

POSITIONSPAPIER SP SCHWEIZ

TEURER WETTBEWERB

Für ein starkes öffentliches Gesundheitswesen

Verabschiedet an der Delegiertenversammlung
vom 24. Juni 2017 in Freiburg



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1. Einleitung	4
2. Wo Gesundheit zum Geschäft wird, wird es teuer	5
2.1 Patienten sind out, Kunden sind in.....	5
2.2 Wettbewerb ist ein Kostentreiber.....	5
2.3 Das Personal zahlt die Zeche.....	6
2.4 Das Gesundheitswesen ist Service public.....	7
3. Die Gesundheitslandschaft Schweiz verändert sich	7
3.1 Die neue Spitalfinanzierung zeigt erste Folgen.....	7
3.2 Gewinne müssen her.....	8
3.3 Investoren entdecken die Gesundheit als Geschäft.....	9
3.4 Mit Gruppenpraxen rekrutiert man lukrative Patientinnen.....	9
3.5 Gruppenpraxen sind erwünscht, aber nicht unbedingt günstiger.....	10
3.6 Die Kantone sind im Clinch.....	11
3.7 Privatisierung verteuert das Gesundheitswesen.....	11
4. Die Kosten steigen, aber nicht alle spüren davon gleich viel	12
4.1 Die Prämien wachsen überdurchschnittlich.....	13
4.2 Hier fällt das Kostenwachstum ins Gewicht.....	15
4.3 Die Finanzierungslast ist ungleich verteilt.....	17
4.4 Die Prämienzahlenden tragen die Hauptlast.....	18
5. Forderungen	18
5.1 Prämienlast für die Haushalte begrenzen.....	18
5.2 Das öffentliche Gesundheitswesen stärken.....	18
5.3 Ambulante und stationäre Leistungen auf gleiche Art vergüten.....	19
5.4 Die Macht der Krankenkassen begrenzen.....	19
5.5 Kantonsübergreifend steuern und Kosten kontrollieren.....	20
5.6 Kriterien für die Aufnahme auf eine Spitalliste definieren.....	20
5.7 Neue Vergütungs- und Versorgungsmodelle fördern.....	21
5.8 Eine flächendeckende Grundversorgung erhalten.....	21
5.9 Mit Prämien Gesundheitsleistungen statt Profite bezahlen.....	22
5.10 Investitionen der Spitäler öffentlich finanzieren.....	22
5.11 Besitzverhältnisse entflechten.....	23
5.12 Mitbestimmung von Patientinnen und Gesundheitspersonal verstärken.....	23
5.13 Förderung einer transparenten und öffentlichen Forschung.....	24
6. Glossar	24
7. Literatur und Quellen	25
8. Abbildungsverzeichnis	26

ZUSAMMENFASSUNG

In der gesundheitspolitischen Landschaft der Schweiz gibt es einen starken Trend in Richtung Wettbewerb und Privatisierung. Der Trend ist grösstenteils auf die neue Spitalfinanzierung zurückzuführen. Weil die Fallpauschalen (SwissDRG) auch die Investitionen abdecken müssen, sind private wie auch öffentliche Spitäler gezwungen, Überschüsse zu erzielen. Sie sind einem verstärkten Wettbewerb ausgesetzt und müssen im «Gesundheitsmarkt» bestehen. Zudem gibt es zunehmend Fehlanreize, die beispielsweise zu unnötigen Operationen führen. Zu viele Menschen müssen vorzeitig in ein Pflegeheim eintreten, weil sie früher aus dem Spital entlassen werden und Rehabilitationsaufenthalte nicht finanziert werden. Das ist menschlich und volkswirtschaftlich bedenklich.

Leidtragende sind die Patientinnen und Patienten, die hohe Kosten und geringe Erträge bringen: betagte, chronisch, psychisch, mehrfach kranke und mittellose Menschen sowie alle, die am Rand der Gesellschaft stehen. Wettbewerbsdruck führt zu einer Medizin zweiter Klasse für diese wenig attraktiven Patientinnen¹, um die sich die öffentliche Hand kümmern müssen. Dagegen geniessen privatversicherte, fitte, integrierte und pflegeleichte Patienten einen ausgezeichneten Service im Spital und in der ambulanten Praxis.

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen macht einige Investoren reich und lässt die Krankenkassenprämien in die Höhe schnellen. Die ambulante Medizin weist hohe Wachstumsraten auf, nicht nur zum Nutzen der Patienten, sondern ebenso zum Nutzen der Spitäler, die sich über ambulante Gruppenpraxen den Zugang zu einer lukrativen Kundschaft sichern. Weil im ambulanten Bereich die Krankenkassen die vollen Kosten begleichen müssen, schlägt das Wachstum hier direkt auf die Krankenkassenprämien durch. So steigen die Prämien deutlich schneller als die Gesamtkosten im Gesundheitswesen, und so finanzieren die Prämienzahlenden Gewinnausschüttungen für Investoren und Boni für Ärztinnen, die mehr als nötig operieren. Unter der steigenden Prämienlast haben vor allem Haushalte des Mittelstands mit Kindern zu leiden.

Insgesamt zeigt die vorliegende Analyse, dass Wettbewerb im Gesundheitswesen die Kosten in die Höhe treibt. Er führt zu Überversorgung, wo Renditen winken und zu Unterversorgung, wo finanzielle Anreize fehlen. Dort, wo die öffentliche Hand am richtigen Ort regulierend eingreift, ist die Gesundheitsversorgung näher bei der Bevölkerung, effizienter und günstiger. Gefordert wird eine Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Finanzierung, eine wirksame Qualitätsstrategie, Kostenkontrolle, neue Kriterien für die Aufnahme auf die Spitallisten und mehr Mitbestimmung für das Gesundheitspersonal und die Patientinnen. Die stationäre und ambulante Grundversorgung muss flächendeckend erhalten bleiben. Am dringlichsten ist eine Begrenzung der Prämienlast auf höchstens 10 Prozent des verfügbaren Haushalteinkommens.

¹ Zwecks besserer Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen meist entweder die weibliche und männliche Form verwendet. Es sind jeweils alle Geschlechter gemeint.

1. EINLEITUNG

Das schweizerische Gesundheitssystem gilt gemeinhin als eines der besten weltweit. Es ist indessen voll im Umbruch begriffen. Die zahlreichen Herausforderungen vor allem im Zusammenhang mit der demographischen Alterung werfen noch und noch Fragen auf zu den Kostenfolgen dieses Phänomens und deren Rückwirkungen auf die Krankenkassenprämien. Genau gleich verhält es sich mit dem medizinischen Fortschritt. Es ist jedoch, öffentlich so gut wie unbemerkt, eine Entwicklung mit mindestens ebenso gravierenden Auswirkungen auf Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien im Gang: die Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitssektors.

Seit Jahren verkaufen die bürgerlichen Parteien der Bevölkerung ihre «liberalen» Rezepte² mit dem Versprechen von Kostensenkungen und Qualitätssteigerungen. Daraus ist nichts geworden. Im Gegenteil, einige von der rechten Parlamentsmehrheit durchgedrückte Entschiede haben das Kostenwachstum bei den Prämien nur noch weiter angeheizt. Damit stellen sich mehr und mehr Fragen, was die Garantie eines uneingeschränkten Zugangs zu qualitativ einwandfreien, für alle erschwinglichen Gesundheits- und Pflegeleistungen betrifft. Am Horizont zeichnet sich eine Zweiklassenmedizin ab, dem Solidaritätsprinzip der obligatorischen Krankenversicherung droht ernsthafte Gefahr.

Die Sozialdemokratische Partei (SP) vertritt die Interessen der Menschen und die Menschenrechte seit ihrem Ursprung. Darum ging es in den Fabrikgesetzen seit 1870, in der Forderung nach der Altersversicherung und dem Frauenstimmrecht ab 1918 oder beim UNO-Beitritt. Sie ist zuversichtlich, dass es ihr gelingt, die Menschenrechte auch im Gesundheitswesen zu stärken. Es ist ihre Aufgabe, den wahren Charakter der Liberalisierungsschübe im Gesundheitswesen, die das Haushaltsbudget der Versicherten heftig strapazieren, aufzudecken. Zweck des vorliegenden Papiers ist es darum, mit neuen Vorschlägen zur Eindämmung der ununterbrochen steigenden Prämien den Rezepten der politischen Rechten eine Alternative entgegenzusetzen, laufen diese doch *de facto* direkt oder indirekt auf eine Einschränkung der freien Arztwahl und des Zugangs zu effizienten Therapien in guter Qualität hinaus. In Tat und Wahrheit bedienen die rechtsbürgerlichen Vorschläge allein die Interessen grosser privater Spitalgruppen, der Krankenversicherer, der Pharmaindustrie und privater Investoren, indem sie dem Staat demokratische Kontrollinstrumente entreissen, die für ein gut funktionierendes System und das Wohl der Versicherten wesentlich sind.

