

Sachdokumentation:

Signatur: DS 4885

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/4885



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.

Manifest

Blockaden in der Gesundheitspolitik endlich überwinden!

**Manifest für eine für alle
zugängliche und bezahlbare
Gesundheitsversorgung**

September 2024

Freiheit. Solidarität.
Verantwortung.



Manifest für eine für alle zugängliche und bezahlbare Gesundheitsversorgung

Die Mitte setzt sich für eine Schweiz ein, in der jede Person unabhängig von Einkommen, Alter oder gesundheitlichem Risiko auf eine qualitativ hochstehende und bezahlbare medizinische Versorgung zählen kann.

Die Mitte will, dass kranke Menschen schnellen Zugang zu wirksamen Therapien und einer bedürfnisgerechten Versorgung haben. Gleichzeitig gilt es, Verschwendung und Ineffizienz im Gesundheitssystem ein Ende zu setzen, Doppelspurigkeit und Überversorgung zu verhindern und die Mitverantwortung aller Beteiligten zu stärken.

Mit diesem Manifest und den darin enthaltenen Forderungen nimmt Die Mitte alle Akteure des Gesundheitssystems in die Verantwortung und zeigt Massnahmen auf, um das Wachstum der Gesundheitskosten in der Schweiz nachhaltig zu bremsen.

Unsere Forderungen im Überblick:

- 1. Berufe der Grundversorgung stärken**
- 2. Überregionale und interkantonale Versorgungsregionen schaffen**
- 3. Integrierte Versorgungsnetze fördern und auf die Herausforderungen der demographischen Entwicklung ausrichten**
- 4. Die Chancen der Digitalisierung konsequent nutzen**
- 5. Transparenz schaffen von der Diagnose bis zur Behandlung**
- 6. Vergütungsmodelle für Medikamente neu denken**
- 7. Selbstkompetenz der Versicherten und Patient/innen stärken**

Blockaden in der Gesundheitspolitik endlich überwinden!

Dank der Mitte bleibt die Kostenexplosion im Gesundheitswesen auf der politischen Agenda. Auch nach der Ablehnung unserer Kostenbremse-Initiative setzen wir uns weiterhin dafür ein, dass alle Akteure endlich ihre Verantwortung für die stetig steigenden Gesundheitskosten übernehmen. Denn dem indirekten Gegenvorschlag des Parlaments zur Kostenbremse-Initiative fehlt die Verbindlichkeit. Die Mitte wird sich deshalb weiterhin entschlossen für wirksame Lösungen gegen die Probleme und Herausforderungen im Gesundheitsbereich einsetzen.

Die Kosten im Gesundheitswesen steigen immer weiter. Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt und wollen, dass auch künftige Generationen auf diese Versorgung zählen können. Doch seit 20 Jahren steigen die Gesundheitskosten immer weiter an. Heute wendet die Schweiz rund 11% ihrer Wirtschaftsleistung für den Gesundheitssektor auf. Gemäss Prognosen des Bundes wird dieser Anteil in Zukunft weiter steigen. Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 haben sich die jährlichen Kosten pro Versicherten zulasten der Grundversicherung von 1'400.- auf 4'513.- verdreifacht, wodurch die Gesamtkosten von 12 Milliarden auf über 38 Milliarden Franken pro Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2023 sind die Gesundheitskosten um 4,6% gestiegen. Das ist der stärkste Anstieg der letzten 10 Jahre.

Das Sparpotenzial ist seit langem bekannt. Gemäss zahlreichen Studien und einem Expertenbericht des Bundes liegt das Sparpotenzial aufgrund von Verschwendung und Ineffizienz bei 8 Milliarden Franken, was 20% der Kosten der obligatorischen Krankenversicherung entspricht – und dies ohne Qualitätsverlust! Laut Bericht gibt es das grösste Sparpotenzial in folgenden Bereichen: 1. Fehlende Koordination in der Versorgung (Doppelspurigkeiten); 2. zu hohe Medikamentenpreise und -tarife; 3. unnötige Behandlungen, die nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Patienten beitragen. Diese Bereiche machen drei Viertel des geschätzten Sparpotenzials der KVG-pflichtigen Leistungen aus.

