

# **FORDERUNGEN**

## **POSITIONSPAPIER SP SCHWEIZ**

### **TEURER WETTBEWERB**

Für ein starkes öffentliches Gesundheitswesen

Anträge 1 bis 20



## 5. FORDERUNGEN

Der Bund und die Kantone sind in der Pflicht, wenn es darum geht, eine bedürfnisgerechte und zahlbare Gesundheitsversorgung für die ganze Bevölkerung sicherzustellen.

### 5.1 Prämienlast für die Haushalte begrenzen

Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen wird zu einer sozialen Zeitbombe, wenn die Belastung der Haushalte durch die Kopfprämien weiter steigt. Die kantonalen Prämienverbilligungssysteme sind so auszugestalten, dass die Prämienbelastung für alle Haushalte auf höchstens 10% des verfügbaren Einkommens begrenzt ist. Das bedeutet zugleich eine sozialpolitisch erwünschte Verlagerung von der Prämien- auf die Steuerfinanzierung.

#### Massnahmen:

- a) Auf schweizerischer Ebene werden Regeln geschaffen für ein Prämienverbilligungssystem, das die Belastung durch die Krankenkassenprämien für alle Haushalte begrenzt. Parlamentarische Vorstösse dazu sind bereits erfolgt (Motionen Maury-Pasquier 16.3494 und Steiert 16.3498).
- b) Die Geschäftsleitung der SP Schweiz wird beauftragt, eine Volksinitiative auszuarbeiten, mit dem Ziel, die Prämienlast für alle Haushalte auf höchstens 10 Prozent des verfügbaren Haushaltseinkommens zu begrenzen (s. separaten Auftrag zur Erarbeitung einer „Prämien-Initiative“).

**A-1; SP Kanton St. Gallen: Ergänzung und Präzisierung der Bemessungsgrundlage**

*Bei der Bemessungsgrundlage für die maximale Prämienbelastung ist nicht nur das Einkommen zu berücksichtigen, sondern auch das Vermögen eines Haushaltes. Zudem ist zu präzisieren, was unter „verfügbarem Einkommen“ verstanden wird und wie ein solches erhoben werden kann.*

***Begründung:** Die Akzeptanz der neuen Regelung würde darunter leiden, wenn sehr vermögende Personen aufgrund ihrer Steueroptimierungsstrategien kein Einkommen ausweisen und dafür auch noch mit einer Entlastung bei den Krankenkassenprämien belohnt werden. Für die allgemeine Vermittelbarkeit der Initiative ist es ausserdem wichtig, dass ein plausibler und nachvollziehbarer Weg zur Erhebung der Anspruchsberechtigten gefunden wird.*

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** modifizierte Annahme

**Begründung:** Die Geschäftsleitung teilt die Überlegungen im Änderungsantrag. Sie ist der Ansicht, dass diese Forderung in möglichst allgemeiner und breiter Art gestellt werden soll, um das Feld der zu prüfenden Möglichkeiten nicht einzuschränken. Es versteht sich von selbst, dass im Rahmen der Arbeiten zu Massnahme b) von Kap. 5.1 die im Antrag ausgeführten Überlegungen berücksichtigt werden. Die Geschäftsleitung schlägt folgende Ergänzung vor (betrifft Formulierung in Einleitung sowie Massnahme b):

**Alt:** ... dass die Prämienbelastung für alle Haushalte auf höchstens 10% des verfügbaren Einkommens begrenzt ist.

**Neu:** ... dass die Prämienbelastung für alle Haushalte auf höchstens 10% des verfügbaren Haushaltseinkommens begrenzt ist, wobei auch die Vermögenssituation berücksichtigt werden muss. (Massnahme b)

**A-2; SP Kanton Aargau: Ergänzung mit neuer Massnahme**

*Neu:* Die Finanzierung soll statt durch eine Kopfprämie einkommensabhängig erfolgen.

*Begründung:* Die heutige Finanzierung des Gesundheitssystems über eine Kopfprämie ist ein total unsoziales System. Tiefe und mittlere Einkommen werden mit dem jetzigen System überproportional belastet. Die steigenden Prämien sind für einen immer grösseren Teil der Bevölkerung eine ernste finanzielle Belastung. Einkommensabhängige Prämien würden für eine Entlastung dieser Bevölkerungsgruppe sorgen und würden gleichzeitig zu einer sozial verträglichen Finanzierung des Gesundheitssystems führen.

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** Modifizierte Annahme

**Begründung:** Die Geschäftsleitung teilt die Ansicht, dass eine gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems eingeführt werden muss. Dies wird auch in der Einleitung des vorliegenden Papiers betont. Die beiden ersten Massnahmen werden als kurz- und mittelfristig erreichbar eingeschätzt. So formuliert, könnte die Massnahme die Forderungen a) und b) hinfällig werden lassen. Um eine gewisse Kohärenz sicherzustellen, wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

**Neue Massnahme:** Längerfristig soll die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung statt durch eine Kopfprämie einkommensabhängig erfolgen.

**A-3; SP Kanton St. Gallen: Antrag zusätzliche Forderung**

*Antrag:* Als zusätzliche Forderung der SP Schweiz gehört die Abschaffung der Kopfprämien für die Krankenkasse und der Wandel hin zu einem einkommensabhängigen Prämiensystem zwingend in dieses Grundlagenpapier.

*Begründung:* Diese Forderung ist nicht neu, sondern war in den letzten Jahren ein grundlegender Bestandteil der SP-Gesundheitspolitik. 2007 kam die entsprechende SP-Initiative „Für eine soziale Einheitskrankenkasse“ vors Volk und erlitt Schiffbruch. Wir können nachvollziehen, dass man zehn Jahre später nicht wieder eine Volksinitiative mit diesem Inhalt lancieren will. Nicht akzeptabel ist für uns, dass die Forderung nach Abschaffung der unsozialen Kopfprämien komplett von der SP-Agenda verschwinden soll. Sie ist für uns nach wie vor ein unverzichtbarer Teil der SP-Gesundheitspolitik und gehört somit in dieses Papier.

