

Für mehr Solidarität im Schweizer Gesundheitswesen

1. Einkommensabhängige Finanzierung der Grundversicherung
mittels einer Einheitskrankenkasse und ohne Selbstbeteiligungen
2. Aufnahme von Zahnarztleistungen, Seh- und Hörhilfen
sowie nicht-ärztliche Psychotherapie
in die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)
3. Besserstellung von Grundversorgung und Pflege
gegenüber hochtechnisierter Apparatemedizin
4. Keine Rationierung im Gesundheitswesen, weder direkt noch indirekt
5. Alternativen zur einseitig profitorientierten Politik
im Bereich der Pharma- und Medizinalprodukte

Einkommensabhängige Finanzierung der Grundversicherung mittels einer Einheitskrankenkasse und ohne Selbstbeteiligungen

Die Gesundheitsversorgung, welche den obligatorisch Versicherten in der Schweiz garantiert wird, gehört zur besten der Welt. Der Preis dafür bewegt sich 2018 mit 11,9 % des Brutto-Inlandproduktes im oberen Bereich, verglichen mit europäischen Ländern. Sehr schlecht am schweizerischen Gesundheitswesen ist seine **Finanzierung**:

- Kein einziges europäisches Land finanziert seine Gesundheitsversorgung einkommens- und vermögensunabhängig über Versicherungsprämien pro Kopf. Deshalb hat sich der Begriff «**Kopfprämie**» eingebürgert – wie weiland im wilden Westen
- Die einkommensunabhängigen Krankenkassenprämien, die hohen **Selbstbeteiligungen** sowie die zahlreichen, von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (**OKP**) nicht bezahlten Leistungen führen dazu, dass in der Schweiz rund **ein Drittel der notwendigen Gesundheitsausgaben individuell bezahlt** werden muss (= «out-of-pocket») – mehr als doppelt so viel wie in anderen europäischen Ländern
- Nirgendwo in Europa gibt es eine vergleichbare Organisation wie **Krankenkassen**, welche ohne demokratische Legitimation durch ihre Mitglieder und bei mangelhafter staatlicher Aufsicht derart viel Einfluss auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens hat. Dies nicht zuletzt durch ihre unverhältnismässige und intransparente Lobbytätigkeit im eidgenössischen Parlament

Angesichts dieser unhaltbaren Situation fordert die AL eine einkommensabhängige, solidarische Finanzierung der Grundversicherung mittels einer Einheitskrankenkasse und ohne jegliche Selbstbeteiligungen

[Weiterführende Informationen](#)

[Zurück zur Übersicht](#)

Aufnahme von Zahnarztleistungen, Seh- und Hörhilfen sowie nicht-ärztliche Psychotherapie

in die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Zahnarztleistungen, Seh- und Hörhilfen, und nicht-ärztliche Psychotherapie werden aktuell nicht oder nur in Spezialfällen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen. Dies stellt vor allem für Menschen mit tiefem sozioökonomischem Status eine erhebliche Belastung für die Haushaltskasse, oder gar eine Schranke zu diesen Leistungen dar.

Die AL fordert deshalb eine Übernahme dieser Leistungen durch die OKP.

[Weiterführende Informationen](#)

[Zurück zur Übersicht](#)

Besserstellung von Grundversorgung und Pflege gegenüber hochtechnisierter Apparatemedizin

Die Qualität des Gesundheitssystems eines Landes ist primär abhängig von der Qualität der Grundversorgung und nicht von hochtechnisierten Spitzenleistungen. Umso stossender ist es, dass in der Schweiz die Einkommen in der Grundversorgung (Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie) massiv tiefer sind als in der sogenannten Spitzenmedizin. Dies führt dazu, dass es in den systemrelevantesten Berufsgruppen (Grundversorgung) immer schwieriger wird, genügend Nachwuchs zu rekrutieren, da es attraktiver ist, sich für eine besser bezahlte Fachrichtung zu entscheiden. Das gleiche Prinzip gilt auch für den Bereich der Pflege, wo ebenfalls ein noch weiter zunehmender Personalmangel absehbar ist. Für das Pflegepersonal auf dem Balkon zu applaudieren wird dieses Problem nicht lösen und Gotteslohn ist auch keine zeitgemässe Honorierung mehr.

Da durch die systemischen Fehlanreize Grundversorgung und Pflege zunehmend gefährdet sind, fordert die AL deren Besserstellung gegenüber der teuren und hochtechnisierten Apparatemedizin.

[Weiterführende Informationen](#)

[Zurück zur Übersicht](#)

Keine Rationierung im Gesundheitswesen, weder direkt noch indirekt

Bei **Rationierung** (nicht zu verwechseln mit Rationalisierung – s. unten) muss im Rahmen einer «Zwangssituation» auf Sinnvolles und an sich Angemessenes verzichtet werden. Rationierung bei vorhandenen Ressourcen trifft die Armen häufiger und stärker als die Reichen, welche sich die rationierten Leistungen einfach erkaufen können. Rationierung im Gesundheitswesen aus ökonomischen Gründen bedeutet die Verweigerung von nützlichen und berechtigten Gesundheitsleistungen wie zum Beispiel

- vorzeitige Entlassungen aus dem Spital
- keine Überweisung an Spezialist*innen
- abgelehnte Rehabilitation
- nicht ausgeführte pflegerische Massnahmen
- Verweigerung teurer Medikamente für seltene Krankheiten.

Die AL ist deshalb explizit gegen jede Form von Rationierung aus ökonomischen Gründen, da diese unsolidarisch und asozial ist.

Zur **Rationalisierung** (Effizienzsteigerung) gehören alle Massnahmen, die das Ziel verfolgen, einen höheren Output (Menge, Umsatz, Gewinn) mit demselben Input (Arbeit, Betriebsmittel, Werkstoffe) zu erreichen. Ziel der Rationalisierung ist, Unnötiges abzuschaffen und die vorhandenen Mittel möglichst wirkungsvoll einzusetzen. Das Weglassen unnötiger Untersuchungen und wirkungsloser Behandlungen oder der Einsatz von preisgünstigeren Medikamenten ist nicht grundsätzlich schlecht. Auch effizientere Arbeitsabläufe in Spitälern müssen in diesem Zusammenhang genannt werden. Hier besteht jedoch die Gefahr, dass durch Arbeitsintensivierung personalfeindliche Mehrleistungen des ärztlichen- und des Pflegepersonals gefordert werden wie Streichen von Pausen, Nichtbezahlen von Umkleide- als Arbeitszeit, vermehrte zeitliche Flexibilität der Angestellten).

Deshalb fordert die AL, dass Rationalisierung nicht auf dem Buckel des Gesundheitspersonals ausgetragen werden darf.

[Weiterführende Informationen](#)

[Zurück zur Übersicht](#)

Hintergrundinformationen

Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

In der Schweiz ist der Bund zuständig für die übergeordnete Gesetzgebung im Bereich der Gesundheitspolitik. Die Umsetzung der Vorgaben und die entsprechenden Regelungen wie beispielsweise Spitalisten, Zulassung von Ärzt*innen, Taxpunktwerte, Baserate der SwissDRG etc, obliegen den Kantonen, während für die Umsetzung von Pflegeleistungen und Alterspflege die Gemeinden zuständig sind.

