

"GESUNDHEITSPOLITIK WOHIN? 10 JAHRE ZUKUNFTSORIENTIERTE EMPFEHLUNGEN"

Dossier zusammengestellt unter der Leitung von:

- Antoine Bailly, Universität Genf

Von den Mitgliedern der Gruppe Forum Santé-Gesundheit:

- Martin Bernhardt, sanofi-aventis (schweiz) ag, Meyrin
- Arno Brandt, Rudolf-Virchow-Institut, Basel
- Olivier Bugnon, Medizinische Poliklinik, Lausanne
- Carole Chichignoud, Universität Genf
- Béatrice Despland, Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé, Lausanne
- Jean-Louis Franzetti, sanofi-aventis (schweiz) ag, Meyrin
- Mauro Gabella, Gruppe sanofi-aventis, Paris
- Yves Guisan, Nationalrat, Vizepräsident der FMH
- Céline Kaltenrieder, sanofi-aventis (schweiz) ag, Meyrin
- Beat Künzi, Swisspep-Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, Gümlingen
- Philippe Lehmann, Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Martin Lysser, Zentrale Informatik Inselspital, Bern
- Enea Martinelli, Spital FMI AG Interlaken
- Catherine Roulet, Konsumentenvereinigung der französischsprachigen Schweiz, Lausanne
- Anne-Marie Bollier, Apothekerin, Westschweizer Delegierte der Schweizerischen Patientenorganisation, Satigny

www.forumgesundheit.ch

Forum Santé-Gesundheit ist eine unabhängige Gruppe. Die Mitgliedschaft ist individuell, ohne Honorar oder Sitzungsgelder. Die Meinungen des Forum Santé-Gesundheit sind daher diejenigen einer Gruppe von Personen, die in ihrem Urteil frei sind und zusammenarbeiten, um die Gesundheitspolitik in der Schweiz zu verbessern.

Gesundheitspolitik wohin ?

Standortbestimmung und Perspektiven

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist vor über 10 Jahren in Kraft getreten. Der Bundesrat wollte mit dem KVG drei grundlegende Ziele erreichen: erstens, die Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten; zweitens, die medizinische Grundversorgung sollte für alle Bürgerinnen und Bürger garantiert sein; und drittens sollten die Kosten gebremst werden. Die zwei ersten Ziele - Solidarität und garantierte Grundversorgung für alle - sind teilweise erreicht worden. In seiner Botschaft im Vorfeld zur Abstimmung über die Krankenversicherung 1994 erklärte der Bundesrat, dass die Steigerung der Kosten mit Hilfe einer „echten Konkurrenz zwischen den Versicherern einerseits und den Dienstleistungserbringern (Ärzte und Spitäler) andererseits“ gebremst werden könnte. Das Ziel der Kostenreduktion wurde nicht erreicht.

Gemäss den Zahlen der OECD gibt die Schweiz 11,6% seines Bruttoinlandproduktes (BIP) für die Gesundheit aus, während die mit der Schweiz vergleichbaren Länder der OECD im Durchschnitt 8,8% dafür ausgeben. Es ist nicht belegt, dass die Steigerung der Kosten mit einer Verbesserung der Leistungen einhergeht, zumindest dann nicht, wenn die Leistungen aufgrund von Indikatoren wie Sterblichkeit bei Geburt, Lebenserwartung, Häufigkeit der Komplikationen und der sekundären Effekte oder Häufigkeit und Dauer der Hospitalisierungen gemessen werden.

Im Wissen um die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes versammelt sich das Forum Santé-Gesundheit seit 1998 regelmässig, um über diese Fragen zu diskutieren und Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheitspolitik auszuarbeiten. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Aktualität wurden folgende Themen gewählt:

- 1999 Für eine nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems
- 2000 Ungewisse Arzneimittelpolitik
- 2001 Erfolgreiche Netzwerke, erfolglose Netzwerke?
- 2002 Qualität zwischen Utopie und Wirklichkeit
- 2003 Finanzierung der Gesundheit in einer alternden Gesellschaft
- 2004 Krise des Gesundheitssystems: zwischen Freiheit und Solidarität
- 2005 Absehbarer Notstand im Gesundheitssystem?
- 2006 Das Gesundheitssystem im Zeitalter des konsumierenden Patienten
- 2007 Wettbewerb und Solidarität: Mythos oder Realität?

Aufgrund der vielen behandelten Themen liegt es auf der Hand, dass dabei zahlreiche Vorschläge ausgearbeitet wurden, und dass diese den aktuellen gesundheitspolitischen Themen oftmals vorausgingen. Einige davon haben die Entscheidungsprozesse beeinflusst, andere blieben toter Buchstabe. Weshalb? Nach zehn Jahren der Zukunftsforschung liegt es auf der Hand, sich Gedanken über den Einfluss unserer Überlegungen zur Gesundheitspolitik zu machen und das Potential einer unabhängigen Gruppe in einem dynamischen, von Konflikten bedrohten System zu evaluieren.

Wir werden deshalb unsere Vorschläge zusammenfassen, um die Erfolge und Misserfolge zu verstehen. Diese reflektieren gleichzeitig die Blockaden und das Veränderungspotential. Dabei werden die Gründe für die Blockaden, die Möglichkeiten der Abstimmung sowie der erreichten und zukünftigen Fortschritte analysiert.

1. Eine umfassende Vision der Gesundheit

1.1 Eine umfassende Vision des Gesundheitssystems

Im Verlauf der Jahrhunderte hat sich die Einstellung der Gesellschaft zur Krankheit stark verändert, und sie verändert sich weiterhin. Was einst als göttliche Strafe galt, ist zu einem gesellschaftlichen Übel geworden, und der wissenschaftliche Fortschritt macht uns heute ein Nullrisiko glauben ... Zu Unrecht, auch wenn die Medizin heute viele Krankheiten wirksamer zu behandeln vermag und die Sozialsysteme es einem grossen Teil der Bevölkerung in den industrialisierten Ländern ermöglichen, sich behandeln zu lassen.

Doch dieser soziale Schutz ist teuer. Alle Staaten sind beunruhigt über die Entwicklung der Gesundheitskosten. Das Problem wird von den Verantwortlichen der Politik unweigerlich unter dem makro-ökonomischen Aspekt betrachtet. Fassen wir die Diagnose zusammen: Die Gesundheitskosten steigen...deshalb müssen die Leistungen reduziert oder die Vorschriften erhöht und die Produktivität gesteigert werden. In dieser Argumentation wird die zentrale Rolle der Gesundheit für das ökonomische und soziale Leben sowie die Lebensqualität leider nicht berücksichtigt. Sie fördert eine einseitige Vision der öffentlichen Gesundheit im Sinne einer reinen Kostenfrage; der Nutzen bleibt dabei unberücksichtigt.

Wir haben immer wieder empfohlen, Gesundheit als wirtschaftliche und soziale Investition zu begreifen, und nicht ausschliesslich als Kostenfaktor; diese Empfehlung bleibt bis heute gültig. Unser Land investiert 11,6% des Bruttonationalproduktes seiner (direkten) Ausgaben in die Gesundheit¹, also insgesamt 50 Milliarden. Wenn die Schweizer diese Ausgaben akzeptieren, dann tun sie es, weil sie überzeugt sind davon, dass der Nutzen dieser Dienstleistungen über die sektoriellen und korporatistischen Interessen hinausweist. In der Tat ist die der ganzen Bevölkerung gewährte Sicherheit beim Bezug qualitativ hoch stehender medizinischer Dienstleistungen (infolge des medizinischen Angebots, der wissenschaftlichen Fortschritte, der Qualität der Leistungen, der Krankenversicherung und anderer Versicherungen usw.) nicht nur ein Faktor des Komforts, sondern auch eine Investition in den gemeinsamen Wohlstand; sie ist

¹ Zu diesen direkten Gesundheitskosten müssten im Sinne einer medicometrischen Vision folgende Kosten zusätzlich berücksichtigt werden:

- Ausgaben / Aktivitätsvolumen / das Funktionieren der Kranken- Unfall- und Invaliditätsversicherungen sowie die Zusatzversicherungen
- die Investitionen und der Umsatz der Pharmaindustrie sowie anderer Industriezweige von Gütern und medizinischen Apparaten
- die Ausgaben / Aktivitätsvolumen der Einrichtungen, die gesundheitsfördernd sind in andern ökonomischen Sektoren: Gesundheitserziehung in der Schule, Hygiene und Sicherheit am Arbeitsplatz, Umweltschutz, Nahrungsmittelhygiene usw.
- auch berücksichtigt werden müssen die Aktivitäten des Wellness-Sektors, der Verbesserung des Wohlbefindens, der Komplementärmedizin und der Pflegeleistungen der Familien für ihre Angehörigen und Nächsten usw.

eine Stütze für den sozialen Zusammenhalt, ein Trumpf im internationalen Wettbewerb und ein Rückhalt für das Vertrauen in das soziale System als Ganzes. Das Forum Santé-Gesundheit unterstützt diese Sichtweise; eine ganzheitliche Sicht des Gesundheitssystem und der Gesundheit ist notwendig.

Um diese Ziele zu erreichen, haben wir schon seit 1999 fünf Vorschläge für eine dauerhafte Gesundheitspolitik skizziert, die wir in diesem Text erneut aufnehmen:

Tabelle 1: Vorschläge für eine dauerhafte Gesundheitspolitik

- Eine umfassende, systemische Sicht des Gesundheitssystems entwickeln, um seine Funktion zu rationalisieren und es dabei als ökonomische und soziale Investition betrachten.
- Eine Problemlösung mittels Netzwerken der Zusammenarbeit vorsehen, die Nutzung der Kompetenzen optimieren und regionale Strukturen entwickeln, welche die Kantonsgrenzen überschreiten.
- Zuverlässige Indikatoren des Gesundheitssystems ausarbeiten; Informationen erstellen und in Umlauf bringen, um die Kosten der Massnahmen für die soziale Sicherheit berechnen zu können; festlegen, was unbedingt in die obligatorische Krankenversicherung gehört und was durch Zusatzversicherungen gedeckt werden kann.
- Eine Bewertung der Infrastrukturen im Hinblick auf deren Sicherheit, Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen vornehmen;
- Das Gesundheitssystem neu organisieren, um es unter Berücksichtigung seiner induzierten Wirkungen besser zu leiten; neue Formen der Vergütung und Finanzierung in Betracht ziehen, wobei die verlangten Kriterien zu berücksichtigen sind (Evidenz-basiert);

Realisierungsgrad:

Wenn im Jahr 2008 die ökonomischen Auswirkungen der Gesundheitsleistungen und der Nutzen der Netzwerke Zustimmung finden, bleiben unsere anderen Vorschläge antizipatorisch. Sehr selten wird von einer umfassenden Vision von Gesundheit, die über die Organisation der Medizin und der Pflegeleistungen hinausreicht, gesprochen. Sogar die Komplementärmedizin wird aus der Grundversicherung ausgeschlossen. Gesundheitsindikatoren fehlen weiterhin oder sind kaum anwendbar. Es gibt keine ernsthafte Bewertung der Qualität, oder eine Berücksichtigung der durch die Politik induzierten Effekte auf die Gesundheit der Bevölkerung. Man bleibt im Rahmen einer rein kurativen Medizin. Eine globale Vision der öffentlichen Gesundheit fehlt. Hier jedoch müsste jede Gesundheitspolitik ansetzen.

1.2 Eine menschliche Vision des Gesundheitssystems

Mehrere Male hat das Forum Santé-Gesundheit auch die Wahrnehmungen, Erwartungen und das Verhalten der Bevölkerung im Zusammenhang mit der Gesundheit untersucht, um die unterschiedlichen Konzepte des naturwissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Verständnisses von Gesundheit zu erfassen.

