbeitgeberanteil werde steuerfrei ausgezahlt. Dadurch sei das Kopfprämien-Modell wesentlich beschäftigungsfreundlicher. "Ohne eine solche Umstellung sind die Reformmöglichkeiten des derzeitigen Systems relativ begrenzt", sagte der Wissenschaftler.

Rürup kritisierte, dass das Gesundheitswesen an fehlendem Wettbewerb leide. Deshalb wolle er die Kassenärztlichen Vereinigungen abschaffen. Stattdessen sollten Krankenkassen mit Ärzten und Krankenhäusern direkt Preise aushandeln können.

9.3.3 Versorgungsdefizite und versteckte Rationierung

Das deutsche Gesundheitssystem ist teuer, ungerecht, ineffizient und intransparent. Keine andere europäische Nation gibt so viel Geld für Gesundheitsleistungen aus wie die Deutschen und wird gleichzeitig so schlecht versorgt. Das spüren die Versicherten, die Beiträge in Rekordhöhe zahlen und dennoch am Quartalsende oft keinen Arzttermin bekommen. Sind die staatlichen Budgets aufgebracht, schliessen viele Mediziner einfach ihre Praxen.

Die Arzneimittelversorgung in Deutschland entspricht oftmals nicht dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis. Für viele Indikationsgebiete wurden innovative Medikamente entwickelt, die von medizinischen Experten weltweit als Standardtherapie definiert wurden. Zahlreiche Studien zeigen, dass diese Standards in Deutschland häufig nicht erfüllt werden (siehe unten).

Die Ursache

Ein Grund für die bestehenden Versorgungsdefizite ist das Arzneimittelbudget. Jedes Jahr wird versucht, die medizinisch bedarfsgerechte Höhe der Budgets in einem planwirtschaftlichen Prozess prospektiv festzusetzen. Dies kann nicht gelingen, da dem Planungsprozess alle notwendigen Informationen zur Berechnung, welche und wieviele Arznei- und Heilmittel im folgenden Jahr in einer Region benötigt werden, fehlen. In der Bemühung, dieses vorweg falsch festgelegte Budget einzuhalten, werden die Ärzte in die Rationierung getrieben.

Die Lösung

Die First-Best-Lösung ist die Abschaffung der Budgets. An Stelle der planwirtschaftlichen Elemente muss der einzelne Arzt in die Lage versetzt werden, die ihm medizinisch bedarfsgerecht und ökonomisch effizient erscheinende Therapie einzusetzen. Nur der Arzt kann diese Entscheidungen individuell für jeden Fall, ggf. mit Unterstützung von Leitlinien, treffen. Solange die Budgets existieren, ist als Second-Best-Lösung ein möglichst bedarfsgerechtes Arzneimittelbudget zu ermitteln. Hierbei sind die bestehenden Versorgungsdefizite unbedingt mit einzubeziehen. (VFA, 1999)

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001

- Nach Schätzungen des Gesundheitsministeriums sterben jährlich rund 4000 Frauen an Brustkrebs, weil sie falsch oder unzureichend untersucht wurden. Über- oder Unterversorgung gehören gleichermaßen zum Alltag des deutschen Gesundheitswesens.

- Dem Gutachten zufolge erschreckend oft falsch behandelt. Nicht einmal jeder Zehnte wird vom Arzt im täglichen Umgang mit der Krankheit geschult. Würden die zuckerkranken Patienten richtig aufgeklärt, so die Sachverständigen, könnten 30 Prozent der Komplikationen vermieden und die Zahl der Amputationen deutlich verringert werden.
- Nur ein Viertel der Patienten mit Diabetes, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder nach Herzinfarkten entsprechend dem Stand der Wissenschaft behandelt.

Quelle: VFA 1999

- Im Indikationsgebiet Alzheimer erhalten ca. 88% aller Patienten, die für innovative Medikamente geeignet sind, keine entsprechenden Präparate.
- Im Indikationsgebiet Herz-Kreislauf werden 87% aller therapiegeeigneten Patienten mit koronarer Herzkrankheit gar nicht oder nicht ausreichend mit präventiven Lipidsenkern behandelt und 75% aller geeigneten Herzinsuffizienz-Patienten nicht mit Betablockern therapiert.
- Im Indikationsgebiet Schizophrenie werden in Deutschland nur 10% der Patienten mit modernen Antipsychotika behandelt.
- Im Indikationsgebiet Depressionen betrifft die medikamentöse Unterversorgung 65% aller Personen mit schweren Depressionen.
- Im Indikationsgebiet Schmerz muss in Deutschland rund 1 Million Menschen trotz zur Verfügung stehender adäquater Medikamente unnötig leiden. 46% aller an Migräne erkrankten Frauen werden nicht optimal medikamentös behandelt.
- Im Indikationsgebiet Osteoporose werden mindestens 3 Millionen der an dieser Krankheit leidenden Frauen weder diagnostiziert noch medikamentös adäquat therapiert.
- Im Indikationsgebiet Diabetes können durch eine bessere ambulante und medikamentöse Behandlung viele der Folgeschäden vermieden werden: Jährlich erblinden 6.000 Typ 2-Diabetiker, 8.000 werden dialysepflichtig, bei 28.000 werden Gliedmassen amputiert, 27.000 bekommen Herzinfarkte und 44.000 erleiden einen Schlaganfall.
- Im Indikationsgebiet Hepatitis C wird lediglich ein Drittel aller diagnostizierten Erkrankten medikamentös adäquat behandelt.
- Im Indikationsgebiet Allergien gehen Experten davon aus, dass über 2,5 Millionen Asthmatiker medikamentös mangelhaft betreut werden. Der Bedarf an Asthma-Arzneimitteln ist mehr als doppelt so hoch wie die tatsächlich getätigten Verordnungen.
- Im Indikationsgebiet Onkologie (Krebs) wird beispielsweise das Non-Hodgin-Lymphom nur bei 24 bis 36% aller therapiefähigen Patienten mit entsprechenden innovativen Medikamenten behandelt.
- Im Indikationsgebiet chronische Bronchitis werden nur 50 - 60% aller mittelschweren und schweren Fälle adäquat mit Antibiotika therapiert.