Grundsätzlich unterscheidet man ambulant und stationär erbrachte Leistungen. Ob eine Behandlung ambulant oder stationär vorgenommen wird, ist nicht zuletzt auch wegen der sehr unterschiedlichen Finanzierung von Bedeutung. Leistungserbringer*innen im ambulanten Bereich sind private Praxen, Ambulatorien und Spitäler. Ihre Leistungen werden mit dem TARMED abgerechnet. Stationäre Leistungen werden ausschliesslich in Spitä-
lern erbracht und über Fallpauschalen SwissDRG vergütet

Die gesetzliche Regelung erfolgt schweizweit durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG), das Unfallversicherungsgesetz (UVG) und das Ver-
sicherungsvertragsgesetz (VVG).

Die Finanzierung des Gesundheitswesens variiert sehr stark, je nach gesetzlicher Grundlage:

- Arbeitnehmende, Arbeitslose und Militärangehörige sind obligatorisch gegen **Unfälle und Berufskrankheiten** versichert. Die Kosten der Unfallversicherung sind breit akzeptiert und führen praktisch nie zu politischen Diskussionen.
- Die **Krankheitskosten** werden im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) über die Krankenkassen und zudem in beträchtlichem Ausmass über Selbstzahlungen der Patient*innen finanziert.

Anlass zu politischen Auseinandersetzungen bietet eigentlich nur das KVG. Als einziges Land weit und breit zahlen wir «Kopfprämien», das heisst, die obligatorischen Krankenkassenprämien sind für Reiche und Arme gleich hoch. Zudem werden uns unsinnige und unsoziale Selbstbeteiligun-
gen aufgebürdet. Um den finanziellen Ruin der Ärmern zu verhindern, wurden steuerfinanzierte individuelle Prämienverbilligungen (IPV) einge-
führt – davon profitieren rund 30% der Bevölkerung. Dazu kommt, dass der Leistungskatalog der OKP grobe Lücken aufweist und eine gesamt-
schweizerische einheitliche Regelung des Krankentaggeldes schlicht und einfach fehlt – mit oft gravierenden Folgen für die Gesundheit!

Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist je nach Zuständigkeit sehr unterschiedlich:

- Für die OKP sind einzig die Krankenkassen zuständig. Diese buhlen sinnloserweise um junge, gesunde Versicherte und mischen sich zu-
dem ohne demokratische Legitimation durch ihre Versicherten massiv in die Gesundheitspolitik ein.
- Für das UVG sind je häufig private Versicherungsgesellschaften und die SUVA zuständig, beide arbeiten zu vollster Zufriedenheit.

- Die dem VVG unterstellten Zusatzversicherungen wie Halbprivat-/Privatversicherung für stationäre Spitalbehandlungen, aber auch Zusatzversicherungen für ambulante Leistungen wie Alternativmedizin, Brillen, Zahnarztleistungen, werden meist von den Krankenkassen selbst angeboten – aber nur gesunden Leuten. VVG-Versicherungen sind keine (obligatorischen) Sozialversicherungen.

Spitalfinanzierung

Auch in Spitälern werden für ambulant erbrachte Leistungen die üblichen im KVG vorgesehenen Tarife wie TARMED, Tarif Physiotherapie, Spezialitätenliste für Medikamente angewendet. 100% der Kosten werden den Krankenkassen verrechnet. Mit der **EFAS** soll dies geändert werden.

Die Spitalfinanzierung erfolgt innerhalb der Grundversicherung seit 2012 mittels Fallpauschalen [SwissDRG](#) (= Diagnoseabhängige Fallpauschalen) – sowohl im Rahmen von KVG wie auch UVG.

Diese werden zu 45% von den Krankenkassen und zu 55% von den Kantonen übernommen. Vom Kantonsanteil sind 10% für spitalseitige Investitionen vorgesehen. Der Grundversicherungsanteil einer stationären Behandlung wird auch bei Halbprivat-/Privat-Zusatzversicherten verrechnet. Über die entsprechende Zusatzversicherung sind nur die zusätzlich anfallenden Kosten versichert.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen (= GWL) der Spitäler wie Forschung und akademische Weiterbildung, Vorhalteleistungen für Krisensituationen wie Corona, Betrieb Heroinabgabestelle, Kinderschutzprogramme, Dolmetscherdienste dürfen gemäss Art. 49 Abs.3 KVG nicht über die Swiss-DRG finanziert werden. Sie müssen vielmehr von den Kantonen bezahlt werden. Jeder Kanton definiert seine GWL selbst und entrichtet unterschiedliche, meist ungenügende Beiträge.

Die jetzige Spitalfinanzierung erfüllt die Erwartungen an Kostenersparnis bisher keineswegs. Sie hat einzig zu einer Verschiebung des Personaleinsatzes weg von der Pflege hin zur aufwändigen(!) Administration geführt. Sie ist eine gesundheitspolitische Fehlkonstruktion der Marktmacht-Befürworter und **wird von der AL abgelehnt.**

Siehe auch: [Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Behandlungen](#) (= EFAS)

[Zurück zur Übersicht](#) Lücken in der OKP

Zahnarztleistungen, Seh- und Hörhilfen sowie nicht-ärztliche Psychotherapie werden aktuell nicht, oder nur in Spezialfällen von der [obligatorischen Krankenpflegeversicherung \(OKP\)](#) übernommen. Dies stellt vor allem für Arme eine erhebliche Belastung für die Haushaltskasse, oder gar eine Schranke im Zugang zu diesen Leistungen dar.

Die AL fordert deshalb eine Übernahme dieser Leistungen von der OKP.

Der Bund definiert, welche Leistungen (Untersuchungen, Behandlungen, Arzneimittel, Laboranalysen etc.) von der OKP übernommen werden. Grundsätzlich werden alle Untersuchungen und Behandlungen von Ärzt*innen und Chiropraktiker*innen von der OKP bezahlt. Ausnahmen sind in der [Krankenpflege-Leistungsverordnung \(KLV\)](#), aufgeführt. Übrige, also nicht-ärztliche Leistungen sind in abschliessenden Positivlisten geregelt. Nur die, auf entsprechenden Listen aufgeführten Leistungen werden von der OKP bezahlt. Die meisten Leistungen von Gesundheitsfachpersonen wie z.B. Physiotherapeut*innen, Ergotherapeuten*innen, Pflegefachpersonen, Logopäd*innen etc. werden von der OKP übernommen, insofern sie von Ärzt*innen verordnet sind.

Dazu gehören auch Zahnarztleistungen, Seh- und Hörhilfen. Die Vergütung von zahnmedizinischen Leistungen (siehe KLV) sowie Seh- und Hörhilfen (siehe Mittel und Gegenständeliste, kurz [MiGeL](#)) gemäss diesen Positivlisten ist aber beschränkt auf wenige spezifische Fälle. In schweren Fällen wird zwar auch ein Teil von den Sozialversicherungen übernommen, z.B. pauschal CHF 630.- pro Hörgerät für Personen, die Altersrente oder Ergänzungsleistungen beziehen. Die Kosten für ein «normales Loch im Zahn» oder eine altersbedingte Sehschwäche werden aber nicht vergütet, obwohl ein Zahnarztbesuch oder eine Brille bekanntlich ziemlich teuer werden können.

