

Sachdokumentation:

Signatur: DS 1268

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/1268



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.



Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen.»

Delegiertenversammlung der CVP Schweiz vom 21. April 2018

Das Schweizer Gesundheitswesen ist akut krank. Es gehört intensivmedizinisch betreut. Die CVP sorgt dafür, dass alle Schweizerinnen und Schweizer auch in Zukunft Zugang zu einer guten, sicheren, und gleichzeitig finanzierbaren Gesundheitsversorgung haben. Mehrklassenmedizin lehnen wir ab.

Der Auftrag der CVP

Die CVP hat den Auftrag, Verschwendung zu eliminieren und die Effizienz zu erhöhen, um unnötige Kosten zu einzusparen und den Zugang für alle – auch den Mittelstand - zu gewährleisten. Die CVP steht dafür, unter Wahrung von Qualität und Zugänglichkeit sicherzustellen, dass der Mittelstand seine Gesundheitsversorgung auch in Zukunft bezahlen kann. Ziel und Auftrag der CVP ist, Anreize richtig zu setzen.

Deshalb fordert die CVP mit einer Initiative eine Kostenbremse im Gesundheitswesen.

„Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen“ (Kostenbremsen-Initiative)

Art. 117 Abs. 3 und 4 BV (neu)

³ Der Bund regelt zusammen mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern die Kostenübernahme der obligatorischen Krankenversicherung so, dass sich dank wirksamer Anreize die Kostensteigerung entsprechend der Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickelt. Er führt eine Kostenbremse ein.

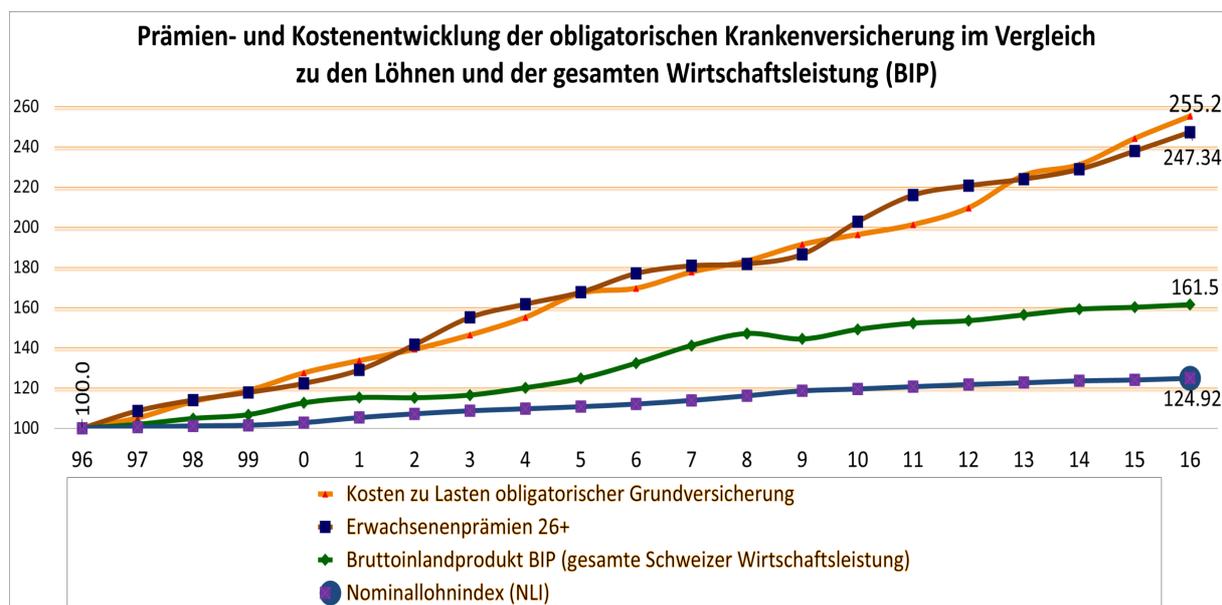
⁴ Das Gesetz regelt die Einzelheiten.

Art. 197 Ziff. 12 (Übergangsbestimmung zu Art. 117 Abs. 3 und 4 BV)

Liegt die Kostensteigerung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwei Jahre nach Annahme dieser Initiative mehr als ein Fünftel über der Entwicklung der Nominallohne, und sehen die Tarifpartner keine verbindlichen Massnahmen zur Kostendämpfung vor, so ergreift der Bund zusammen mit den Kantonen Massnahmen zur Kostensenkung für das nachfolgende Jahr.