- Im Indikationsgebiet Epilepsie könnten aufgrund vorhandener moderner Medikamente wesentlich mehr Erkrankte symptomfrei sein als dies gegenwärtig der Fall ist.
- Im Indikationsgebiet Ulcus und Gastritis erhalten lediglich 6,7 bis 14,8% der Erkrankten eine Therapie mit innovativen Medikamenten.
- Verschwendung von Ressourcen, Qualitätsmängel in Ausbildung und Versorgung – das Urteil der Sachverständigen über das deutsche Gesundheitswesen fällt vernichtend aus. Massive Kritik übt der Sachverständigenrat an der ärztlichen Ausbildung und Versorgung. Im Bereich der Pflege- und Sozialberufe beklagen die Forscher einen zunehmenden Verfall der fachlichen Qualifikation. (Handelsblatt, 21.03.2001)
- Bei der Lebenserwartung liegt die Bundesrepublik noch unter dem Durchschnitt aller OECD-Länder. Wegen unzureichender Gesundheitsversorgung sterben in Deutschland überdurchschnittlich viele Menschen vor Erreichen des 70. Lebensjahres. (Handelsblatt, 21.03.2001)
- Das deutsche Gesundheitswesen arbeitet weder wirtschaftlich noch bedarfsgerecht. Deshalb müssen in Deutschland Menschen früher sterben, als es bei einer angemessenen Versorgung notwendig wäre. Der Patient hat nur wenig Einfluss auf eine Therapie. Vor allem sozial Schwache und Menschen mit geringem Bildungsstand scheitern bei dem Versuch, sich einen Weg durch den Therapiedschungel zu bahnen. Ihre Chancen, die dem Stand der Wissenschaft entsprechende Behandlung zu erfahren, sind deshalb kleiner als die von Patienten, die dank ähnlichem Bildungsniveau mit ihrem Arzt auf Augenhöhe verhandeln. (Handelsblatt, 21.03.2001)
- Allein in den vergangenen zehn Jahren stiegen die Ausgaben der Kassen um rund 80 Mrd. DM auf über 260 Mrd. DM. Doch die Patienten wurden nicht im gleichen Umfang besser versorgt. Trotz der zweitgrössten Gesundheitsausgaben aller Industrienationen nimmt Deutschland daher beim Niveau der Versorgung nur einen Mittelplatz ein.

Ineffizienz des Gesundheitssystems

- Jedes Jahr werden 100,000 Frauen wegen Brustkrebs operiert, obwohl ihnen gar nichts fehlt. Das liegt daran, dass sich das graue Mammografie-Screening etabliert hat. Dabei wird ohne konkreten Brustkrebsverdacht eine qualitativ schlechte Untersuchung durchgeführt., die häufig zu falsch positiven Befunden führt. Anschliessend wird dann operiert, obwohl gar kein Brustkrebs vorliegt. (Zeit, 06.12.2001)
- Die Arzneimittelversorgung ist genauso ineffizient. Bei der Behandlung von Bluthochdruck werden beispielsweise sehr teure, neue Präparate eingesetzt, obwohl der Nutzen im Vergleich zu alten, deutlich billigeren Präparaten nie geprüft wurde. Deshalb wird in Deutschland jährlich mehr für die Blutdrucktherapie ausgegeben, ohne dass die Versorgung besser geworden wäre. (Zeit, 06.12.2001)

9.3.4 Vergleich mit Grossbritannien

Das Credo der Regierung Schröder lautet, dass die solidarische Krankenversicherung in Deutschland gezielt weiterentwickelt ist. Das medizinisch Notwendige müsse den gesetzlich Versicherten auch weiterhin zur Verfügung stehen. Die Leistungen müssen in ihrer Qualität gesichert und wirtschaftlich erbracht werden. Dabei haben die Hausärzte eine Schlüsselstellung. Sie sollten die eigentlichen «Lotsen» und ständigen Ansprechpartner für den Patienten sein. Durch vernetzte Strukturen von ambulanten und stationären Leistungen sowie der ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungen soll die integrierte Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Mit der Einführung eines «Patienten-Passes» werde mehr Transparenz beim Erbringen der Leistung im Gesundheitswesen erzielt. Sie steigere die Qualität und erhöhe die Sicherheit in der Gesundheitsversorgung, besonders in der Arzneimittel-Therapie.