Die Psychotherapie durch nicht-ärztliche Psychotherapeut*innen stellt bei der OKP-Übernahme einen Spezialfall dar: Leistungen von Psychotherapeut*innen mit psychologischer Ausbildung können nach der heutigen Rechtslage nur über die obligatorische OKP abgerechnet werden, wenn diese bei einer Ärzt*in angestellt sind (Delegationsmodell). Dies ist völlig unverständlich, da viele an Hochschulen ausgebildete psychologische Psychotherapeut*innen mit entsprechender Weiterbildung eine praktisch gleichwertige Ausbildung wie Psychiater*innen haben.

Die AL fordert deshalb, dass nicht-ärztliche Psychotherapeut*innen, welche die Voraussetzungen für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung gemäss BAG erfüllen, ihre erbrachten Leistungen nicht nur ohne Delegation, sondern auch ohne ärztliche Verordnung, abrechnen können.

[Zurück zur Übersicht](#)

Stärkung von Grundversorgung und Pflege

Die Qualität des Gesundheitssystems eines Landes ist primär abhängig von der Qualität der Grundversorgung und nicht von hochtechnisierten Spitzenleistungen. Umso stossender ist es, dass in der Schweiz die Einkommen in der Grundversorgung (Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie) massiv tiefer sind als in der sogenannten Spitzenmedizin. Dies führt dazu, dass es in den systemrelevantesten Berufsgruppen (Grundversorgung) immer schwieriger wird, genügend Nachwuchs zu rekrutieren. Es ist für Ärzt*innen in Ausbildung attraktiver, sich für eine besser bezahlte Fachrichtung zu entscheiden.

Das gleiche Prinzip gilt auch für den Bereich der Pflege, wo ebenfalls ein bedrohlicher Personalmangel absehbar ist. In den Pflegeberufen beträgt die mittlere Verweildauer bis zu Berufsaufgabe oder -wechsel lediglich 15 bis 20 Jahre. Dies, sowie die ungenügenden Ausbildungsplätze führt dazu, dass immer mehr ausländisches Personal in die Schweiz gelockt werden muss. In den betroffenen Ländern führt dies jedoch zu einem Verlust an Know-how, der wiederum durch Abwerbung weiterer Arbeitskräfte aus anderen Ländern kompensiert werden muss. Es darf nicht sein, dass wir andere Länder die Ausbildung ihrer Fachkräfte bezahlen lassen, um damit unsere eigenen Versäumnisse auszugleichen.

Leider ist es so, dass unser Gesundheitssystem auf verschiedenen Ebenen Fehlanreize setzt:

- Dazu gehört der Arzttarif TARMED, mit welchem die ambulant in Praxen und Spitälern erbrachten Leistungen vergütet wird. Die technisch-apparativen Arztleistungen werden massiv besser honoriert als die zeitintensiven Leistungen, welche Grundversorger*innen mit der Beratung und Betreuung von Patient*innen erbringen.
- In diesem Zusammenhang sind auch horrend teure Medikamente zu erwähnen, welche nur wenigen Patient*innen einen Nutzen, der Pharmaindustrie jedoch durch intransparente Preispolitik fette Gewinne bescheren.
- Auch [Spital-Zusatzversicherungen](#) führen wegen attraktiver Zusatzhonorare zu Anreizen, hochtechnisierte Eingriffe bei Zusatzversicherten häufiger durchzuführen als bei Grundversicherten. Solche überflüssigen Eingriffe belasten aber nicht nur die Patient*innen, sondern auch die durch alle Prämienzahler*innen finanzierte Grundversicherung sowie erst noch die Steuerzahler*innen mit jährlich rund 400 Mio. Franken! Bei jeder stationären Behandlung (auch im Privatspital) wird gemäss SwissDRG der Grundversicherung ein Sockelbeitrag verrechnet.

Wir dürfen nicht zulassen, dass teure Apparatedizin lohnender ist als die Zeitinvestition im Rahmen der Pflege oder im ärztlichen Gespräch. Eine Geld-Umverteilung ist dringend nötig, weg von der technischen Spitzenmedizin, hin zur Grundversorgung. Dazu gehört ausdrücklich auch die Palliativmedizin. Ausserdem sind auch sämtliche noch bestehenden geschlechtsspezifischen Lohndiskriminierungen auszugleichen. Zudem ist in der Schweiz die Ausbildung in der Pflege und den Fächern der medizinischen Grundversorgung dringend und massiv zu fördern!

[Zurück zur Übersicht](#)

Rationierung

Bei Rationierung muss im Rahmen einer «Zwangssituation» auf Sinnvolles und Angemessenes verzichtet werden. Rationierung im Gesundheitswesen bedeutet die Verweigerung von nützlichen und berechtigten Gesundheitsleistungen oder jeder implizite oder explizite Mechanismus, der dazu führt, dass Personen eine potenziell Nutzen bringende Leistung nicht erhalten.

Explizite (= offene) Rationierung

Bei expliziter Rationierung handelt es sich um ausdrücklich geregelte Einschränkungen wie Leistungsausschlüsse, die Festlegung von Versorgungsstandards oder die Stärkung der Eigenverantwortung durch den Ausschluss bestimmter Risiken. Dieser Form der Rationierung liegen Kriterien wie das Alter der Versicherten oder die Kosteneffektivität oder der medizinische Nutzen einer Behandlung zugrunde.

Implizite (= verdeckte) Rationierung

Implizite Rationierung bedeutet eine generelle Einschränkung ohne Nennung einzelner rationierter Leistungen, meist als Folge von Budgetierungen oder Deckelung der Gesamtausgaben. Im Unterschied zur expliziten Rationierung müssen hier Leistungsanbieter*innen die konkreten Rationierungsentscheidungen selber treffen im Sprechzimmer oder am Krankenbett. Die Unterscheidung zwischen offener und verdeckter Rationierung bezieht sich auf die Entscheidungstransparenz in ambulanten Konsultationen oder am Krankenbett. Entscheidungen aufgrund verdeckter Rationierung werden Patient*innen normalerweise verheimlicht – aus Sicht der Ärzt*innen verständlich, denn sie zerstören das Vertrauensverhältnis.

Weiche und harte Rationierung

Bei «weicher Rationierung» geht es um die Leistungsverweigerung aus ökonomischen Gründen, welche ausschliesslich den Bereich der solidarisch finanzierten Grundversorgung tangiert. Diese ist zutiefst ungerecht, da die rationierte Leistung für Reiche problemlos zugänglich ist.

«Harte» Rationierung bedeutet, dass die Leistungen auch auf dem privaten Markt nicht zugänglich sind wie zum Beispiel «verfügbare Organe» für eine Organtransplantation, fehlende COVID-Impfstoffe. Hier können Reiche ihre Privilegien weniger gut ausnützen.