Die SP reagiert darauf und legt dabei den Fokus auf einige noch relativ neue Elemente, die sich unter anderem aus der Einführung der neuen Spitalfinanzierung ergeben haben. Diese erfordern dringliche Massnahmen zur Dämpfung der Prämienexplosion. Von ihren klassischen Forderungen wie vermehrte Präventionsbemühungen, Qualitätsverbesserungen in der Pflege, öffentliche Krankenkasse, einkommensabhängige Krankenkassenprämien, Förderung der integrierten Versorgung oder Stärkung der Kompetenzen und Rechte der

² Zu erwähnen sind zum Beispiel: die Aufhebung des Vertragszwangs für die Krankenversicherer, die Erhöhung oder die Anpassung der Franchisen an die Entwicklung der Gesundheitskosten, den Abbau beim Leistungskatalog zugunsten der Zusatzversicherungen oder die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern (unter anderem im ambulanten Bereich).

Patientinnen und Patienten wird die SP deswegen nicht abrücken. Diese Forderungen sind so berechtigt wie eh und je – genauso wie der Ruf nach Einrichtung eines öffentlichen Gesundheitsfinanzierungssystems und eines Ausgleichsfonds für speziell hohe Kosten. Darüber hinaus hat dieses Positionspapier zum Ziel, die zukünftigen gesundheitspolitischen Prioritäten der SP zu beleuchten.

Der Fokus des vorliegenden Positionspapiers liegt auf der Kommerzialisierung der Gesundheitsleistungen in den Spitälern und Arztpraxen. Die SP wird in den kommenden Monaten zudem das Thema der Langzeitpflege aufgreifen, wo ebenfalls dringender Handlungsbedarf besteht: Die Pflegequalität bei Spitex und Pflegeheimen gilt es zu erhalten und zu verbessern, eine gute Pflege und Betreuung muss jetzt und in Zukunft für alle erschwinglich und zugänglich sein.

2. WO GESUNDHEIT ZUM GESCHÄFT WIRD, WIRD ES TEUER

Die Gesundheitsversorgung als Service Public kommt zunehmend unter Druck. Private Investoren sind dabei, das Gesundheitswesen als neues Geschäftsfeld zu erschliessen, nachdem sich die Gewinnmargen in den traditionellen Wirtschaftsbranchen reduziert haben. Unter der irreführenden Maxime «Wettbewerb bringt mehr Qualität und tiefere Preise» treibt die bürgerliche Politik die Schwächung der Rolle der öffentlichen Hand voran. Sie hat die Spitäler einem künstlich erzeugten, schädlichen Wettbewerbsdruck ausgesetzt, will Vertragsfreiheit für die Krankenkassen durchsetzen und staatliche Steuerungsinstrumente wie z.B. die Tarifkompetenzen aufheben. Die Lobbyisten der Versicherungen, der Pharma- und der Medizintechnikindustrie sitzen im Parlament und kennen keine Hemmungen, wenn es darum geht, ihrer Klientel Vorteile im Gesundheitsmarkt zu verschaffen.

2.1 Patienten sind out, Kunden sind in

Mehr Wettbewerb unter Leistungserbringern kommt den gut situierten Bevölkerungsschichten entgegen, die von wenig gravierenden, vorübergehenden Gesundheitsproblemen betroffen sind. Sie haben Zugang zum notwendigen Wissen, können sich die richtigen Zusatzversicherungen leisten und treten gegenüber Gesundheitsfachleuten als Kundinnen auf. Doch wer ernsthaft über längere Zeit krank ist, ist auf Solidarität, Fürsorge und auf die individuelle Situation zugeschnittene Leistungen angewiesen. Ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen versagt insbesondere bei Betagten, chronisch und psychisch Kranken, komplexen Fällen, mittellosen und randständigen Patientinnen sowie bei der Prävention und Gesundheitsförderung. Für diese Bevölkerungsgruppen und Aufgaben bleibt letztlich die öffentliche Hand zuständig. So entsteht eine teure Zweiklassenmedizin, und so wird das Solidaritätsprinzip, welches der sozialen Krankenversicherung zugrunde liegt, laufend geschwächt.

2.2 Wettbewerb ist ein Kostentreiber

Profitorientierung im Gesundheitswesen treibt die Kosten in die Höhe, ohne dass dabei mehr Qualität entsteht. Ambulante Arztpraxen in Konzernstrukturen erzielen gute Renditen, Bonuszahlungen an Ärzte für finanziell einträgliche Operationen sind in Schweizer Spitä-

lern zum Normalfall geworden. Dividenden und Boni werden weitgehend durch die öffentliche Hand und die Prämienzahlenden finanziert. Haushalte mit kleinen und mittleren Einkommen leisten über die Krankenkassenprämien einen Beitrag an prestigeträchtige Neubauten und überteuerte medizintechnische Apparate.

Dass Wettbewerb und Privatisierung im Gesundheitswesen zu mehr Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen führen sollen, ist eine oft wiederholte³, ausschliesslich ideologisch begründbare Behauptung ohne empirische Grundlage. Wettbewerb findet zum Beispiel statt bei der Jagd nach gut tarifierten Fällen (z.B. Herz-, Knie- und Hüftoperationen) und führt teilweise zu Überbehandlungen, welche nicht den Patienten dienen, sondern lediglich die Gewinnmargen erhöhen (Beobachter, 22.07.2016), was sich wiederum auf die Prämien niederschlägt. Die temporäre Aufhebung des Zulassungsstopps für Spezialärztinnen von 2012 bis Mitte 2013 hatte eine sprunghafte Zunahme der Spezialarztpraxen zur Folge, insbesondere in den Städten (Obsan 2015). Ein Kostenschub war die Folge, der mit einer lückenlosen Zulassungsbeschränkung hätte vermieden werden können. Mitte 2017 legt der Bundesrat eine neue Gesetzesvorlage vor für eine verfeinerte Regelung der Ärztezulassungen.

Der Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt, dass staatlich gesteuerte Gesundheitssysteme günstiger und teilweise effizienter sind, was das Verhältnis von Kosten und Gesundheitsresultaten wie z.B. Lebenserwartung oder Säuglingssterblichkeit betrifft (OECD 2016). Auf der anderen Seite trifft es auch zu, dass die Wahlfreiheit etwa in Grossbritannien oder in den skandinavischen Ländern eingeschränkt ist. Die freie Arztwahl ist für die Bevölkerung in der Schweiz und auch für die SP ein wichtiges Gut. Die Wahlfreiheit kostet aber auch etwas. Es gilt also ein Gleichgewicht zu finden zwischen «Kundenorientierung» und Orientierung an den Bedürfnissen der kranken und hilfsbedürftigen Patientinnen und Patienten. Die Krankenkassenlobby im Parlament hat es sich zum Ziel gesetzt, im Namen der «Stärkung des Wettbewerbs» Vertragsfreiheit durchzusetzen und damit den freien Zugang der Patienten zu den Ärztinnen generell einzuschränken.

2.3 Das Personal zahlt die Zeche

Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens setzt auch das Gesundheitspersonal verstärkt unter Druck. Wo öffentliche Spitäler in Aktiengesellschaften umgewandelt werden, tritt das öffentliche Personalrecht ausser Kraft. Lohnerhöhungen, die bisher allgemein erfolgen, werden nun individuell ausgerichtet. Die Lohnschere zwischen gewöhnlichen Angestellten und oberen Kadern öffnet sich. Das Lohnniveau in den meisten Gesundheitsberufen stimmt nicht überein mit der körperlichen und psychischen Belastung, die mit Schichtarbeit und mit der Begleitung kranker Menschen einhergeht. Aus diesem Grund ist es auch kaum noch möglich, den Pflegeberuf in Vollzeit auszuüben, was faktisch eine Lohneinbusse bedeutet. Vielerorts wird die Vereinbarkeit von Berufsarbeit und Familie sträflich vernachlässigt. Dies alles führt zu einer hohen Rate von Berufsaussteigerinnen, was angesichts des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen unakzeptabel ist.