Diesem hohen Anspruch konnte die verkorkste «Gesundheitsreform 2000», wie auch in den Reihen der rot-grünen Koalitionsparteien inzwischen hinter vorgehaltener Hand eingestanden wird, nicht genügen. Weder konnte die Kostenexplosion im Gesundheitswesen wesentlich eingedämmt werden, noch kam es zu einer wesentlichen Aufwertung eines kostensenkenden Konkurrenzdenkens und damit zu einer Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. So erhöhten sich etwa 2001 die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherungen erneut um überdurchschnittliche 3,7% je Versicherten auf 138 Mrd. EURO, was bei einer Stabilisierung des Prämienatzes bei 14,0% zu einem Jahresdefizit des ganzen Systems von 2,9 Mrd. EURO führte. Ebenso dürfte auch klar geworden sein, dass die Kanalisierung der Gesundheitsversorgung in eine staatlich organisierte Abfolgeregelung der medizinischen Betreuung wegen ihrer Schematisierung nicht unbedingt sachlich effizienter und kostengünstiger ist. Dies fällt umso schwerer ins Gewicht, als nicht unbedingt die Theorie des Gesetzes, aber die auf dieser Grundlage geübte Praxis der Gesundheitsversorgung letztlich eine Einschränkung der Wahlfreiheit des Arztes bewirkt. **Deutschland ist damit schon recht nahe an das allumfassende staatliche Gesundheitssystem Grossbritanniens herangerückt, dessen Qualität sehr umstritten ist.** (NZZ, 19.03.2002)

Die „vierte Hürde“ - Warteliste für Innovationen (Ärztezeitung, 17.02.2003)

Kritik forschender Arzneimittelhersteller: Die neue Zulassungshürde bedeutet Zuteilungsmedizin und Rationierung BERLIN (HL). Eine zusätzliche Kosten-Nutzen-Bewertung (vierte Hürde) von Arzneimitteln, wie sie Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt plant, verzögert die Einführung von Innovationen zwischen einem und zweieinhalb Jahren - zu Lasten der Patienten.

Das sind die Erfahrungen, die Großbritannien seit drei Jahren mit diesem Konzept macht. Dort überprüft das National Institut of Clinical Excellence (NICE) einzelne, aber nicht alle neuen Arzneimittel nach ihrer Zulassung auf ihren gesundheitsökonomischen Wert.

Konkrete Beispiele: Die zusätzliche Wartezeit von NHS-Patienten auf Innovationen gegen Brustkrebs und Lymphdrüsenkrebs betrug 15 Monate, bei Multipler Sklerose sogar 30 und bei Schizophrenie 14 Monate.

„Diesen Fehler der Briten darf die Bundesregierung auf keinen Fall wiederholen“, warnt Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller. Gegen eine zentrale Nutzenbewertung sprächen weitere Aspekte:

- Die pharmakoökonomischen Beurteilungsstandards sind noch strittig, vor allem, was die Messung des Nutzens angeht.
- Generalisierende Aussagen sind nicht auf die Situation des einzelnen Patienten anzuwenden; dafür ist die Versorgungssituation im Einzelfall zu komplex. Außerdem gehe der Trend bei verfeinerter Diagnostik hin zu einer individualisierten Therapie.

Der Bundesregierung macht der VFA den Vorwurf, mit Festbeträgen für Analog-Arzneimittel und mit der Nutzenbewertung von Innovationen den Markt bis ins letzte staatlich zu regulieren. Das belaste die forschenden Arzneihersteller zusätzlich. Nicht ausschließen will der Verband, daß die Branche sich Preisverhandlungen vorstellen kann - aber nur dann, wenn Krankenkassen keine Kartelle mehr sind.

9.4 Frankreich: Wartelisten und Zweiklassenmedizin

9.4.1 Das französische Gesundheitssystem

Quelle.: NZZ, 27.07.2000

Das französische Gesundheitswesen macht auf den ersten Blick einen vergleichsweise guten Eindruck. In Frankreich steht es um Lebenserwartung und Gesundheitszustand der Menschen besser als in vielen anderen industrialisierten Ländern. Alle Gruppen haben praktisch freien Zugang zum gesamten Gesundheitssystem, der grösste Teil der Kosten wird ihnen zurückerstattet, in der Wahl von Ärzten oder Spitälern sind sie verhältnismässig frei, und Warteschlangen gibt es kaum. Auf den zweiten Blick wird indessen rasch deutlich, dass all dies einiges kostet. Frankreich steht hinsichtlich des Gewichts des Gesundheitssektors an vierter Stelle unter den Industrieländern. 1998 machten die Gesundheitsausgaben gemäss den Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) 9,6% des Bruttoinlandprodukts aus. Nur in den USA (13,6%), in Deutschland (10,6%) und in der Schweiz (10,4%) waren die entsprechenden Quoten höher.

Kaum Marktsignale

Der Anteil der Gesundheitsausgaben verharrt seit etwa sieben Jahren knapp unter 10%, nachdem er vorher zwei Jahrzehnte lang gestiegen war. In der zweiten Hälfte der neunziger Jahre war die Expansion vorübergehend gebremst worden. Dass das Parlament seit 1996 jährlich globale Zielgrössen für die Gesundheitsausgaben festlegt, hat eine gewisse Dämpfung bewirkt, zumal die nationale Krankenversicherungskasse (Cnam) mit deren Überwachung beauftragt ist. In jüngster Zeit wies die Ausgabenkurve aber wieder nach oben, übertraf die politischen Zielwerte und brachte neue Nervosität in die Gesundheitspolitik. Da es in Frankreich kaum Marktsignale gibt, die bei der Ermittlung der «richtigen» Menge und Qualität

von Gesundheitsleistungen helfen könnten, müssen Umfang und Gestalt des Gesundheitssektors immer wieder politisch ausgehandelt und administrativ festgelegt werden.