Ausgangslage: Das Schweizer Gesundheitswesen ist krank

Die Krankenkassenprämien steigen auch 2018: In diesem Jahr sind die Krankenkassenprämien durchschnittlich um 4,9 Prozent¹ gestiegen. Seit 1996 sind die Kosten im Gesundheitswesen zu Lasten der obligatorischen Krankenkasse um das Zweieinhalbfache (255,2% bis 2016) gewachsen – und im gleichen Ausmass auch die Prämien. Zum Vergleich: Im selben Zeitraum sind die Löhne fünf Mal weniger angestiegen als die Prämien – während die gesamte Wirtschaftsleistung der Schweiz nur halb so schnell wuchs. Die steigenden Prämien belasten alle und verringern monatlich das Einkommen. Diese Entwicklung ist langfristig nicht tragbar und bringt Schweizer Haushalte an ihre Grenzen – namentlich den Mittelstand, der seine Prämien selber bezahlt und keine Prämienverbilligung erhält.



Fakt ist:

- Das Schweizer Gesundheitssystem weist zwar eine **gute Qualität** auf. Es ist jedoch belastet mit **zahlreichen Fehlanreizen**. Sie führen zu Doppelspurigkeiten, Übertherapie, Übermedikation. Das kann zur Gesundheitsgefährdung für Patientinnen und Patienten führen. Zudem bewirken die Fehlanreize, dass **Effizienzsteigerungspotentiale nicht ausgeschöpft werden**. Experten² gehen davon aus, dass zwischen **mindestens 10 bis zu 40 Prozent der Kosten ohne Qualitätsverlust eingespart werden können**. Das Bundesamt für Gesundheit spricht von einem Effizienzsteigerungspotential ohne Qualitätsverlust von 20%³ bzw. von ca. 6 Milliarden Franken.
- In der Schweiz herrscht **Überversorgung** (Hohe Spital- und Ärztedichte).
- Die Gesundheitskosten nehmen jährlich in der Grundversicherung um eine Milliarde Franken zu. Die Rechnung verteuert sich mithin jeden Tag um 3 Millionen Franken!

¹ Berechnung von Comparis (<https://www.comparis.ch/krankenkassen/pramien/aktuelles/preamien-2018>); die Berechnung von Comparis ermittelt die Entwicklung im Gegensatz zum Bundesamt für Gesundheit nicht basierend auf einem Erwachsenen-Standardmodell, sondern rechnet über alle Modelle, Kantone und Altersgruppen.

² Vgl. dazu den Bericht der [Expertenkommission Diener](#), S. 19 sowie die Studien der [Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften](#) sowie von [Helsana/Polynomics](#).

³ Seite 5 des Berichts [Gesundheit 2020](#).

- Die vom Eidgenössischen Departement des Innern eingesetzte Expertenkommission hat in ihrem Bericht wörtlich festgehalten:

«Es ist offensichtlich, dass bis dato zu wenig und zu spät auf das Kostenwachstum im Gesundheitswesen reagiert wurde. (...) Die Expertenkommission hält fest, dass entsprechende Revisionen seit Jahren verschleppt werden. In diesem Zusammenhang muss von einem systematischen Versagen gesprochen werden. Vor diesem Hintergrund ist nun Eile und Entschlossenheit gefordert.»⁴

Sie hat in ihrem Bericht 38 Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen vorgeschlagen, die zum grössten Teil bereits seit Jahren bekannt, aber nicht umgesetzt worden sind, weil der entsprechende Druck fehlt.

Was sind die Gründe für das jetzige Malaise?

- Es liegt systemisches Versagen durch nicht-Umsetzung und Verzögerung vor (Befund der Experten)
- Es werden **Millionen, ja Milliarden von Franken verschwendet**. Es ist fahrlässig, wenn weiterhin nichts unternommen wird.
- **Es fehlt an einem klaren Auftrag**: Es ist notwendig, dass der Souverän als oberster Entscheidungsträger die entsprechenden Aufträge und Signale gibt und wenn nötig eingreift, damit Kosteneinsparungen realisiert, die Qualität im Gesundheitswesen gefördert und die Leistungserbringer eingebunden werden. **Die Eliminierung von Fehlanreizen ist dabei das oberste Ziel**.
- Es fehlt der Druck von oben: Es gibt keinen verbindlichen Auftrag, welcher die Akteure zu kostensenkenden Massnahmen zwingt. Dafür braucht es auch Sanktionsmechanismen. Die CVP setzt vorrangig auf eine Beseitigung der Fehlanreize bei gleichzeitiger Steigerung der Qualität. Die Bildung einer Zweiklassen-Medizin auf Kosten der Patienten wird damit verhindert.

Wenn nichts unternommen wird, kann die **Einheitskasse** Realität werden. Zudem droht die Entstehung einer **Mehrklassenmedizin**, weil der Mittelstand künftig immer stärker von der Prämienlast erdrückt wird – er wird sich über Zeit gute Qualität nicht mehr leisten können.

Das Schweizer Gesundheitswesen ist akut krank. Es gehört intensivmedizinisch betreut.

