

Sachdokumentation:

Signatur: DS 314

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/314



Nutzungsbestimmungen

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

Zitierweise für graue Literatur

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

Teurer Wettbewerb

Für ein starkes öffentliches Gesundheitswesen

Diskussionspapier des Präsidiums der SP Schweiz

September 2016

Inhalt

1.	Einleitung.....	3
2.	Zusammenfassung.....	4
3.	Wo Gesundheit zum Geschäft wird, wird es teuer	5
3.1	Patienten sind out, Kunden sind in	5
3.2	Wettbewerb ist ein Kostentreiber.....	5
3.3	Das Gesundheitswesen ist Service public	6
4.	Die Gesundheitslandschaft Schweiz verändert sich.....	6
4.1	Die neue Spitalfinanzierung zeigt erste Folgen	6
4.2	Gewinne müssen her.....	7
4.3	Investoren entdecken die Gesundheit	7
4.4	Mit Gruppenpraxen rekrutiert man lukrative Patientinnen.....	8
4.5	Die Kantone sind im Clinch.....	9
4.6	Privatisierung verteuert das Gesundheitswesen	9
5.	Die Kosten steigen, aber nicht alle spüren davon gleich viel	9
5.1	Die Prämien wachsen überdurchschnittlich.....	10
5.2	Hier fällt das Kostenwachstum ins Gewicht	12
5.3	Die Finanzierungslast ist ungleich verteilt.....	15
5.4	Die Prämienzahlenden tragen die Hauptlast	15
6.	Forderungen	16
6.1	Das öffentliche Gesundheitswesen stärken	16
6.2	Kantone in die Verantwortung nehmen.....	16
6.3	Kriterien für die Aufnahme auf eine Spitalliste definieren	16
6.4	Mit Prämien Gesundheitsleistungen statt Profite finanzieren	16
6.5	Prämienlast für die Haushalte begrenzen	16
6.6	Neue Tarife und neue Versorgungsmodelle fördern	17
6.7	Volumen begrenzen und Kosten kontrollieren	17
6.8	Besitzverhältnisse entflechten	17
6.9	Eine flächendeckende Grundversorgung erhalten.....	17
6.10	Mitbestimmung von Patientinnen und Gesundheitspersonal verstärken.....	17
7.	Das sind die nächsten Schritte der SP	18
8.	Quellen	19
8.1	Abbildungsverzeichnis	19

1. EINLEITUNG

Das schweizerische Gesundheitssystem gilt gemeinhin als eines der besten weltweit. Es ist indessen voll im Umbruch begriffen. Die zahlreichen imminenden 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, auch eine Entwicklung mit nicht weniger gravierenden Auswirkungen auf Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien im Gang: die Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitssektors.

Seit Jahren verkaufen die bürgerlichen Parteien der Bevölkerung ihre «liberalen» Rezepte¹ mit dem Versprechen von Kostensenkungen und Qualitätssteigerungen. Daraus ist nichts geworden. Im Gegenteil, einige von der rechten Parlamentsmehrheit durchgedrückte Entscheide 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 Pflegeleistungen betrifft. Am Horizont zeichnet sich eine Zweiklassenmedizin ab, dem Solidaritätsprinzip der obligatorischen Krankenversicherung droht ernsthafte Gefahr.

Als Gralshüterin der sozialen Errungenschaften und des Service public ist die Sozialdemokratische Partei (SP) bestrebt, den wahren Charakter dieser Liberalisierungsschübe, die das Haushaltsbudget der Versicherten früher oder später heftig strapazieren werden, zu entlarven. 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 Topqualität hinaus. In Tat und Wahrheit bedienen die rechtsbürgerlichen Vorschläge allein die Interessen grosser privater Spitalgruppen, der Krankenversicherer und der Pharmaindustrie, indem sie dem Staat demokratische Kontrollinstrumente entreissen, die für ein gut funktionierendes System und das Wohl der Versicherten sehr wesentlich sind.

Die SP sieht sich verpflichtet, darauf zu reagieren und dabei den Schwerpunkt auf einige noch relativ neue Elemente zu legen, 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, Förderung der integrierten Versorgung oder Stärkung der Kompetenzen und Rechte der 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. Entsprechende Massnahmen sind in unsern Augen unabdingbar, wenn wir das Wachstum der Gesundheitskosten bremsen wollen. Darüber hinaus hat dieses Diskussionspapier zum Ziel, die zukünftigen gesundheitspolitischen Prioritäten der SP zu beleuchten.