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** modifizierte Annahme zugunsten A-2

---

*A-4; Adil Koller (SP Baselland), Philipp Wilhelm (SP Graubünden), Andrea Blättler (SP Bern Nord), Stefan Wittlin (SP Basel-Stadt), Sandra Eichenberger (SP Basel-Stadt), Reto Weibel (SP Basel-Stadt): Umformulierung Massnahme b)*

**b) Umformulierung:** *Es braucht eine Begrenzung der Prämienlast für alle Haushalte auf höchstens 10 Prozent des verfügbaren Haushaltseinkommens*

***Begründung:*** *Die Unterzeichnenden sind mit der Forderung nach der Begrenzung der Prämienlast für alle Haushalte auf höchstens 10 Prozent des verfügbaren Haushaltseinkommens ebenfalls einverstanden. Allerdings ist für uns die Lancierung einer Initiative ein Prozess, der sich nicht einfach in einem Absatz dieses Papiers abspielen sollte. Daher existiert ja auch noch ein separater Auftrag, über den später abgestimmt wird. Der Antrag auf Streichung dieses Absatzes ist daher weniger eine inhaltliche Kritik als eine am Vorgehen. Den Unterzeichnenden geht darum, dass für die Lancierung einer Initiative ein Prozess existieren sollte, welcher die Basis und Kantonalparteien mit einbezieht und auch reale Auswahlmöglichkeiten bietet. Gerade wenn wir uns auf ein Wahljahr zu bewegen, ist es wichtig, dass dies geschieht. Damit Initiativen von der ganzen Basis getragen und schlussendlich gesammelt werden, braucht es einen entsprechenden Einbezug.*

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** Annahme

**Begründung:**

~~Die Geschäftsleitung der SP Schweiz wird beauftragt, eine Volksinitiative auszuarbeiten, mit dem Ziel, die~~ Es braucht eine Begrenzung der Prämienlast für alle Haushalte auf höchstens 10 Prozent des verfügbaren Haushaltseinkommens, wobei auch die Vermögenssituation berücksichtigt werden muss (s. separat traktandierten Antrag A-1 der Geschäftsleitung „Auftrag zur erarbeiten einer Prämien-Initiative“).

## 5.2 Das öffentliche Gesundheitswesen stärken

Bevor alle Spitäler in Aktiengesellschaften umgewandelt, verkauft und in Luxuskliniken überführt sind, muss die öffentliche Hand wieder mehr Verantwortung übernehmen. Die Politik muss sich verabschieden von der Vorstellung, ein shareholdergesteuerten «Gesundheitsmarkt» sei günstiger und effizienter. Öffentliche Förderung braucht insbesondere die Grundversorgung für eine älter werdende Bevölkerung. Die Politik muss klare Gesundheitsziele formulieren und die notwendigen Mittel zur Verfügung stellen, um diese zu erreichen.

**Massnahmen:**

- a) Bundesrat und Parlament formulieren nationale Gesundheitsziele, die für die Kantone verbindlich sind.  
Beispiele für Gesundheitsziele könnten sein:

- Alle haben Zugang zu qualitativ guten Leistungen der Grundversorgung und der Altersmedizin, der Langzeitpflege, Psychiatrie, Chronic Care, Palliativmedizin, Onkologie etc.
- Die Leistungen der Grundversicherung werden alle X Jahre auf Ihre Qualität und Wirtschaftlichkeit überprüft
- Stressbedingte psychische Erkrankungen werden um 30% reduziert.

**A-5; SP Kanton St. Gallen: Umformulierung Massnahme a)**

*Neu:* „Die SP fordert Bundesrat und Parlament zur Formulierung nationaler Gesundheitsziele auf, die für die Kantone verbindlich sind.“

*Begründung:* Eine Massnahme kann nur im Bereich der eigenen Handlungskompetenz ergriffen werden. Die Forderung (die wir teilen) richtet sich an Bundesrat und Parlament, es besteht aber keine Garantie, dass diese sie umsetzen werden, wie es die ursprüngliche Formulierung suggeriert.

**Empfehlung der Geschäftsleitung: Annahme**

- b) Umwandlungen von öffentlichen Spitälern in Aktiengesellschaften sowie weitere Privatisierungsvorlagen werden von der SP mit Referenden bekämpft. (In mehreren Fällen waren Abstimmungen in den letzten Jahren erfolgreich, zum Beispiel in den Kantonen Zürich und Tessin. Konkrete Privatisierungspläne gibt es zum Beispiel in den Kantonen Aargau, beiden Basel und Zürich.)

**A-6; SP Kanton Tessin: Ergänzung mit neuer Massnahme**

*Neu:* Die SP Schweiz unterstützt die kantonalen Parteien beim Überprüfen der Möglichkeit, Initiativen zur Stärkung der öffentlichen Gesundheitsversorgung zu lancieren. Diese können beispielsweise zum Ziel haben, dass für die Aufnahme eines Institutes auf die kantonalen Spitalliste strenge Qualitäts- und Sicherheitsstandards, ein angemessenes Angebot an Ausbildungsplätzen und fortschrittliche Arbeitsbedingungen gewährleistet sein müssen. Auch können die Initiativen dahingehen, dass die medizinische Grundversorgung flächendeckend und kapillar garantiert ist und Ausbildungsplätze für Hausärzte geschaffen werden.

**Empfehlung der Geschäftsleitung: Modifizierte Annahme**

**Begründung:** Die Geschäftsleitung ist mit den einzelnen Aspekten des Ergänzungsvorschlags einverstanden. Diese sind bereits in anderen Abschnitten genannt, z.B. 5.6 (Kriterien für die Aufnahme auf eine kantonale Spitalliste) oder 5.8 (flächendeckende Gesundheitsversorgung). Folgende Formulierung wird vorgeschlagen, damit der Umfang und die Detaillierung zu den anderen Massnahmen passt.

**Neue Massnahme:** Die SP Schweiz unterstützt die Kantonalparteien bei der Lancierung von Initiativen und Vorstössen zur Stärkung der öffentlichen Grundversorgung.