³ z.B. Felder (2017)

2.4 Das Gesundheitswesen ist Service public

Der im internationalen Vergleich nach wie vor starke Service public ist ein Glücksfall für die Schweiz. Service public bedeutet im Kern gemeinwohlorientierte, demokratisch gesteuerte Wirtschaft. Service public-Unternehmen sind deshalb als wichtige Akteure einer zukunftsfähigen Wirtschaft zu begreifen – das gilt insbesondere auch für das Gesundheitswesen. Patienten erwarten nicht die kosteneffizienteste Behandlung und Pflege, sondern wollen mit ihren Bedürfnissen ernst genommen werden. Mitsprache von Patientinnen und Gesundheitspersonal führt nicht nur gesundheitlich, sondern oftmals auch wirtschaftlich zu besseren Resultaten als Management-Entscheidungen.

3. DIE GESUNDHEITSLANDSCHAFT SCHWEIZ VERÄNDERT SICH

Herrscht wirklich «Reformstau» in der Gesundheitspolitik? Tatsächlich sind viele gesundheitspolitische Projekte blockiert – wegen des Widerstands seitens der Krankenversicherer, Ärzteschaft, Pharmaindustrie und anderer Interessenverbände. Ihre Vertreterinnen im Parlament verhinderten zum Beispiel eine griffige Aufsicht über die soziale Krankenversicherung, eine definitive Regelung der Zulassungssteuerung für Ärzte oder eine Stärkung der Pflegeberufe. Politische Vorlagen, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise unterstützen sollen, werden regelmässig torpediert.⁴ Die vom Bundesrat Ende 2013 verabschiedete Reformagenda «Gesundheit 2020» wird Punkt für Punkt zurückgestutzt. Einige Beispiele: Es gibt vorläufig weder eine flächendeckende Qualitätsstrategie noch echte Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen⁵, keine sozialverträglicheren Finanzierungsmodelle⁶, keine Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit⁷ und keine Stärkung der Prävention⁸. Die Revision des ambulanten Ärztetarifs TARMED ist wegen der Eigeninteressen der verschiedenen Ärztesgruppen und des Desinteresses der Krankenversicherer vorläufig gescheitert. Nun muss der Bundesrat die Tarifstruktur im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz anpassen. Er schickte im März 2017 einen Entwurf in die Vernehmlassung, der insbesondere die Ungleichheiten zwischen technikintensiver Spezialmedizin und Grundversorgung reduziert.⁹

3.1 Die neue Spitalfinanzierung zeigt erste Folgen

2007 beschloss das Parlament allerdings eine grundlegende und folgenreiche Reform, die anfangs 2012 in Kraft trat: Seither gelten neue, marktkonforme Regeln für die Spitalfinanzierung, wodurch die Spitäler einem verstärkten Kostenwettbewerb ausgesetzt sind und Gewinne erzielen müssen, um ihre Investitionen zu amortisieren. Die Vergütung der Leis-

⁴ Jüngstes Beispiel ist das Tabakproduktegesetz, das den Jugendschutz stärken und die Werbung einschränken sollte.

⁵ Ein Gesetzesentwurf des Bundesrats, der die Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen stärken wollte, scheiterte Ende 2015 im Ständerat.

⁶ Mehrere Kantone, die sich mit Steuersenkungen in finanzielle Schwierigkeiten brachten, sparen nun bei den Prämienverbilligungen. Ein Vorschlag von Bundesrat Berset, die Maximalrabatte auf den Wahlfranchisen zu senken und so die Solidarität zu stärken, scheiterte anfangs 2016 am Widerstand der Bürgerlichen.

⁷ So lehnte die bürgerliche Mehrheit des Parlaments 2016 die Aufnahme der Masterstufe ins Gesundheitsberufegesetz ab. Damit wurde die Möglichkeit vergeben, die Arbeitsfelder von Pflegenden, Physiotherapeuten und Hebammen mit erweiterten Kompetenzen im Hinblick auf eine sinnvolle Arbeitsteilung im Gesundheitswesen neu zu regeln.

⁸ Der Ständerat versenkte ein Präventionsgesetz Ende 2012 mit knapper Mehrheit.

⁹ Mediencommuniqué des BAG vom 22. März 2017

tungen erfolgt über Fallpauschalen (SwissDRG). Über die beabsichtigten und unbeabsichtigten Folgen dieser neuen Vergütungsform gibt die SP-Fraktionsstudie zur Spitalpolitik Auskunft (Sax 2016). Die wichtigsten Erkenntnisse aus dieser Studie lauten kurz zusammengefasst:

- Der zunehmende Wettbewerbsdruck löst paradoxerweise eine bauliche und technologische Aufrüstungsspirale aus, die in eine «Spitalblase» ausarten wird, falls die Deregulierungswelle im bisherigen Tempo weitergeht.
- Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz für positive Wirkungen von Deregulierungen und Wettbewerb im Spitalbereich, weder in Bezug auf die Qualität noch auf die Wirtschaftlichkeit.
- Sowohl (potenzielle) Patientinnen wie auch Gesundheitsfachpersonen erwarten von einem Spital in erster Linie, dass es mit gut ausgebildetem Personal gute Qualität bietet.
- Die ersten Resultate zur Begleitforschung zur neuen Spitalfinanzierung zeigen, dass
 - leistungsabhängige Bonuszahlungen an Spitalärzte in den letzten Jahren zugenommen haben
 - die Spitäler teilweise mit Patientenselektion auf den Wettbewerbsdruck reagieren
 - die Kantone in einen Konflikt geraten zwischen der geforderten Stärkung des Wettbewerbs und ihrem Versorgungsauftrag.

Die neue Spitalfinanzierung wird mittelfristig grössere Umwälzungen in der Spitallandschaft zur Folge haben. Die öffentliche Hand wird zunehmend die Spitalversorgung für komplexe, mehrfachkranke, einkommensschwache und randständige Patienten gewährleisten müssen, weil diese Personen den Spitälern unter SwissDRG einen Wettbewerbsnachteil verschaffen.

3.2 Gewinne müssen her

In den letzten Jahren wurden zahlreiche öffentliche Spitäler in Aktiengesellschaften umgewandelt. 2013 war jedes dritte öffentlich-rechtliche Spital als Aktiengesellschaft organisiert, 2003 waren es noch 14 Prozent (Credit Suisse 2013). Eine Umwandlung in eine AG ist noch nicht gleichzusetzen mit einer Privatisierung, da die Aktien gleichwohl in öffentlichem Besitz bleiben können¹⁰, entweder unbegrenzt oder während einer Sperrfrist¹¹. 2014 waren insgesamt 154 von 289 Schweizer Spitälern als AG oder GmbH organisiert, 60 Spitäler waren öffentliche Unternehmungen. Die Besitzverhältnisse oder Vergleichszahlen früherer Jahre können der BFS-Statistik nicht entnommen werden, da die Kriterien geändert wurden. Sicher ist, dass seit 2013 weitere öffentliche Spitäler in AGs überführt worden sind, genaue Zahlen sind jedoch nicht bekannt.

¹⁰ Das ist z.B. bei der Spital Thurgau AG oder bei Solothurner Spitäler AG der Fall.

¹¹ Das Kantonsspital Winterthur soll, wenn es nach dem Willen des Zürcher Kantonsrats geht, zuerst in eine Aktiengesellschaft umgewandelt werden. Nach einer Sperrfrist von fünf Jahren könnten die Aktien an Private verkauft werden. Bei einer Reduktion der Beteiligung unter 51 Prozent wäre ein referendumsfähiger Kantonsratsentscheid notwendig. Im Mai 2017 stimmt das Zürcher Volk über diese Privatisierungspläne ab.

Eine Folge der neuen Spitalfinanzierung ist, dass öffentliche wie private Spitäler ihre Investitionen aus den Erträgen amortisieren und somit zwingend Gewinne erzielen müssen. Kein Spital kann sich dem Wettbewerb entziehen. Öffentliche Spitäler agieren immer mehr wie private Unternehmen und orientieren sich an wirtschaftlichen Kennzahlen. Machen sie Gewinne, schütten sie diese an ihre Shareholder aus – in diesem Fall an die Kantone – und tragen so zur Sanierung der Kantonsfinanzen bei. 12 Gewinnausschüttungen von Spitälern, ob an private oder öffentliche Aktienbesitzerinnen, bedeuten in jedem Fall eine Zweckentfremdung von Prämiegeldern und haben Prämienerrhöhungen zur Folge (vgl. auch «Der Landbote», 02.08.2016).