¹ 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).

2. 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. Die Vergütung von stationären Spitalleitungen über Fallpauschalen (SwissDRG) zwingt private wie auch öffentliche Spitäler dazu, Gewinne zu erzielen, da sie einem verstärkten Wettbewerb ausgesetzt sind und im «Gesundheitsmarkt» bestehen müssen. 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 Patientinnen, 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.

Insgesamt zeigt die vorliegende Recherche, dass Wettbewerb im Gesundheitswesen die Kosten in die Höhe treibt. Dort, wo die öffentliche Hand am richtige 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.

3. 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 Regulierungsinstrumente 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.

3.1 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 Kundinnen² auf. Doch wer wirklich krank ist, ist auf Solidarität, Fürsorge und auf die individuelle Situation zugeschnittene Leistungen angewiesen. Ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen versagt insbesondere bei betagten, chronischen, komplexen, mittellosen, psychisch kranken 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.

3.2 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 Spitälern zum Normalfall geworden. Dividendenzahlungen und Boni werden weitgehend durch die öffentliche Hand und die Prämienzahlenden finanziert. Dass Wettbewerb und Privatisierung im Gesundheitswesen zu mehr Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen führen sollen, ist eine oft wiederholte, aber ausschliesslich ideologisch begründete Behauptung ohne empirische Grundlage. Wettbewerb findet zum Beispiel statt bei der Jagd nach lukrativen 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. Auf die temporäre Aufhebung des Zulassungsstopps für Spezialärztinnen per 2012 folgte eine sprunghafte Zunahme der Spezialpraxen, insbesondere in den Städten (Obsan 2015). Ein Kostenschub war die Folge, der mit einer Beibehaltung der Regulierung hätte vermieden werden können. Auch die seit 2012 geltende, wettbewerbsorientierte Spitalfinanzierung treibt die Gesundheitskosten in die Höhe, wie weiter unten gezeigt wird.

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

² Zwecks besserer Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen entweder die weibliche und männliche Form verwendet. Es sind jeweils alle Geschlechter gemeint.

Patientinnen und Patienten. Die Krankenkassenlobby im Parlament hat es sich zum Ziel gesetzt, Vertragsfreiheit durchzusetzen und damit den Zugang der Patienten zu den Ärztinnen generell einzuschränken.

3.3 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.

4. DIE GESUNDHEITSLANDSCHAFT SCHWEIZ VERÄNDERT SICH

Herrscht wirklich «Reformstau» in der Gesundheitspolitik, wie von bürgerlicher Seite oft beklagt wird? 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. 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 Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen³, keine sozialverträglicheren Finanzierungsmodelle⁴, keine Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit⁵ und keine Stärkung der Prävention⁶. Die Revision des ambulanten Ärztetarifs TARMED ist wegen der Eigeninteressen der verschiedenen Ärztegruppen und des Desinteresses der Krankenversicherer bis auf weiteres blockiert.

4.1 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 Leistungen erfolgt nun 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.

³ Ein Gesetzesentwurf des Bundesrats, der die Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen stärken wollte, scheiterte Ende 2015 im Ständerat.

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ Der Ständerat versenkte ein Präventionsgesetz Ende 2012 mit knapper Mehrheit.

- 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.

4.2 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 können⁷, entweder unbegrenzt oder während einer Sperrfrist⁸. 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.

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 wirtschaftliche 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.⁹ 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).

4.3 Investoren entdecken die Gesundheit

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.

⁷ Das ist z.B. bei der Spital Thurgau AG oder bei Solothurner Spitaler AG der Fall.

⁸ Das Kantonsspital Winterthur soll, wenn es nach dem Willen des Zürcher Regierungsrats geht, zuerst in eine Aktiengesellschaft umgewandelt werden. Nach einer Sperrfrist von zwei Jahren könnten die Aktien an Private verkauft werden. Bei einer Reduktion der Beteiligung unter 51 Prozent wäre ein referendumsfähiger Kantonsratsentscheid notwendig.

⁹ 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.

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 Amedis. 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).

4.4 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, genügend 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.