Beispiele für Rationierungsmassnahmen im Medizin- und Pflegealltag:

- Vorzeitige Entlassungen aus dem Spital
- Keine Überweisung an Spezialist*innen
- Abgelehnte Rehabilitation
- Nicht ausgeführte pflegerische Massnahmen

Der Begriff «Rationierung» ist eine Beschreibung und gleichzeitig ein Werturteil. Die Grenzen zwischen notwendigen und nützlichen, zwischen nützlichen und wohltuenden und auch jene zwischen sinnvollen und sinnlosen bzw. schädlichen Behandlungen sind stets fließend und sind immer mit Wertvorstellungen verbunden, also nicht objektiv.

Weder bei einem Verzicht auf sinnlose oder gar schädliche Interventionen geht es jedoch um Fälle von Rationierung, im Gegensatz zum Vorenthalten von medizinisch indizierten – also sinnvollen Leistungen!

Eine **verdeckte Rationierung** lässt Patient*innen nie frei entscheiden, da ihnen eine wichtige Information vorenthalten wird, nämlich jene der verdeckten Rationierungsbemühungen! Eine solche Art der Rationierung ist auch eine nicht akzeptable Zusatzbelastung für das Gesundheitspersonal: der Loyalitätskonflikt oder die doppelte Verantwortung, als «Anwält*in von Patient*innen» und «Anwält*in des Spitalbudgets».

Eine **explizite Rationierung** verlangt zwar Klarheit der Kriterien und Transparenz von Entscheidungen und gewährleistet natürlich lebensrettende Massnahmen. Dennoch ist Rationierung im Gesundheitsbereich immer sozial selektiv, da Reiche die rationierten Massnahmen auch selber bezahlen können. Abgesehen von absolut indiskutablen Kriterien wie Religion, Geschlecht, ethnische Herkunft, Süchte oder Risikosport sind weitere zu verwerfen, selbst wenn sie keine Diskriminierung im rechtlichen Sinne darstellen, wie der sozioökonomische Status.

Die AL lehnt die Rationierung von vorhandenen Gesundheitsleistungen aus Spargründen strikt ab, da sie für die Bevölkerung sozial ungerecht und für das Gesundheitspersonal eine unzumutbare Belastung sind.

Alternativen?

Eine mögliche und ethisch korrekte Antwort auf drohende Rationierungsmassnahmen wäre zum Beispiel eine **Shared Decision Making** (= SDM), d.h. eine partizipative Entscheidungsfindung. Dies ist eine Form der Kommunikation zwischen Gesundheitsfachkraft und Patient*in. Sie sieht den laienverständlichen Austausch von Informationen vor über mögliche Abklärungs- und Behandlungsschritte und deren Erfolgchancen beziehungsweise Risiken. Die Patient*in ist in alle wichtigen Aspekte der Behandlung einbezogen und bespricht die eigenen Anliegen und Präferenzen offen. Ziel ist es, gemeinsam über eine angemessene medizinische Behandlung zu entscheiden und diese zu verantworten. Shared Decision-Making könnte ein Weg zu einer angemessenen, individuellen, bedarfs- und bedürfnisgerechten Gesundheitsversorgung sein. Um diesen Weg zu beschreiten, gilt es, sich einer paternalistischen Haltung («Ich bin Ärzt*in, ich weiss es also besser») zu entledigen und den Patient*innen auf Augenhöhe zu begegnen.

[Zurück zur Übersicht](#)

Rationalisierung

Zur Rationalisierung (Effizienzsteigerung) gehören alle Massnahmen, die das Ziel verfolgen, einen höheren Output (Menge, Umsatz, Gewinn) mit demselben Input (Arbeit, Betriebsmittel, Werkstoffe) zu erreichen.

Rationalisieren ist nicht das Gleiche wie Rationieren, sondern die Erbringung einer medizinischen Leistung mit weniger Aufwand. Das Ziel der Rationalisierung ist es, Unnötiges abzuschaffen und die vorhandenen Mittel möglichst wirkungsvoll einzusetzen: Weniger unnötige Untersuchungen

und wirkungslose Behandlungen, preisgünstigere Medikamente oder effizientere Arbeitsabläufe in Spitälern. Rationalisierung wird sehr häufig mit der Arbeitsintensivierung betrieben, also durch Mehrleistungen des ärztlichen - und des Pflegepersonals.

Mehrleistungen des Gesundheitspersonals durch Arbeitsintensivierung, Streichen von Pausen und Nichtbezahlen von Umkleidezeit als Arbeitszeit, wie auch eine Intensivierung von Flexibilität werden von der AL abgelehnt.

Rationalisierung darf keinesfalls auf dem Buckel des Gesundheitspersonals ausgetragen werden!

[Zurück zur Übersicht](#)

Begriffserklärungen

Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Es trat am 1.1.1996 in Kraft und löste damit das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) von 1911 ab. Das Gesetz ist viel sozialer und solidarischer als das KUVG wo – bei fehlendem Versicherungsobligatorium! – die Frauen a priori 10% mehr zahlten und Kranke nicht oder nur mit Vorbehalten aufgenommen wurden.

Die KVG-Artikel <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html> regeln die Einzelheiten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), unter anderem deren Leistungskatalog, die Zulassungsberechtigung der Leistungserbringer*innen zur Abrechnung mit der OKP, die Tarife dieser Abrechnung, die WZW-Bestimmungen (= Wirksam-Zweckmässig-Wirtschaftlich) oder die Finanzierung der OKP.

Unfallversicherungsgesetz (UVG)

Im Rahmen des UVG werden Leistungen erbracht für Ereignisse, welche die Unfallkriterien gemäss Art. 4 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG) erfüllen.

Ein Unfall ist die

- plötzliche
- nicht beabsichtigte
- schädigende Einwirkung
- eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Unfallversicherungen sind **obligatorisch für alle Angestellten** (Nichtbetriebsunfälle nur bei über 8 Wochenstunden) sowie für alle, beim RAV gemeldeten Arbeitslosen und auch Armeeangehörigen. Diese Personen können die Unfaldeckung bei der OKP für 5% Premienermässigung ausschliessen, müssen sie aber, sobald nicht mehr obligatorisch versichert, selbst wieder in Kraft setzen. Der Rest der Bevölkerung ist für Unfallfolgen bei der Krankenkasse versichert, dies jedoch zu deutlich schlechteren Konditionen.

Unfallversicherungen werden von den Arbeitgebenden für die Angestellten abgeschlossen. Die (sehr tiefen) **Prämien** für die Betriebsunfälle tragen die Arbeitgebenden, jene für die Nichtbetriebsunfälle die Angestellten. Arbeitgeber und selbständig Erwerbstätige haben sich über die Krankenkasse gegen Unfall zu versichern.

Der **Leistungskatalog des UVG** ist viel umfassender als jener der OKP: Heilungskosten, Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit, Renten bei unfallbedingter Invalidität von mindestens 10% (allenfalls zusätzlich zu einer IV-Rente!) sowie eine Integritätsentschädigung als einmalige Kapitalleistung, Witwen- und Waisenrenten, viel Prävention und Unfallverhütung.

Versicherte des UVG unterstehen **keinerlei Selbstbeteiligungen** im Gegensatz zu jenen, deren Unfallfolgen durch die OKP bezahlt wird.