Tabelle 2: Zwei Gesichter der Gesundheit: zwischen Natur- und Sozialwissenschaft

Die Medizin oszilliert ständig zwischen dem Anspruch, eine exakte Wissenschaft zu sein und dem Eingeständnis ihrer Anbindung an die Sozialwissenschaften. Dies ist vielleicht auf den historischen Kontext oder auf das Objekt seiner Untersuchung (die menschliche Gesundheit) zurückzuführen. Zweifelsohne ist die Medizin mit beiden Konzepten gleichzeitig verbunden. Trotzdem hat sich das Ideal einer exakten, rationalen Medizin in unseren westlichen Gesellschaften verbreitet, verbunden mit der Hoffnung, dass dadurch die besten Leistungen für alle verfügbar wären. Diese Hoffnung wurde durch die konsequenten Fortschritte im Gesundheitsbereich seit dem 19. Jahrhundert genährt. Ein Teil der Gesundheitsfachpersonen und eine grosse Mehrheit der Entscheidungsträger möchten das Gesundheitssystem und die Behandlungen immer mehr „rationalisieren“. Mit Hilfe von Zahlen werden dafür „exakte“ Beweise dargeboten.

Das Ideal einer wissenschaftlichen Medizin wird sekundiert durch die Verwendung und die Aufwertung eines spezifischen Vokabulars: natürlich werden dabei Zahlen als Garanten der Exaktheit eingesetzt. Es werden aber auch extrem spezialisierte Begriffe verwendet, die den Normalsterblichen den Zugang zur Disziplin erschwert („managed care, drug utilisation review, disease management, HMO). Kurz gesagt, es wird eine bestimmte Grammatik konstruiert, welche die Wissenschaftlichkeit der Medizin betont. Gleichzeitig wird die Domäne der Nicht-Initiierten geschützt.

Das Ideal des Fortschritts und der Effizienz in der Medizin darf sicher nicht aufgegeben werden. Die Verdienste der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Technologie, der effizienteren Organisation der Gesundheitssysteme usw. können nicht geleugnet werden...Über dem Traum von einer exakten und wissenschaftlichen Medizin geht aber vergessen, dass sie auch eine Humanwissenschaft ist. Nun wird ihr dies nicht nur von einem Teil der Gesundheitsfachpersonen vorgehalten, sondern auch und vor allem von den Patienten, die in der Medizin nach einem neuen, menschlicheren Antlitz suchen. Den Zahlen und dem Begriff der „Rationalisierung“ stellen sie die Begriffe „Würde“ und „Leiden“ entgegen, oder auch „Wahlfreiheit“. Die Patienten stimmen mit ihren Füßen ab, wenn es sein muss! So zeigt K. Moschetti (2005), dass 30% der Patienten nicht diejenige Institution aufsuchen, die aufgrund der gegebenen Umstände von den Politikern als die geeignetste und effizienteste für die Behandlung der Krankheit deklariert würde.

Immer mehr Patienten beanspruchen ein „ganzheitlicheres Vorgehen“. Anstelle einer Behandlung der „Symptome“ wünschen sie, als ganze menschliche Wesen wahrgenommen und akzeptiert zu werden, und nicht als biologische Organismen, die mehr oder weniger gut funktionieren.

Wie können das wissenschaftliche und das soziale Gesicht der Medizin miteinander verbunden werden? Vielleicht darf weder das eine noch das andere verneint werden, wenn von einem effizienten Gesundheitssystem die Rede sein soll. Vielleicht müssen die Parolenträger beider Seiten angehört werden, damit die Ähnlichkeiten und Unterschiede besser erkannt und ein Dialog zwischen beiden einsetzen kann. Und schliesslich müssen die Grenzen des Wettbewerbs und der Solidarität im Gesundheitsbereich kollektiv festgelegt werden. Nur unter Berücksichtigung der beiden Bereiche kann eine Konfrontation vermieden werden, die sich als fruchtlos herausstellen könnte.

Quelle: Carole Chichignoud, Forum Santé-Gesundheit.

Das Konflikt geladene Klima gegenseitiger Provokationen und Anschuldigungen im Zusammenhang mit der Revision des KVG und den Versicherungsprämien steht der Idee einer umfassenden Vision des Gesundheitssystems diametral entgegen. Eine solche Vision bedingt die Beendigung dieses Machtkampfes; nur dann können partnerschaftliche Beziehungen aufgebaut werden, bei denen jeder seine Interessen, seine Rolle und seine Kompetenzen wahrnehmen kann. Dies bedeutet die gemeinsame Suche nach Lösungen für eine Gesundheitspolitik im allgemeinen Interesse der Bevölkerung: der einfache Zugang aller zu medizinischer Versorgung, Gleichbehandlung, effiziente und wirtschaftliche Leistungen auf solidarischer, bedarfsgerechter Basis. Diese bedeutet auch, dass klarer definiert werden muss, was zu Lasten der sozialen Versicherung geht und was nicht, wobei die Prinzipien durch die staatlichen Autoritäten geschützt werden. Diese schwierige Aufgabe kann nur dann erfolgreich gelöst werden, wenn sie breit diskutiert und einen genügenden demokratischen Konsens findet. Aus diesem Grund haben wir die Bildung von einer Landeskonzferenz des Gesundheitssystems vorgeschlagen.

Für die Reform des Gesundheitssystems, für eine bessere Produktion von Gesundheit mit stabilen Ressourcen, schlagen wir folgende zwei Prinzipien vor:

- Der Staat muss ein formelles, umfassendes Mandat erhalten in Bezug auf die Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung (verfassungsrechtlich verankert), die Führung der Prävention, der Gesundheitsförderung, des kurativen, medizinischen Angebotes, der Spitäler, der Apotheken, der Spitex und der Institutionen für die Rehabilitation. Ein solches Mandat bedeutete die Ausrichtung des Gesundheitssystems auf Gesundheitsziele und nicht auf Indikatoren der Aktivität und der Kosten. Es würde auch zu einem Gleichgewicht der verschiedenen Sektoren und zu einer besseren Beziehung zwischen den Sektoren beitragen.
- Die Solidarität und die gleiche Verteilung der Ressourcen muss auf der Basis einer objektiven Analyse der hauptsächlichsten Bedürfnisse der verschiedenen Bevölkerungsgruppen gefördert werden (Verantwortung für die Verteilung von Mitteln); das Kriterium der Effizienz darf nicht zu Diskriminierungen führen. Die Ressourcen könnten da, wo Mangel herrscht, erhöht und bei Überfluss beschnitten werden.

Realisierungsgrad:

Die Debatte über diese Frage wurde durch eine parlamentarische Initiative der Freisinnigen, die den folgenden Text in der Verfassung verankern möchten, wieder aufgenommen:

Die Artikel 117 und 118 der Bundesverfassung sollen wie folgt geändert werden:

Art. 117a (neu) Rahmenbestimmungen und Sicherheit der Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen:

- *Abs. 1: Der Bund legt die Prinzipien der Grundversorgung der Bevölkerung mit medizinischen Dienstleistungen fest, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.*
- *Abs. 2: Er sorgt dafür, dass die Kantone und die privaten Organisationen das stationäre Angebot über die kantonalen Grenzen hinweg koordinieren, dies auch im Bereich der Spitzenmedizin.*
- *Abs. 3: Der Bund und die Kantone sichern ihre Zusammenarbeit in Form gemeinsamer Organe und durch andere geeignete Massnahmen.*

Art. 117b Kranken- und Unfallversicherung

- *Abs. 4 (neu): Der Bund erarbeitet die rechtlichen Grundlagen für die Leistungsaufträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern im Rahmen der Grundversicherung.*

Art. 118 Schutz der Gesundheit

- *Abs. 1 (geändert): Der Bund ergreift im Rahmen seiner Kompetenzen Massnahmen zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit.*

Dieser Text beinhaltet bis zu einem gewissen Grad die Empfehlungen des Forum Santé-Gesundheit, ohne dass dabei die Gesundheitsziele der Bevölkerung explizit genannt werden (sie können aber unter den Begriff der zweckmässigen Gesundheitsversorgung subsumiert werden).

Die Diskussion über diese parlamentarische Initiative hat begonnen. Mehrere Akteure (Eidgenössisches Departement des Innern, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren) halten diese Diskussion auf konstitutioneller Ebene im Moment für zwecklos; sie könne die spezifischeren Diskussionen über die Revision des KVG beeinträchtigen.

Die parlamentarische Debatte über die Spitalfinanzierung, vor allem diejenige im Nationalrat vom März 2007 zeigt, dass die politischen Behörden eine Form der Planung des Versorgungsangebots (Spitäler) durch die kantonalen Behörden beibehalten möchten, dass aber auf der andern Seite gleichzeitig die Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern und der freie Markt der Krankenversicherungen im Wesentlichen das Behandlungsangebot bestimmen sollen.

Die gleiche Frage stellt sich auch bei den Kantonen, die gerade dabei sind, ihr Spitalangebot zu überprüfen. Auf der einen Seite lässt sich eine Tendenz zur Verselbständigung der Unternehmensstrukturen feststellen (Thurgau, Bern, Zürich, Luzern, Solothurn...), auf der andern Seite zeigt sich eine Tendenz zur Netzwerkbildung oder Neugruppierung unter einer einzigen, vom Staat beaufsichtigten Struktur (Wallis, Neuenburg, Freiburg). Dabei wird auch versucht, die Aufgaben mittels einer kantonalen Planung zu definieren.

Beide Tendenzen sind durchdrungen von der Idee der Steuerung des Angebots; die Analyse der Bedürfnisse der Bevölkerung oder die Reduktion von Diskriminierungen spielen dabei kaum eine Rolle.

Noch sind wir sehr weit entfernt von einer umfassenden Vision der Gesundheit. Noch weiter von einer Veränderung des rein medizinischen Standpunktes hin zu einer Vision der sozialen Verantwortlichkeit? Das Forum Santé-Gesundheit empfiehlt die Umsetzung der folgenden vier Massnahmen:

- Die Strategien der öffentlichen Gesundheit für die Behandlung von Krankheiten, Prävention, Leistungsaufträgen für die Spitäler, die Ausbildung der Gesundheitsfachpersonen, die Reglementierung der Krankenversicherungen müssen von einem umfassenden Ansatz geprägt sein.

- Es müssen Qualitätsstandards entwickelt werden auf der Basis von „Best Practice“, und zwar für jeden Sektor und jeden Beruf im Bereich des Schutzes oder der Förderung der Gesundheit.
- Im Rahmen einer positiven Fehlerkultur muss die kollektive Verantwortung rechtlich verankert werden.
- Alle Akteure des Gesundheitssystems, auch die Patienten, müssen Verantwortung übernehmen.

Realisierungsgrad:

Welche dieser Themen wurden im Parlament in den letzten 5 Jahren seit 2002 behandelt? Es wurden vor allem finanzielle Themen diskutiert! Die Finanzierung der Spitäler, der Risikoausgleich, die Pflegefinanzierung, Managed Care und die „Vertragsfreiheit“, die Revision des KVG und des Arzneimittelgesetzes betreffend den Medikamentenversand. Sicherlich alles wichtige Themen, doch keines, das eine umfassende Vision beinhaltet.

1.3 Das Gesundheitssystem steuern, die Qualität und die Kosten beherrschen

Um das Gesundheitssystem zu steuern, werden objektive Indikatoren sowie ein strategischer Gesamtplan bezüglich der zu erreichenden Resultate benötigt. Gegenwärtig ist dies nicht der Fall, obwohl mit der analytischen Leistungsabrechnung und der Schaffung eines Datenpools durch *santésuisse* gewisse Fortschritte erzielt wurden. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (*obsan*) sollte damit beauftragt werden, Gesundheitsinformationen zu sammeln und zu verbreiten sowie die Qualität der Gesundheitsleistungen aus der Perspektive der Effizienz, der Beziehungen und Kompetenzen zu evaluieren, indem Strukturen, Prozesse und erzielte Resultate auf nationaler und regionaler Ebene analysiert werden.