3.3 Investoren entdecken die Gesundheit als Geschäft

Während die Politik den «Reformstau» beklagt, tut sich hinter den Kulissen einiges. Viele wollen am 70-Milliarden-Kuchen der Gesundheitsausgaben partizipieren, auch solche, die bisher wenig mit Gesundheit zu tun hatten. Es herrscht so etwas wie Goldgräberstimmung in der Gesundheitsbranche: Private Investoren sind dabei, das Gesundheitswesen als neues Geschäftsfeld zu erschliessen. Mit Spitälern und ärztlichen Gruppenpraxen bzw. Gesundheitszentren lassen sich gute Renditen erzielen. Schweizerische und ausländische Investoren haben bereits Kliniken übernommen, zum Beispiel Hirslanden und Swiss Medical Network (SMN, früher Genolier), oder stehen bereit dies zu tun, zum Beispiel Fresenius, Rhön und Ameos. Das Geschäft mit Gruppenpraxen und «Gesundheitszentren» ist im vollen Gang, hier investieren zum Beispiel Medbase AG (Migros), Praxis Gruppe Schweiz AG, Swiss-Med-Net AG oder mediX. Fachleute sprechen von über einer Milliarde Franken, die in den nächsten fünf Jahren in die ambulante Grundversorgung investiert werden sollte (AZ 12.02.2016).

3.4 Mit Gruppenpraxen rekrutiert man lukrative Patientinnen

Es geht jedoch nicht nur darum, mit ambulanten Gruppenpraxen Geld zu verdienen. Das dürfte besonders bei Grundversorgungspraxen sogar schwierig zu bewerkstelligen sein, wenn sie sich nicht gerade an einer attraktiven Passantenlage befinden. Zudem haben grosse Gruppenpraxen Mühe, genügende qualifizierte Ärztinnen zu rekrutieren. Bessere Renditen sind mit Spezialitäten wie Chirurgie, Dermatologie oder Radiologie zu erzielen, wobei hier je nach der Entwicklung des Streits um die TARMED-Positionen Verschiebungen möglich sind.¹³

Der Run auf die Gruppenpraxen ist mit indirekten Renditeerwartungen zu erklären: Es geht um den Zugriff auf Patienten, die für die Spitäler wirtschaftlich interessant sein könnten. Sowohl private wie auch öffentliche Spitäler kaufen oder eröffnen ambulante Gruppenpraxen und Gesundheitszentren, um sicherzustellen, dass ihnen Patientinnen für stationäre

¹² 2015 leistete das Kantonsspital Winterthur als öffentlich-rechtliche Anstalt eine Gewinnausschüttung von 5.3 Mio. Franken an den Kanton Zürich. Das Luzerner Kantonsspital schüttete als AG knapp 18 Mio. Franken an den Kanton aus. Die Spital Thurgau AG zahlte dem Kanton eine Dividende von einer halben Million Franken. 2016 erzielten die Spitäler Schaffhausen als selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt einen Gewinn von 17.6 Mio. Franken. Ein Fünftel davon geht als Gewinnanteil an den Kanton.

¹³ Es ist wahrscheinlich, dass technikintensive Spezialdisziplinen in Zukunft in der Tarifstruktur schlechter gestellt und z.B. Radiologiezentren weniger rentabel sein werden.

Eingriffe oder Behandlungen zugewiesen werden. Sie haben so auch die Möglichkeit, Patienten frühzeitig nach ihrem Ertragspotenzial zu selektieren.

3.4.1 Spitäler steigen ins ambulante Geschäft ein

Privatkliniken und auch öffentliche Spitäler sind auf der Suche nach neuen Wachstumsfeldern und finden sie in der ambulanten Medizin. Die Expansion steht erst am Anfang. Ein paar aktuelle Beispiele:

- Hirslanden verfügt über fünf ambulante Gesundheitszentren in der Deutschschweiz, weitere sind geplant. Zudem denkt Hirslanden-Chef Ole Wiesinger gemäss Medienberichten laut über die Schaffung zusätzlicher Radiologiezentren nach. Dies, obwohl die Schweiz der Bedarf an Radiologie bestens abgedeckt ist.
- Hirslanden führt ein kardiologisches Ambulatorium in der Privatklinik Moncucco in Lugano. So werden Herzpatientinnen für die Hirslanden Klinik in Zürich angeworben, obwohl es in Lugano bereits ein Herzzentrum gibt.
- SMN beteiligt sich mit 40% am Telemedizin-Unternehmen Medgate.
- Das Kantonsspital Winterthur (KSW) und das Spital Bülach liefern sich in der Zürcher Flughafenregion ein Wettrennen um die Akquisition von Patientinnen aus ihrem gemeinsamen Einzugsgebiet. Das KSW eröffnete im Februar 2017 eine neue Gruppenpraxis im Einkaufszentrum Glatt, das Spital Bülach übernahm 2016 die Aktienmehrheit beim «Airport Medical Center» am Zürcher Flughafen.
- Das Universitätsspital Zürich plant in der Überbauung «The Circle» am Flughafen eine Notfallstation und Ambulatorien auf rund 10'000 Quadratmetern.
- Die private Berner Lindenhofgruppe übernimmt oder plant Ärztezentren in Laupen, Gurmels, Mühleberg und Schliern.
- Das Kantonsspital Baden eröffnete Ende Juni 2016 eine grosse Tagesklinik mit verschiedenen medizinischen Spezialitäten, die zuvor nur in Aarau angeboten worden waren.
- Die Spital STS AG eröffnet im Frühjahr 2017 am Bahnhofplatz Thun ein Praxiszentrum mit einer Walk-in-Praxis sowie einer spezialärztlichen Praxis für Gastroenterologie.
- Das Luzerner Kantonsspital plant im Süden der Stadt ein Gesundheitszentrum auf einer Fläche von rund 1'000 Quadratmetern.
- Das Kantonsspital Basel-Land übernahm im April 2016 die Praxis «Urologie Kirschgarten» in Basel.
- Das Spital Zollikerberg eröffnete im Oktober 2015 eine Frauen-Permanence beim Bahnhof Stadelhofen in Zürich.

3.5 Gruppenpraxen sind erwünscht, aber nicht unbedingt günstiger

Ambulante Gruppenpraxen bieten aus versorgungspolitischer Sicht vielerlei Vorteile: Das Modell des Hausarzts als Einzelkämpfer, der rund um die Uhr für seine Patientinnen zur Verfügung steht, ist am Verschwinden. Gruppenpraxen ermöglichen geregelte Arbeitszeiten und Teilzeitarbeit, was den Bedürfnissen jüngerer Ärztinnen und Ärzte entgegen-

kommt. So können besser qualifizierte Grundversorger gefunden werden, die bereit sind, auch ausserhalb der grossen Städte ein medizinisches Grundangebot aufrecht zu erhalten. Auch aus Sicht der Patienten bedeuten leicht erreichbare Gruppenpraxen eine Erleichterung. Sie können sich teilweise auch nach Feierabend oder am Wochenende behandeln lassen und müssen weniger die Notfallabteilungen der Spitäler aufsuchen.

Gleichzeitig ist die Expansion in der ambulanten Medizin kritisch zu betrachten, wie die obigen Beispiele zeigen. Untersuchungen von Santésuisse haben laut Medienberichten zudem an den Tag gebracht, dass die Kosten in Gemeinschaftspraxen höher sind als in Einzelpraxen, sofern es sich nicht um HMO-Praxen mit Budgetmitverantwortung handelt.¹⁴ Als mögliche Begründung wird angeführt, dass Patienten innerhalb der Praxen schneller an Spezialisten weitergeleitet werden.

3.6 Die Kantone sind im Clinch

Die Kantone, die per Gesetz und Verfassungen verpflichtet sind, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, geraten zunehmend in einen Interessenskonflikt. Einerseits müssen sie dafür sorgen, dass alle und insbesondere auch die besonders schutzbedürftigen Patientinnen jederzeit Zugang haben zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen. Andererseits verlangt die Gesetzgebung eine Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Leistungserbringern. Dass diese Rechnung längerfristig nicht aufgehen kann, liegt auf der Hand: Ein Betrieb mit einem Versorgungsauftrag muss andere Prioritäten setzen als eine gewinnorientierte, börsenkotierte Unternehmung.