Einen Spezialfall stellen die Armeeangehörigen dar. Im Rahmen der Militärversicherung, die heute durch die SUVA administriert wird, sind sie nicht nur bei Unfall, sondern auch bei Krankheit versichert und bei einer mindestens 60-tägigen Dienstzeit kann die Krankenkasse sistiert werden.

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Das über hundert Jahr alte VVG regelt alle Privatversicherungen, von den Lebens- über alle Haftpflicht-, Sach- und medizinischen **Zusatzversicherungen** für

- Stationäre Leistungen (Halbprivat- und Privatversicherung)
- Pflegeleistungen sowie gewisse Medikamente
- Komplementärmedizin
- Zahnmedizin, etc.

Grundlage sind Versicherungsverträge, welchen beide Vertragsparteien zustimmen müssen, d.h. die Versicherung muss sich für beide Parteien finanziell lohnen, was für Ältere und/oder bereits kranke Menschen aus Sicht der Versicherer nicht zutrifft. Zusatzversicherungen gehören nicht zu den Sozialversicherungen, wie die OKP und UVG und widerspiegeln eine Zweiklassen-Medizin von Reichen und Armen.

[Zurück](#)

Unfall-Versicherungen

Für die obligatorische **Unfallversicherung** sind zu gleichen, gesetzlich festgelegten Bedingungen verschiedene private, gewinnorientierte Versicherungsgesellschaften zuständig sowie, für rund 50 % der obligatorisch Versicherten (RAV sowie traditionell v.a. Industrie und Bau), die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt SUVA, wo auch die Militärversicherung angegliedert ist. Die SUVA wird von einer tripartiten Direktion aus Staat, Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen (Gewerkschaften) ziemlich effizient geleitet und wird nur selten politisch angegriffen.

Krankenkassen

Die Krankenkassen sind privatrechtliche, nicht gewinnorientierte Unternehmen, deren Wurzeln ins vorletzte Jahrhundert zurückreichen. Sie sind zuständig für die OKP und die Deckung der Unfallkosten des nicht obligatorisch versicherten Teils der Bevölkerung. Sie dürfen gleichzeitig – hier gewinnorientiert! – Privat-/Zusatzversicherungen nach VVG anbieten und tun dies leider mit oft intransparenter Mischbuchhaltung! Die Anzahl Krankenkassen sank systembedingt innert einem halben Jahrhundert von rund 800 auf 50, entsprechend wurden die grossen Player umso mächtiger. Krankenkassen finanzieren sich über Krankenkassenprämien und Selbstbehalte ihrer Versicherten.

Die Krankenkassen müssen aktuell für 45% der stationären Kosten, sowie für 100% der Kosten für die ambulanten medizinischen Verrichtungen aufkommen, welche im **Leistungskatalog** des Bundes definiert sind. Dies geschieht auf der Basis von mehreren **Tarifverträgen** mit Leistungserbringer*innen wie der, in Revision stehende TARMED von 2004 oder die Mi(ttel) und Ge(genstands)L(iste) MiGeL, die Spezialitätenliste (SL) etc. Die Krankenkassen haben (z.B.) mit der Ärzt*innengesellschaft einen Vertrag abgeschlossen, dem sich fast alle praktizierenden Ärzt*innen ange-

schlossen haben und müssen deshalb die Leistungen all dieser Ärzt*innen übernehmen, [Vertrags- oder Kontrahierungszwang](#) heisst das. Diesen versuchen die Krankenkassen seit jeher auszuhebeln, angeblich um Kosten einzusparen

Die AL lehnt die Aufhebung des Vertragszwanges ab, weil damit eine Rationierungsgefahr entsteht.

Krankenkassenfunktionär*innen und -lobbyist*innen sind parlamentarisch sehr präsent und beeinflussen die schweizerische Gesundheitspolitik unverhältnismässig und ohne demokratische Legitimation durch die Mitglieder ihrer Krankenkasse. Zeitweise bestand die Hälfte der ständerätlichen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-S) aus Krankenkassenvertreter*innen. Anfang Jahrhundert wurden sämtliche drei Volksinitiativen für eine Einheitskrankenkasse vom Volk abgelehnt – nicht nur, aber auch dank der, durch Prämiegelder finanzierten Abstimmungskampagne des Krankenkassenverbandes «Santésuisse».

Die AL verurteilt diese undemokratische Beeinflussung der Gesundheitspolitik durch die Krankenkassenlobby aufs Schärfste.

[Zurück](#)

Krankenkassenprämien

Sie unterscheiden sich von Kanton zu Kanton und oft auch zwischen Stadt, Agglo und Land, nicht aber gemäss Einkommen und Vermögen.

Kinder bis 18 und Jugendliche bis 25 zahlen weniger.

Prämienermässigungen gibt's für Hausarztverträge, Second-Opinion-Verträge, Telemed-Verträge, Fitness-App-Verträge etc. – sowie für die freiwillige Erhöhung der Franchise. Einzig **Hausarztverträge** sind eine günstige Option. Versicherte müssen sich dabei zuerst immer an die gleiche ärztliche Praxis wenden, mit Ausnahme von Notfällen, Gynäkologie und Augenproblemen. Sie werden dadurch tendenziell besser betreut. Warum?

Hausärzt*innen kennen ihre Patient*innen umfassend und führen eine komplette Krankengeschichte. Damit resultieren rund 10 % weniger Kosten fürs Gesundheitswesen.

Hausarztverträge werden deshalb von der AL befürwortet.

Selbstbeteiligungen

Es gibt zweierlei obligatorische Selbstbeteiligungen: Die ersten 300 Franken pro Kalenderjahr heissen **Franchise**. Für die Kosten zwischen 300 und 7'300 Franken, also für die nächsten 7000 Franken müssen 10% **Selbstbehalt** bezahlt werden. Jahreskosten über 7300 sind bei einer Standardfranchise von Selbstbehalt befreit. Die Franchisen wurden seit den Siebzigerjahren schrittweise von 50 auf heute 300 Franken erhöht. Damit sollen die Leute davon abgehalten werden, wegen jeder Bagatelle zum Arzt zu gehen. Mit keiner der bisherigen Franchisenerhöhungen liess sich aber ein kostensparender Effekt nachweisen! Selbstbeteiligungen sind deshalb erzieherisch völlig wertlos und sehr unsozial.

Das ärmste, oft verschuldete Bevölkerungs-Fünftel muss für die OKP rund 15 % des verfügbaren Einkommens bezahlen, was oft nicht geht. Der einfachste Ausweg aus dem Dilemma ist die **freiwillige Erhöhung der Franchise** von 300 auf 2500 Franken was die Prämie um knapp 30% re-

duziert. Damit müssten aber die ersten 2500 Franken Gesundheitskosten pro Kalenderjahr selbst bezahlt werden. Genau dies ist den Ärmsten aber nicht möglich. Einzig im Herbst kann die Franchise fürs nächste Jahr gesenkt werden. Bis dann muss z.B. eine hochverschuldete Frau mit 2500 Franken Franchise warten, wenn sie im Frühling einen verdächtigen Knoten in der Brust spürt – **lebensgefährlich!**

Eine zweite Bevölkerungsgruppe profitiert von freiwilligen Franchisenerhöhungen: Junge Gesunde. Das individuell gesparte Prämiengeld muss von den Krankenkassen zwangsläufig auf die Prämien überwälzt werden. Chronisch Kranke, bei denen sich eine Franchisenerhöhung nicht lohnt, werden deshalb benachteiligt, was die Franchisenerhöhung nicht nur gesundheitsgefährdend, sondern auch **unsolidarisch** macht.