*Neu: Bund und Kantone erhöhen ihre Beiträge an die Gesundheits-, Betreuungs- und Pflegeleistungen schrittweise.*

**Empfehlung der Geschäftsleitung: Annahme**

### **5.3 Ambulante und stationäre Leistungen auf gleiche Art vergüten**

Weil die Kantone nur im stationären Sektor mitfinanzieren, entsteht die paradoxe Situation, dass Leistungen, die ambulant erbracht werden, die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben. Die Kantone dürfen die Verschiebung von Stationär zu Ambulant nicht als Sparmassnahmen missbrauchen, sondern sie sollen an die ambulante wie an die stationäre Gesundheitsversorgung einen Betrag leisten. Zugleich brauchen sie Steuerungskompetenzen auch im ambulanten Sektor. Die Zulassungssteuerung für Ärzte durch die Kantone hat sich als eine wirksame und machbare Massnahme erwiesen, wie im Bericht des vom 3. März 2017 aufzeigt.

#### **Massnahmen:**

- a) Die stationären und ambulanten Gesundheitsdienste werden durch die öffentliche Hand mitfinanziert.
- b) Die Zulassungssteuerung für Ärzte durch die öffentliche Hand ist definitiv im KVG zu verankern. Um Über- und Unterversorgung zu vermeiden, muss dabei der Beschäftigungsgrad der Leistungserbringer und die Mobilität der Patienten auch über die Kantonsgrenzen hinweg berücksichtigt werden (Botschaft Bundesrat in Vorbereitung).
- c) Es braucht eine einheitliche Regelung für die Steuerung der medizinisch-diagnostischen Geräte (Pa.lv. Carobbio 14.466)

### **5.4 Die Macht der Krankenkassen begrenzen**

Bezahlte Mandate bei Krankenversicherern sind unvereinbar mit der Mitgliedschaft in eidgenössischen Räten, denn die Krankenversicherer nehmen staatliche Aufgaben wahr und sind damit Teil der Verwaltung.

Die Krankenkassen sind nicht für die Gesundheitspolitik zuständig, sondern für die Abwicklung des Versicherungsgeschäfts. Nicht die Versicherer sollen darüber entscheiden, welche Leistungen vergütet werden und welche nicht. Kostengutsprachen müssen nach einheitlichen, fachlich begründeten Kriterien erfolgen und dürfen nicht länger der Willkür einzelner Krankenkassen überlassen bleiben. Lösungsvorschläge für einheitliche und faire Kostenerstattungen liegen bereits seit Jahren vor, sind aber bisher nicht zur Anwendung gekommen.

---

## Massnahmen:

- a) Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen dürfen nicht Mitglieder des eidgenössischen Parlaments sein (Pa.Iv. Steiert 14.445 und Motion Gysi 16.3587).
- b) Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits- und Wirksamkeitsanalysen für Off-Label-Medikamente sowie alle Medikamente und medizinischen Massnahmen, die Kostengutsprachen erfordern, erfolgen durch eine unabhängige Stelle und nach schweizweit einheitlichen Kriterien (Parlamentarische Vorstösse sind geplant).

<b>A-8a; SP Kanton Aargau: Ergänzung mit neuer Massnahme</b>
--

*Neu: Langfristig setzt sich die SP für eine öffentliche Krankenkasse ein.*

**Begründung:** *Leider ist die Abstimmung „Für eine öffentliche Krankenkasse“ 2014 gescheitert. Das Ziel einer öffentlichen Krankenkasse soll von der SP aber auch weiterhin verfolgt werden und als zentrale Forderung im Massnahmenkatalog des Papiers erwähnt werden. Mit einer öffentlichen Krankenkasse könnten viele Probleme innerhalb des Gesundheitssystems, die in diesem Papier angesprochen werden, gelöst werden. Wie bei vielen anderen sozialen Errungenschaften, braucht bei manchen Errungenschaften mehrere Versuche.*

<b>A-8b; Adil Koller (SP Baselland), Philipp Wilhelm (SP Graubünden), Andrea Blättler (SP Bern Nord), Stefan Wittlin (SP Basel-Stadt), Sandra Eichenberger (SP Basel-Stadt), Reto Weibel (SP Basel-Stadt): Ergänzung Einleitung zu Forderung 5.1 und neue Massnahme</b>
---

**Ergänzung in der Einleitung:**

*Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen wird zu einer sozialen Zeitbombe, wenn die Belastung der Haushalte durch die Kopfprämien weiter steigt. Die kantonalen Prämienverbilligungssysteme sind so auszugestalten, dass die Prämienbelastung für alle Haushalte auf höchstens 10% des verfügbaren Einkommens begrenzt ist. Das bedeutet zugleich eine sozialpolitisch erwünschte Verlagerung von der Prämien- auf die Steuerfinanzierung. Gleichzeitig muss endlich verhindert werden, dass der nutzlose Pseudo-Wettbewerb in der Grundversicherung die Prämien weiter in die Höhe treibt. Statt des heutigen Wildwuchses an privaten Krankenkassen braucht es dazu künftig eine öffentliche Gesundheitskasse auf kantonaler oder nationaler Ebene.*

**Neue Massnahme:** *Die SP setzt sich kurzfristig für die Einführung kantonalen Gesundheitskassen ein und arbeitet langfristig auf die Einführung einer einheitlichen öffentlichen Gesundheitskasse auf nationaler Ebene hin.*

**Begründung:** *Die Diskussion und Forderung zu kantonalen Gesundheitskassen ist bereits in einigen Kantonen angelaufen und wäre als eine kurzfristige Massnahme sehr sinnvoll und umsetzbar. Gleichzeitig haben neue Umfragen gezeigt, dass eine öffentliche Gesundheitskasse auf immer breitere Zustimmung stösst. Die SP sollte diese langjährige Forderung unbedingt weiter beibehalten und propagieren.*

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** Annahme A-8a, Ablehnung A-8b