Auf der Nachfrageseite gibt es nur wenige Ansatzpunkte zur Steuerung des Gesundheitssektors, da die «Konsumenten» keinen Zusammenhang zwischen den Beitragszahlungen zur Krankenversicherung und den bezogenen Gesundheitsleistungen spüren. Etwa drei Viertel der Leistungen werden von der obligatorischen, durch Einkommensprozente finanzierten staatlichen Sozialversicherung getragen, die aus den Zweigen «Familie», «Alter» und «Krankheit» besteht. Was die staatliche Krankenversicherung nicht abdeckt, kann sozusagen privat durch Zusatzversicherungen teilweise abgesichert werden. Fast 90% der Franzosen haben solche Zusatzeinrichtungen, die für etwa einen Zehntel der Gesundheitsleistungen aufkommen - und pikanterweise auch erhöhte Selbstbehalte in der staatlichen Krankenversicherung neutralisieren. Der Rest der Gesundheitsausgaben - gut ein Zehntel - ist von den Patienten selber zu tragen.

Blick auf die Anbieterseite

Die Aufmerksamkeit der Politiker gilt deshalb der Anbieterseite, wo man der Expansion immer wieder durch Regulierungen des Angebots entgegenzuwirken sucht. Auf der Angebotsseite wird fast die Hälfte der Leistungen von Spitälern erbracht, etwas mehr als ein Viertel des Volumens entfällt auf den ambulanten Sektor, während die Aufwendungen für Medikamente den im internationalen Vergleich hohen Anteil von knapp einem Fünftel erreichen. Zur groben Steuerung des Eintritts von Ärzten und anderen Leistungsanbietern in den Gesundheitssektor dienen der Numerus clausus für Studierende und die Akkreditierungsregeln für die Anbieter von Gesundheitsleistungen, daneben gibt es aber zahlreiche weitere Massnahmen.

Im gewichtigen Segment der staatlichen Spitäler, die mehr als einen Drittel aller Gesundheitsausgaben ausmachen, ist eine hoheitliche Angebotssteuerung am ehesten möglich, da die Krankenhäuser einer teilweise zentral, teilweise regional angelegten Lenkung von Budgets, Investitionen, Personal und Leistungen unterliegen. Allerdings werden die Spitäler jeweils mehr oder weniger gemäss den vorher getätigten Ausgaben mit neuen Mitteln dotiert; eineverstarkte Bemessung an Leistungs- und Diagnosemustern oder an der Effizienz ist erst ansatzweise im Gespräch. In Frankreich hat sich insofern eine Aufgabenteilung ergeben, als sich die staatlichen Spitäler eher auf schwierigere Fälle und Forschung konzentrieren, während sich die privaten Kliniken eher in der Nische der leichten Fälle etabliert haben. Die privaten Kliniken werden gemäss erbrachten Leistungen abgegolten, Leistungskatalog und Entschadigungsansatze jedoch sind nach alten Mustern angelegt, die aus der Sicht von Beobachtern höchstens in lockerem Zusammenhang zu Produktivität und Kostenbewusstsein stehen.

Expansive ambulante Behandlung

Im expansiven ambulanten Sektor gilt ebenfalls das Prinzip, dass die Anbieter gemäss erbrachten Leistungen abgegolten werden - bzw. dass den Patienten die Bezahlung zurückerstattet wird. Aber auch in diesem Segment sind die in Konventionen zwischen den Berufsgruppen und der nationalen Krankenkasse festgelegten Leistungen und Tarife althergebracht, so dass kaum ein Kostenbewusstsein oder ein Wettbewerb zwischen ambulanter Behandlung und Spitalsektor geweckt wird. Da der Zugang der Ambulanz-Patienten frei ist, sucht man gegenwärtig bei den Tarifen nach Ansatzpunkten zur Kostendämpfung. Seit Monaten versucht sich die nationale Krankenkasse mit den Vertretern etlicher freier Gesundheitsberufe und Leistungsanbieter auf Tarifsenkungen zu einigen, wogegen sich die betroffenen Berufsgruppen - unter anderem die Spezialärzte und die Hebammen - naturgemäss energisch wehren.

Praktisch auf allen Gebieten beginnt man zunehmend deutlicher auch über mengenmässige Beeinflussungen des Angebots zu sprechen, etwa über «Körbe» von Gesundheitsleistungen, deren Respektierung belohnt werden sollte. Noch schärfer werden solche Ansätze mit Blick auf die Ausgaben für Medikamente formuliert, etwa in der Forderung nach einer Auslichtung der Liste der rückerstattungspflichtigen Medikamente oder nach einer Art Positivliste. Dass die Arzneimittel ebenfalls unter einem Regime stehen, in dem zwar Zulassung und Preise, die Nachfrage aber kaum reguliert sind, wirkt auch insofern expansiv, als die durch die Regulierung befohlenen Pharmapreise im internationalen Vergleich niedrig sind.