Die AL lehnt darum alle Selbstbeteiligungen kategorisch ab.

[Zurück](#)

Individuelle Prämienverbilligung (IPV)

Rund einem Drittel der Bevölkerung muss der Staat mit steuerfinanzierten **individuellen Prämienverbilligungen (IPV)** unter die Arme greifen, welche von der kantonalen Sozialversicherungsanstalt (SVA) verwaltet werden. Der Bund steuert 7,5% der OKP-Jahreskosten (2018: 32,8 Mia.) bei. Die Kantone sollten den gleichen Beitrag beisteuern, die meisten machen das jedoch nicht. In sozialen Gemeinden meldet das Steueramt der SVA, wenn ein Individuum IPV-berechtigt wird, weil es im vergangenen Jahr die (kantonal verschiedene) Einkommensschwelle unterschritt. Die SVA bittet dann die Versicherten um Angabe der Krankenkasse für die direkte Überweisung der IPV an die Krankenkasse.

Die Mehrheit der Gemeinden benachrichtigt die Berechtigten jedoch nicht. Administrativ Unbewegliche, wie z.B. Fremdsprachige oder Leute, die einen Text zwar buchstabierend lesen aber nicht verstehen können, beantworten die Anfrage der SVA oft nicht. So bekommen Jene in nicht-benachrichtigenden Gemeinden die ihnen zustehende IPV nicht. Ausserdem hilft die IPV frühestens ein Jahr nach Eintritt der Verarmung.

Die IPV ist administrativ teuer, ein krasser Ausdruck der unsozialen Finanzierung des Gesundheitswesens und in seiner Umständlichkeit, Unvollständigkeit und Verspätung eine sozialversicherungstechnische Fehlgeburt, welche durch eine einkommensabhängige Krankenkassenprämie überflüssig würde.

[Zurück](#)

Spitäler

Die **Spitäler**, ursprünglich kirchlich betriebenen Siechenhäuser, wurden im letzten Jahrhundert vom Staat übernommen. In den beiden ersten Jahrzehnten nach dem Millennium wuchs der Privatisierungsdruck. Dem Widerstand der Bevölkerung ist es zu verdanken, dass es den Deregulie-

rer*innen bisher nur gelang, öffentlich-private Zwitterkonstrukte durch die Volksabstimmungen zu bringen – zwar ohne Gewinnausschüttungen aber eben auch ohne demokratische Aufsicht. Die freie Marktwirtschaft schädigt das Spitalwesen nachhaltig.

Die AL bekämpft die Versuche seitens der Politik, öffentliche Spitäler zu privatisieren.

Nebst den öffentlichen Spitälern gibt es auch Privatspitäler. Sie sind klar gewinnorientiert. Auch Privatspitäler können sich auf die kantonalen Spitallisten setzen lassen (sog. Listenspitäler), wenn sie sich verpflichten, auch Grundversicherte stationär zu behandeln. Listenspitäler erhalten im Rahmen der SwissDRG die gleichen Kantonsbeiträge wie die öffentlichen Spitäler und sollten damit grundsätzlich ebenfalls einer strengen kantonalen Aufsicht unterstehen. Privatkliniken, welche nicht auf der Spitalliste stehen, erhalten keine kantonalen Beiträge und müssen mit den Krankenkassen spezielle Verträge aushandeln über die Höhe der Entschädigungen im Rahmen der OKP (sog. Vertragsspitäler).

[Zurück](#)

Einheitskrankenkasse

Die Krankenkassen verursachen **unnötige Kosten**: Im Rahmen der Grundversicherung (OKP) müssen sie alle die genau gleiche Leistung erbringen und unterscheiden sich höchstens in der Frist für die Verarbeitung eingeschickter Rechnungen. Dennoch betreiben die Krankenkassen jeden Herbst einen immens teuren Werbeaufwand mit Plakaten, Versänden, Inseraten und im TV. Ausserdem kostet die Administration von 50 Krankenkassen sicher mehr als jene von einer einzigen, besonders bei Spitzenlöhnen weit über Bundesratsniveau.

Versuche, die Schwachstellen des KVG zu verbessern, scheiterten oft am **politischen Einfluss der Krankenkassen** selbst, sowohl parlamentarisch wie bei Volksabstimmungen. KVG-Änderungsvorschläge werden immer zuerst in den parlamentarischen Kommissionen für Soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) vorbereitet, bevor sie ins Ratsplenum kommen. In diesen wichtigen Kommissionen sitzen viele Krankenkassen-Vertreter*innen und beeinflussen die Gesundheitspolitik massiv. Dazu sind sie von den Mitgliedern ihrer Kasse nicht mandatiert und somit demokratisch nicht legitimiert. Bei Abstimmungen über Referenden und Volksinitiativen – wie jenen über die Einheitskrankenkassen in den Nullerjahren – greifen die Krankenkassenmanager*innen schon mal in die Schatulle unserer Krankenkassenprämien, um ihre Gegenpropaganda zu finanzieren!

Die Krankenkassen haben tendenziell **wenig Interesse an Prävention**, Die SUVA zeigt uns dagegen auf, was präventivmedizinisch mit einer Einheitskrankenkasse möglich wäre.

Die AL fordert deshalb mit Nachdruck eine Einheitskrankenkasse.

Wir stellen uns vor, die Einheitskrankenkasse in einer neuen Abteilung des Departements des Innern anzusiedeln. Sie wäre verantwortlich für die **Finanzierung aus Steuermitteln** und die Grundlagen der Abrechnung wie Leistungskatalog, Tarife, WZW-Kontrollen etc. Für die Bezahlung von erbrachten Leistungen würden weiterhin die Krankenkassen sorgen, analog den Ausgleichskassen der AHV. Auch dürfen sie weiterhin VVG-Zusatzversicherungen anbieten.

[Zurück](#)

Ambulant / stationär

Stationäre Behandlungen werden ausschliesslich in Kliniken/Spitälern vorgenommen. Eine «stationäre» Behandlung erfordert einen Aufenthalt über mehr als 24 Stunden. Die 24-Stunden-Grenze kann auch unterschritten werden, wenn mindestens während der Nacht (Datumsgrenze) ein Spitalbett belegt wurde. Stationäre Behandlungen werden nach SwissDRG abgerechnet.

Alle übrigen Behandlungen werden als «ambulant» bezeichnet. Dabei können auch Spitäler ambulante Leistungen erbringen. Die ärztlich erbrachten ambulanten Leistungen werden gemäss dem (veralteten) TARMED Tarif abgerechnet.

Siehe auch: [Einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen](#)

[Zurück](#)

Leistungserbringer*Innen und Tarife

Im ambulanten Bereich sind einzig Ärzt*innen und Spitäler, sowie zum Teil Hebammen berechtigt, eigenständig ohne Verordnung für erbrachte Leistungen den Krankenkassen Rechnung zu stellen.