Müsterchen aus den Kantonen

NE: Die Neuenburger Regierung gab im April 2016 bekannt, sie wolle die hochspezialisierte Medizin im Neuenburger Spital Pourtalès konzentrieren. Daraufhin schaltete sich SMN ein mit dem Angebot, die Spitzenmedizin in La Chaux-de-Fonds weiter zu betreiben (L'Express, 28.05.2016)

TI: Am 5. Juni 2016 lehnte die Tessiner Bevölkerung einen Gesetzesentwurf ab, der die Kooperation zwischen öffentlichen und privaten Spitalbetreibern erleichtern wollte. Der Tessiner SP-Staatsrat Manuele Bertoli lancierte daraufhin die Idee, die Privatklinik Sant'Anna von SMN zurückzukaufen. Diese stehe jedoch nicht zum Verkauf, liessen die Besitzer verlauten (Giornale del Popolo, 10.06.2016).

ZH: Der Zürcher Kantonsrat will das Kantonsspital Winterthur nicht nur in eine Aktiengesellschaft umwandeln, sondern auch den späteren Verkauf an private Investoren ermöglichen. Über eine entsprechende Vorlage wird im Mai 2017 abgestimmt.

3.7 Privatisierung verteuert das Gesundheitswesen

Dass die Auslagerung von Gesundheitsversorgung an private Unternehmungen die Effizienz verbessert, ist empirisch nicht belegt. Die Privatisierung führt normalerweise nicht zu einem Qualitätswettbewerb, sondern zu einem Wettbewerb um Privatversicherte und un-

¹⁴ Medinside, 7. März 2016: <https://www.medinside.ch/de/post/sind-gruppenpraxen-wirklich-kostentreiber>

komplizierte Patienten, die möglichst tiefe Kosten verursachen und hohe Erträge bringen. Langfristig kostensenkende Strategien wie Kooperationen zwischen Leistungserbringern und Berufsgruppen, Förderung der Patientenkompetenz und integrierte Versorgungsmodelle für chronisch kranke Menschen sind wenig gefragt, wenn hauptsächlich die Rendite zählt. Rendite lässt sich am einfachsten mit Patientenselektion und Überbehandlungen erzielen.

Was aus sozialpolitischer Sicht besonders schwer wiegt, ist der überdurchschnittliche Anstieg der Krankenkassenprämien, der mit dem sprunghaften Wachstum im ambulanten Bereich einhergeht. Mehr dazu im folgenden Kapitel.

4. DIE KOSTEN STEIGEN, ABER NICHT ALLE SPÜREN DAVON GLEICH VIEL

Die Gesundheitsausgaben sind in den letzten 15 Jahren von rund 45 Mrd. CHF auf über 70 Mrd. CHF gewachsen. Das klingt zwar spektakulär, unter Berücksichtigung des Bevölkerungswachstums und gemessen an der Gesamtwirtschaft fiel der Anstieg jedoch moderat aus (Abbildung 1). Bemerkenswert ist, dass der Gesundheitssektor stetig wächst, auch in wirtschaftlichen Krisenzeiten. Von einer «Kostenexplosion» kann aber keine Rede sein.

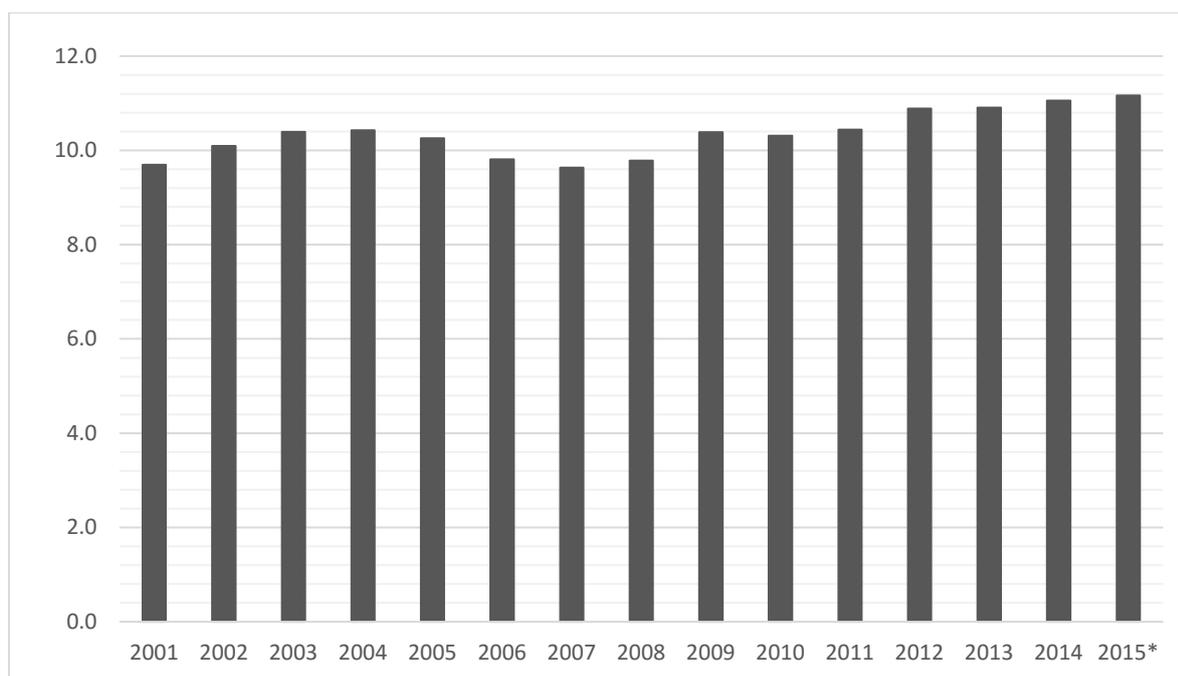


Abbildung 1: Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandprodukt BIP (Quelle: BFS/SECO/*Schätzung KOF)

In den kommenden Jahrzehnten wird die Generation der «Babyboomer» ins hohe Alter kommen. Die Zahl der Todesfälle wird erstmals seit vier Jahrzehnten deutlich zunehmen.¹⁵ Die höchsten Kosten entstehen am Lebensende, und so wird ein Anstieg der Todesfälle voraussichtlich zu einem stärkeren Wachstum der Gesundheitsausgaben führen.

¹⁵ Gemäss Schätzung des Bundesamtes für Statistik wird die Zahl der Todesfälle in der Schweiz bis 2060 von heute rund 60'000 auf rund 100'000 steigen.

4.1 Die Prämien wachsen überdurchschnittlich

Spürbar und für einen grossen Teil der Bevölkerung schmerzhaft angewachsen sind dagegen in den letzten Jahren die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung OKP (Abbildung 2).

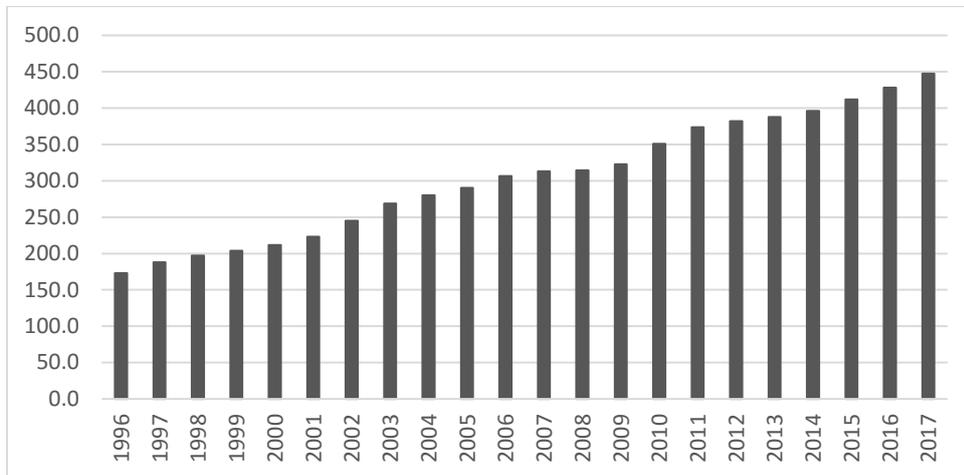


Abbildung 2: Monatliche Durchschnittsprämie ab 26 Jahren, Standardmodell, ordentliche Franchise (Quelle: BAG)

Der Anteil der Gesundheitsausgaben, der über die OKP finanziert wird, hat in den letzten 20 Jahren stark zugenommen. Der Kostendruck macht sich damit vor allem für die Prämienzahlenden bemerkbar. Die Gesamtausgaben für die Gesundheit stiegen seit Einführung des KVG vor 20 Jahren um knapp 70 Prozent. Die Krankenkassenprämien und die Kostenbeteiligungen der Patientinnen haben sich in dieser Zeit mehr als verdoppelt. Die Löhne blieben weit hinter dieser Entwicklung zurück (Abbildung 3).