9.4.2 Wartelisten und Zweiklassenmedizin

Quelle: Ärztezeitung, 11.02.2003

In Frankreich verlangen immer mehr Fachärzte *Zuschläge von sieben bis 15 Euro von Patienten, die nicht auf einen Termin warten wollen.* Patienten und Krankenkassen protestieren heftig, obwohl Ärzte dieses Zuschlags-Recht in bestimmten Ausnahmesituationen durchaus haben.

Vor allem in West- und Zentralfrankreich ist die Fachärztedichte so dünn, daß Patienten eine *Wartezeit von mehreren Wochen, manchmal sogar einigen Monaten im Kauf nehmen müssen,* um - abgesehen von Notfällen - etwa einen Augenarzt, einen Kinder- oder einen Frauenarzt besuchen zu können. *Wer allerdings einen Facharzt am Vormittag anruft, und sich bereit erklärt, aus eigener Tasche einen Zuschlag zu zahlen, der kann oft mit einem Abendtermin nach 17 Uhr oder spätestens am folgenden Tag rechnen.*

In vielen Départements rechnen schon 40 bis 80 Prozent aller niedergelassenen Fachärzte solche Aufpreise ab, zum Ärger der Krankenkassen, die jetzt mit Sanktionen drohen.

Facharztverbände erinnern daran, daß die meisten Fachärzte ohnehin bereits rund 55 Stunden pro Woche arbeiten, während die offizielle Arbeitszeitdauer maximal 39 Stunden beträgt. Deshalb halten Ärzte die Zuschläge für begründet - für sie sind solche Termine eine zusätzliche Arbeitsbelastung. In Frankreich ist ein Zuschlag nur dann erlaubt, wenn der Patient "einen besonderen, aber medizinisch unbegründeten Wunsch" hat, wie etwa einen nicht dringend nötigen Hausbesuch am Wochenende oder am Abend. Die meisten Ärzte reservieren ihre Termine nach 17 Uhr für Notfälle, und verlangen dann keinen Zuschlag. Wenn aber Patienten ohne dringenden Grund in dieser Zeit kommen wollen, halten Mediziner es für durchaus legitim, den Zusatz-Obulus zu fordern.

Neu ist allerdings, daß Ärzte diesen Zuschlag inzwischen fast systematisch verlangen. Sie argumentieren, daß die meisten dieser Patienten diese Termine nur aus Gründen der eigenen Bequemlichkeit haben möchten. Deshalb sei die Gebühr legitim. Kassen und Patientenorganisationen allerdings sind verärgert: Für sie sind die *Zuschlagsforderungen ein Indiz für eine Zwei-Klassen-Medizin.*

9.5 Italien: Privatkundschaft kommt zuerst

Quelle.: NZZ, 17.07.2000

Vor kurzem hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in einer Untersuchung der allgemeinen medizinischen Versorgungseinrichtungen in 191 Ländern das in Italien herrschende System hinter Frankreich als das zweitbeste der Welt bezeichnet. Eine solche Einschätzung wird unter anderem durch die Aussagen von Ärzten in Italien relativiert, laut denen bei Bagatellerkrankungen keinerlei Probleme bestehen, da «alles Banale beinahe von selber heilt». Anders verhält es sich hingegen bei Ernstfällen und schweren Erkrankungen, da dort Ineffizienz, Schwerfälligkeit und andere Schwachstellen des Apparates für Patienten mitunter gravierende Folgen haben können.

Steuern für den Gesundheitsdienst

Im Prinzip steht jedem Italiener sowie Ausländern, die sich legal in diesem Lande aufhalten, für die medizinische Versorgung kostenlos die Infrastruktur des nationalen Gesundheitsdienstes (Servizio Sanitario Nazionale) zur Verfügung, welcher der Bevölkerung einen umfassenden Schutz gewähren soll. Die Dienstleistungen werden auf lokaler Ebene durch die Einrichtungen und Vertrauensärzte örtlicher Gesundheitsämter, der sogenannten Unità Sanitarie Locali (USL), erbracht, von denen es landesweit mehr als 700 gibt. Gratis ist die Behandlung natürlich nicht, denn Lohnempfänger entrichten mit der Steuer, die an der Quelle erhoben wird, einen Beitrag an den Gesundheitsdienst. Für diesen öffentlichen Bereich bezahlen auch jene, die ihn nicht in Anspruch nehmen, wie die Inhaber von privaten Versicherungspolice, die sich von unabhängigen Ärzten und Spitälern versorgen lassen.

Mit gesundem Menschenverstand

Der staatliche Gesundheitsdienst verursacht Gesamtkosten, die etwas mehr als zehn Prozent des Bruttoinlandproduktes entsprechen. Er rangiert hinter den Aufwendungen für Renten und die Sozialversicherung auf Platz zwei der öffentlichen Ausgaben. Das italienische Versorgungssystem ist in der Einschätzung der WHO dennoch eines der billigsten in Europa. Rund ein Drittel aller medizinischen Auslagen entfällt auf den privaten Bereich, der zur Hauptsache floriert, weil der staatliche im Urteil der Bürger in vielen Belangen reichlich zu wünschen übrig lässt. Für Leistungen hat der Patient in diesem Sektor aus der eigenen Tasche zu bezahlen; die Kosten werden von den privaten Versicherungen zurückerstattet, wenn zwischen der Kasse und dem behandelnden Arzt beziehungsweise dem Spital eine vertragliche Vereinbarung besteht. In Sonderfällen kommt der Staat auch für Auslagen auf, die einem Patienten anfallen, weil er aus zwingenden Gründen die Dienste einer privaten Einrichtung in Anspruch nehmen muss. Auch in diesem Bereich kommt in Italien in schwierigen Situationen immer wieder der gesunde Menschenverstand sowie das Improvisationsvermögen der Italiener zum Zuge.