**Begründung:** Wie in der Einleitung erwähnt, geht es nicht darum, die Forderung nach einer öffentlichen Krankenkasse fallenzulassen. Im vorliegenden Papier soll die Problematik der Erhöhung der Gesundheitskosten beleuchtet, deren wichtigste Faktoren bestimmt und entsprechende Massnahmen vorgeschlagen werden. In den Augen der Geschäftsleitung ist es zentral, den Schwerpunkt auf die jüngsten Entwicklungen im Gesundheitssystem zu legen, insbesondere auf die Auswirkungen der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012, was bisher in keinem Dokument der SP behandelt wurde. Die aus der Analyse hervorgehende Hauptthese besagt, dass die Konkurrenz unter den Leistungserbringern den wichtigsten Kostenfaktor darstellt (vgl. auch Kap. 4.2 der Analyse). In diesen Bereichen scheint es deshalb wichtig, mehr oder weniger dringende Massnahmen vorzuschlagen, um die Explosion der Krankenkassenprämien zu stoppen. Das Vorgehen besteht in gewisser Weise auch darin, einen der Hauptkritikpunkte aufzunehmen, die sich in der Analyse des Ergebnisses der Initiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» 2014 zeigten: Die Bevölkerung glaubte nicht an die Möglichkeit, mit einer öffentlichen Kasse die Prämienhöhung bremsen zu können. Dennoch ist auch die Geschäftsleitung der Ansicht, dass die schädliche Konkurrenz zwischen den Krankenkassen ein Problem bleibt und die im Antrag formulierte Forderung durchaus einen Platz im Rahmen dieses Papiers finden kann, das ja genau die Problematik des Wettbewerbs behandelt. Die Geschäftsleitung möchte sich der Formulierung des Antrags A-8a anschliessen. Der Ansatz des vorliegenden Papiers ist eine stärkere Harmonisierung und Standardisierung im Gesundheitsbereich und nicht mehr Föderalismus. Dieser Ansatz gilt auch für das Anliegen der Einführung einer nationalen öffentlichen Krankenkasse. Die Geschäftsleitung steht dem Anliegen, die Einführung kantonaler Kassen ohne nationale Perspektiven zu priorisieren, aus diesem Grund kritisch gegenüber.

**A-9; SP Kanton St. Gallen: Ergänzung**

**Antrag:** *Als zusätzliche Forderung der SP Schweiz gehören die Zerschlagung des heutigen Systems privater konkurrierender Krankenkassen und die Schaffung einer öffentlichen Krankenversicherungsanstalt in das Grundlagenpapier.*

**Begründung:** *Für die Begründung können wir auf unseren ersten Antrag zur Ergänzung des Papiers verweisen. Auch bei dieser Forderung sind wir dagegen, dass eine Forderung einfach fallengelassen wird, nur weil man eine Niederlage in einer Volksabstimmung zum Thema hinnehmen musste. Vielmehr muss die nach wie vor richtige Forderung Bestandteil unseres Forderungskataloges bleiben und zu gegebenem Zeitpunkt wieder mit den angemessenen politischen Mitteln verfolgt werden.*

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** modifizierte Annahme zugunsten A-8a

---

## 5.5 Kantonsübergreifend steuern und Kosten kontrollieren

St. Gallen und Waadt sind Beispiele dafür, dass es gut funktionieren kann, wenn die Kantone das Heft in der Hand behalten. St. Gallen verfolgt bereits seit 2003 eine Netzwerkstrategie. Diese beinhaltet eine wohnortnahe Grundversorgung in neun öffentlichen Regionalspitälern und eine zentrale Versorgung mit spezialisierten Angeboten, die durch das Kantonsspital sowie über Leistungsverträge sichergestellt werden. Der Kanton Waadt konnte mit einem Globalbudget, verbunden mit klaren Leistungsaufträgen, die Wirtschaftlichkeit in seinen Spitälern verbessern und die schädliche Mengenausweitung stoppen. Nur vier Kantone, nämlich Luzern, Schwyz, Wallis und Waadt, nehmen bisher auf ihrem Gebiet überhaupt Bedarfsanalysen für die Versorgungsplanung vor.

### Massnahmen:

Statt 26 kantonaler Spitalplanungen braucht es eine kantonsübergreifende Bedarfsplanung und Steuerung der Gesundheitsversorgung. Als Steuerungsinstrumente dienen Richtlinien zur Sicherung der Indikationsqualität, kombiniert mit Globalbudgets. So lässt sich verhindern, dass unnötige Leistungen erbracht werden, die hohe Kosten verursachen und den Patientinnen Schaden zufügen. Zugleich wird Rationierung ausgeschlossen, indem der Bestand an Personal und Infrastruktur erhalten bleibt (Parlamentarische Vorstösse sind geplant).

**A-10; Bea Heim: Umformulierung Massnahme**

*Neu: Statt 26 kantonaler Spitalplanungen braucht es kantonsübergreifende Bedarfsplanungen und Steuerungen zur Sicherung einer bedarfsgerechten und qualitativ guten Gesundheitsversorgung wie auch zur Kostendämpfung. Als Steuerungsinstrumente dienen Richtlinien für eine integrierte Versorgung und eine indikations- und ergebnis-orientierte Qualitätsstrategie. Mit Transparenzvorgaben soll die Behandlungsqualität gefördert und über Globalbudgets die Kosteneffizienz verbessert werden. So lassen sich unnötige Leistungen und Risiken verhindern, die hohe Kosten verursachen und den Patientinnen und Patienten Schaden zufügen. Zugleich wird der Rationierung und dem Personalabbau der Riegel geschoben.*

**Empfehlung der Geschäftsleitung: Annahme**

## 5.6 Kriterien für die Aufnahme auf eine Spitalliste definieren

Der Bund muss Kriterien definieren für die Aufnahme von Spitälern auf die kantonalen Spitallisten. Dazu gehört, dass die Spitäler einen jährlichen Qualitätsbericht nach einheitlichen Standards erstellen. Weiter müssen Listenspitäler einen Mindestanteil an allgemeinversicherten Patienten aufnehmen, und sie müssen faire Arbeitsbedingungen garantieren. Und schliesslich braucht es eine Bedürfnisklausel für teure medizinisch-technische Geräte.