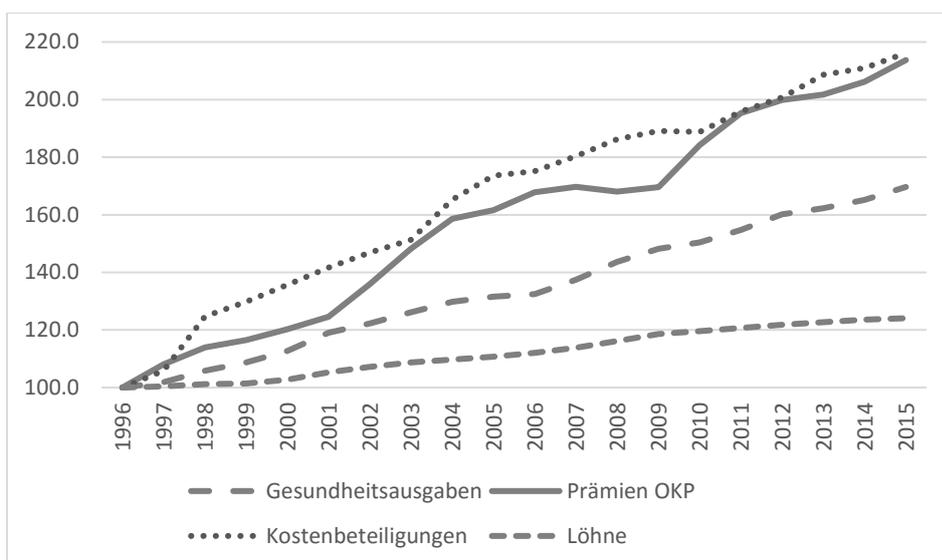


Abbildung 3: Index der Entwicklung von Gesundheitsausgaben, Krankenkassenprämien, Kostenbeteiligungen und Löhnen (Quelle: BAG Statistik der OKP, T 9.06)

Dies ist umso schwerwiegender, als die Prämienverbilligungen seit 2011 nicht mehr mit dem Prämienwachstum Schritt gehalten haben (Abbildung 4). Für Haushalte mit kleinen

bis mittleren Einkommen, in denen mehrere Personen leben, werden die Krankenkassenprämien zu einer wachsenden Belastung. Bis zu 20 Prozent ihres verfügbaren Einkommens musste 2014 eine vierköpfige Familie im Kanton Bern für die obligatorische Grundversicherung ausgeben, wie das BAG-Monitoring zur Wirksamkeit der Prämienverbilligung zeigt.

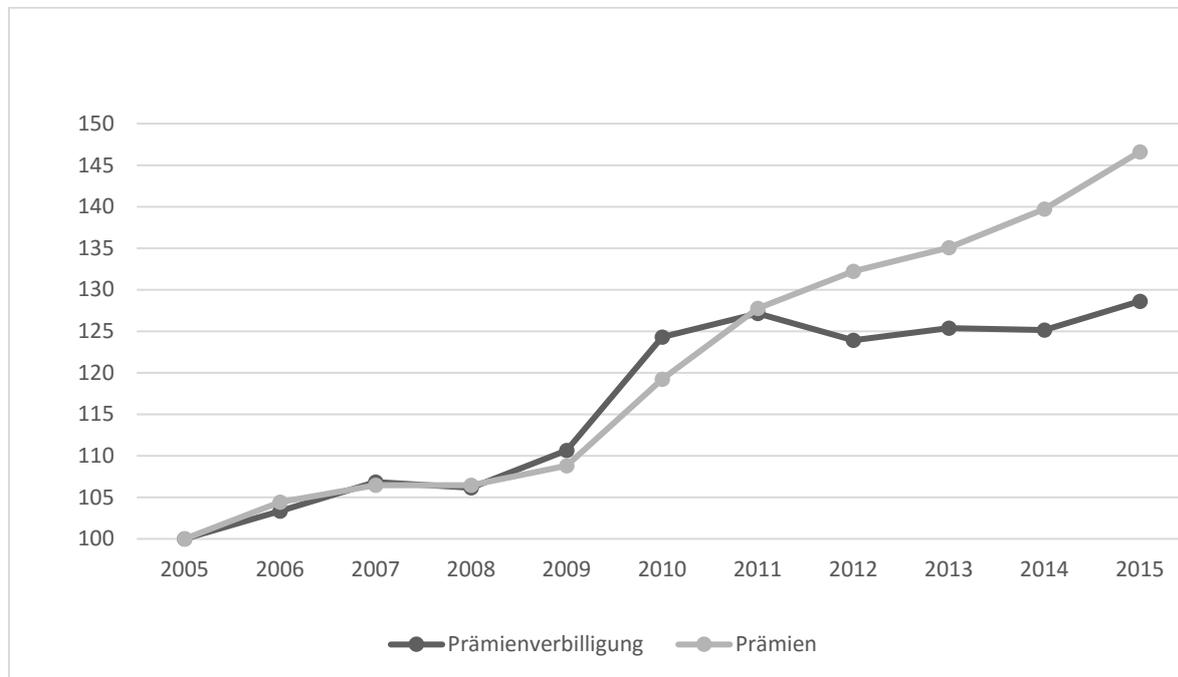


Abbildung 4: Index der Entwicklung von Prämien und Prämienverbilligung (Quelle: BAG Statistik der OKP, T 3.02 / 4.01)

Das starke Prämienwachstum hat mit einer Entwicklung zu tun, die im Prinzip erwünscht ist, nämlich mit der Verschiebung von stationären Spitalleistungen in den ambulanten Bereich. Während bei stationären Patienten im Akutspital der Kanton 55 Prozent der Rechnung bezahlt, zahlt bei ambulanten Leistungen die Krankenkasse die volle Rechnung. So mag eine ambulant durchgeführte Operation insgesamt kostengünstiger sein, als wenn sie im Spital stattfindet. Für die Prämienzahlenden ist sie trotzdem teurer, weil sie 100 statt 45 Prozent der Rechnung begleichen müssen.

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie vor allem die ambulanten Leistungserbringer die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben.

4.2 Hier fällt das Kostenwachstum ins Gewicht

Abbildung 5 zeigt die Kostenanteile in der Grundversicherung. Die Spitäler (ambulant und stationär) verursachten 2015 40 Prozent der Krankenkassenkosten. Ambulante Arztpraxen trugen knapp ein Viertel zu den Kosten bei, und auch die Medikamente, die beim Arzt oder in der Apotheke bezogen werden, fielen mit 18% deutlich ins Gewicht.

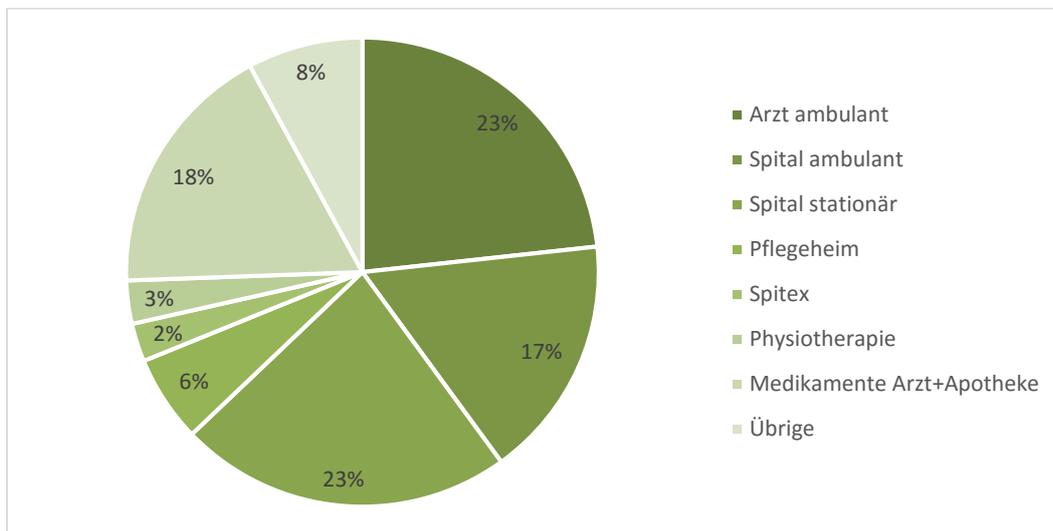


Abbildung 5: Kostenanteile nach Kostengruppen in der Grundversicherung, 2015 (Quelle: BAG Statistik der OKP)

4.2.1 Ambulant treibt das Prämienwachstum an

Abbildung 6 zeigt das Wachstum der einzelnen Kostengruppen im Verlauf der letzten 10 Jahre. Die grössten Wachstumsraten wiesen zwischen 2005 und 2015 die Bereiche «Spital ambulant» und «Spitex» auf. Betrachtet man die Entwicklungen im spitalstationären und im ambulanten Bereich, fällt zuerst auf, dass sich die stationären Kosten nach einem massiven Kostenschub im Jahr 2013 stabilisiert haben. Ob die Stabilisierung von Dauer ist, wird sich zeigen – die starken Schwankungen könnten auch mit Abrechnungsschwierigkeiten beim Übergang zum neuen Abgeltungssystem zusammenhängen. Zudem steigen die Finanzierungsanteile der Kantone teilweise noch bis ins Jahr 2017. Generell hat sich die Verschiebung in den ambulanten Bereich akzentuiert – vor allem die Arztpraxen haben seit 2012 nochmals deutlich zugelegt. Diese Tendenz setzt sich 2016 fort, wie das Kostenmonitoring des BAG nahelegt.