Die Kosten explodieren, weil das Gesundheitssystem unfähig ist, sich zu reformieren. Weder die Ärzte, die

Spitäler, die Pharmaindustrie, die Spitäler oder die Kantone haben ein Interesse zu sparen, da sie vom heutigen System profitieren. Das Gesundheitssystem ist zu einem Kartell geworden, in dem sich die Akteure gegenseitig decken und Kosteneinsparungen verhindern. Von den 38 Massnahmen des Expertenberichts von 2017 wurden die wirklich wirksamen Massnahmen zur Kostendämpfung nicht umgesetzt.

Die steigenden Gesundheitskosten führen zur Prämienexplosion. Die Leidtragenden sind die Versicherten, die immer mehr für die Krankenkassenprämien bezahlen müssen. Nach einem Anstieg von über 8% der Prämien im Jahr 2024 ist laut Comparis für das Jahr 2025 erneut mit einem durchschnittlichen Anstieg von 6% zu rechnen. Derzeit können mehr als 2,4 Millionen Menschen in der Schweiz ihre Krankenversicherungsprämien nicht mehr selbst bezahlen. Dies ist jede vierte Person! Besonders gross ist die Prämienbelastung für den Mittelstand und die Familien. Im Durchschnitt geben die Schweizer Haushalte etwa 14% ihres Einkommens für Krankenversicherungsprämien aus. Es sind vor allem Haushalte des Mittelstands und die Familien, die besonders stark belastet werden. So muss eine vierköpfige Familie bis zu 15'000 Franken pro Jahr an Krankenversicherungsprämien bezahlen.

Berufe der Grundversorgung stärken

Bestehende anerkannte Berufe, wie zum Beispiel die ANP (Advanced Nurse Practitioners) oder auch die Apothekerinnen und Apotheker, müssen noch besser in die bestehenden Versorgungsstrukturen eingebunden werden. Es gilt auch neue Berufsbilder zu prüfen mit dem Ziel einer zugänglichen Grundversorgung, einer verbesserten Versorgungssicherheit und der längst fälligen Entlastung der Ärzteschaft. Ein niederschwelliger Zugang zum Gesundheitswesen ermöglicht zudem eine einfachere Orientierung im Gesundheitssystem für Patientinnen und Patienten und kann so eine kostendämpfende Wirkung entfalten.

Weiter müssen die Rahmenbedingungen für Grundversorgerinnen und Grundversorger verbessert werden. Dies einerseits mit dem Ziel, dem Mangel an Grundversorger, welcher in gewissen Regionen herrscht, entgegenzutreten zu können und andererseits diese längerfristig im Beruf halten zu können.

Mit dieser Stossrichtung ist es unumgänglich, den heutigen Numerus clausus zu hinterfragen. Eignet er sich wirklich, die geeigneten Persönlichkeiten auszuwählen, die sich für einen langfristigen Verbleib im Ärzteberuf entscheiden? Die Mitte hinterfragt die heutige Selektion, denn zu viele Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums steigen früher oder später aus ihrem Beruf aus. Die Mitte ist deshalb der Ansicht, dass ein praxisnäheres Instrument, wie das Erfordernis eines einjährigen Praktikums in einem Spital oder Altersheim, besser geeignet ist, um die künftigen Medizinstudentinnen und -studenten auf den Berufsalltag vorzubereiten und somit die Verbleibquote im Beruf zu erhöhen.

Massnahmen:

- Ersetzen des Numerus clausus durch geeignete und praxisnahe Zulassungsbedingungen wie z.B. ein einjähriges Praktikum in einem Spital oder Heim;

- Einführung eines Grundversorgungsjahrs nach Studienabschluss und vor Beginn der Facharztausbildung für alle Ärztinnen und Ärzte, vor allem in strukturschwachen Regionen;
- Unterstützung der Kantone bei der Schaffung von integrierten Studiengängen;
- Verbesserung von Anstellungsbedingungen und Weiterbildungsmöglichkeiten für Allgemeinmediziner/innen;
- Die Schaffung von neuen bzw. die Stärkung von bestehenden Berufsbildern, wie Advanced Nurse Practitioners (ANP), aber auch des Pflegeberufs und der Sozialen Arbeit in der Gesundheit. Dies mit dem Ziel, die Ärzteschaft zu entlasten;
- Die Einführung von Modellen wie «Apotheker/in vor Ärzt/in» analog zu «ambulant vor stationär»;
- Entflechtung der Entschädigung von Apothekerinnen und Apothekern vom Medikamentenverkauf (Alternative zum sogenannten «Vertriebsanteil»).