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

4.4.1 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 bereits über mehrere 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 beteiligte sich mit 40% am Telemedizin-Unternehmen Medgate.
- Das Kantonsspital Winterthur und das Spital Bülach liefern sich in der Zürcher Flughafenregion ein Wettrennen um die Akquisition von Patientinnen aus ihrem gemeinsamen Einzugsgebiet. Beide haben die Eröffnung von Gruppenpraxen im Einkaufszentrum Glatt bzw. im Flughafen angekündigt.
- Die private Berner Lindenhof-Spitalgruppe übernimmt eine Landpraxis im Kanton Freiburg und tritt damit in Konkurrenz einerseits zum Freiburger Spitalnetz HFR und andererseits zur Hirslandengruppe, die bereits Anfang 2016 am Bahnhof in Düdingen ein Praxiszentrum errichtet hat.
- Das Kantonsspital Baden eröffnete Ende Juni 2016 eine grosse Tagesklinik mit verschiedenen medizinischen Spezialitäten, die zuvor nur in Aarau angeboten worden waren.

Ambulante Arztpraxen bieten aus versorgungspolitischer Sicht auch Vorteile: Das Modell des Hausarzts als Einzelkämpfer, der rund um die Uhr für seine Patientinnen zur Verfügung steht, ist am Verschwinden. Gruppenpraxen mit angestellten Ärztinnen erleichtern es, ausserhalb der grossen Städte

ein medizinisches Grundangebot aufrecht zu erhalten, auch wenn es nicht ganz einfach ist, gut qualifizierte Grundversorger zu finden. Trotzdem ist die Expansion in diesem Bereich kritisch zu begleiten, wie die obigen Beispiele zeigen.

4.5 Die Kantone sind im Clinch

Die Kantone, die per Gesetze und Verfassung 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, börsennotierte 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 Gesundheitsdirektor Thomas Heiniger möchte das Kantonsspital Winterthur nicht nur in eine Aktiengesellschaft umwandeln, sondern es am liebsten gleich an private Investoren verkaufen. Seine Privatisierungswünsche begründet er einerseits mit dem Rollenkonflikt, in dem sich der Kanton als Betreiber und Regulierer befinde, andererseits mit dem fehlenden Handlungsspielraum der Spitäler im wettbewerblichen Umfeld. (Tages-Anzeiger, 13.06.2016)

4.6 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 unkomplizierte 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 – paradoxerweise – mit 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.

5. 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 nicht die Rede sein. Dies könnte sich jedoch in den kommenden Jahrzehnten ändern, wenn die Generation der «Babyboomer» ins hohe Alter kommen und die Zahl der Todesfälle zunehmen wird. Die höchsten Kosten entstehen am Lebensende, und so wird ein Wachstum der Todesfälle unweigerlich zu einem Wachstum der Gesundheitsausgaben führen.

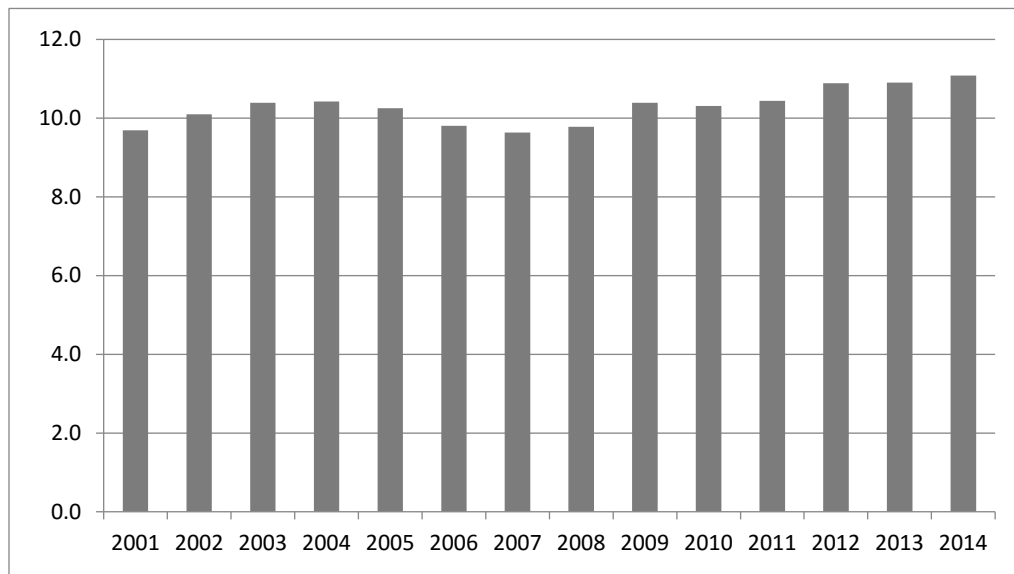


Abbildung 1: Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandprodukt BIP (Quelle: BFS)