---

**A-11; SP Kanton Aargau: Abänderung eines Satzes in der Einleitung**

Alt: [...]und sie müssen faire Arbeitsbedingungen garantieren.

Neu: [...]und das Personal muss einem Gesamtarbeitsvertrag unterstellt sein.

**Begründung:** Die Floskel „faire Arbeitsbedingungen“ definiert in keiner Art und Weise, die genauen Arbeitsbedingungen. Auch der Wortlaut „akzeptable Arbeitsbedingungen für das Personal“ in der Parlamentarische Initiative 16.472 ist nur bedingt zufriedenstellend. Es lässt viel Platz zum Interpretieren und dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin und viel Spielraum bei den Anstellungsverhältnissen. Wenn wir dem Personal wirklich **gute** Arbeitsbedingungen bieten möchten, ist die Regelung über einen GAV und der Miteinbezug der Gewerkschaften unverzichtbar. Daher sollten wir wenigstens im einleitenden Text darauf hinweisen.

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** modifizierte Annahme

**Begründung:** Für das Personal in öffentlichen Spitälern gilt oftmals das Personalrecht der öffentlichen Verwaltung. Gesamtarbeitsverträge werden dann notwendig, wenn ein öffentlich-rechtlich organisierter Betrieb in eine private Rechtsform wie z.B. eine Aktiengesellschaft umgewandelt wird. Zudem wird das Arbeitsgesetz für Ärztinnen und Ärzte oft nicht eingehalten. Die Geschäftsleitung schlägt folgende Formulierung vor:

**Neu:** [...] und das Personal muss entweder öffentlichem Personalrecht oder einem Gesamtarbeitsvertrag unterstellt sein. Das Arbeitsgesetz muss strikt eingehalten werden.

**Massnahmen:**

Pa.lv. Carobbio 16.472:

Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) werden Minimal Kriterien für die Aufnahme von Spitälern in die kantonalen Spitalisten festgelegt, die die folgenden Punkte berücksichtigen:

1. Qualität der angebotenen Leistungen gemäss einheitlichen Normen auf der Grundlage eines jährlichen Qualitätsberichtes;
2. Mindestanzahl an allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten;
3. akzeptable Arbeitsbedingungen für das Personal;
4. ausreichende Anzahl an Ausbildungsplätzen;
5. Bedürfnisklausel für die Anschaffung und Einrichtung von teuren medizinischen Geräten.

---

**A-12; Juso: Ergänzung Massnahme Punkt 3**

*Neu: 3) akzeptable Arbeitsbedingungen für das Personal **und die strikte Einhaltung des Arbeitsgesetzes***

***Begründung:** Unser Gesundheitssystem überlebt dank einer Ausbeutung der Arbeitskräfte im Gesundheitsbereich. 70 Prozent der Spitäler respektieren das eidgenössische Arbeitsgesetz nicht, insbesondere bei den AssistenzärztInnen. Die SP ist die Partei, welche gegen diese Ausbeutung kämpfen muss und auf eine strikte Einhaltung des Arbeitsgesetzes drängen muss. Wir müssen für die Einhaltung des Arbeitsgesetzes eintreten und den 60 Stunden Arbeitswochen im Gesundheitsbereich ein Ende setzen.*

***Mitunterzeichnende:** Brice Touilloux, Luana Schena, Timothy Oesch, Dario Engelo, Daria Vogrin, Tamara Funicello, Joelly Brütsch, Nina Hüsler, Ronja Jansen, Julia Baumgartner, Lewin Lempert*

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** modifizierte Annahme zugunsten A-11

## **5.7 Neue Vergütungs- und Versorgungsmodelle fördern**

Die Tarife TARMED und SwissDRG setzen falsche Anreize: Sie begünstigen schädliche Überversorgung und Patientenselektion. Integrierte Angebote für chronisch Kranke, interprofessionelle Zusammenarbeit und regionale Gesundheitszentren mit stationären und ambulanten Angeboten sollen gefördert, vernetzt und weiterentwickelt werden. Es braucht Vergütungs- und Versorgungsmodelle, die Kooperation, Koordination und Prävention stärken und es erleichtern, die Versorgungsform (z.B. stationär oder ambulant, Pflegeheim oder Reha) den individuellen Bedürfnissen der Patienten anzupassen. Alle Tarife müssen auch in Zukunft von den Behörden genehmigt werden.

### **Massnahmen:**

- a) TARMED und SwissDRG sind laufend anzupassen, so dass Anreize für eine patientenorientierte Medizin und Pflege verstärkt werden. Die Hausarztmedizin (im TARMED) und eine gute Spitalversorgung für besonders vulnerable Patientinnen (in SwissDRG) sollen gestärkt werden.
- b) Kantone und Gemeinden fördern regionale, interprofessionelle Gesundheitsnetze.

**A-13; SP Kanton Tessin: Ergänzung in Massnahme b)**

*Neu: Kantone und Gemeinden fördern regionale, interprofessionelle und flächendeckende Gesundheitsnetze.*

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** Annahme

**A-14; Juso: Ergänzung in Einleitung und Anpassungen in Massnahme a)**

**Ergänzung in Einleitung:** Die Tarife TARMED und SwissDRG setzen falsche Anreize: Sie begünstigen schädliche Überversorgung und Patientenselektion. **Sie fördern die Gewinne der privaten Kliniken und treiben die Verschuldung von öffentlichen Spitälern voran. Somit sind sie die Wegbereiter einer Abbaupolitik und einer Schwächung des Service Public.** Integrierte Angebote für chronisch Kranke, inter- professionelle Zusammenarbeit und regionale Gesundheitszentren mit stationären und ambulanten Angeboten sollen gefördert, vernetzt und weiterentwickelt werden. Es braucht Vergütungs- und Versorgungsmodelle, die Kooperation, Koordination und Prävention stärken und es erleichtern, die Versorgungsform (z.B. stationär oder ambulant, Pflegeheim oder Reha) den individuellen Bedürfnissen der Patienten anzupassen. Alle Tarife müssen auch in Zukunft von den Behörden genehmigt werden.