Es krankt an unzähligen Fehlanreizen, die zu Mengenausweitung, Übertherapie und Übermedikation führen. Dies ist potentiell gesundheitsgefährdend und kostet uns Milliarden.

Kostenbegrenzung konkret

Die CVP hat im Parlament zahlreiche Vorstösse lanciert, um Fehlanreize im Gesundheitswesen zu beseitigen und eine strategische Führung zu schaffen. Sie ist beunruhigt, dass aufgrund von Fehlanreizen unnötige Behandlungen und Übertherapie den Patientinnen und Patienten schaden. Gleichzeitig hat sie Massnahmen vorgeschlagen, die die Kostenentwicklung bremsen:

⁴ [Expertenkommission Diener](#), Seite 24.

Im Parlament ist sie mit dem Vorschlag, eine Kostenbremse einzuführen, noch nicht durchgedrungen: Der Ständerat hat eine entsprechende Motion (16.3987) von Ständerat Erich *Ettlin* abgelehnt; im Nationalrat ist diejenige von Nationalrat *Lohr* (16.3949) noch unbehandelt. Die Zeit läuft uns davon: Nun ist Eile geboten!

Nebst den im Parlament eingebrachten Vorstössen hat die CVP ein Massnahmenpaket vorgeschlagen: Wird es umgesetzt, führt dies zu raschen Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen.

Die CVP fordert:

- Dass die **einheitliche Finanzierung** stationärer und ambulanter Leistungen durchgesetzt wird. Nur eine einheitliche Finanzierung führt zu optimalen Behandlungsprozessen und vergünstigt die integrierte Versorgung. Mit einer einheitlichen Finanzierung macht auch die Förderung **ambulanter statt stationärer** Behandlungen Sinn.
- Die **tarifarischen Anreize** für die Leistungserbringer so setzen, dass Leistungen künftig nur aufgrund der medizinischen Notwendigkeit und nicht aufgrund von ökonomischen Überlegungen erbracht werden. Damit soll die **optimale** und **nicht die maximale Betreuung** gefördert werden.
- Preissenkungen bei Medizinprodukten der Mittel- und Gegenständeliste durch Wettbewerbspreise statt hoheitlichen Maximalpreisen
- **Tiefere Preise für neue, innovative Medikamente** durch Anpassung der Preisfestsetzungsmodelle sowie die Einführung eines wirksamen Referenzpreissystems im patentabgelaufenen Bereich und damit auch eine **höhere Generikaquote**
- **Lockerung des Territorialitätsprinzips** für die im grenznahen Ausland bezogenen medizinischen Leistungen, Medikamente und Hilfsmittel
- **Transparenz** und **Verbindlichkeit** von Indikations- und Ergebnisqualität bei Leistungserbringern
- Verstärkter Einsatz von **E-Health** sowie Durchsetzung der elektronischen Patientendossiers
- **Keine Kostenverlagerung** zwischen Krankenversicherern und Kantonen

Zudem kämpft die CVP dafür, Leistungserbringer in die finanzielle Mitverantwortung einzubinden. So wird Über- und Falschversorgung verhindert.

Die Massnahmen sind bekannt. Umgesetzt werden sie nicht! Darum braucht es Druck mit einer Volksinitiative für eine Kostenbremse im Gesundheitswesen.

Initiativtext

Volksinitiative „Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen“ (Kostenbremsen-Initiative)

Art. 117 Abs. 3 und 4 BV (neu)

³ Der Bund regelt zusammen mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern die Kostenübernahme der obligatorischen Krankenversicherung so, dass sich dank wirksamer Anreize die Kostensteigerung entsprechend der Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickelt. Er führt eine Kostenbremse ein.

⁴ Das Gesetz regelt die Einzelheiten.

Art. 197 Ziff. 12 (Übergangsbestimmung zu Art. 117 Abs. 3 und 4 BV)

Liegt die Kostensteigerung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwei Jahre nach Annahme dieser Initiative mehr als ein Fünftel über der Entwicklung der Nominallöhne, und sehen die Tarifpartner keine verbindlichen Massnahmen zur Kostendämpfung vor, so ergreift der Bund zusammen mit den Kantonen Massnahmen zur Kostensenkung für das nachfolgende Jahr.

Das will die Initiative

Die Initiative legt fest, dass die Gesundheitskosten nicht massiv schneller steigen können als die Gesamtwirtschaft und die Löhne. So stellen wir sicher, dass wir uns auch in Zukunft unser Gesundheitswesen leisten können. Aus den Löhnen werden die Prämien bezahlt – deshalb ist das ein richtiger Anknüpfungspunkt. Angesichts des immensen Sparpotentials ist dies auch möglich.