Überregionale und interkantonale Versorgungsregionen schaffen

Die Kantone, die für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sind, müssen die Möglichkeit erhalten, sich zu interkantonalen Versorgungsregionen zusammenzuschliessen. So wird eine überregionale und auf den effektiven Bedarf ausgerichtete Versorgungskoordination im stationären wie im ambulanten Bereich erzielt, die in jedem Fall die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessert. Die Kantone verfügen teilweise bereits heute über die nötigen Handlungsspielräume. Lokale Gegebenheiten tragen leider zu oft dazu bei, dass diese noch zu selten ausgeschöpft werden.

Gleichzeitig ist zu prüfen, ob solche interkantonale Versorgungsregionen die Möglichkeit erhalten sollen, die obligatorische Kranken- und Unfallversicherung in einem Vergabeverfahren zeitlich begrenzt an einen oder eine bestimmte Anzahl Versicherer zu vergeben. Der aggressive Wettbewerb zwischen den Krankenkassensicherern um die so genannten «guten Risiken», der nicht zuletzt mit viel bürokratischem Aufwand verbunden ist, könnte so eingegrenzt werden und gleichzeitig den regionalen Prämienunterschieden in der Schweiz Rechnung getragen werden.

Massnahmen:

- Die Möglichkeit zur Schaffung von (überregionalen und interkantonalen) Versorgungsregionen, sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung;
- Die Einführung und Durchsetzung von entsprechenden Anforderungen, Qualitätskriterien und Benchmarks innerhalb der Versorgungsregionen (u.a. digitale Infrastruktur, Fallzahlen etc.);
- Die Prüfung eines periodischen Vergabeverfahrens für interkantonale Versorgungsregionen, um die obligatorische Kranken- und Unfallversicherung auf einen oder eine bestimmte Anzahl Versicherer einzugrenzen.

Integrierte Versorgungsnetze fördern und auf die Herausforderungen der demographischen Entwicklung ausrichten

Die Managed Care Vorlage ist 2012 vor dem Volk gescheitert. Mittlerweile sind jedoch bereits über 70% der Versicherten in einem Modell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (vor allem Hausarztmodelle) versichert. Es braucht deshalb eine Weiterentwicklung der integrierten Versorgung, auch unter Berücksichtigung der Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulant und stationär erbrachten Leistungen. Die einheitliche Finanzierung der Leistungen ist eine wichtige Grundlage hierfür.

Die Förderung der integrierten Versorgung stärkt die Koordination und ist insbesondere auch für strukturell schwache Regionen sinnvoll, da so die Versorgungssicherheit gestärkt werden kann. Weiter könnte auch die Behandlungsqualität – mit möglicher positiver Wirkung auf die Kosten – für chronisch kranke oder multimorbide Personen, aber auch für unsere

betagten Mitmenschen, erhöht werden, wenn für sie eine Integration in ein spezialisiertes Netzwerk geprüft würde.

Massnahmen:

- Förderung der der integrierten Versorgung und Stärkung dieser Strukturen, insbesondere auch in strukturell schwachen Regionen;
- Schaffung von Anreizen für die Versorgung in spezialisierten Netzwerken durch interprofessionelle Teams für chronisch kranke und multimorbide Personen;
- Schaffung von Versorgungspfaden und sogenannten Case-Management-Rollen;
- Betreuung und medizinische Versorgung von gebrechlichen und betagten Mitmenschen so lange wie möglich zu Hause sicherstellen und entsprechend vergüten.