**Massnahmen:**

- a) ~~TARMED und SwissDRG sind~~ ist laufend anzupassen, so dass Anreize für eine patientenorientierte Medizin und Pflege verstärkt werden. Die Hausarztmedizin (im TARMED) ~~und eine gute Spitalversorgung für besonders vulnerable Patientinnen (in SwissDRG)~~ soll gestärkt werden. **Das System SwissDRG muss abgeschafft und durch ein alternatives Finanzierungssystem ersetzt werden, bei welchem die einzelnen Tage eines Krankenhausaufenthalts abgerechnet werden (analog zur Psychiatrie).**
- b) Kantone und Gemeinden fördern regionale, interprofessionelle Gesundheitsnetze.

**Begründung:** Die Logik des SwissDRG ist doppelt gesundheitsschädlich: Es wird immer das private Gesundheitssystem gefördert, weil die privaten Spitäler ihre Fälle auswählen können und somit die „guten“ Fälle nehmen, während die öffentlichen Spitäler die Risikofälle nehmen müssen. SwissDRG führt dazu, dass die Spitäler ihre PatientInnen möglichst schnell wieder entlassen, da ein etwas längerer Spitalaufenthalt keine Vergütung durch die Versicherungen gibt. Darum sollte sich die SP gegen dieses System, welches die Reichen bevorzugt und eine Zwei-Klassen-Medizin begünstigt, stellen.

Mitunterzeichnende: Brice Touilloux, Luana Schena, Timothy Oesch, Dario Engelo, Daria Vogrin, Tamara Funicello, Joelly Brütsch, Nina Hüsler, Ronja Jansen, Julia Baumgartner, Lewin Lempert

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** Ablehnung

**Begründung:** Es ist richtig, dass SwissDRG einer «Wettbewerbslogik» entstammt. Das Hauptproblem ist der Zwang zur Erzielung von Gewinnen, der daraus resultiert, dass die Investitionen aus den Fallpauschalen refinanziert werden müssen. Dies wird im Abschnitt 5.10 thematisiert und als Massnahme wird gefordert, dass die Investitionen wieder durch die Kantone finanziert werden müssen. Ein Wechsel zu

---

Tagespauschalen würde neue und andere Probleme schaffen, wie z.B. Anreize zu einer Verlängerung der Aufenthaltsdauer in den Spitälern.

## 5.8 Eine flächendeckende Grundversorgung erhalten

Ärztennetze und Gruppenpraxen sind ein sinnvolles Mittel gegen den sich abzeichnenden Hausärztemangel. Sie ermöglichen es einer jüngeren und weiblicheren Generation von Ärzten, Hausarztmedizin zu betreiben, auch in ländlichen Regionen und ohne gleich an sieben Tage pro Woche während 24 Stunden verfügbar sein zu müssen. Zur Grundversorgung gehören auch Regionalspitäler, Spitex, Therapien, soziale Dienste, Angehörige und Freiwillige. Sie alle brauchen Strukturen und öffentliche Unterstützung. Gewinnorientierte Gesundheitszentren dagegen verstärken die medizinische Überversorgung an Orten, wo bereits ein genügendes Angebot vorhanden ist.

*A-15; Fabian Molina, Lukas Peter: Ergänzung*

*Neu: Zur Grundversorgung gehören auch Regionalspitäler, Spitex, Therapien, soziale Dienste, Angehörige und Freiwillige sowie eine umfassende Beratung und Koordination.*

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** Annahme

### Massnahmen:

- a) Die Rolle der Pflege und anderer Gesundheitsberufe ist zu stärken, z.B. indem entsprechend ausgebildete Gesundheitsfachleute («Advanced Practice») ohne ärztliche Verordnung mit der Krankenversicherung abrechnen können (Direktzugang)
- b) Die SP begrüsst die 2017 lancierte Pflegeinitiative des Berufsverbands der Pflegenden SBK. Die Initiative verlangt die Anerkennung und Förderung der Pflege und eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung.
- c) Es braucht eine Bedürfnisklausel für ambulante Leistungserbringer (s. Abschnitt 5.3)

*A-16; Fabian Molina, Lukas Peter: Ergänzung mit neuer Massnahme*

*Neu: Jede Versicherte Person soll eine Persönliche Gesundheitsstelle<sup>1</sup> benennen können, deren Leistungen von der Krankenversicherung übernommen werden.*

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** Annahme

---

<sup>1</sup> Mehr Information zum Modell <http://www.sgb.ch/themen/sozialpolitik/gesundheitspolitik/artikel/details/modell-persoeliche-gesundheitsstelle-pgs-ein-idealer-vorschlag-zur-reform-der-gesundheitspolitik/>

**A-17; Fabian Molina, Lukas Peter: Ergänzung mit neuer Massnahme**

*Neu: Förderung quaternärer und demokratischer Gesundheitszentren, wie z.B. GemeinschaftsGesundheitscommons, die medizinisches Wissen, Pflege, Betreuung und Selbsthilfe vereinigen.*

**Empfehlung der Geschäftsleitung: Annahme**

**A-18; SP60+: Ergänzung mit neuer Massnahme**

*Neue Massnahme d): Die SP Schweiz wird beauftragt, einen gleichwertigen Bericht zu den Auswirkungen des Wettbewerbes und der Privatisierung auf den Langzeitbereich (Heime und Spitex) auszuarbeiten. Der Bericht muss auch auf die wirtschaftliche Bedeutung der pflegenden Angehörigen bzw. des betreuenden Umfeldes eingehen.*