5.1 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 (Abbildung 2). Das Wachstum der Krankenkassenprämien verlief schneller als das Wachstum der Gesamtkosten, 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 gut 60 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). 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 erheblichen Belastung. Bis zu 20 Prozent ihres verfügbaren Einkommens muss eine vierköpfige Familie im Kanton Bern für die obligatorische Grundversicherung ausgeben.

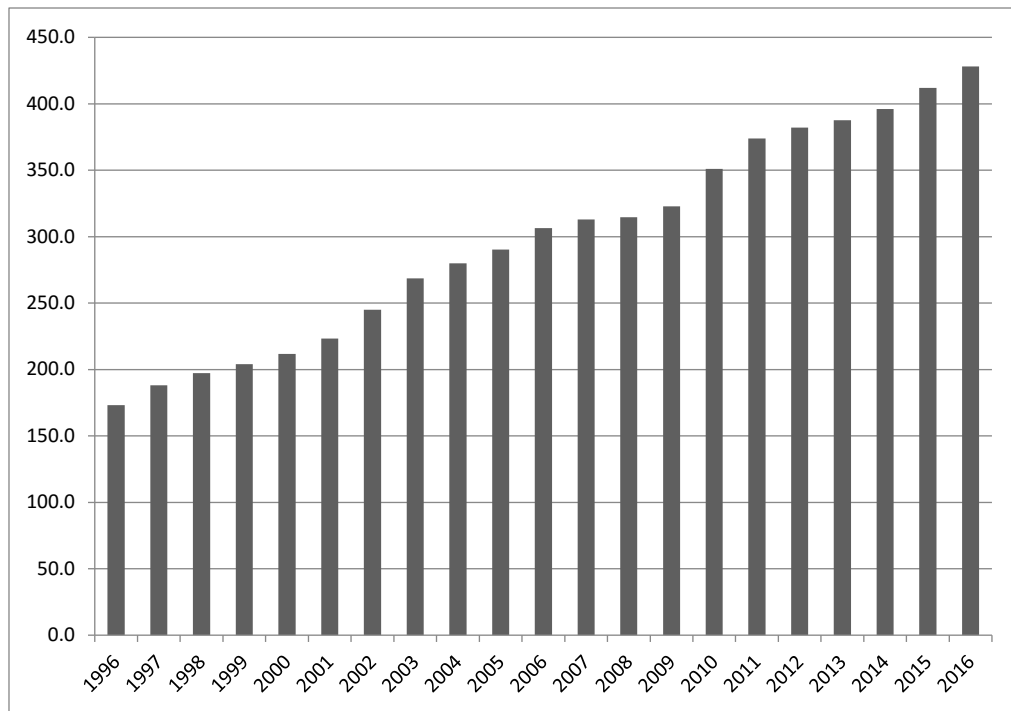


Abbildung 2: Monatliche Durchschnittsprämie ab 26 Jahren, Standardmodell, ordentliche Franchise
(Quelle: BAG Statistik der obligatorischen Krankenversicherung OKP)