Die Initiative legt in der Verfassung fest, dass die Anreize richtig gesetzt werden müssen. Das heisst, dass Fehlanreize beseitigt und das Gesundheitswesen auf höhere Qualität zu günstigeren Preisen getrimmt werden muss. Die Mängel im System sind zu korrigieren.

Die Initiative verlangt die Einführung einer Kostenbremse: Eines Mechanismus, der sicherstellt, dass die Gesundheitskosten nicht aus dem Ruder laufen. Die Kostenbremse hat so zu greifen, dass bei Überschreiten von Grenzwerten im nachfolgenden Jahr die Kosten im entsprechenden Bereich nach unten anzupassen sind – so dass sich Übermedikation und Übertherapie oder mangelnde Effizienz nicht lohnen. Der Verfassungstext beauftragt das Parlament, entsprechende Gesetze zu erlassen.

Um den Druck aufrecht zu erhalten und zu verhindern, dass jahrelang mit der Umsetzung gewartet wird, enthält die Initiative eine Übergangsbestimmung. Sie soll verhindern, dass auf Zeit gespielt und weiter verzögert werden kann. Die Übergangsbestimmung legt fest, dass ohne entsprechende Gesetze oder Massnahmen bis zwei Jahre nach der Annahme der Initiative eine automatische Tarifkorrektur greift: Wenn die Kosten im Gesundheitswesen über 20% stärker steigen als die Nominallöhne, muss der Bund zusammen mit Kantonen, Krankenversicherern und den Leistungserbringern obligatorische Sofortmassnahmen zu ergreifen haben, die kostenseitig greifen – zum Beispiel mit einer entsprechenden Tarifsenkung in den Bereichen, die ohne medizinische Indikation zu stark gewachsen sind.

Ziele der Initiative

Die Kostenbremsen-Initiative verfolgt folgende Ziele:

1. **Prämienexplosion stoppen** → „Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen“
2. **Fehlanreize beseitigen und Effizienzsteigerungspotentiale ausschöpfen**
3. **Qualitativ gute Leistungen zu Gunsten der Bevölkerung sicherstellen**
4. **Mehrklassenmedizin verhindern.**
5. **Entlastung des Mittelstandes**
6. **Langfristig finanzierbare Gesundheitsversorgung**

Das spricht für die Initiative

Die CVP lanciert eine Volksinitiative, die **Druck erzeugt**, um die Fehlanreize im Gesundheitswesen auszumerzen, die Prämien- und Kostenentwicklung zu bremsen, die Behandlungsqualität durch Eliminierung von Übertherapie und Übermedikation zu verbessern und die Zugänglichkeit und Finanzierbarkeit des Schweizer Gesundheitswesens für unsere Kinder zu sichern.

Die zentralen Argumente:

Prämienexplosion stoppen!

Mittelstand und Haushalte entlasten. Jene, die verantwortungsvoll mit dem System umgehen, wegen der Ineffizienz der anderen nicht laufend bestrafen.

Anreize richtig setzen!

Das heutige System ist krank und strotzt von Fehlanreizen. Die notwendigen Korrekturmassnahmen sind bekannt – werden aber nicht oder nur zögerlich umgesetzt. Wir machen Druck, damit endlich etwas geht.

Alle Beteiligten in die Verantwortung nehmen!

Heute werden Millionen verschwendet. Kassen, Ärzte etc. sind gefordert. Es kann nicht sein, dass das Gesundheitswesen zu einer Selbstbedienungs-Kasse für Leistungserbringer verkommt. Es darf nicht sein, dass die Versicherten für politisch verschuldete Verschwendung und Fehlanreize geradestehen müssen. Die Politik hat bislang versagt – nun muss das Volk direkt Gegensteuer geben.

Nur die Kostenbremse bringt Besserung – alles andere ist Augenwischerei!

Linke schreien nach Verstaatlichung und reiner Planwirtschaft, rechte verschliessen die Augen und stecken den Kopf in den Sand. Es braucht einen direkten Auftrag vom Volk: Die Kostenbremse ist die einzige Massnahme, die Verantwortung und Solidarität fördert, Druck erzeugt und den Akteuren Beine macht.

Unnötige Kosten endlich eliminieren!

Die Prämien explodieren, weil unser System krankt. 6 Milliarden können eingespart werden, ohne Qualitätseinbußen. Im Gegenteil: Übertherapie und Übermedikation gefährden unsere Gesundheit – schützen wir sie!

Mehrklassenmedizin droht

Geht die Kostensteigerung weiter wie bisher, droht eine Kürzung des Leistungskatalogs für Grundversicherte. Das ist gerade für den Mittelstand brandgefährlich: Er wird sich in Zukunft die Gesundheit teilweise nicht mehr leisten können. Tun wir heute nichts, landen wir morgen in einem System der Mehrklassenmedizin. Teure Therapien und Behandlungen werden sich nur noch Reiche leisten können. Das müssen wir rechtzeitig verhindern.