**Begründung:**

- *Die Strategie der Privatisierung von Institutionen hat auch den Bereich der Langzeitpflege erreicht.*
- *Die Auswirkungen der neuen Pflegefinanzierung müssen aus der Sicht der SP Schweiz analysiert werden.*
- *Seit der Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung steigt der finanzielle Druck auf die Institutionen der Langzeitpflege was eine Verlagerung der Kosten auf die Bewohner zur Folge hat.*
- *Die Restfinanzierung der Kantone führt dazu dass die effektiven Kosten für Pflege- und Betreuungsleistungen nicht mehr gedeckt sind.*
- *Die Leistungen der pflegenden Angehörigen (bzw. des Umfeldes) werden zwar gewünscht und sind für die Pflege zu Hause unersetzlich. Deren wirtschaftlicher Bedeutung wird jedoch nicht Rechnung getragen.*
- *Eine wirksame Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens muss auch für den Bereich der Langzeitpflege angestrebt werden.*

**Empfehlung der Geschäftsleitung: Annahme**

**Begründung:** Wie die Geschäftsleitung in der Einleitung dieses Papiers ausführt, wird sich die SP in den kommenden Monaten dem Thema der Langzeitpflege widmen. Sowohl die Form als auch die Ressourcen bleiben dabei zu klären.

## **5.9 Mit Prämien Gesundheitsleistungen statt Profite bezahlen**

Gewinne aus dem Betrieb von Spitälern und ambulanten Praxen, die sich über obligatorische Krankenkassenprämien und Steuern finanzieren, sind an die Versicherten und die öffentliche Hand zurückzubezahlen. Ausgenommen sind Reinvestitionen in den Betrieb, Qualitätsmassnahmen und Koordinationsleistungen. Es dürfen aus diesen Gesundheitsbe-

---

trieben insbesondere keine leistungsabhängigen Boni und keine Dividenden an Shareholder ausbezahlt werden. Die Löhne der Spital- und Krankenkassen-Manager sind nach oben zu begrenzen

### **Massnahmen:**

- a) Im KVG sind klare Regeln für den Einsatz von Prämien- und Steuergeldern festzulegen: Allfällige Gewinne von Gesundheitsinstitutionen bleiben im Betrieb und werden reinvestiert. Es dürfen keine Gewinnbeteiligungen ausbezahlt werden (Parlamentarische Vorstösse sind geplant).
- b) Die Löhne in den Chefetagen der Krankenkassen und Gesundheitsanbieter, die sich über OKP-Prämien und Steuergelder finanzieren, müssen nach oben begrenzt werden und dürfen zum Beispiel die Höhe eines Bundesratslohns nicht überschreiten (Postulat Carobbio 16.3617).

### **5.10 Investitionen der Spitäler öffentlich finanzieren**

Weil aus den SwissDRG-Pauschalen auch die Investitionen bezahlt werden müssen, sind alle Listenspitäler dazu gezwungen, Renditen zu erzielen. Der Gewinndruck verleitet zu teuren «Wettrüsten» und heizt so das Wachstum der Gesundheitsausgaben weiter an. Die Investitionen sollen deshalb wieder öffentlich gesteuert und nicht aus den DRG-Fallpauschalen finanziert werden.

### **Massnahmen**

Die Investitionen der öffentlichen Spitäler, die heute in den SwissDRG-Pauschalen enthalten sind, müssen wieder durch die Kantone finanziert werden.

### **5.11 Besitzverhältnisse entflechten**

Der Betrieb von Gesundheitseinrichtungen gehört in die Hände von entsprechend qualifizierten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen. Krankenkassen dürfen keine ambulanten Gruppenpraxen betreiben. Spitäler sollen ambulante Praxen betreiben, wenn sie der Grundversorgung dienen, etwa in ländlichen Regionen, aber nicht zum Zweck der Patientenselektion. Es darf aber auch nicht sein, dass Ärztinnen, Pflegende und Therapeuten mit unnötigen und überflüssigen Leistungen auf Kosten der Allgemeinheit Geld verdienen können.

### **Massnahmen**

- a) Krankenkassen und andere kommerzielle Investoren dürfen keine Gruppenpraxen führen (Parlamentarische Vorstösse sind geplant).
- b) Bonuszahlungen an Spitalärzte für die Erreichung von Mengenzielen oder die Rekrutierung spezifischer Patientengruppen sind zu unterbinden (Postulat Heim 16.4120)
- c) Unethische Praktiken wie z.B. Zahlungen für die Überweisung von Patientinnen sind zu unterbinden (Postulate Heim 15.3061 und Hardegger 15.3062)

---

## 5.12 Mitbestimmung von Patientinnen und Gesundheitspersonal verstärken

Profitgesteuerte Managemententscheide bringen in der Gesundheitsversorgung keine sinnvollen Resultate. Sie wirken sich im Gegenteil negativ auf die Patienten und das Gesundheitspersonal aus. Es braucht mehr öffentliche und nicht-profitorientierte Investitionen ins Gesundheitswesen und mehr Mitsprache seitens der Patientinnen und des Personals – auch über Investitionsentscheide. Die Entscheidungsfindung über den Nutzen medizinischer Leistungen muss von Patienten, Angehörigen, Ärztinnen und Gesundheitspersonal gemeinsam und nach transparenten Kriterien erfolgen.

### Massnahmen

- a) In den Leitungsgremien (Verwaltungsräten) von prämierten- und steuerfinanzierten Spitälern und Gesundheitsinstitutionen braucht es Vertretungen von Gesundheitspersonal und Patientinnen (Parlamentarische Vorstösse sind geplant)
- b) Die Löhne und Anstellungsbedingungen des Personals von prämierten- und steuerfinanzierten Gesundheitsbetrieben müssen die Standards öffentlicher Betriebe erfüllen.

**A-19; SP Kanton Aargau: Änderung Massnahme b)**

*Neu:* Die Löhne und Anstellungsbedingungen des Personals von prämierten- und steuerfinanzierten Gesundheitsbetrieben müssen über einen Gesamtarbeitsvertrag geregelt werden.

*Begründung:* s. Begründung A-11

**Empfehlung der Geschäftsleitung:** modifizierte Annahme

**Begründung:** s. Begründung A-11. Die Geschäftsleitung schlägt folgende Formulierung vor:

Die Löhne und Anstellungsbedingungen des Personals von prämierten- und steuerfinanzierten Gesundheitsbetrieben müssen die Standards öffentlicher Betriebe erfüllen oder über einen Gesamtarbeitsvertrag geregelt werden.