Im Rahmen eines weiteren Reformanlaufes zur Umstrukturierung des öffentlichen Gesundheitswesens wurden unlängst neue Vertragsvereinbarungen zwischen der Ärzteschaft und den staatlichen Einrichtungen unterzeichnet, die spätestens im nächsten Jahr in Kraft treten sollen. Demnach müssen sich Ärzte künftig unter anderem etwa ein für alle Male zwischen der Arbeit im Rahmen der öffentlichen Versorgungseinrichtungen oder im Privatbereich entscheiden. Bisher haben viele von ihnen ihre Zeit zwischen den beiden Sektoren aufgeteilt - mit nachteiligen Folgen für die Patienten der staatlichen Betriebe, weil die Ärzte es vorzogen, mit Vorrang ihre zahlende Privatkundschaft zu betreuen.

Zusicherungen an Spitalärzte

Laut Angaben des Gesundheitsministeriums haben sich über 80 Prozent der Spitalmediziner für das Verbleiben in den staatlichen Strukturen ausgesprochen. Ein solcher Schritt wurde den Ärzten mit Gehaltserhöhungen von durchschnittlich 1,5 Millionen Lire pro Monat schmackhaft gemacht. Dazu erhielten sie die Zusicherung, unter gewissen Bedingungen auch weiterhin Privatpatienten behandeln zu dürfen, und zwar in den Räumlichkeiten der öffentlichen Einrichtungen. Die Kosten für die dazu notwendigen baulichen Veränderungen in den Spitälern übernimmt der Staat. Dazu kommt, dass künftig nur Ärzte des öffentlichen Bereichs für führende Positionen in den Einrichtungen der staatlichen Krankenfürsorge in Frage kommen.

9.6 *Medienberichte mit wirkungsvollem Inhalt*

Tagesanzeiger vom 02.09.2002 Seite 2

Hintergrund

GROSSBRITANNIEN Das staatliche Gesundheitssystem Grossbritanniens, der vierten Wirtschaftsmacht der Welt, durchlebt die grösste Krise seit seiner Gründung 1948. Nirgendwo in Westeuropa müssen Patienten länger auf Behandlung warten.

Jahrelang auf eine Operation zu warten, ist in England keine Seltenheit. Besuch bei einem überlasteten Arzt und einer Patientin, deren Schmerzen derart unerträglich wurden, dass sie sich in Frankreich helfen liess.

Um zwanzig vor zehn kommt Philip Thomas angehastet, «tut mir Leid, dass ich so spät dran bin». Er lässt sich auf das Sofa im Pausenraum neben dem Operationssaal fallen, die Augen so tot wie die eines Junkies, und das Gähnen unterdrückt er erst gar nicht, dabei hat der Tag gerade erst angefangen. Unnötig, die Chirurgenhaube abzusetzen, und erst recht keine Zeit für einen Tee: Der Arzt wird ohnehin nicht lange bleiben können. Sobald das Telefon klingelt, muss er zurück in den Operationssaal, und das Telefon kann jeden Moment klingeln, tags, nachts, immer, 36 Stunden pro Woche laut Vertrag und 70 Stunden im Durchschnitt und in der Wirklichkeit von Philip Thomas.

Unendlich lange Arbeitstage

Und weil das so ist, jahrein, jahraus, kann der Urologe Philip Thomas morgens um zwanzig vor zehn manchmal nicht mehr mit Bestimmtheit sagen, wann eigentlich sein Arbeitstag begonnen hat und wann er enden wird im Royal Sussex County Hospital, einem staatlichen Krankenhaus mit 400 000 Patienten jährlich, im Seebad Brighton im Südosten Grossbritanniens, 60 Zugminuten von London entfernt und fünf Minuten zu Fuss vom Atlantik. Das Einzige, was er weiss, ist: «Ich arbeite immer gegen die Zeit.»

Gegen die Wartezeit, genauer gesagt. Philip Thomas ist seit 1995 als Urologe im Royal Sussex County Hospital tätig. Er hat reihenweise Patienten gesehen, die drei oder vier Jahre auf ihre Harnleiter- oder Nierensteinoperation warten mussten, drei oder vier Jahre auf einen Routineeingriff, drei oder vier Jahre mit Schmerzen bei jedem Urinlassen. Die Patienten der Nachbarstation, der orthopädischen Abteilung, haben zuweilen noch länger ausgeharrt, bevor ihnen Hüft- oder Kniegelenke ersetzt wurden, und sie unterdessen, weil sie vor Schmerzen nicht mehr gehen konnten, in den Rollstuhl mussten. «Nicht wegen mangelnder chirurgischer oder wissenschaftlicher Kenntnis, sondern wegen eines Mangels an Betten, Pflegern, Ärzten.» Er blinzelt mit den Augen, und es ist nicht sicher, ob vor Müdigkeit oder Wut. «Dieses Krankenhaus ist keine Ausnahme, alle Krankenhäuser dieses Landes», er blickt zu Boden, «alle kennen Patienten, die an Hoden- oder Brustkrebs gestorben sind, nicht, weil der Krebs zum Zeitpunkt der Dia-

gnose unheilbar gewesen wäre, sondern weil bis zur Operation so viel Zeit verstrichen ist, dass sich Metastasen bilden konnten.»