Nicht-ärztliche Fachpersonen wie Pflegefachleute, Psycholog*innen, Physio-, Ergo- oder Logopädietherapeut*innen brauchen eine ärztliche Verordnung, um ihre Leistungen mit den KK abrechnen zu dürfen. Die Arbeit der genannten Fachpersonen würde eine Stärkung erfahren durch eine Festlegung von Leistungen, die in eigener Verantwortung und ohne ärztliche Verordnung erfolgen. Für die Berufsgruppe der Pflege wird dies im Rahmen der nationalen Pflegeinitiative auch explizit gefordert.

Den Vertrags- oder Kontrahierungszwang möchten die Krankenkassen aufheben, um mit ihren sehr umstrittenen Methoden diejenigen Ärzt*innen zu bestimmen, die über Krankenkassen abrechnen dürfen. Dies entspricht einer Form von Rationierung, was die AL strikt ablehnt.

Abgerechnet wird seit 2004 mit dem TARMED, der die operativen, technisch-apparativen Leistungen wie Labor, Röntgen überproportional honoriert verglichen mit psychiatrischen, pädiatrischen oder hausärztlichen Leistungen. Dies setzt Anreize, die teure Apparatedizin gegenüber der Basisversorgung zu bevorzugen und fördert auch die Abzockerei in der Medizin.

[Zurück](#)

TARMED

Der TARMED-Tarif (**Tarif Medical**) regelt die Vergütung ambulant erbrachter ärztlicher Leistungen in Praxen und Spitälern. Er gilt nicht für Zahnärzt*innen, Laboranalysen, Hebammenleistungen, Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Chiropraktor*innen und Leistungen in Pflege und Hotellerie. Auch Preise von Medikamenten, Implantaten, Hilfsmitteln und Verbrauchsmaterialien werden nicht im TARMED sondern in separaten Tarifen geregelt.

TARMED umfasst über 4600 Tarifpositionen und wurde 2004 in Kraft gesetzt. Er besteht aus Taxpunkten, welche sowohl Dauer wie auch Schwierigkeitsgrad erbrachter Leistungen abbilden sollten. Man unterscheidet zwischen Arztleistung für die effektiven ärztlichen Tätigkeiten und Technischer Leistung als Abgeltung für die erforderliche Infrastruktur. Die Umrechnung der Taxpunkte in den Preis erfolgt über den von Kanton zu Kanton unterschiedlichen Taxpunktwert.

Gemäss TARMED erbrachte Leistungen werden zu 100% durch die Krankenkassenprämien und Selbstbehalte finanziert. Es gibt, anders als bei den stationären Behandlungen, keine Kantonsbeiträge, welche aus einkommensabhängigen Steuern finanziert würden.

Die seit Einführung des TARMED geltende Kostenneutralität ist nichts anderes als ein Kostendach, entsprechend einem versteckten Globalbudget. Bei Überschreiten dieses Kostendaches wird nämlich der kantonale Taxpunktwert gesenkt, und damit das Einkommen der Leistungserbringer*innen gekürzt. Dies ist eine Form von Rationierung.

Es gibt Bestrebungen, den veralteten Tarif durch einen besseren Nachfolgetarif (Tardoc) zu ersetzen.

[Zurück](#)

SwissDRG

Stationäre Spitalaufenthalte in der Akutsomatik werden seit dem Inkrafttreten des neuen Spitalfinanzierungsgesetzes am 1.1.2012 mit Fallpauschalen namens SwissDRG vergütet. DRG heisst Diagnosis Related Groups, auf Deutsch Diagnosebezogene Gruppen.

Jedem Spitalaufenthalt wird eine der rund 1000 Fallgruppen zugeordnet. Dabei werden Diagnose, Nebendiagnosen, Behandlungsart und weitere Faktoren berücksichtigt. Der Pflegeaufwand ist darin jedoch absolut ungenügend abgebildet. Jeder Fallgruppe ist ein Kostengewicht zugeordnet. Dieses Kostengewicht, zusammen mit der sog. Baserate, auf Deutsch Basisfallwert, ergibt den Preis einer stationären Behandlung. Die Baserate wird von den Kantonen für jedes einzelne Spital jährlich neu festgelegt aufgrund dessen Jahresabschlusses. Die Pauschale ist fast unabhängig von der Aufenthaltsdauer. Das setzt Anreize, Patient*innen möglichst kurze Zeit im Spital zu behalten. Die Spitäler tendieren deshalb zu frühen, sogenannten «blutigen» Entlassungen, um Geld zu sparen. 55% der Kosten trägt der Kanton mit einkommensabhängigen Steuern, 45% die Krankenversicherer mit Kopfprämien.

Die SwissDRG wurden einerseits eingeführt, um **Kosten zu sparen**. Eine bessere Transparenz zwischen den Leistungen einzelner Spitäler soll zudem Patient*innen befähigen, das günstigste Spital mit der Behandlung zu beauftragen und somit die Gesundheitsausgaben zu senken. Leider haben diese Massnahmen nicht zu den erhofften Ersparnissen geführt. Der Zeitaufwand für administrative Arbeiten hat durch die DRG-Abrechnung zugenommen. Eine Erhöhung der Lohnsumme steht aber bei Sparbemühungen nicht zur Diskussion. Die Lohnkosten der andern Spitalangestellten müssen deshalb gesenkt werden. Darum hat der Stress für das Spitalpersonal seither massiv zugenommen. Den Pflegenden steht immer weniger Zeit für die Pflege, ihr Kerngeschäft, zur Verfügung. Darunter leiden natürlich auch wir Patient*innen.

In der Psychiatrie gilt seit 1.1.2019 der TARPSY. Dieser arbeitet mit leistungsbezogenen Tagespauschalen. Im Bereich Rehabilitation ist die Einführung einer schweizweit einheitlichen Tarifstruktur vorgesehen.

[Zurück](#)

Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Behandlungen (= EFAS)

Aktuell werden im ambulanten Bereich die vollen Kosten durch die Krankenversicherer getragen. Patient*innen bezahlen das mit Kopfprämien und Selbstbeteiligungen. Im stationären Spitalbereich werden jedoch die Kosten zwischen Krankenkassen und Kanton aufgeteilt. Die Kantone übernehmen 55% und die KK 45% der DRG-Fallkosten. Der kantonale Anteil wird aus einkommensabhängigen Steuergeldern finanziert.

Dies setzt falsche Anreize. Sowohl für Spitäler wie auch Krankenkassen ist es finanziell attraktiver, eine ambulant durchführbare Behandlung stationär vorzunehmen, obwohl die stationäre Behandlung unter dem Strich teurer ist als eine ambulante Behandlung.

Mit einer einheitlichen, monistischen Finanzierung aller Leistungen würde diese Ungerechtigkeit des Systems beseitigt. Dies wurde auch auf politischer Ebene realisiert und es sind endlich Bestrebungen vorhanden, die Vereinheitlichung vorzunehmen. Noch offen ist, wie gross der Kantonsanteil an die Behandlungskosten sein wird – je grösser desto besser.