**A-20; Juso: neue Forderung mit Massnahmen als Ergänzung**

*Neu:*

### **5.13: Förderung einer transparenten und öffentlichen Forschung**

*Ein grosser Teil der medizinischen Forschung in der Schweiz wird durch den privaten Sektor finanziert, insbesondere durch die Pharmabranche. Diese Forschung ist vor allem auf die Erprobung von neuen Medikamenten oder die Verwendung von alten Medikamenten für neue Indikationen ausgerichtet. Wir erleben daher eine Vermehrung von Medikamenten ohne reelle Verbesserung der Gesundheit. Die private Forschung ist bei schweizerischen Forschungspublikationen führend. Der Bund muss mehr öffentliche Gelder für die Forschung – insbesondere auch für die*

---

*nicht auf der Entwicklung von Medikamenten basierten Forschung – aufwenden und sollte beispielsweise auch die Präventivmedizin verteidigen. Ausserdem sollte eine höhere Transparenz und Aufklärung geschaffen werden bei der Ärztinnen- und Ärzteschaft und beim Pflegepersonal.*

***Massnahmen:***

- a) Die ÄrztInnen müssen ihre Verstrickungen mit der Pharmabranche und die diversen Forschungsprojekte, bei welchen sie dabei sind, offenlegen. Dies insbesondere auch gegenüber den PatientInnen.*
- b) Ein neues Medikament darf in der Schweiz nicht zum Verkauf freigegeben werden, wenn es nicht effizienter als das Standard-Medikament ist. Wenn dieser Beweis nicht erbracht werden kann, dann darf das Medikament nur verkauft werden, wenn dessen Preis 20% tiefer ist als derjenige des Standard-Medikaments.*
- c) Der Bund erhöht die Ressourcen des Schweizerischen Nationalfonds (SNF).*

*Mitunterzeichnende: Brice Touilloux, Luana Schena, Timothy Oesch, Dario Engelloch, Daria Vogrin, Tamara Funciello, Joelly Brütsch, Nina Hüsser, Ronja Jansen, Julia Baumgartner, Lewin Lempert*

<b>Empfehlung der Geschäftsleitung:</b> Annahme
---

## GLOSSAR

Ambulant und Stationär	Als ambulant gelten alle Behandlungen, die nicht mit einer oder mehreren Übernachtungen im Spital verbunden sind, also z.B. in der Arztpraxis oder im der Poliklinik. Wenn mindestens eine Nacht im Spital verbracht wird, handelt es sich um einen stationären Aufenthalt. Auch in der Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege gibt es stationäre oder ambulante Angebote. Die Aufteilung der Finanzierung zwischen Kanton, Krankenkasse und Patientin verändert sich, je nachdem, ob eine Behandlung stationär oder ambulant erfolgt (→Finanzierungsschlüssel).
Finanzierungsschlüssel	An der Finanzierung stationärer Spitalaufenthalte beteiligt sich der Kanton, nach Abzug von Selbstbehalt und Franchise, mit 55%, die Krankenkasse (Grundversicherung) mit 45%. Ambulante Arzt- und Spitalkosten werden zu 100% durch die Krankenkasse bezahlt. Das bedeutet, dass eine ambulante Behandlung, obwohl insgesamt günstiger, die Prämienzahlenden oftmals teurer zu stehen kommt als ein Spitalaufenthalt. In der Langzeitpflege und bei der Spitex gelten nochmals andere Finanzierungsschlüssel mit einem deutlich höheren Beitrag der Pflegebedürftigen.
Hausarztmodell	Wer in einem Hausarztmodell versichert ist, verpflichtet sich, immer zuerst die Hausärztin aufzusuchen und nicht direkt z.B. zu einem Spezialarzt zu gehen.
HMO-Modell	Wer in einem HMO-Modell versichert ist, lässt sich in einer Gruppenpraxis behandeln oder bei Ärztinnen und Ärzten, die sich in einem Versorgungsnetz zusammenschlossen haben.
Integrierte Versorgung	Integrierte Versorgung will die Kooperation zwischen den verschiedenen Anbietern von Gesundheitsleistungen verstärken. Diese schliessen sich in Versorgungsnetzen zusammen. Dabei koordiniert eine Instanz, in der Regel die Hausärztin oder der Hausarzt, den gesamten Versorgungsprozess. Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit in Versorgungsnetzen ist die Qualitätssicherung. Dies kommt vor allem chronisch und mehrfach kranken PatientInnen zugute.
Spitalfinanzierung	Seit 1. Januar 2012 gilt in der Schweiz eine neue Regelung für die Spitalfinanzierung. Sie beinhaltet unter anderem den →Finanzierungsschlüssel, die Spitalplanung durch die Kantone, die Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern, die freie Spitalwahl und die Fallpauschalen →SwissDRG. Aus den Fallpauschalen müssen die Spitäler neben den medizinischen und pflegerischen Leistungen auch ihre Neubauten und weitere Investitionen finanzieren. Somit müssen sie auch Gewinne erzielen.
SwissDRG	Seit dem 1. Januar 2012 rechnen die Spitäler über das neue Tarifsysteem SwissDRG ab (DRG = Diagnosis Related Groups). Die Patientinnen werden aufgrund ihrer Diagnosen sowie weiterer Merkmale wie z.B. Alter, Geschlecht, Schweregrad ihrer Krankheit, etc., in Fallgruppen eingeteilt. Pro Fallgruppe wird ein bestimmter Preis, die Fallpauschale, festgelegt. Die Spitäler haben mit DRG Anreize zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Spital und zur Behandlung möglichst vieler Patienten.
TARMED	Die ambulant tätigen Ärzte rechnen schweizweit über den Tarif TARMED ab. Es handelt sich um einen Einzelleistungstarif, was bedeutet, dass das Einkommen der Ärztinnen steigt, wenn sie mehr und aufwändigere Untersuchungen und Behandlungen vornehmen.