Realisierungsgrad:

*Die Gründung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (*obsan*) im Jahr 2001 entspricht teilweise dieser Empfehlung und erlaubt die Analyse und Verbreitung von Daten aus dem Datenpool der *santésuisse*. Die mit diesem Pool verbundenen Beschränkungen erlauben es jedoch nicht, die Resultate zu messen, da der Datenpool nur die verrechneten Leistungen enthält, die ohne Verbindung sind mit der Diagnose und den erreichten Behandlungsergebnissen*

*Die Schaffung einer vollständigen Datenbasis (Diagnose - Behandlung - Resultate) ist nicht vorgesehen und wäre unter den gegebenen Rahmenbedingungen des schweizerischen Gesundheitssystems auch schwer realisierbar. Doch stellen die Analysen und Publikationen des *obsan* einen wichtigen Schritt für die Kenntnis des schweizerischen Gesundheitssystems dar.*

Die Vorschläge des Forum Santé-Gesundheit sind einfach, manche davon kostengünstig, doch gibt es im Moment keine einzige systematische und umfassende Initiative, die eine Finanzierung durch den Bund, die Kantone und die Versicherer vorsieht. Die Politik bleibt punktuellen Interventionen im Bereich der Finanzen verhaftet, die von einer partnerschaftlichen Vision der Gesundheit weit entfernt sind...

Der Föderalismus in der Versorgungsplanung erlaubt keine kohärente Organisation der Gesundheitsleistungen mehr, deshalb schlägt Forum Santé-Gesundheit für die bessere Steuerung des Systems folgende Punkte vor:

- Eine Versorgungsplanung auf gesamtschweizerischer Ebene und eine Organisation des Landes in „Gesundheitspools“, mit denen die Nachfrage gedeckt werden kann. Diese

doppelte Organisation ermöglicht eine Planung „von unten“ (bottom up) für die regionale oder die Nahversorgung, sowie eine Planung „von oben“ (top down) für die Spitzen- und die universitäre Medizin. Trotz den verfassungsrechtlichen Schwierigkeiten, die diese Veränderungen bedeuten, müssen diese Planungskriterien und ihre jeweils geografische Komponente in jeden umfassenden Ansatz über die Realität des Gesundheitssystems integriert werden.

- Die Rolle des Bundes bei der Rechtsetzung im Zusammenhang mit der Grundversicherung und im Bereich des Gesundheitsschutzes muss gestärkt werden, wobei ethische und rechtliche Rahmenbedingungen festgelegt werden müssen. Diese Rahmenbedingungen müssten in Abstimmung mit den Berufs- und Patientenorganisationen erarbeitet werden. Sie würden durch die Kantone in den grossen Gesundheitsregionen beaufsichtigt (interkantonale Gruppierungen). Ihre Aufgabe bestünde darin, die Anschaffung teurer Apparaturen/Infrastrukturen zu überwachen und die Dichte des Angebotes im Bereich der Spezialisierungen zu steuern. Nur mittels einer solchen Steuerung kann das Leistungsangebot kontrolliert werden.

Der erste Vorschlag steht im Zusammenhang mit dem Prinzip der Effizienz und der Schaffung von Gesundheitsnetzwerken in grossen Gesundheitsregionen rund um die Universitätsspitäler und die Spitäler der Spitzenmedizin. Die untersuchte Planung des Parlamentes im Bereich der Spitzenmedizin geht in diese Richtung. Sie stärkt die Solidarität bei gleichzeitiger Verbesserung der Koordination, die sich auch wirtschaftlich positiv auswirken würde.

Der zweite Vorschlag des Forum Santé-Gesundheit steht im Zusammenhang mit der Definition der durch die Grundversorgung gedeckten Leistungen und deren Finanzierung mittels einer Abstimmung zwischen bundesstaatlichen Instanzen, Berufs- und Patientenorganisationen; dadurch könnten die mit dieser Entscheidung getroffenen Kostenfolgen im Sinne einer qualitativ hoch stehenden Versorgung evaluiert und antizipiert werden.

Realisierungsgrad:

Bei der Revision des KVG über die Spitalfinanzierung (Debatte des Nationalrates, 2. Rat, vom 20.-22. März 2007) wurden folgende Aspekte aufgenommen:

- *Aufrechterhaltung des Spitalangebotes: öffentliche Spitäler (öffentliche oder private, die aber auf den kantonalen Spitalplanungslisten mit Leistungsaufträgen aufgeführt sind) und private Spitäler (ohne Leistungsaufträge); erstere werden durch die Kantone und die Grundversicherung finanziert, letztere ausschliesslich durch die Krankenversicherung und die Zusatzversicherungen;*
- *Patientenwahlfreiheit: die Patienten sollen freien Zugang zu allen öffentlichen Spitälern erhalten, die auf den kantonalen Spitallisten figurieren; die Spitalaufenthalte werden durch den Kanton und die Grundversicherung bezahlt; freie Wahl auch bei den Privatspitälern wenn die Patienten über die Mittel zur Deckung der Leistungen verfügen, die über die Grundversicherung hinausgehen (persönliche Mittel oder durch eine private Zusatzversicherung);*
- *Harmonisierung der Finanzierung: alle öffentlichen Spitäler sollen für ihre Leistungen mit einer einheitlichen Tarifstruktur in Form der DRG (Diagnosis-related groups) finanziert werden; Leistungen ausserhalb der Behandlung werden durch kantonale Leistungsaufträge finanziert (universitäre Ausbildung und Forschung, Notfalldienste, spezielle Aufträge usw.);*

- *Die Planung der öffentlichen Spitäler erfolgt durch die Kantone, die sich untereinander koordinieren müssen; der Bund definiert die Prinzipien; Planung in Grossregionen ist nicht vorgesehen, wäre aber möglich, wenn die Kantone dies wünschen; die Koordination und Konzentration der Spitzenmedizin würde unter der Aufsicht der GDK erfolgen; misslänge dies, dann würde der Bund die Koordination übernehmen.*

Zusammenfassend: mit Ausnahme der Planung in Grossregionen werden die Empfehlungen ab 2008 umgesetzt (mit 2 - 3 Jahren für die Umsetzung), es sei denn, dass die Debatte über die letzten Divergenzen zu einem Scheitern der Reform führt.

Da die Kantone schwere zusätzliche Lasten tragen müssen, nämlich zusätzliche 400 Millionen für die freie Zirkulation der Patienten in der ganzen Schweiz (die bis jetzt von privaten Zusatzversicherungen bezahlt wurden, wenn es keine anerkannten medizinischen Gründe für Umplatzierung gab), könnten sie die Revision bekämpfen.

2. Effizienz und Systemkompetenz verbessern

2.1 Das Recht auf Gesundheit

Das Forum Santé-Gesundheit möchte eine vertiefende Diskussion bezüglich einiger Fragen des Rechtes auf Gesundheit anregen und deren Grenzen aufzeigen:

- Grenzen des Rechtes auf Gesundheit;
- Rechte und Pflichten der Patienten;
- Recht auf qualitativ gute Information;
- Recht auf Sicherheit.

Das Ziel besteht darin, ein Recht auf die Gesundheit und die Umwelt zu verankern (natürliche und soziale Umwelt, Lebensbedingungen), das die Freiheit jedes einzelnen genauso respektiert wie das öffentliche Interesse. Auch im Bereich des Rechtes auf Gesundheit sind viele Fragen offen; noch ist im Jahr 2008 unklar, wie die Umsetzung aussehen wird.

Realisierungsgrad:

Noch gibt es keine grundsätzlichen Überlegungen über die Rechte und Pflichten der Patienten, des Rechtes auf Gesundheit und Sicherheit.

Allerhöchstens wurde vom Bundesamt für Gesundheit eine solche Diskussion unter dem Begriff „Gesundheitskompetenzen“ lanciert, doch besteht weder ein Mandat zur Gesetzgebung noch stehen die Mittel für die Entwicklung einer seriösen, nationalen Strategie für diesen Bereich zur Verfügung.

Auf der nationalen und rechtlichen Ebene bekämpfen der Bundesrat und das Parlament (Ständerat) die Volksinitiative der SVP zur Begrenzung der Leistungen des Grundkataloges in der Krankenversicherung, womit sie sich gegen eine selektive Deckung der Gesundheitskosten oder eine Zweiklassenmedizin aussprechen. Beim vom Ständerat ausgearbeiteten Gegenvorschlag wird nicht auf die Rechte der Patienten eingegangen (Leistungen, Sicherheit, Qualität, Information usw.).

2.2 Effizienz und Kompetenzen

Die erste in diesem Bereich geplante Massnahme von Forum Santé-Gesundheit besteht darin, genügend gut qualifiziertes Gesundheitspersonal auszubilden, indem die Ausbildung auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit ausgerichtet und das Pflegepersonal aufgewertet wird, vor allem in denjenigen Bereichen, wo Mangel herrscht.

Realisierungsgrad:

Das neue Medizinalberufegesetz (MedBG), das am 1. September 2007 in Kraft getreten ist, geht in diese Richtung. Eine ähnliche Ausrichtung auf nationaler Ebene für den Bereich der nicht-universitären Berufe fehlt.

Die Frage des Ärztemangels und des Mangels an Pflegepersonal wird vom obsan untersucht, doch wurde bis jetzt nichts entschieden. Massnahmen auf kantonalem Niveau zielen darauf ab, die Weiterbildung für die Grundversorger zu verbessern, indem die Möglichkeit der Weiterbildung in Arztpraxen gefördert wird.

Das Forum Santé-Gesundheit schlägt überdies vor, dass partnerschaftliche Organisationen für die Versorgung im nahen Umfeld geplant und gefördert werden.

Realisierungsgrad:

Die Entscheidungen bei der Revision des KVG sind sehr bescheiden, was die Idee der Förderung von Ärztenetzwerken und Netzwerken anderer Leistungserbringer betrifft. Es besteht nur eine geringe Chance, dass die gesetzlichen Anpassungen dazu führen, dass die Netzwerke im Gesundheitssystem Referenzcharakter erhalten.

Die Vorschläge der Ärzte (vor allem der FMH), die den Akzent auf die Organisation der Gesundheitsberufe setzt, werden viel weniger gehört als die Vorschläge des EDI und der Versicherer, die in den Netzwerken eine besondere Versicherungsform mit einer Beschränkung der freien Wahl der Leistungserbringer sehen.

Die Aufwertung der Pflegeberufe ist unabdingbar für die die Qualität der Pflegeleistungen. Sie führt wie in jeder andern Unternehmung zu einer besseren Produktivität und zu einer besseren Qualität. Sicher bedeutet dies zunächst höhere Kosten für die Ausbildung und die Löhne, doch könnte danach der Betrieb optimiert werden. Die Aufwertung des Pflegepersonals erhöht die Effizienz und die Qualität der Pflegeleistungen. Es könnte eine Info-Vigilanz im Sinne der Effizienz entwickelt werden, wodurch unnötige Risiken verringert werden könnten.

Realisierungsgrad:

Mehrere Kantone arbeiten daran, doch ist die Aufwertung der Pflegeberufe längst nicht erreicht.

Das Forum Santé-Gesundheit unterstützt auch Initiativen zur Integration der Sozialwissenschaften in die Ausbildung an den medizinischen Fakultäten und andern Ausbildungsstätten. Das Ziel besteht darin, den Medizinstudierenden und den Personen in Weiterbildung Kenntnisse in Anthropologie, Gesundheitssoziologie und über das Gesundheitssystem zu vermitteln. Bereits erfolgreich umgesetzt wurde dies an der Faculté Romande de Pharmacie.

Realisierungsgrad:

Das Medizinalberufegesetz, das am 1. September 2007 in Kraft getreten ist, definiert Kompetenzen für Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, Tierärzte und Chiropraktoren, und nicht mehr wie bisher einen Fächerkatalog. Diese Bestimmungen betreffen die Aus- und die Weiterbildung.

Bis zu einem bestimmten Grad werden diese Empfehlungen bereits umgesetzt, doch noch ist es schwer abschätzbar, ob diese Ziele sich effektiv in Form von Kenntnissen der zukünftigen Ärzte in den Bereichen der Anthropologie, Gesundheitssoziologie und des Gesundheitssystems niederschlagen wird.

2.3 Gesundheitsnetzwerke entwickeln

Das KVG hat bereits 1996 die legale Basis für spezielle Versicherungsformen geschaffen, welche die Türe öffneten zu Organisationen wie die Health Maintenance Organizations (HMO) und Modellen der Grundversorgung oder der eingeschränkten Arztwahl. Trotzdem spielen die Managed Care-Modelle bis heute in der Schweiz nur eine sehr unbedeutende Rolle (ca. 8-10% der Versicherten, und dies nur in einigen Kantonen).