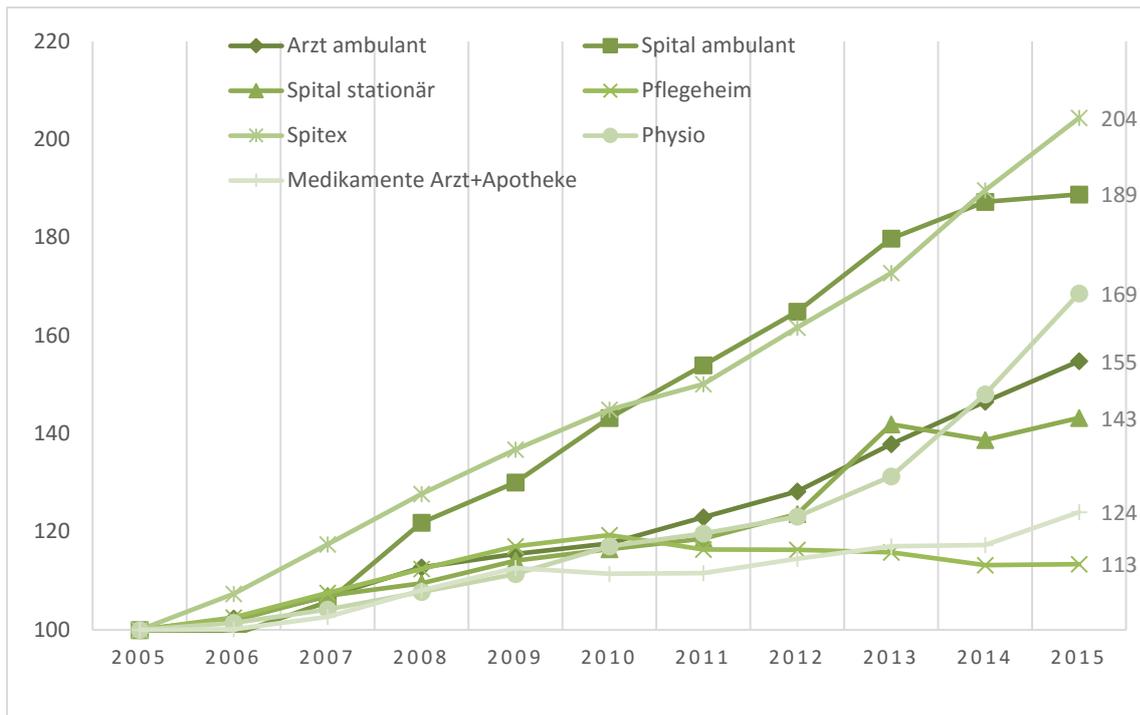


Abbildung 6: Index der Kostenentwicklung nach Leistungsgruppen in der Grundversicherung (Quelle: BAG Kostenmonitoring der OKP)

Die Punkte auf der Linie in Abbildung 7 zeigen, welches die grössten Kostentreiber in der obligatorischen Grundversicherung sind. Zum Wachstum der Gesamtkosten trug die Kostengruppe „Arzt ambulant“ den grössten Anteil bei, gefolgt von «Spital ambulant» und «Spital stationär». Die Säulen zeigen die jährlichen Wachstumsraten in der jeweiligen Kostengruppe. Während das hohe Wachstum der Spitex für die Gesamtkosten kaum ins Gewicht fällt, sind die Spitäler und Arztpraxen für fast drei Viertel des Kostenwachstums in der Grundversicherung verantwortlich.

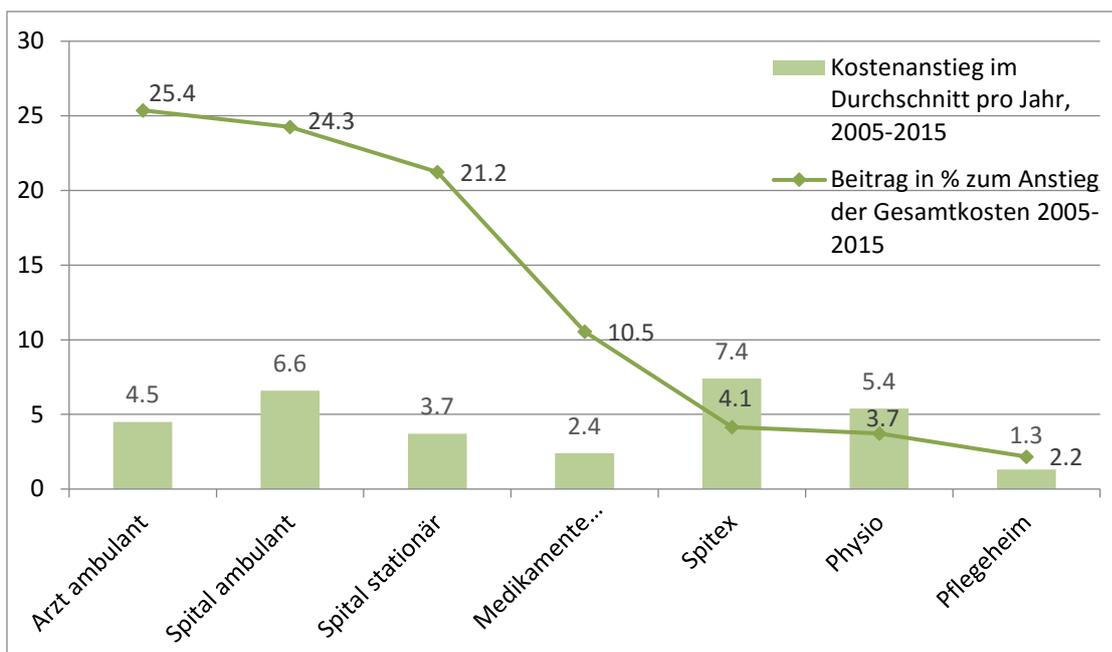


Abbildung 7: Wachstum der Kostengruppen und Beitrag zum Kostenwachstum pro Bereich (Darstellung SP Schweiz)

4.2.2 Arztpraxen legen zu

Ambulante Arztpraxen haben nebst den spitalambulanten Leistungen den grössten Anteil am Kostenwachstum. Hier hat sich das Kostenwachstum in den letzten 2-3 Jahren nochmals beschleunigt. Zahlreiche neue Walk-in Praxen an Passantenlagen und kostenintensive Spezialpraxen wie z.B. Röntgeninstitute oder chirurgische Ambulatorien wurden eröffnet. Die Einführung der Fallpauschalen kombiniert mit der Lockerung des Ärztstopps hat die Zunahme der Arztpraxen begünstigt. Diese Entwicklung schlägt direkt auf die Krankenkassenprämien durch.

4.2.3 Spitex und Physiotherapie wachsen, aber auf einem tiefen Niveau

Eine hohe Wachstumsrate weisen auch die Ausgaben der Spitex und der Physiotherapie auf. Die Spitex verursachte aber 2015 nur gerade zwei Prozent der Gesamtausgaben der Grundversicherung. Hier ist ein weiteres Wachstum wenig belastend und sogar erwünscht, denn die Pflege zu Hause kommt den Bedürfnissen vieler älterer Patientinnen entgegen und ist vergleichsweise kostengünstig. Ein beträchtlicher Anteil der Kosten für die Spitex-Pflege und Betreuung wird durch die Pflegebedürftigen aus der eigenen Tasche bezahlt. Die Physiotherapie, richtig eingesetzt, kann medizinische Kosten substituieren, indem sie beispielsweise chirurgische Eingriffe bei Knie- und anderen Verletzungen unnötig macht.