Die Chancen der Digitalisierung konsequent nutzen

Die Digitalisierung im Gesundheitssystem bietet ein enormes Potential. Leider bleibt das noch weitgehend ungenutzt. Laut einer aktuellen Studie der ETH Zürich könnten durch die Digitalisierung im Gesundheitswesen mehr als 10% der Gesundheitskosten eingespart werden, das sind mehr als 8 Milliarden!

Doch der Mangel an Transparenz bei der Informationsübermittlung zwischen den verschiedenen Leistungserbringern oder auch das Vorhandensein einer Schnittstellenproblematik durch den Einsatz von verschiedenen Systemen führen dazu, dass dieselbe Untersuchung mehrmals durchgeführt wird, obwohl die Diagnose bereits bekannt ist. Die Einführung des elektronischen Patientendossiers kommt nicht voran, dies vor allem wegen seiner Komplexität, dem grossen Aufwand zur Registrierung und weil es freiwillig ist. Dabei könnte eine gelungene Ausgestaltung zur Qualitätssicherung beitragen und mehrfache oder gar unnötige und belastende Untersuchungen und Behandlungen verhindern. Wir müssen jetzt die Chancen der Digitalisierung nutzen und den Rückstand schnell aufholen. Aus diesem Grund hat Die Mitte das Programm Digisanté im Parlament klar unterstützt.

Massnahmen:

- Die Konzeption und Umsetzung eines Masterplans zur digitalen Transformation im Gesundheitssystem unter Einbezug von allen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen;
- Die Einführung eines obligatorischen, regional einheitlichen und leicht zugänglichen elektronischen Patientendossiers unter Sicherstellung des Datenschutzes.

Transparenz schaffen von der Diagnose bis zur Behandlung

Das Schweizer Gesundheitssystem zeichnet sich dadurch aus, dass es für alle Menschen – unabhängig ihres Einkommens – zugänglich ist. Über die Qualität unserer Gesundheitsversorgung wissen wir allerdings wenig, denn es fehlt an Transparenz und verlässlichen Daten. Wir wollen deshalb Qualitäts- und Kostenziele für jede Behandlung. Was sind die Qualitätsstandards einer Behandlung, wie hoch die Kosten? Mit diesen Zielen können wir Transparenz schaffen: Anbieter von zu teuren Leistungen müssen sich erklären.

Eine hohe Qualität bei Gesundheitsbehandlungen wirkt zudem kostendämpfend, da so das Risiko von Nach- oder Folgebehandlungen gesenkt werden kann. Für Patientinnen und Patienten ist jedoch häufig nicht nachvollziehbar, ob die nötige Qualität geliefert wird oder nicht. Es braucht deshalb mehr Transparenz vonseiten der Gesundheitseinrichtungen und Leistungserbringer, damit die Vergleichbarkeit gefördert werden kann.

Zwar obliegt schon heute den Kantonen die Aufsicht und Kontrolle der Qualität sämtlicher Leistungserbringer im Gesundheitssystem. Eine wichtige Ergänzung dieser Kontrolle könnte die Aufhebung des so genannten Kontrahierungszwangs sein. Dienstleister im Gesundheitswesen, die ihre Leistungen zu ungenügender Qualität und zu übersteuerten Preisen anbieten, sind den Krankenkassen in der Regel

bekannt. Es gilt zu prüfen, ob sie in Zukunft auf eine Zusammenarbeit und damit auf die Kostenübernahme bei ausreichender Belegung und Begründung verzichten könnten.

Massnahmen:

- Schaffung der Grundlagen zur periodischen Überprüfung nicht nur der Leistungen bezüglich ihrer Vergütung, sondern auch der Leistungserbringer unter Einbezug der Kantone und der Krankenversicherer, die nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) erfolgt;
- Einführung und Veröffentlichung von Benchmarks;
- Schaffung von Controlling-Instrumenten;
- Aufhebung des Kontrahierungszwangs prüfen.