Realisierungsgrad:

In seinem Entwurf von 2004 will der Bundesrat zwar die Rahmenbedingungen für diese Modelle verbessern, sie bleiben aber gleichwohl „spezielle Versicherungsformen“ und sollen nicht zu Referenzmodellen werden. Sie werden weiterhin parallel zu den klassischen Formen der obligatorischen Krankenversicherung bestehen; weder die Versicherten noch die Versicherer oder die Leistungserbringer sollen zu diesen neuen Formen gezwungen werden.

In den Gesetzesrevisionen bezüglich der koordinierten Gesundheitsnetzwerke werden diese als besondere Versicherungsformen und nicht als Behandlungsorganisationen betrachtet; es ist nicht ausgeschlossen, dass Netzwerke wie die HMO Qualitätssicherungsprozesse einführen und die Verbesserung der Behandlungsergebnisse fördern, doch geschieht dies unabhängig von den Massnahmen, die von den politischen Instanzen getroffen werden.

Eine neue Initiative könnte allerdings in die gewünschte Richtung gehen, nämlich das „disease management kombiniert mit einem Pool für hohe Risiken“. Dieses würde den Hauptakzent auf die Steuerung einer koordinierten, klinischen Behandlung in Referenzzentren setzen. Dadurch könnte sie auf dem Niveau der Krankenversicherung einen zusätzlichen „Pool“ schaffen. In diesem Modell steckt einiges Potential. Doch unter den gegenwärtigen Bedingungen würde es sich nur um ein fakultatives Modell handeln, für welches genügend Versicherer, Versicherte und Leistungserbringer gefunden werden müssten, damit die gewünschten Effekte einsetzen könnten. Es ist auch nicht vorgesehen, daraus ein Grundmodell für die medizinische Basisbehandlung zu schaffen.

Die Revision setzt den Akzent auf die Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Versicherern, um verschiedene Lösungen zu definieren, die alle mit finanziellen Anreizen verbunden sind. Sie integriert den Begriff des Versorgungsnetzwerkes im Gesetz. In diesen Netzwerken sollten die Leistungserbringer ihre Leistungen im Rahmen eines mit den Versicherern vereinbarten Budgets realisieren.

Der Bundesrat ist der Meinung, dass mit Managed Care-Modellen aufgrund der Zusammenarbeit aller Beteiligten qualitativ bessere Leistungen und eine bessere Nutzung der finanziellen Ressourcen erreicht werden kann. Dieses Ziel sollte durch eine Intensivierung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer erreicht werden, indem auch spezielle Qualitätsgarantien geschaffen werden. Die Vorteile, die von diesen Modellen erwartet werden, dürften sie attraktiv machen, und zwar nicht nur für die Versicherten, sondern auch für die Leistungserbringer und die Versicherer. Die Diskussion im Parlament ist im Gang; dabei wird Managed Care mit der „Vertragsfreiheit“ verbunden.

In diesem Zusammenhang scheint es wichtig, dass auf jeder Stufe der Behandlungskette im Netzwerk die Qualitätszirkel und alle Formen therapeutischer Allianzen optimiert werden, so dass ein „evidence based quality improvement“ entsteht.

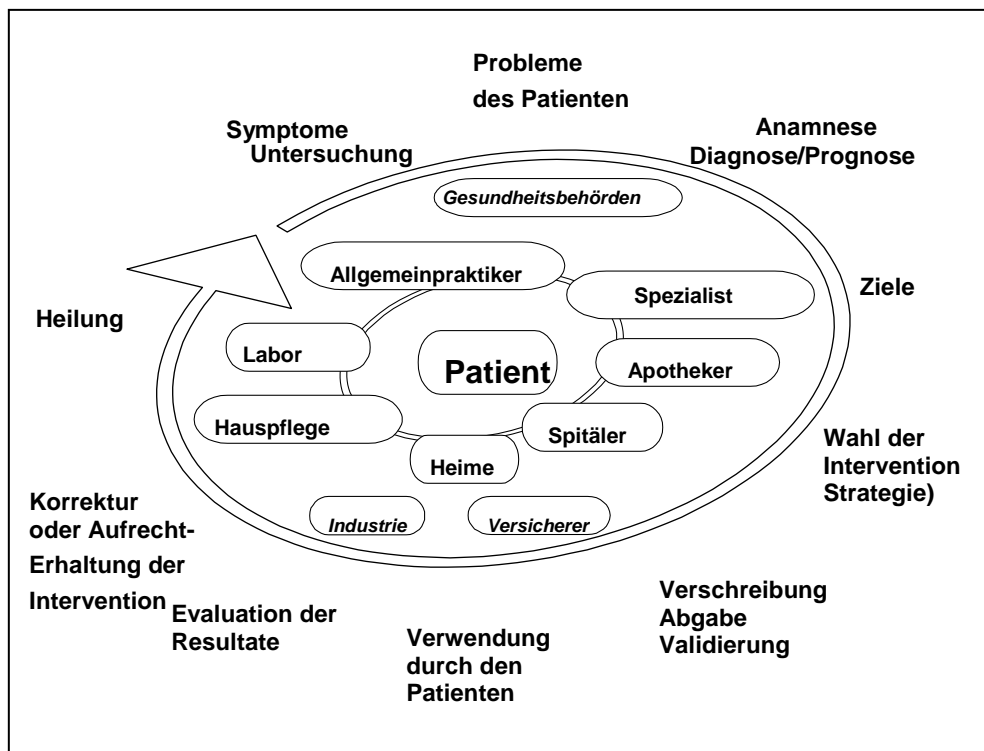


Abbildung 1: Die therapeutische Allianz

Gemäss Forum Santé-Gesundheit sollten Versorgungsnetzwerke (Abb. 1) auf der Basis einer freiwilligen Zusammenarbeit der Akteure und mit Hilfe finanzieller Anreize sowie einer echten Partnerschaft zwischen Behandelnden und Behandelten geschaffen werden. Eine partnerschaftliche Allianz sollte auch mit den Versicherern erreicht werden, damit die Netzwerke von deren Kompetenzen im ökonomischen Bereich und der Prozessorganisation profitieren könnten.

Das Forum Santé-Gesundheit ist überzeugt, dass

- Gesundheitsnetzwerke sich als notwendige Antwort auf die neuen Erwartungen der Patienten und Gesundheitsfachleute etablieren werden; dabei werden auch die medizinisch-technischen Neuerungen, die Informationskanäle und die neuen Führungsformen zur Beherrschung der Kosten integriert werden. Gesundheitsnetzwerke sind eine Antwort auf die Veränderung der Denkweisen und der Systeme der Kostenübernahme, die in der Idee eines Behandlungskontinuums immer enger um den Patienten zentriert werden.
- Die Gesundheitsfachpersonen müssen diese Entwicklung vorwegnehmen und vorausschauend handeln. Das Funktionieren in Netzwerken beinhaltet eine tief greifende Veränderung der Gewohnheiten und der Denkschemata. Die städtische Medizin ist heute durch das Modell des freien Berufes geprägt; die Arbeit im Netzwerk beinhaltet eine Infragestellung des Bisherigen, die Bereitschaft zum Lernen, persönliches Engagement und eine Aufwertung der Komplementarität zwischen allen Pflegenden.
- Diese Entwicklung kann und muss sich für alle beteiligten Partner als vorteilhaft erweisen: Patienten, Gesundheitsfachpersonen, öffentliche und private Finanzierer. Ein optimal geführtes Netzwerk bietet dem Pflorgeteam die Möglichkeit zu einer optimalen und effizienteren Behandlung im Vergleich zur „atomisierten“ Situation, die wir heute kennen. Das organisierte Netzwerk kann Vorteile bewirken, die sich für den Patienten in Form einer besseren Behandlungsqualität bei gleichzeitiger Beherrschung der Kosten auswirken wird.

Für die Gesundheitsfachpersonen bedeutet das Netzwerk eine Verbesserung der Rahmenbedingungen, indem Kompetenzen und Informationen besser ausgetauscht und dadurch Synergien entstehen können, die angesichts der Herausforderungen in Form neuer Techniken und medizinischer Technologien notwendig sind. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert auch das Risikomanagement (medizinisch, pflegerisch, medikamentös).

Das letzte Kriterium muss verstanden werden als Suche nach der angemessensten Behandlungsform zu einem fairen Preis, als Beziehung zwischen den Zielen und den Mitteln (Effizienz), und nicht als Suche nach dem billigsten Produkt und einer Wirtschaftlichkeit um jeden Preis.

Managed Care bedeutet eine Rationalisierung der Versorgung mittels struktureller und organisatorischer Massnahmen, die wissenschaftlich und ökonomisch belegt sind; sie bedeuten einen Paradigmenwechsel in der medizinischen Praxis. Die beschränkten Erfahrungen in der deutschen Schweiz und die noch spärlicheren in der Romandie zeigen unbestreitbare Erfolge.

3. Bessere Kenntnisse und bessere Information

3.1 Instrumente für die erforderliche Information über das Gesundheitssystem

Das Forum Santé-Gesundheit fordert eine Transparenz der Informationen im Bereich der Leistungserbringer:

- Die Daten über die Behandlungskosten in den Spitälern (homogene, krankheitsbezogene Kosten) müssen vereinheitlicht und zugänglich gemacht werden für alle Spitäler, sobald das revidierte Gesetz in Kraft tritt. Die Behandlungsergebnisse müssen innert einer Frist von 5 Jahren vorliegen;
- Analoge Informationen über die Kosten und die erreichten Resultate müssen auch im ambulanten Sektor, in der Langzeitpflege, im Arzneimittelbereich und bei den technischen Leistungen (Labor, Physiotherapie, technische Medizin...) in einem Zeitrahmen von 5 bis 10 Jahren zur Verfügung gestellt werden;
- Indikatoren zur Effizienz und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems in Abhängigkeit von den Organisationsformen (freie Praxis, Managed Care, Behandlungsnetzwerke...) müssen auf nationaler und regionaler Ebene in einem Zeitraum von 5 bis 10 Jahren entwickelt werden.

Realisierungsgrad:

Die Einrichtung eines statistischen Informationssystems für die Spitalbehandlungen (unter Einbezug von DRG) wurde mit der Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung gutgeheissen; eine Finanzierung dieser zusätzlichen Statistiken durch die Krankenversicherung wurde abgelehnt; die Finanzierung muss deshalb durch den Bund gesichert werden; dieses System wird Informationen über die Anzahl der behandelten Fälle (Aktivität) und die Kosten zur Verfügung stellen, doch ist nicht sicher, ob es in der Lage sein wird, die erreichten Behandlungsergebnisse zu dokumentieren.

Die Einrichtung eines Informationssystems über die ambulanten Behandlungen ist noch sehr rudimentär und beschränkt sich gegenwärtig auf den Datenpool der santésuisse, der vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium untersucht wird. Dieser Datenpool integriert aber nur die den Krankenkassen verrechneten Leistungen; es fehlen Informationen über die Behandlungsgründe (Diagnose) und die Behandlungsergebnisse. Aus finanziellen Gründen wird das Statistikprojekt über die ambulanten Behandlungen durch das Bundesamt für Statistik nicht umgesetzt.

Nicht vorgesehen ist die Definition von Indikatoren für die Effizienz des Gesundheitssystems. Ein „Review“ des Gesundheitssystems, wie er von der OECD und der WHO gemacht wurde, wird nicht so schnell wiederholt. Doch besteht ein kontinuierlicher Austausch der wichtigsten Wirtschaftsdaten über das schweizerische Gesundheitssystem mit der Datenbank „Health Data“ der OECD.

Forum Santé-Gesundheit fordert auch Transparenz bei der Information der Behörden:

- Die Entscheidungskriterien für die Rückerstattung oder die Verweigerung der Rückerstattung von Leistungen oder Medikamenten durch die soziale Krankenversicherung müssen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

- Die Entscheidungskriterien der Behörden bezüglich der Aufnahme einer Institution auf die Spitalliste sowie deren Leistungsaufträge müssen der Öffentlichkeit zugänglich sein.