Weil dieses Land, Grossbritannien, die vierte Wirtschaftsmacht der Welt, die grösste Krise seines National Health Service (NHS), des staatlichen Gesundheitssystems, seit dessen Gründung 1948 durchlebt - nach Jahren radikaler Nichtinvestition auf allen Gebieten, Pflege, Gebäude, Ausbildung, Apparate, Personal, Gehälter -, hält der NHS heute den traurigen Rekord der längsten Wartelisten in Westeuropa. Das System, wegen seiner kostenlosen und gleichen Behandlung aller Patienten ungeachtet ihrer Herkunft und ihres Einkommens einst als Vorbild demokratischer, egalitärer und effizienter moderner Gesundheitsversorgung gepriesen, droht an seiner eigenen, konsequenten Vernachlässigung zu kollabieren.

Die britische Regierung schickt deswegen seit Jahresanfang Patienten, deren Schmerzen unerträglich geworden sind, zur Operation in englische Privatkliniken sowie, erstmals in der Geschichte, in Krankenhäuser ins westeuropäische Ausland - auf Staatskosten. Im ersten Quartal 2002 wurden auf diese Weise 300 Kranke nach Frankreich und Deutschland «exportiert», wo ihnen künstliche Hüft- und Kniegelenke eingesetzt oder der graue Star entfernt wurden. Eine Praxis, die nur von vorübergehender Dauer sein soll, wie das britische Gesundheitsministerium versichert.

In den Sand gesetzte Kosten

«Im letzten halben Jahr habe ich jeden Monat 50 Patienten absagen müssen, deren Operationstermin bereits feststand», sagt Philip Thomas. 50 Patienten, das entspricht jedem Sechsten auf der Urologie in Brighton, «und diese Situation ist keine Ausnahme in diesem Land.» Manchmal sind die Patienten bereits im Krankenhaus, wenn sie erfahren, dass ihre Operation nicht stattfinden wird - nüchtern, nervös, bereit. «Just in dem Moment, wo wir eigentlich anfangen wollen, wird uns mitgeteilt, dass es kein freies Bett gibt auf der Intensivstation für die ersten 24 Stunden nach der Operation.» Dann muss der Patient eben wieder nach Hause gehen, nüchtern, nervös, bereit, und dann hat das zehnköpfige Operationsteam eben plötzlich nichts zu tun, und dann sind eben mal 8500 Euro in den Sand gesetzt, für einen Operationssaal, der für vier Stunden umsonst reserviert wurde, für das Personal, das trotzdem bezahlt werden muss - bis zum nächsten Mal.

«Ich weinte vor Schmerzen»

Am Ende konnte Anne Cullingworth, 62, nicht einmal mehr ihre Wohnung allein verlassen. «Wenn ich nur ein paar Schritte machte, weinte ich vor Schmerzen. Meine Freunde kauften für mich ein, den Rest bestellte ich übers Internet, es war grauenvoll, so abhängig zu sein von anderen.» Die Arthrose in ihrem Knie war 1998 festgestellt worden, in London, wo sie damals lebte, und ohne dass der Diagnose etwas gefolgt wäre. «Sie gaben mir Schmerztabletten und sagten, die Arthrose sei noch nicht genug fortgeschritten, als dass es sich lohne, das Knie auszutauschen.» Dass Röntgenbilder zuweilen nicht das tatsächliche Ausmass einer Krankheit zeigen, sorgte die behandelnden Ärzte nicht.

Am 7. Januar 2002, nach dreieinhalb Jahren Hölle bei jedem Schritt, sollte Anne Cullingworth schliesslich doch in den Genuss einer Operation kommen in Ashford im Südosten Grossbritanniens. «Mein Termin war um zwölf. Meine Tasche war schon gepackt, die Nachbarn wussten Bescheid, wie oft sie die Blumen würden giessen müssen.» Um zehn Uhr rief das Krankenhaus an. Die Operation könne leider nicht stattfinden. Aber es gebe Hoffnung: Anne Cullingworth habe die Möglichkeit, in einer Privatklinik im französischen Lille behandelt zu werden. «Ich habe sofort zugesagt. Für mich hatte diese Vorstellung nichts Beängstigendes. Ich spreche fließend Französisch, ich habe in Frankreich gearbeitet.»

Am 18. Januar 2002 fährt Anne Cullingworth zusammen mit neun weiteren Patienten im Eurostar nach Lille. «Es war fantastisch. Die Krankenschwestern waren freundlich, die Mahlzeiten grossartig, ich hatte ein Zimmer ganz für mich allein. Zu Hause wären wir zu sechst oder acht gewesen.» Die Operation verläuft gut, und nach 16 Tagen Krankenhausaufenthalt kehrt Anne Cullingworth mit Knieprothese und weitestgehend schmerzfrei zurück nach Ashford. «In England hätten mich die Ärzte bereits nach sieben bis neun Tagen wieder vor die Tür gesetzt, ich kann also wirklich von Glück sagen, dass ich nach Lille durfte, aber wenn ich darüber nachdenke, wie weit es mit unserem Land gekommen ist - es ist eine Schande!»