4.2.4 Bei den Pflegeheimen sparen die Krankenkassen

Mit der seit 2011 geltenden neuen Pflegefinanzierung sind die Krankenkassen-Kosten für die stationäre Langzeitpflege nicht nur stabil, sondern sogar leicht rückläufig. Die pro Pflegebedarfsstufe geltenden Tarife sind konstant geblieben. Im Pflegeheim gilt ein Finanzierungsregime, welches die öffentliche Hand, vor allem aber die Pflegebedürftigen selber zunehmend belastet. Nur dank der Ergänzungsleistungen ist die Finanzierung des Pflegeheim-Aufenthalts für alle gesichert, ohne dass die Prämienzahlenden zusätzlich zur Kasse gebeten werden müssen.

4.3 Die Finanzierungslast ist ungleich verteilt

In den letzten Jahren stieg die Finanzierungslast der Gesundheitsversorgung vor allem für Haushalte mit kleinen und mittleren Einkommen. Grund dafür ist der überdurchschnittliche Anstieg der Kopfprämien in der obligatorischen Krankenversicherung und der Kostenbeteiligungen (s. Abbildung 3). Das System der individuellen Prämienverbilligungen schützt zwar die kleinen und kleinsten Einkommen, versagt aber bei Haushalten, deren Einkommen knapp über der Einkommensgrenze für Prämienverbilligungen liegt. In vielen Kantonen fällt sie zusätzlich den derzeitigen und allgegenwärtigen Sparmassnahmen zum Opfer. Das in den 1990er Jahren vom Bundesrat aufgestellte und noch immer gültige Sozialziel verlangt, dass die Krankenkassenprämien 8 Prozent des verfügbaren Haushaltseinkommens nicht übersteigen sollten. Kaum ein Kanton erreicht dieses Ziel vollumfänglich. Vor allem Haushalte mit Kindern und Jugendlichen tragen schwer an den monatlichen Prämienkosten. Die Krankenkassenprämien werden so über kurz oder lang zu einer sozialpolitischen Zeitbombe.

4.4 Die Prämienzahlenden tragen die Hauptlast

Bei genauer Betrachtung ist die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen vor allem deshalb problematisch, weil die obligatorische Krankenversicherung die Hauptlast des Ausgabenwachstums trägt. Das Wachstum der Krankenkassenprämien ist aus sozialpolitischer Sicht problematisch, weil diese unabhängig vom Einkommen erhoben werden. Die Krankenkassenprämien werden in die Höhe getrieben, weil im «Gesundheitsmarkt» und insbesondere im ambulanten Sektor Goldgräberstimmung herrscht, Spitalambulatorien vergrössert und neue Arztpraxen als Renditeobjekte entstehen. Im ambulanten Sektor und damit auf dem Buckel der Prämienzahlenden können Investorinnen Geld verdienen, indem sie Leistungen ausdehnen und die Angebotspalette erweitern, etwa mit neuen Radiologiezentren, chirurgischen Polikliniken und Sportmedizin.

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) Es braucht eine Begrenzung der Prämienlast für alle Haushalte auf höchstens 10 Prozent des verfügbaren Haushaltseinkommens, wobei auch die Vermögenssituation berücksichtigt werden muss.
- c) Längerfristig soll die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung statt durch eine Kopfprämie einkommensabhängig erfolgen.

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) Die SP fordert Bundesrat und Parlament zur Formulierung nationaler Gesundheitsziele auf, die für die Kantone verbindlich sind.
- 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.).
- c) Die SP Schweiz unterstützt die Kantonalparteien bei der Lancierung von Initiativen und Vorstössen zur Stärkung der öffentlichen Grundversorgung.
- d) Bund und Kantone erhöhen ihre Beiträge an die Gesundheits-, Betreuungs- und Pflegeleistungen schrittweise.

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 Kantons Grenzen hinweg berücksichtigt werden (Botschaft Bundesrat in Vorbereitung).
- c) Es braucht eine einheitliche Regelung für die Steuerung der medizinisch-diagnostischen Geräte (Pa.Iv. 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.lv. 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).
- c) Langfristig setzt sich die SP für eine öffentliche Krankenkasse ein.

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 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.

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 das Personal muss entweder öffentlichem Personalrecht oder einem Gesamtarbeitsvertrag unterstellt sein. Das Arbeitsgesetz muss strikt eingehalten werden. Und schliesslich braucht es eine Bedürfnisklausel für teure medizinisch-technische Geräte.

Massnahmen:

Pa.lv. Carobbio 16.472:

Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) werden Minimalkriterien für die Aufnahme von Spitälern in die kantonalen Spitallisten 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.

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 und flächendeckende Gesundheitsnetze.

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 Tagen pro Woche während 24 Stunden verfügbar sein zu müssen. Zur Grundversorgung gehören auch Regionalspitäler, Spitex, Therapien, soziale Dienste, Angehörige und Freiwillige sowie eine umfassende Beratung und Koordination. Sie alle brauchen Strukturen und öffentliche Unterstützung. Gewinnerorientierte Gesundheitszentren dagegen verstärken die medizinische Überversorgung an Orten, wo bereits ein genügendes Angebot vorhanden ist.

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)
- d) Jede versicherte Person soll eine Persönliche Gesundheitsstelle benennen können, deren Leistungen von der Krankenversicherung übernommen werden.
- e) Förderung quaternaher und demokratischer Gesundheitszentren, wie z.B. GemeinschaftsGesundheitscommons, die medizinisches Wissen, Pflege, Betreuung und Selbsthilfe vereinigen.
- f) 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.

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 Gesundheitsbetrieben 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 Gewinnruck 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 oder über einen Gesamtarbeitsvertrag geregelt werden.

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 basierte 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).

6. 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 Polyklinik. 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.

7. LITERATUR UND QUELLEN

BAG Kostenmonitoring Krankenversicherung: <http://www.bag.admin.ch/kmt/>

BAG Monitoring 2014: Wirksamkeit der Prämienverbilligung

BFS Krankenhausstatistik: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01.html>

Bundesrat (03.03.2017): Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten. Bericht in Erfüllung des Postulats 16.3000 SGK-S vom 12. Januar 2016

Credit Suisse, Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel, Swiss Issues Branchen, August 2013

Felder Stefan (2017): Kantonale Marktmacht bei den Spitälern: Wo bleibt die Weko? Die Volkswirtschaft 3/2017 (S. 20-22)

Obsan Bulletin 4/2015: Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen – Entwicklung des Ärztebestands

OECD Health Statistics 2016: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Sax Anna, Franziska Iff (2016): Spitalpolitik zwischen Deregulierung und Versorgungs(un)sicherheit. Studie im Auftrag der SP-Fraktion der Bundesversammlung, Januar 2016

Seiler Roman (12.02.2016): «Jetzt setzen Investoren auf Gewinne mit Gruppenpraxen». Aargauer Zeitung

Signorell Gian und King Jessica (22.07.2016): «Der fatale OP-Wahn». Beobachter

Stoffel Deborah (02.08.2016) «Wenn auch der Kanton Renditen sehen will». Der Landbote

Weitere Medienberichte

Geschäftsberichte von Schweizer Spitälern

8. ABBILDUNGSSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandprodukt BIP (Quelle: BFS/SECO/KOF).....	12
Abbildung 2: Monatliche Durchschnittsprämie ab 26 Jahren, Standardmodell, ordentliche Franchise (Quelle: BAG).....	13
Abbildung 3: Index der Entwicklung von Gesundheitsausgaben, Krankenkassenprämien, Kostenbeteiligungen und Löhnen (Quelle: BAG Statistik der OKP, T 9.06).....	13
Abbildung 4: Index der Entwicklung von Prämien und Prämienverbilligung (Quelle: BAG Monitoring 2014, Wirksamkeit der Prämienverbilligung)	14
Abbildung 5: Kostenanteile nach Kostengruppen in der Grundversicherung, 2015 (Quelle: BAG Statistik der OKP)	15
Abbildung 6: Index der Kostenentwicklung nach Leistungsgruppen in der Grundversicherung (Quelle: BAG Kostenmonitoring der OKP)	16
Abbildung 7: Wachstum der Kostengruppen und Beitrag zum Kostenwachstum pro Bereich (eigene Darstellung)	16