Realisierungsgrad:

Mehr Öffentlichkeit bei der Information über die Gründe der Entscheidungen (der eidgenössischen Leistungskommission, der eidgenössischen Arzneimittelkommission und des Eidgenössischen Departements des Innern) bezüglich der Rückerstattung oder der Verweigerung der Rückerstattung ist nicht vorgesehen. Diese Entscheidungen betreffen jedoch nur eine kleine Anzahl neuer oder umstrittener Leistungen

Das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung bedeutet, dass in der Regel die wissenschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Hintergründe der Entscheidungen zugänglich wären, wenn die Öffentlichkeit von diesem Recht Gebrauch macht. Ist dies der Fall?

Die Kriterien bezüglich der Aufnahme oder Nichtaufnahme einer Institution auf die Spitalliste sind in der Regel bekannt, da es sich dabei um demokratische (Entscheidungen des Grossen Rates) oder behördliche (Staatsräte) Entscheidungen handelt, die in der Regel ein Konsultationsverfahren durchlaufen.

Es ist vorgesehen, dass beim Bundesrat bezüglich Aufnahme oder Nichtaufnahme auf die Spitalliste nicht mehr gegen die Planungsgrundlagen, sondern nur noch gegen Aspekte des Prozesses rekuriert werden kann.

3.2 Die Information der Öffentlichkeit zugänglich machen

Die Information ist für ein qualitativ hoch stehendes Gesundheitssystem ein zentrales Element. Die Information der Patienten steht in einem Kontext, innerhalb dessen es bereits zahlreiche Überlegungen und Umsetzungen gibt. Das Interesse der Bevölkerung an Gesundheitsinformationen wird immer grösser. In der Romandie gibt es bereits eine Gratisbroschüre, die von den Kantonen erarbeitet wurde, und die die Patienten über ihre Rechte informiert. Die Gesundheitsbehörden sollten gemeinsam einen kohärenten, nationalen „Gesundheitsführer“ über die Möglichkeiten der Informationsbeschaffung im Bereich der Gesundheit entwickeln (z.B. indem sie sich auf die erwähnte Broschüre in der Romandie stützen). Im medizinischen Milieu, das als allwissend wahrgenommen wird, fühlt sich der Patient oft ohnmächtig. Wenn er gut informiert ist, kann er seine Situation besser einschätzen und seinen Standpunkt vertreten.

Realisierungsgrad:

Von der Planung eines Gesundheitsführers (die über die existierende Broschüre hinausgeht), die dem Patienten bei seiner Orientierung im Gesundheitssystem helfen könnten, ist keine Spur vorhanden. Doch existiert ein sehr vollständiges Informationsangebot für die ausländischen Einwohner, welche zu einer Verbesserung der Information der Migranten in unserem Gesundheitssystem beitragen soll. Eine Auswahl von Broschüren über das Gesundheitssystem/Versicherungen existiert in verschiedenen Sprachen.

Die Medizin ist seit langer Zeit ein wichtiges Medienthema; die Redaktionen räumen ihr einen immer grösseren Platz ein, doch ist die Qualität der Information mangelhaft. Dies trifft besonders zu auf die Informationen, die über das Internet vertrieben werden. Um diese

Situation in den Griff zu bekommen und den Patienten im Dschungel des Internets zu orientieren, wurde von mehreren Gruppen ein Projekt zur Evaluation von Internetseiten über die Gesundheit in der Schweiz vorgeschlagen. Aus finanziellen Gründen konnte dieses Projekt nicht zu Ende geführt werden. Doch ist gegenwärtig ein Programm über die Qualität von Internetseiten über Medikamente in Entwicklung; der Verband SPQA (Swiss Pharma Quality Association) evaluiert unter der Ägide eines neutralen Komitees die Qualität pharmazeutischer Internetportale. Das Forum Santé-Gesundheit schlägt vor, diese Initiative für eine standardisierte Qualitätssicherung von Internetsites mit Gesundheitsinformationen aus Gründen der Objektivität zu unterstützen.

Realisierungsgrad:

Die eHealth-Strategie des Bundesrates schlägt die Entwicklung von Qualitätskriterien für Internetseiten über die Gesundheit vor, vor allem bezogen auf Internatportale öffentlicher Institutionen. Dabei handelt es sich um einen langwierigen und schwierigen Prozess. Er orientiert sich am Modell der Stiftung HON (Health On the Net), die übrigens von der Schweiz und der WHO unterstützt wird; noch hat die Schweiz dieses Modell bei ihren Internetseiten nicht umgesetzt.

Die Qualität der Information ist nur eine Frage, eine ganz andere ist die Grenze zwischen Information und Werbung. Wie soll im Bereich der Medikamente oder Behandlungen unterschieden werden zwischen Werbung und wissenschaftlicher Information? Eine genauere Reglementierung in diesem Bereich wäre wünschenswert, aus ethischen Gründen wie auch aus der Perspektive der Patientensicherheit.

Realisierungsgrad:

Eine entsprechende Reglementierung besteht bereits im Bundesgesetz über die Arzneimittel und Medizinprodukte. Sie lässt den Pharmaproduzenten eine gewisse Freiheit bei der Information der Bevölkerung über die Symptome und Beschwerden (Reizblase...Migräne...) und empfiehlt die Konsultation eines Arztes. Eine Änderung ist nicht vorgesehen.

Ausserdem unterstützt die Pharmaindustrie zahlreiche Gruppen von Betroffenen (spezielle Erkrankungen) im Rahmen des Verbandes Patienten.ch (siehe www.patienten.ch). Der Dachverband [patienten.ch](http://www.patienten.ch) wird ausdrücklich unterstützt von Interpharma und durch die schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften. Diese Form der Unterstützung ist umso wichtiger als der Bundesrat und das Parlament eine Unterstützung der Patientenorganisationen verweigert.

Die Reglementierung ist notwendig aber ungenügend: in unserer Gesellschaft, in der das Internet den Zugang zu „wildem“ Informationen ohne Grenzen zulässt, ist die Kanalisation der Informationssuche der Patienten in Richtung einer qualitativ guten Information äusserst wichtig. Die Patienteninformation muss, wenn sie wichtig sein soll, kontrolliert und reglementiert werden, damit Falschinformation und Missbrauch vermieden werden können. Unsere Vorschläge gehen in diese Richtung.

Der Ort und die Bedingungen der Begegnung zwischen den Patienten und der Welt der Medizin sind nicht immer geeignet für einen fairen Austausch. Wir schlagen die Schaffung gemeinsamer paramedizinischer, medizinischer und sozialer Strukturen vor, die den Einbezug von Gesundheitsberatern erlauben würde. Diese könnten die Verbindung herstellen zwischen den verschiedenen Typen medizinischen Wissens (populär, offiziell, alternativ) und den Patienten

bei seiner Wahl unterstützen. Solche Strukturen wären besonders geeignet für die Peripherien, wo die verschiedenen Elemente des medizinisch-sozialen Angebotes oft weit voneinander entfernt und spezialisierte Behandlungen oftmals schwer erreichbar sind. In den städtischen Zentren wären Gesundheitsnetzwerke für diese Rolle prädestiniert. Sie müssten zusammenarbeiten mit auf öffentliche Gesundheitsfragen spezialisiertem Pflegepersonal und Sozialarbeitern.

Realisierungsgrad:

Gegenwärtig besteht kein Wille seitens der Politik oder der Berufsorganisationen, dies umzusetzen. Es gibt jedoch lokale Initiativen, die auf Personengruppen mit speziellen Pflege- und Hilfsbedürfnissen abgestimmt sind (chronische Krankheit, Alter, aber auch im Bereich der Versorgung von Kleinkindern).

Dagegen gibt es solche Initiativen im Bereich der interkulturellen medizinischen Betreuung von Migranten, wie wir dies bereits im Zusammenhang mit dem „Gesundheitsführer“ aufgezeigt haben. Die kulturellen Mediatoren und Übersetzer werden in bestimmten grossen Spitälern immer öfters für die Betreuung von Migranten einbezogen.

Diese Mediatoren und Übersetzer berücksichtigen die Bedeutung von Krankheit im Sinne einer „volkstümlichen“ und „ethnischen“ Sichtweise der Patienten und sie bilden die Brücke im Dialog mit der Spitalmedizin. Eine ähnliche Unterstützung für die schweizerische Bevölkerung ist nicht vorgesehen.

Mit den oben erwähnten Punkten soll eine Verbesserung des Informationsflusses zwischen Patienten und Leistungserbringern angestrebt werden. Doch die Vertretung der Patienteninteressen in der Schweiz ist extrem zersplittert, kaum strukturiert und leidet an mangelnder politischer Repräsentativität. Um dem abzuhelpen, schlagen wir die Schaffung einer nationalen Dachorganisation für die Vertretung der Patienteninteressen vor, die legitimiert ist im Dialog mit den andern Akteuren. Dies bedeutet auch eine offizielle Anerkennung durch den Bund.

Realisierungsgrad:

Keine entsprechenden Aktivitäten.

Mehr Verantwortung übernehmen für den eigenen Lebensstil

Das Forum Santé-Gesundheit schlägt vor, dass die jungen Konsumentinnen und Konsumenten bezüglich ihres Lebensstils und ihres Konsumverhaltens geschult werden und dadurch deren Eigenverantwortlichkeit gefördert wird.

Verschiedene Studien über die Gesundheit in einem umfassenden Sinne zeigen, dass 40% der Lebenserwartung vom Lebensstil und 20% von Umweltbedingungen abhängt. Weshalb sollen diese zwei Faktoren nicht berücksichtigt werden in der Sozialpolitik, um damit eine bessere Gesundheit zu erreichen? Es soll eine dreifache Prävention geschaffen werden nach dem Prinzip der Verursachung der „Umwelt-Verschmutzung“; Tabakprävention, Alkoholprävention und Umweltschutz. Erfahrungen bestehen bereits bei der Förderung der Bewegung, der besseren Ernährung, um aus den „Akteuren“ „Partner“ der Gesundheitsfachpersonen zu machen. Diese Vorschläge, die mit der Prävention eines ungesunden Lebensstils verbunden sind, können dazu beitragen, gewisse Krankheiten zu verzögern oder gar zu verhindern.

Realisierungsgrad:

Ein neues Projekt zum neuen Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz wurde 2007 vom Bundesrat gutgeheissen werden (Gesetzgebungsauftrag). Die Position der Prävention und der Gesundheitsförderung im Sinne eines besseren Gleichgewichts des Gesundheitssystems wird dadurch gestärkt werden.

Das Projekt beschränkt sich vor allem auf eine bessere Steuerung der Präventionsprogramme durch den Bund und die von ihm beauftragten Agenturen (Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung, SUVA, Gesundheitsförderung Schweiz...). Es wird keine fundamentale Änderung geben in Bezug auf das Verständnis von Gesundheit und Krankheit.

Ausserdem sollen spezielle Präventionsprogramme in den Bereichen Ernährung (Zusammenarbeit mit der Nahrungsmittelindustrie) und Gesundheit am Arbeitsplatz (work life balance) den Weg freimachen für einen umfassenderen Ansatz.

So soll eine Politik gefördert werden, die sich nicht ausschliesslich auf das „Medizinische“ konzentriert und dadurch zu einer Verbesserung des Lebensstils beiträgt. Jedoch sind keine systematischen Ansätze in diese Richtung vorgesehen.

In einer Bevölkerung, die sich des Prinzips der Vorsorge bewusst ist, bleiben die Präventionskampagnen sehr spezifisch auf bestimmte Verhaltensrisiken beschränkt (Ernährung, körperliche Aktivität, Tabak, Alkohol, Aids, Unfallverhütung usw.). Sie zielen nicht auf die Entwicklung umfassender Gesundheitskompetenzen ab (wie man gesund bleibt, sich selber heilt oder die Gesundheitsleistungen sinnvoll einsetzt).

Das Forum Santé-Gesundheit möchte auch den Einsatz neuer Technologien für die Verbesserung der Information der Gesundheitsfachpersonen und der Patienten sowie für die Überwachung dieser Informationen (Versichertenkarte und elektronisches Patientendossier) fördern.

Realisierungsgrad:

Die e-Health Strategie des Bundes - die gegenwärtig in der Anhörung ist - geht effektiv in diese Richtung. Sie sieht eine elektronische Versichertenkarte vor, die zur Patientenkarte ausgebaut werden kann und den späteren Zugang zum elektronischen Patientendossier zulässt (doch wird es noch einige Jahre dauern, bis die Entscheide über den Zugang zum Patientendossier getroffen sein werden).