Vergütungsmodelle für Medikamente neu denken

Die Pharmaindustrie konzentriert sich je länger je mehr auf die personalisierte Medizin und seltene Krankheiten. Die Mitte unterstützt deshalb neue Vergütungsmodelle wie Pay for Performance oder auch Kostenfolgemodelle für Medikamente mit grossem Umsatz. Es gilt sicherzustellen, dass sich alle Akteure rasch auf ein Modell einigen, um sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten von Innovationen im Pharmabereich auch in der Schweiz zu angemessenen Preisen Zugang erhalten.

Gleichzeitig gilt festzuhalten, dass der Bund gerade im Bereich der Medikamentenpreise bereits über die nötigen rechtlichen Grundlagen verfügt, periodische Prüfungen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) durchzuführen. Diese regelmässigen Überprüfungen haben sich auf die Kostenentwicklung positiv ausgewirkt und könnten Modell stehen für die regelmässige Überprüfung der übrigen Leistungen im Gesundheitswesen.

Nichtsdestotrotz darf die Versorgungssicherheit nicht vernachlässigt werden. Die Schweiz ist ein vergleichsweise kleiner Markt für die Medikamentenanbieter, verfügt aber über vergleichsweise hohe Anforderungen für einen Markteintritt. Verbunden mit der Abhängigkeit von internationalen Lieferketten kann dies zu Versorgungsengpässen führen, die nicht vernachlässigt werden dürfen.

Massnahmen:

- Rasche Einführung neuer Vergütungsmodelle wie Pay for Performance;
- Einführung von Kostenfolgemodellen für Medikamente mit grossem Umsatz;
- Versorgungssicherheit stärken und Abhängigkeit von internationalen Lieferketten reduzieren, indem bei Versorgungsengpässen eine Flexibilisierung bei Indikation und Vergütung geprüft wird.

Selbstkompetenz der Versicherten sowie Patientinnen und Patienten stärken

Die ungebremste Kosten- und Prämiensteigerung birgt das Risiko, dass die Selbstkompetenz der Versicherten und Patienten abnimmt. Je höher die Prämie, desto mehr Leistungen will jede und jeder im Gegenzug dafür verständlicherweise erhalten.

Die Vergütung von Leistungserbringern ist heute vor allem auf die Behandlung von Kranken ausgerichtet. Dabei geht die Prävention oftmals vergessen. Gezielt eingesetzte Präventionsmassnahmen könnten aber Folgekosten von Krankheit oder Unfall reduzieren. Darum braucht es Anreize für Ärztinnen und Ärzte, aber auch für Patientinnen und Patienten, ein optimales Behandlungsergebnis zu erzielen, ohne das medizinisch maximal Mögliche anzustreben.

Speziell herausfordernd und sensibel ist zudem die Situation bei schwerer Krankheit oder Gebrechlichkeit am Lebensende. Patienten, Angehörige und Leistungserbringer stehen im Spannungsfeld zwischen medizinisch Machbarem und menschlich Sinnvollem. Will der Patient oder die Patientin zur Lebensverlängerung alles medizintechnisch Mögliche, ungeachtet der Lebensqualität? Oder wollen Patientin und Patient ein möglichst schmerzfreies Abschiednehmen und ein würdiges Sterben mit teilnehmender professioneller Begleitung?

Massnahmen:

- Unterstützung von wirksamen und geeigneten Präventionsmassnahmen;
- Die Aufklärungspflicht der Leistungserbringer muss auch die Besprechung über verschiedene Therapievarianten, deren Einfluss auf Lebensqualität und Lebensdauer sowie die Kostenfolgen umfassen;
- Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen müssen gut informiert entscheiden können, wie weit am Lebensende noch medizintechnische Möglichkeiten eingesetzt werden sollen und welche alternative Begleitformen es gibt;
- Patientenverfügungen müssen für die Leistungserbringer verbindlich sein;
- Palliative Care und Begleitung am Lebensende dürfen nicht an Vergütungsfragen scheitern, ganz besonders für die Zeit unmittelbar vor dem Lebensende.

Wir halten die Schweiz zusammen.

Die Mitte Schweiz

Postfach
3001 Bern
info@die-mitte.ch
die-mitte.ch

Twitter: [Mitte_Centre](#)
Facebook: [Mitte.Centre](#)
Instagram: [Mitte_Centre](#)
LinkedIn: [Die Mitte](#)