Wünschenswert wäre weiter auch eine einheitliche Finanzierung von Pflegeleistungen. Ein neues Modell würde die gegenwärtige Regelung (neue [Pflegefinanzierung](#); seit 2011) ablösen. Die Kantone, welche durch EFAS Mehrausgaben zu gewärtigen haben, wollen der EFAS nur mit einer Neuregelung der Pflegefinanzierung zustimmen. Dies wiederum verzögert die Einführung der EFAS.

[Zurück zu Spitalfinanzierung](#)

[Zurück zu ambulant/stationär](#)

Fehlanreize durch Spital-Zusatzversicherungen

Spital-Zusatzversicherte können sich im Fall einer stationären Behandlung auf der Halbprivat- oder Privatabteilung eines öffentlichen oder privaten Spitales behandeln zu lassen. Die behandelnden Ärzt*innen dürfen für die Behandlung Zusatzversicherter für die gleiche Leistung ein teilweise massiv höheres Honorar verrechnen als bei Grundversicherten. Damit steigen die Anreize, bei Zusatzversicherten vermehrt Eingriffe vorzunehmen, auch wenn diese eigentlich gar nicht notwendig wären. Dass dies auch tatsächlich geschieht, wurde bereits durch diverse Studien belegt. Die ärztlichen Honorare werden in diesem Fall der Zusatzversicherung belastet. Da Privatversicherte immer auch OKP-versichert sind, wird der Sockelbeitrag, das sind die Fallkosten der Grundversicherung gemäss DRG, für diese unnötigen Eingriffe der Grundversicherung belastet. Grundversicherte und Steuerzahler*innen müssen deshalb die überflüssigen Eingriffe der Zusatzversicherten mitfinanzieren – mit jährlich rund 400 Mio. Franken!

Zusatzversicherungen schaffen auch die Möglichkeit, allfällige Rationierungen von Leistungen umgehen zu können, indem man sie über die Zusatzversicherung trotzdem erhalten kann.

[Zurück](#)

Vertrags- bzw. Kontrahierungszwang

Aktuell können alle Ärzt*innen, welche über eine kantonale Praxisbewilligung verfügen sowie sämtliche Spitäler ihre ambulant erbrachten Leistungen den Krankenkassen in Rechnung stellen. So will das der Vertrags- bzw. Kontrahierungszwang. Die Krankenkassen möchten jedoch erreichen, dass dieser Zwang aufgehoben wird, um selbst mit von ihnen ausgewählten ärztlichen Leistungserbringer*innen Verträge abschliessen zu können. Damit wollen sie Kosten sparen, indem die kostengünstigsten Leistungserbringer*innen selektioniert würden. Die Selektionskriterien sind sehr intransparent und fördern die Willkür. Diese Ermächtigung der Krankenkassen zur Zulassung von Ärzt*innen an ihre Geldtöpfe ist kritisch zu sehen, weil nicht jeder billige Arzt auch ein guter Arzt ist und somit die Behandlungsqualität unter dieser Massnahme leiden könnte.

Die AL lehnt deshalb die Aufhebung des Vertragszwangs kategorisch ab.

[Zurück](#)

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Die Krankenversicherung ist in der Schweiz obligatorisch. Dazu haben sich alle Bewohner*innen bei einer der rund 50 vom Bund anerkannten Krankenkassen versichern zu lassen. Es besteht eine freie Wahl der Krankenkasse und die Kasse ist verpflichtet, sämtliche Interessent*innen aufzunehmen, welche in ihrem Tätigkeitsgebiet wohnhaft sind. Ein Wechsel der Krankenkasse ist nur per 1. Januar des Folgejahres möglich. Die OKP schützt die Versicherten bei Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Der Leistungsumfang ist für sämtliche Versicherten identisch und wird in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) geregelt. Die OKP wird finanziert über die Krankenkassenprämien, welche sämtliche Versicherten als einkommensunabhängige Kopfprämie zu entrichten haben sowie durch Selbstbeteiligungen seitens der Versicherten Mehr Details unter [Krankenkassen](#)).

[Zurück zu Organisation Gesundheitswesen](#)

[Zurück zu Lücken in der OKP](#)

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

In der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) wird geregelt, welche medizinischen Leistungen im Rahmen der OKP obligatorisch zu vergüten sind.

https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/de#annex_4/lvl_d1261e159

Die Vergütungspflicht diverser medizinischer Leistungen im Rahmen der OKP wird in mehreren Anhängen zur KLV geregelt:

- Anhang 1a für spezielle ärztliche Leistungen
- Anhang 2 medizinische Mittel und Gegenstände (MiGeL)
- Anhang 3 für Laboranalysen (Analysenliste AL)
- Anhang 4 für durch Apotheker*innen hergestellte Medikamente (Arzneimittelliste mit Tarif ALT)

Die Vergütungspflicht der OKP für pharmazeutische Spezialitäten (industriell gefertigte Medikamente) wird in der Spezialitätenliste (SL) geregelt. Diese wird vom BAG jährlich überarbeitet und neu herausgegeben.

[Zurück](#)

Mittel und Gegenständeliste (MiGeL)

Die Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) regelt den Zugang von «Mitteln und Gegenständen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)». Bei der MiGeL geht es um vieles, vom Verbandsmaterial über die Hüftprothese bis zum Herzschrittmacher.

Eine Verordnungsrevision auf Bundesebene vereinfacht seit Kurzem die Vergütung von Pflegematerial der MiGeL. Diese ist nicht mehr abhängig davon, welche Person das Material effektiv verwendet: Es wird nun auch Patienten bezahlt, welche zuhause professionell (Spitex) oder privat gepflegt werden.

Änderungen von bestehenden MiGeL-Positionen, wie Neuaufnahme oder Streichung von Positionen der MiGeL können interessierte Personen schriftlich beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) beantragen. Die Anträge werden durch diese Stelle bearbeitet und der Eidgenössischen Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (EAMGK) vorgelegt, welche wiederum eine Empfehlung an das EDI abgibt. Das EDI entscheidet schliesslich über die Mutation der Position.

[Zurück](#)

Neue Pflegefinanzierung

Die Finanzierung von Pflegekosten wurde mit dem geänderten Bundesgesetz über die Krankenversicherung und dem neuen kantonalen Pflegegesetz per 1.1.2011 neu geregelt.

Gemäss Pflegegesetz des Kantons Zürich sind alle Zürcherischen Gemeinden verpflichtet, ein Mindestangebot an Pflegeversorgungsleistungen durch Pflegeheime, Spitex-Organisationen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen sicherzustellen.

Bezüger*innen von Pflegeleistungen müssen sich an den ambulanten oder stationären Pflegeleistungen beteiligen:

- mit maximal 20% der Kosten pro Pflgetag in einer Institution respektive 8-10% im ambulanten Bereich. Die übrigen Kosten werden von der Gemeinde und den Krankenkassen getragen, geregelt in Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung in einer Pflegeinstitution fallen zu 100% auf die Bezüger*innen zurück.
- Hauswirtschaftliche- oder betreuerische Leistungen für ambulant betreute Patient*innen Spitex werden durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung meist nicht vergütet.

[Zurück](#)