Die Einführung einer Patientenkarte ist unerlässlich zur Verbesserung der Qualität der Leistungen und zur Vermeidung immer wieder gleicher Untersuchungen sowie von „Ärztetourismus“. Durch die Verbesserung des Informationsflusses zwischen Patienten und Pflegenden wird die Behandlung präziser, vor allem lässt sich die Kontinuität der Pflege verbessern (z.B. stationär-ambulant); auch können im Rahmen aufeinander abgestimmter Entscheidungen die Kosten besser beherrscht werden. Die Patientenkarte erleichtert die Überweisung von Patienten an geeignete Spezialisten und verhindert die Vervielfachung von Akten. Sie trägt auch zu einer Rationalisierung der ambulanten Leistungen bei. Natürlich muss sie vertraulich und gesichert sein.

Realisierungsgrad:

Die Versichertenkarte wird im Jahr 2008 eingeführt werden. Einige Kantone wie beispielsweise der Tessin verfügen bereits über eine solche Karte. Ihr Ausbau zu einer Patientenkarte ist möglich, doch gegenwärtig nur in eingeschränkter Form. Die eHealth-Strategie des Bundes sollte die Bedingungen für den Ausbau der Karte zu einem elektronischen Patientendokument definieren.

Nicht sicher ist, ob diese Innovation die Schaffung von Basisdaten einschliessen wird, welche die Analyse der medizinischen Aktivitäten verbessern könnte.

4. Finanzierung und Solidarität

4.1 Eingeschränkter und regulierter Wettbewerb

Mit einer besseren Versorgungsplanung werden die Gesundheitsausgaben nicht stabilisiert werden können. Das Forum Santé-Gesundheit akzeptiert das Szenario einer Erhöhung, um dadurch die Rationalisierung von Leistungen auf der Basis von Kriterien wie Alter oder andere zu vermeiden. Voraussetzung dafür ist die Freigabe der notwendigen Mittel, denn das aktuelle Finanzierungssystem stösst an seine Grenzen, und das Potential der finanziellen Partizipation vieler sozialer Gruppen ist ausgeschöpft. Über mögliche Lösungen werden zahlreiche Debatten geführt. Ein Konsens existiert bezüglich der Notwendigkeit der Rationalisierung, der Verbesserung der Kohärenz und der Vermeidung von unnötigen Behandlungen, obwohl die Umsetzung dieser Ziele gegen korporatistische, administrative und ökonomische Interessen verteidigt werden muss. Dies zu realisieren wird nicht einfach sein; da sind die andern Lösungsvorschläge einfacher: entweder begrenzt man die Kosten durch eine Kontrolle von Angebot und Nachfrage, oder es müssen neue finanzielle Mittel zugeteilt werden. Der zweite Lösungsvorschlag ist der einzige, der die Aufrechterhaltung der Prinzipien der Universalität, der Solidarität und der Gleichheit ermöglicht. Welches sind also die möglichen Lösungen für eine Grundversicherung in der Schweiz?

Die grosse Herausforderung für das KVG besteht darin, Rahmenbedingungen für einen wirksamen Wettbewerb zu schaffen, ohne dass dabei die Solidarität unter den Versicherten geschwächt wird. Obwohl Wettbewerb und Solidarität einander widersprechende Konzepte darstellen, schliessen sie sich nicht gegenseitig aus. Den Wettbewerb in ein solidarisches Versicherungssystem einzuführen bedeutet, über den Weg der freien Wahl der Versicherten die Krankenkassen und die Leistungserbringer zu einer besseren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen zu führen.

Die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs müssen neu überdacht werden, damit sich eine dauerhafte Verbindung zwischen Wettbewerb und Solidarität entwickeln kann; dies bedeutet, dass mit Eingriffen in die Freiheit z.B. in Form von Preisüberwachung, Werbeverbot und der Abschottung der Märkte gerechnet werden muss. Diese Bedingungen würden den Wettbewerb zwischen Leistungserbringern in einen strengeren Rahmen einbinden. Idealerweise sollte der Wettbewerb die Leistungserbringer nicht dazu verleiten, Vorteile gegenüber ihren Konkurrenten zu suchen (Gewinne, Einkommen, Marktanteile), indem sie Risikoselektion betreiben (Krankenkassen) oder unnötige und unwirtschaftliche Leistungen erbringen (Leistungserbringer).

Das Forum Santé-Gesundheit unterstützt einen eingeschränkten und regulierten Wettbewerb ohne Risikoselektion, aber unter Wahrung der Prinzipien für öffentliche Dienstleistungen:

- Der Wettbewerb unter den Krankenversicherern in Form der Jagd auf gute Risiken muss konsequent verhindert werden, da er den Zielen des Gesundheitssystems zuwiderläuft.
- Auf der einen Seite müssen Massnahmen zur Überwachung ergriffen, auf der andern Seite wirtschaftliche Anreize (Verbesserung des Risikoausgleichs) geschaffen werden, welche den Wettbewerb eingrenzen.
- Der Wettbewerb zwischen den Versicherern im Bereich der sozialen Krankenversicherung soll erstens bei der Qualität der erbrachten Leistungen, und zweitens bei den besonderen Versicherungsangeboten des Typs Managed Care spielen.
- Der Bund muss eine klare Trennung zwischen der Grundversicherung und den Zusatzversicherungen, ja sogar der privaten Versicherungen (zum Beispiel Erwerbsausfallversicherung) garantieren.

Ausserdem schlägt das Forum Santé-Gesundheit zur Befriedigung universeller Bedürfnisse im Rahmen des Wettbewerbs folgendes vor:

- eine paritätische Regulation (Leistungserbringer und Versicherer) des Gesundheitsmarktes unter Gewährleistung der folgenden Prinzipien:
 - Zugang aller zu den notwendigen Dienstleistungen;
 - Verbesserung der Qualität der Leistungen und des Systems als Ganzes;
 - die Beherrschung der Kosten in sozial verträglichen Grenzen;
- die Implementierung eines echten, regulierten, sozialen Marktes, der es jedem ermöglicht, von den medizinischen und pharmazeutischen Innovationen zu profitieren, wobei die Kriterien der Angemessenheit, der Wirksamkeit und der Innovation berücksichtigt werden müssen.

Realisierungsgrad:

Es ist nicht vorgesehen (in den zwischen 2002 bis 2007 im Parlament diskutierten Reformen), den Wettbewerb zwischen den Versicherern in Bezug auf die Risikoselektion oder den Ausschluss schlechter Risiken zu verbieten. Im äussersten Fall könnte der Risikoausgleich verbessert werden, damit Versicherer mit einer grossen Anzahl schwer Kranker besser geschützt werden können.

Eine strikere Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherungen bei den Versicherern ist auch nicht vorgesehen.

Die Philosophie des Wettbewerbs als Instrument zur Steuerung des Gesundheitssystems wird seit dem Misserfolg der Abstimmung über die Einheitskasse von den dominanten Akteuren wieder stärker betont. Tendenziell wird den Versicherern als „Einkäufer von Leistungen“ immer mehr Macht übertragen; sie regulieren immer mehr das Leistungsangebot und die Nachfrage kranker Versicherter. Ihre Kompetenz für diese Rolle wird nicht in Frage gestellt. Die Position der Kassenärzte wird immer stärker.

Die Regulation des Gesundheitssystems garantiert den Zugang aller zu den benötigten medizinischen Leistungen, doch könnte diese Garantie bald bedroht sein, in mancher Hinsicht ist dies bereits der Fall. Die Prinzipien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit können nicht systematisch und überprüfbar angewendet werden, weder auf

individueller noch auf der Ebene des Systems als Ganzes. Der Zugang jedes einzelnen zu dieser breiten Angebotspalette medizinischer Leistungen, die von hoher Qualität, wirksam, angemessen und wirtschaftlich sind, ist gewährleistet.

Dagegen gibt es in gewissen Bereichen restriktive Tendenzen, welche den schwerkranken und chronischen Patienten ernsthaft schaden können. Die kürzlich eingeführten Beschränkungen im Bereich der Psychotherapie öffnen die Türe zu gefährlicher Willkür.

Damit die Interessen der Versicherer und der Patienten miteinander verbunden werden können, schlägt das Forum Santé-Gesundheit vor, dass die Patienten in die strategischen Entscheidungsfindungen der Versicherer eingebunden werden. Ausserdem könnte der Verwaltungsrat durch die Versicherten und ihre Repräsentanten aus den Patientenorganisationen gewählt werden, was einer demokratischen Funktionsweise der Krankenkassen entsprechen würde.

Realisierungsgrad:

Offiziell besteht bis heute keine Absicht zur Einrichtung einer repräsentativen Patientenorganisation in der Schweiz. Patientenorganisationen oder Patientenstellen werden angefragt für die Delegation von Personen in Kommissionen und Arbeitsgruppen, ohne dass deren Repräsentativität geprüft wird.

Im Bereich der Versicherungen diskutiert das Parlament über den Risikoausgleich, die Revision des KVG, des Arzneimittelgesetzes bezüglich des Medikamentenversands, der Revision von Artikel 64a über die säumigen Prämienzahler. Die Diskussionen bleiben auf bestimmte Bereiche beschränkt.

4.2 Änderung der Grundversicherung

Für diesen Bereich liegen zwei Vorschläge vor:

- Reduktion des Leistungskataloges der Grundversicherung zur Begrenzung der Kosten;
- Ausschluss aus der Versicherung für die Kosten am Lebensende und für die schweren, chronischen Erkrankungen.

Der erste Vorschlag könnte das Risiko einer Zweiklassenmedizin verschärfen, der zweite bedingt eine zusätzliche Finanzierung. Suchen wir also nach dieser zusätzlichen Finanzierungsquelle, denn das Forum Santé-Gesundheit plädiert für ein qualitativ hoch stehendes Gesundheitssystem. Dabei muss nicht grundsätzlich auf eine Revision der Spezialitätenliste und des Leistungskataloges verzichtet werden, wenn dies zu einer Reduktion von Therapien des „Wohlbefindens“ führt, ohne dass dabei das Prinzip der sozialen und obligatorischen Grundleistungen verletzt wird.

4.3 Die Reform der Spitalfinanzierung

Das Parlament ist übereingekommen, dass nicht nur die Spitalfinanzierung, sondern auch der Risikoausgleich modifiziert werden muss. Es hat entschieden, neben den Kriterien Alter und Geschlecht auch das höhere Krankheitsrisiko zu berücksichtigen.

Realisierungsgrad:

Die Spitalfinanzierung mittels Fallpauschalen (DRG) könnte die Effizienz fördern und liesse auch einen grösseren Wettbewerb zu in Form des Vergleichs zwischen den Institutionen (Bench Marking). Die Gerechtigkeit eines solchen Systems hängt stark von der Patientenklassifikation und einer Klassifizierung angemessener Kriterien ab. Der Verein SwissDRG vereinigt alle wichtigen Partner der Schweiz, so die Kantone, vertreten durch die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), die Versicherer, vertreten durch santésuisse, die öffentlichen und privaten Spitäler, vertreten durch H+ und die schweizerische Ärzteorganisation FMH. Der SwissDRG stützt sich auf das deutsche Klassifikationssystem, das vom australischen System herrührt. Die Einführung dieses Systems erfordert einen beträchtlichen strukturellen und organisatorischen Aufwand; es sollte bis im Jahr 2009 – 2010 operativ sein. Wir wünschen ein solches System, obwohl wir wissen, dass das grösste Risiko eines solchen Pauschalystems, das zur Leistungssteigerung führen sollte, in gewisser Weise seine Unmoral ist: « je weniger getan wird, desto mehr verdient man ». Deshalb ist es unerlässlich, zur Sicherung der Qualität der stationären Leistungen gewisse Kontrollmechanismen einzubauen.

4.4 Zusätzliche Finanzierungsquellen

Eine erste, mögliche Lösung wäre die „Kapitalisierung der Gesundheit“ ab dem 50. Altersjahr, da die Personen am Ende ihres aktiven Lebens über mehr finanzielle Mittel verfügen als die Jungen. Die so ersparten Summen könnten zusätzlich zur Krankenversicherung für die Deckung von bestimmten Krankheitskosten bei der Pensionierung und zur Entlastung der Familien eingesetzt werden.