Die Briten zahlen heute den Preis für fast zwei Jahrzehnte Neoliberalismus. Dem Irrglauben, dass die Behandlung kranker Menschen ein Geschäft sei wie jedes andere und der Markt den Rest schon allein regeln werde, sind Einsichten gefolgt. Krankenhäuser benötigen einen Spielraum von mindestens 20 Prozent, was die Bettenauslastung angeht. Die Regierung Thatcher aber hatte auf einer 100-prozentigen Belegung bestanden. Ergebnis: Jeder zusätzliche Unfallpatient ist heute eine mittlere Katastrophe für die Krankenhausplanung und verlängert die Wartezeiten für «normale» Patienten um Wochen und Monate. Anstatt zu begreifen, dass jedes System Nachwuchs braucht, um sich zu erneuern, reduzierte die Tory-Regierung die Ausbildungsplätze für Mediziner und Krankenpfleger.

Punktuelles Reparieren

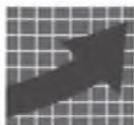
Grossbritannien rekrutiert sein Pflegepersonal heute bevorzugt aus Drittweltländern. Anstatt zu begreifen, dass EU-Mitglied zu sein auch bedeutet, EU-Richtlinien umzusetzen, zog es der Inselstaat vor, Hunderte Alten- und Pflegeheime zu schliessen, deren Sicherheits- und Brandschutzvorkehrungen nicht der europäischen Norm entsprachen. Tausende alte Menschen blockieren heute Krankenhausbetten nur deswegen, weil es keinen geeigneten Ort für sie gibt, an dem sie gepflegt werden können. Anstatt zu begreifen, dass Modernisieren mehr als punktuell Reparieren ist, begnügte man sich mit oberflächlicher Schönheitsflickschusterei: Das Royal Sussex County Hospital vermag sein Alter, Baujahr 1822, bestenfalls auf den ersten Blick zu verbergen. Der neue Scanner für Computertomografien steht seit einem Jahr unbenutzt und originalverpackt herum - es gibt keinen Raum, der gross genug für ihn wäre.

In seinem Büro im Royal Sussex County Hospital sitzt Mike Warburton, Arzt für Allgemeinmedizin. Er sagt: «Jeder Wechsel ist schwierig und langwierig.» Mike Warburton ist Mitglied des Modernisierungsteams, das von der Gemeinde Brighton, dem Krankenhaus, den Krankenkassen und dem Gesundheitsministerium ins Leben gerufen wurde. Ziel ist, gemäss dem vor zwei Jahren verabschiedeten Nationalen Gesundheitsreformplan, das System innerhalb der nächsten zehn Jahre grundlegend zu erneuern, und dieses Ziel ist ehrgeizig: Die maximal zulässigen Wartezeiten sollen von derzeit 18 Monaten auf 15 Monate bis April 2003 sinken, auf neun Monate bis April 2004 und auf sechs Monate bis April 2005. Patienten, die trotzdem länger warten, werden in englischen Privatkliniken behandelt oder im Ausland, und zwar ab sofort auf Kosten des eigentlich zuständigen staatlichen Krankenhauses.

In Brighton jedoch wird alles daran gesetzt, diese «Übergangslösung» nicht zur Regel werden zu lassen. Stattdessen gibt es Überlegungen, die Notfallaufnahme vom übrigen Krankenhausbetrieb abzukoppeln, Patienten nach der Operation häufiger ambulant statt stationär zu pflegen, um Betten schneller wieder frei zu machen, und schliesslich die Präventivmedizin stärker zu fördern, um eine Vielzahl von Operationen erst gar nicht nötig werden zu lassen. Und natürlich hofft man auch in Brighton ganz besonders darauf, dass das Gesundheitsbudget, das derzeit 91 Milliarden Euro oder ein Zehntel des nationalen Gesamthaushalts beträgt, im nächsten Jahr erhöht werden möge. «Wir sind uns darüber im Klaren», sagt Mike Warburton, «dass sich schnell etwas ändern muss, damit der Patientenexport eines Tages nicht doch zur Gewohnheit wird.»

Anne Cullingworth hätte nichts dagegen, für egal wie viele Operationen erneut nach Frankreich zu fahren. Im Januar fand sie dort ihre Jugendliebe von vor 40 Jahren wieder: Er erkannte sie im Fernsehen, als sie über ihre Erfahrung als englische Patientin in einem französischen Krankenhaus sprach.

Autor: Von Heike Haarhoff, Brighton



Komitee „Nein zur Gesundheitssteuer-Initiative“

Geschäftsstelle, Postfach 6136, CH-3001 Bern, www.gesundheitssteuer-nein.ch
Telefon 031 320 35 35 / Fax 031 320 35 00

Co-Präsidium:

Michèle Berger-Wildhaber, Ständerätin FDP/NE; **Toni Bortoluzzi**, Nationalrat SVP/ZH; **Jean Henri Dunant**, Nationalrat SVP/BS; **Jean Fattebert**, Nationalrat SVP/VD; **Bruno Frick**, Ständerat CVP/SZ; **Felix Gutzwiler**, Nationalrat FDP/ZH; **Thérèse Meyer-Kaelin**, Nationalrätin CVP/FR; **Fulvio Pelli**, Nationalrat FDP/TI; **Claude Ruey**, Nationalrat LP/VD; **Felix Walker**, Nationalrat CVP/SG; **Christine Wirz-von Planta**, Nationalrätin LP/BS