Die zweite Lösung ist mit dem Konzept der Solidarität zwischen den Generationen verbunden, indem ein zusätzlicher Beitrag von Personen ab 65, die über ein bestimmtes Einkommen verfügen, verlangt würde. Dieser Beitrag entfällt heute beim Eintritt in das Rentenalter, obwohl viele über ein komfortables Einkommen verfügen, das einen zusätzlichen Beitrag zur Altersversicherung durchaus erlauben würde.

Ein anderer Vorschlag, der aber durch die Abstimmung im Jahr 2007 über die Einheitskasse zweifellos abgelehnt wurde, ist eine parallel zur aktuellen Prämienhebung konzipierte Kofinanzierung auf der Basis plafonierter Vermögensabgaben, wie sie in zahlreichen westlichen Ländern praktiziert wird. Auf diese Weise erhobene Beiträge könnten zusätzlich zu den solidarisch erhobenen Prämien für bestimmte Leistungen eingesetzt werden. Die Einführung eines solchen Elementes bedarf fundierter Überlegungen zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes der Solidarität zwischen jungen Familien und Alten, damit die Jungen nicht benachteiligt werden. Ein zusätzlicher Prozentsatz der Mehrwertsteuer für das Gesundheitssystem hätte den Vorteil, dass die Beiträge auf der Basis des Konsumpotenzials jedes einzelnen, nicht aber aufgrund des Alters oder des Beschäftigungsgrades erhoben würden.

Darüber hinaus wäre es wichtig, den Rückzug des Bundes bei der Finanzierung zu stoppen, um wieder eine Bundesbeteiligung zu erreichen, wie sie in den 80er-Jahren der Fall war.

Realisierungsgrad:

Es gibt keine grundlegenden Veränderungen in der Finanzierung, die weiterhin auf drei Pfeilern beruht (doch nicht auf denjenigen, die wir vorschlagen): Krankenversicherung, Steuern und direkte Zahlungen durch das Individuum (ungefähr zu je einem Drittel).

Die neueren Entscheidungen haben eher dazu beigetragen, dass die finanzielle Beteiligung der Patienten (höhere Franchisen, höhere Beteiligung bei Originalpräparaten, höhere Krankenkassenprämien, Beteiligung des Patienten an den Kosten für die Langzeitpflege...) sich erhöhte. Auch die öffentlichen Beiträge wurden erhöht (Erhöhung der Beiträge zur Senkung der Prämien, Erhöhung der kantonalen Beiträge für die Spitäler, Bezahlung der bisher von Zusatzversicherungen übernommenen ausserkantonalen Spitalaufenthalte durch die Kantone). Der Anteil der Krankenversicherungen und der andern Sozialversicherungen bleibt relativ konstant.

Die Finanzierung von Krankheitskosten über die AHV ist nicht vorgesehen (mit Ausnahme einer neuen, kleinen Hilfenentschädigung, die den Zugang zu Spitexleistungen erleichtern soll). Eher werden sie über Zusatzleistungen gedeckt (Erhöhung des Pensionskassen-AHV-Plafonds für die Bezahlung der Langzeitpflege in Pflegeheimen).

Eine Finanzierung in Form der freiwilligen Kapitalisierung bei nahendem Pensionsalter wird geprüft, betrifft aber nur die vermögenden Personen, die so zusätzliche Begünstigungen erzielen könnten (bevorzugte Finanzierung).

Weder ist ein Gesundheitsfonds vorgesehen, der von den wirtschaftlichen Akteuren bezahlt würde, noch eine Kofinanzierung mittels einer Erhöhung der Mehrwertsteuer. Im Gegenteil wird die Unterstellung von Gesundheitsleistungen unter die MWST-Pflicht geprüft, was wiederum eine Erhöhung des persönlichen Kostenanteils bedeuten würde, insbesondere für die schwer und chronisch Erkrankten.

4.5 Das schweizerische Gesundheitssystem und die Europäische Union

Die Zukunft des schweizerischen Gesundheitssystems wird immer mehr geprägt von der Entwicklung im europäischen Raum. Bis heute wurde diese Tatsache kaum berücksichtigt. Bis zu den bahnbrechenden Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes im Jahr 1998 waren die verschiedenen nationalen Gesundheitssysteme im europäischen Raum fast vollständig voneinander abgekapselt; damals waren sie noch unbeeinflusst von den fundamentalen wirtschaftlichen Veränderungen und den Prinzipien des freien Waren- und Personenverkehrs.

Die Europäische Union sowie die Kommission der EU haben sich in den letzten Jahren vor allem auf Fragen der Sicherheit und der Qualität der Produkte konzentriert. Die Bolkestein-Direktive hat die freie Zirkulation der Güter, darin eingeschlossen die Medikamente, mittels des Cassis-de-Dijon-Prinzips erleichtert. Doch erlaubt auch die EU keine Parallelimporte von Drittländern. Fragen der Sicherheit im Bereich der Gesundheit haben zu einer engeren Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern der EU und einer besseren politischen Koordination in Gesundheitsfragen geführt.

Die strategischen Linien wurden in einem 2002 publizierten Dokument festgelegt; flankiert werden diese von einem Gesundheitsförderungs- und Konsumentenschutzprogramm für die Jahre 2003 - 2007, aktuell für die Jahre 2007 - 2013. Gesundheit wird als Gut betrachtet, das wesentlich zum wirtschaftlichen Wachstum beiträgt. Die gegenwärtig laufenden Programme

sollen den Gesundheitsschutz der Bevölkerung, die Gesundheitsförderung, den Wohlstand und die Solidarität fördern sowie relevante Gesundheitsinformationen produzieren und verteilen. Verstärkt wird der Fokus auch auf grenzüberschreitende Kooperationen gelegt, die dazu beitragen sollen, die Ungleichheiten zu beseitigen und eine gemeinsame Information zu entwickeln. In der Folge einer Anhörung, die Ende 2006 gestartet wurde, hat die Kommission ihre Strategie wieder aktualisiert. In einem Dokument, das im Februar 2007 veröffentlicht wurde, werden Massnahmen zur gemeinsamen Entwicklung eines europäischen Informationssystems für den Gesundheitsbereich vorgeschlagen, die vervollständigt werden durch den offenen Zugang zu vergleichbaren Daten. Angekündigt wird auch die Implementierung von Indikatoren für die Messung der Resultate und die Untersuchung der Prozesse. Auch die europäische Gesundheitskarte ist Teil dieser Entwicklungen. In diesem Rahmen hat das Europäische Parlament die Direktive 36/2005 beschlossen, die die gegenseitige Anerkennung von Diplomen und Berufsausbildungen vorsieht; sie wurde am 1. September des gleichen Jahres in Kraft gesetzt.

Die bilateralen Verträge mit der EU über den freien Personenverkehr erlauben es der Schweiz nicht, bei dieser Entwicklung abseits zu stehen. Der Europäische Binnenmarkt mit seinen Grundprinzipien zu Fragen der Gesundheit und des Konsumentenschutzes kann auf nationaler Ebene und für die Entwicklung zukünftiger Reformen nicht länger ignoriert werden.

5. Ein „Wegweiser“ für die Gesundheitspolitik: Empfehlungen des Forum Santé 2008

Eine umfassende Gesundheitspolitik; die Prioritäten des Forum Santé-Gesundheit

Aus der Lektüre dieses Textes lassen sich folgende, hierarchisch gegliederte Prioritäten des Forum Santé-Gesundheit ableiten:

- Primär muss das Gesundheitssystem als globales Ganzes wahrgenommen und Gesundheit als wirtschaftliches und soziales Investitionsgut betrachtet werden;
- Darauf basierend muss der Staat die bundesrechtlich verankerte Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung übernehmen.

Ausgehend von diesen zwei Prioritäten schlägt das Forum Santé-Gesundheit folgende Massnahmen vor:

- die Verantwortung aller Akteure im Gesundheitsbereich muss erhöht werden, auch die Verantwortung der Patienten, die mit Hilfe von institutionalisierten, rechtlich geregelten Massnahmen zur Gesundheitserziehung gefördert werden muss, damit die Gesundheitsziele der Bevölkerung erreicht werden können;
- ein beschränkter und regulierter Wettbewerb nach dem Prinzip der Solidarität ohne Risikoselektion muss aufrecht erhalten werden;
- die Informationen über das Gesundheitssystem müssen verbessert werden, damit dieses durch die verantwortlichen Akteure effizienter gesteuert werden kann;
- Versorgungsnetzwerke, Partnerschaften und Managed Care müssen gefördert werden.

Indem Lösungen zur Verbesserung der Lebensqualität, der Kompetenzen und Netzwerke (die nicht zwingend medizinische Netzwerke sein müssen), mit entsprechenden Finanzierungen verbunden werden, wird es möglich, ein Versorgungssystem von hoher Qualität für alle aufrecht zu erhalten. Mit Hilfe von Mitteln aus Fonds und der Prävention wird die Steuerung des Systems verbessert, so dass die Bedürfnisse von morgen befriedigt werden können. Die Vorteile

jeder Massnahme müssen im Rahmen der Versorgungsplanung dargestellt werden, damit die zeitliche Abfolge der politischen Massnahmen planmässig erfolgen kann.

Das Forum Santé-Gesundheit schlägt den Bundes- und kantonalen Behörden sowie den Verwaltern unseres Gesundheitssystems vor, zusammen mit den Berufsorganisationen und den Patienten einen Prozess zu lancieren, bei dem ein echter „Wegweiser“ (road map) für den Gesundheitsbereich entwickelt wird. Dieser Prozess könnte in vier Etappen ablaufen, wobei für jede eine spezifische Analyse vorgenommen werden müsste. Die in diesem Dokument vorgeschlagenen Massnahmen wären die Komponenten eines solchen „Wegweisers“ (siehe Tabelle. 2).

1. Informationen über das Gesundheitssystem müssen unverzüglich und in transparenter Weise auf allen Ebenen und mit Hilfe aussagekräftiger Indikatoren entwickelt werden. Jeder Partner des Gesundheitssystems ist verantwortlich für die Aufarbeitung und Veröffentlichung seiner Daten.
2. Die Versorgungsplanung muss auf gesamtschweizerischer Ebene erfolgen, Partnerschaften im Gesundheitsbereich, Managed Care und DRG sollen mit Hilfe von stützenden Massnahmen in Ausbildung und Management gefördert werden.
3. Entwicklung von Qualitätsstandards für die Gesundheitsförderung und Aufwertung der Pflegeberufe; Verbesserung der Steuerung des Gesundheitssystems, indem die Verantwortlichkeit des Staates im Sinne einer umfassenden Vision des Gesundheitssystems klar definiert wird.
4. Die geplanten Reformen müssen vor allem im Bereich der Ausbildung, des Gesundheitsschutzes, der Qualität und der Daten sowie der Informationssysteme auf ihre Kompatibilität mit Europa überprüft werden.

Tabelle 2 : Road Map für die Gesundheitspolitik

		Gesundheitspolitik →
2008	<p>Globale Ansätze und die Prävention begünstigen</p> <p>Förderung der Solidarität und Suche nach neuen Finanzierungsquellen</p> <p>Mehr Verantwortung für alle Akteure im Gesundheitswesen</p>	Umsetzung von Massnahmen für die Verbesserung und Transparenz der Information (§1.3; 3.1; 3.2)
2010		Organisation der Versorgungsplanung auf gesamtschweizerischer Ebene (§1.3)
2012		Förderung von Partnerschaften im Gesundheitswesen, Förderung von Netzwerken (§2.3) und mehr Verantwortung für alle Partner (§3.1; 3.3)
2014		Entwicklung von Qualitätsstandards zur Gesundheitsförderung (§1.2) und Aufwertung der Pflegeberufe (§2.2)
Zeit		Erteilung eines Mandates an den Bund für die Verantwortung über die Gesundheit der Bevölkerung (§1.2; 4.1; 4.2)
		Sicherstellen der Kompatibilität mit Europa (Ausbildung, Sicherheit, Information...) (§4.5)
		Start zu einer neuen, grossen Revision der KVG (§1.3; 4.1; 4.4)

Bibliografie

- Actes des entretiens de Beaulieu 2000 : Etre soigné demain : qui, par qui, où et comment ?, *Médecine et Hygiène*, n° spécial (juin), 2001, 40 p.
- Albrecht G.L. (et AL. EDS), *Handbook of social studies in health and medicine*, London, Sage, 2000
- ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) : *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Paris, 1999
- Bailly A., Périat M. : Santé et vieillissement, *Kardiovaskuläre Medizin* ; 2003, 6 : 12-18
- Bailly A., Bernhardt, M. : Les buts du système de santé : qui décide de quoi ? *Primary Care*, n°2, 2002 : 334-336
- Bailly A., Bernhardt M., Gabella M. : *Pour une santé de qualité en Suisse*, Economica, Paris, 2003 et 2006
- Bailly A., Mirimanoff P. : Etre soigné demain : qui, par qui, où et comment, *Médecine et Hygiène*, n° spécial, 2001
- Bailly, A., Bernhardt, M.: La médicométrie pour une approche globale de la santé publique, in Pfister B. et al., *Finances et territoires*, Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne, 1999
- Bailly, A., Périat, M. : *Médecométrie : une nouvelle approche de la santé*. Economica, Paris, 1995
- Bailly, A. : Health policy in Switzerland, in Casparie, A. et al. (éds), *Health care in Europe after 1992*, Aldershot, 1993 : 27-48
- Bailly, A. & Coffey, W. : Regional medicometry: health expenditures, regional disparities problems and policies, in Boyce, D. et al. (eds), *Regional Science*, Springer-Verlag, 1990 469-485
- Bailly, A., Bridel, F. et Périat M. (éds) : *L'assurance-maladie : solutions actuelles et futures*, Economica, Genève et Paris, 1989
- Bailly, A., Bridel, F. et Périat M. (éds) : *La santé : Perspectives médicales*, Economica, Genève et Paris, 1987
- Bailly, A. et Périat M. (éds) : Médicométrie régionale, *Revue d'Economie Régionale et Urbaine*, n° spécial, 1985
- Bailly, A. et Périat M. (éds) : *Médecométrie régionale*, Anthropos, Paris, 1984
- Beresniak, A. et Duru, G. : *L'économie de la santé*, Masson, Paris, 1997
- Bernhardt, M. : NTIC : potentialités et limites pour les nouveaux territoires de la santé, in Vodoz L., *NTIC et territoires*, Presses polytechniques et universitaires romandes, Lausanne, 2001
- Bocognano A.; Couffinhall A.; Grignon M.; Mahieu R.; Poton D., (1999), *Concurrence entre assureurs, entre partenaires et monopole naturel, Une revue des expériences étrangères en matière de santé*, Economie et Statistique, N° 328, 1999, p. 21-36
- Bradshaw, J. : A taxonomy of social need, McLachlan G. (éd.), *Problems and progress in medical care : essays on current research*, OUP, Buckingham, 1972
- Culyer, A. J., Wagstaff, A. : *Need, equity and equality in health and health care*, University of York, York, 1992
- Curtis S., Taket A. : *Health and societies : changing perspectives*, Arnold, Londres , 1996
- Donabedian, A. : *Evaluating the quality of care*, Milbank memorial foundation for quality, n°44, 1966
- Follath F., Die innere Medizin in akademischen Zentren: wie weiter?, *Schweiz. Med. Wochenschr.*, no 129, 1999, p. 1857-1863

- Gilliard P. : *Evolution et perspectives du système de santé : quelques comparaisons avec la Suisse, des cantons et des pays de l'OCDE*, Delémont, 1999
- Gilliard P. : Démographie médicale et besoin de la population en Suisse, Part. 1 : *CAMS actuel*, 12, 1999, p. 213-216 ; Part.2 : *CAMS actuel* 01-0, 9-12, 2000
- Gilliard P. : Démographie médicale en Suisse : évolution, situation présente et perspectives, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. 41, no 2, 2001, p. 117-140
- Glauser R. : Drohender Aerztemangel in der Schweiz, *VSAO-ASMAC Journal*, no 3, 2003, p. 28-29
- Gordon, R. S. : *Problems in health care*, Mc Graw-Hill, New-York, 1980
- Höpflinger F., Stuckelberger A. : *Vieillesse et recherche sur la vieillesse en Suisse*, Réalités sociales, Lausanne, 1992.
- Höpflinger F., Stuckelberger A. : *Vieillissement démographique et vieillissement individuel*, Seismo, Zurich, 1999
- Kocher G., Oggier W. *Système de santé suisse 2007-2009*. Berne, Verlag Hans Huber, 3ème éd. 2007
- Kocher R., Gress S., Wasem J., *La LAMal – modèle d'une concurrence réglementée pour l'assurance maladie allemande*, Sécurité Sociale, N° 5, 2002, p.299-307
- Leu R.; Hill S., *Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg*, Pharma Information, Gesundheitspolitik, ThemendossierIII/2002, Interpharma : Basel.
- Lesage I. (éd.) : *Quelle politique de santé pour le grand âge ? Une réflexion européenne*, Les dossiers de l'Institut d'études des politiques de santé, Paris, 1998
- Liss P.-E. : *Health care need : meaning and measurement*, Avebury, Aldershot, 1993
- MacLachlan M., *Culture and health*, New York, Wiley, 1997
- Maslow. A. H. : *Motivation and personality*, Harper and Row, New York, 1970
- Michel J.-P. : Faire face au vieillissement : les stratégies européennes : éditorial, *Médecine et Hygiène*, vol. 58, no 2323, 2000 : 2307-2308
- Moeckli S.: *Demographische Herausforderung. Chancen und Gefahren einer Gesellschaft lang lebender Menschen*, Haupt, Berne, 1999
- OFAS : *Longévité, défi de société, échange culturel*, OFCL, Berne, 2002
- OMS : *21 thèses pour le 21^e siècle*, OMS, 1998
- Paccaud F. : Santos-Eggimann B. : Vieillissement de la population, besoins de santé et réponse sanitaire, *Médecine et Hygiène*, 57, n° 2274, 1999 : 2042-2044
- Pedroni G., Zweifel P. : Vieillissement, santé, coûts de santé, *Economie et santé*, 12, 112, Bâle, 1989
- Rostand, J. : *Pensées d'un biologiste*, Paris, Stock, 1954
- Schips B., Abrahamsen Y. , *Analyse quantitative du système d'assurance-maladie*, Ecole polytechnique fédérale - KOF, Zurich, 2002
- Spillman B.C., Lubitz J., The effect of longevity on spending for acute and long-term care, *New England Journal of Medicine*, 342, 2000 : 1409-1415
- Zweifel P., Felder S. (éds), *Eine Oekonomische Analyse des Alterungsprozesses*, Haupt, Berne, 1996

Internetseiten

- <http://agmed.sante.gouv.fr/>: Gesundheitsagentur der Französischen Regierung
- <http://www.anaes.fr/>: Nationale Agentur zur Akkreditierung und Bewertung im Gesundheitsbereich (Frankreich) – Das ANAES ist beauftragt, den Stand der Kenntnisse im Hinblick auf diagnostische und therapeutische Therapien in der Medizin zu etablieren und zu einer Qualitätsverbesserung und einer Sicherheitserhöhung der medizinischen Versorgung im Krankenhaus und in der freien Medizin beizutragen.
- <http://www.apeq-quality.ch/>: Agentur zur Förderung und Bewertung der Qualität in Gesundheitseinrichtungen – Sie entwickelt Qualitätsbezugssysteme, die für die verschiedenen Aufgaben der Einrichtungen spezifisch und ISO 9001 kompatibel sind. Das APEQ kann auch beauftragt werden, eine Bewertung auf Basis dieser Referenzen auszuführen. Die Erarbeitung von Referenzen und die Durchführung der Zertifikationen erfolgt durch medizinische Fachpersonen.
- <http://www.bag.admin.ch/>: Bundesamt für Gesundheit BAG
- <http://www.cchsa.ca/>: Der kanadische Genehmigungsrat der Gesundheitsdienste spielt ohnegleichen eine wichtige Rolle. Unser Auftrag – den Einrichtungen des Gesundheitsdienstes zu helfen, höhere Grade herausragender Qualität im Interesse aller Kanadierinnen und Kanadier zu erreichen – ist im Zeitalter der grossen Anforderungen, der Änderungen und finanziellen Zwänge besonders vordringlich.
- <http://www.fmh.ch/>: Internetseite der Vereinigung der Schweizer Mediziner
- <http://www.forum-sante.ch/>: Internetseite des Forum Santé-Gesundheit
- http://www.fr.ch/ssp/news/200012/qualite_grsp.asp”: Die Gruppierung der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen der Romandie, von Bern und des Tessins (GRSP) hat eine Arbeitsgruppe beauftragt, einen Bericht über die Aktivitäten im Bereich der Qualitätsförderung und -entwicklung auf nationalem Niveau zu erarbeiten und ein Überdenken der Rolle des Staates auf diesem Gebiet mit einzubeziehen
- <http://www.hin.ch/>: Internetseite des Health – Info – Net
- <http://www.hon.ch/>: Internetseite von Health on the net (Gesundheit im Internet)
- <http://www.hplus.ch/>: Internetseite von H+
- <http://www.interpharma.ch/>: Internetseite von Interpharma, Gruppierung der Schweizer Arzneimittelhersteller
- <http://www.iso.ch/>: Ein Netzwerk der nationalen Einrichtungen für Standardwerte von 140 Ländern, die partnerschaftlich mit internationalen Organisationen, Regierungen, Industrie, Geschäfts- und Verbraucherverbänden zusammenarbeiten. Eine Brücke zwischen öffentlichem und privatem Sektor.
- <http://www.jcaho.org/>: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (USA)
- <http://www.notredocteur.com/>: Medizinische Ratschläge
- <http://www.pharmagate.ch>: Der Schweizer Apothekerverein hat ein Programm der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung in Offizinapotheken, basierend auf einer neuen Norm, die er offiziell registrieren liess, entwickelt – QMS-Apotheke.
- <http://www.santesuisse.ch>: Verband der Schweizer Krankenversicherer
- <http://www.vqg.ch/> Schweizer Vereinigung für ein hochwertiges Gesundheitswesen ASQ – Die Schweizer Vereinigung für ein Gesundheitswesen von Qualität definiert sich als eine unabhängige Organisation der Leistungserbringer. Sie hat in direkter Zusammenarbeit mit denjenigen, die das Gesundheitswesen finanzieren (Kranken- und Unfallversicherungen, der Gesundheits-Direktoren-Konferenz) zum Ziel, ihre Mitglieder zu ermächtigen, den

Anforderungen hinsichtlich der Qualität, vorgesehen durch Artikel 58 KVG und Artikel 77 KVV, zu genügen.

- <http://www.wettbewerbskommission.ch/site/f.html>
 - <http://www.who.int/>: World Health Organisation: Introduction to quality assurance and accreditation of health care services
-

Inhaltsverzeichnis

1. Eine umfassende Vision der Gesundheit	3
1.1 Eine umfassende Vision des Gesundheitssystems	3
1.2 Eine menschliche Vision des Gesundheitssystems	4
1.3 Das Gesundheitssystem steuern, die Qualität und die Kosten beherrschen	8
2. Effizienz und Systemkompetenz verbessern	10
2.1 Das Recht auf Gesundheit	10
2.2 Effizienz und Kompetenzen	11
2.3 Gesundheitsnetzwerke entwickeln	12
3. Bessere Kenntnisse und bessere Information	15
3.1 Instrumente für die erforderliche Information über das Gesundheitssystem	15
3.2 Die Information der Öffentlichkeit zugänglich machen	16
4. Finanzierung und Solidarität	20
4.1 Eingeschränkter und regulierter Wettbewerb	20
4.2 Änderung der Grundversicherung	22
4.3 Die Reform der Spitalfinanzierung	22
4.4 Zusätzliche Finanzierungsquellen	23
4.5 Das schweizerische Gesundheitssystem und die Europäische Union	24
5. Ein „Wegweiser“ für die Gesundheitspolitik: Empfehlungen des Forum Santé 2008	25
Bibliografie	28
Internetseiten	30