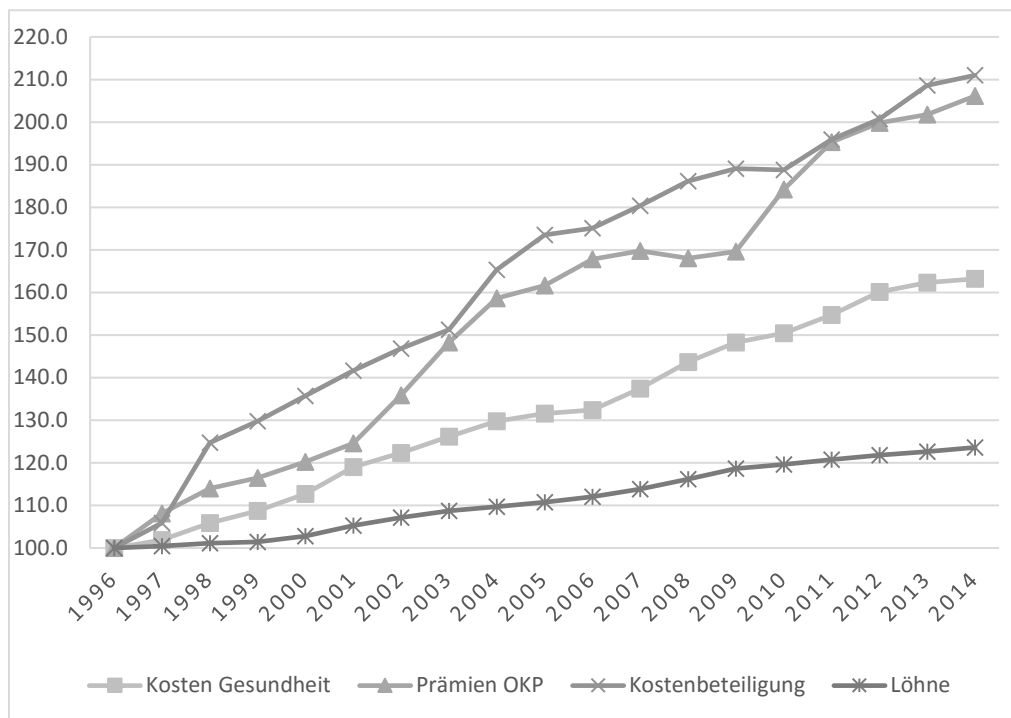


Abbildung 3: Index der Entwicklung von Gesundheitsausgaben, Krankenkassenprämien, Kostenbeteiligungen und Löhnen
(Quelle: BAG Statistik der OKP, T 9.06)

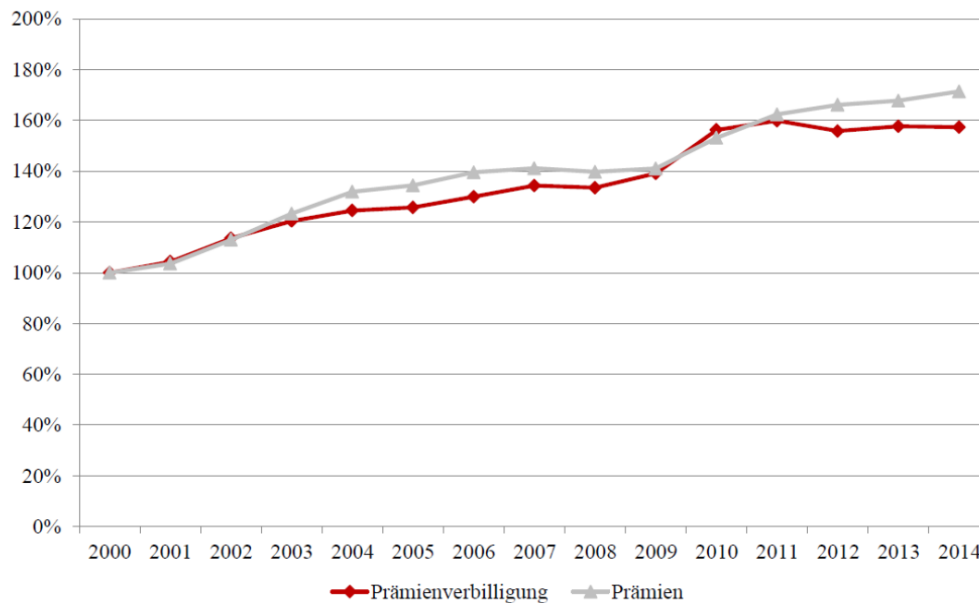


Abbildung 4: Index der Entwicklung von Prämien und Prämienverbilligung
(Quelle: BAG Statistik der OKP)

Das starke Prämienwachstum hat auch 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 bezahlt¹⁰, 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.

5.2 Hier fällt das Kostenwachstum ins Gewicht

Abbildung 5 zeigt die Kostenanteile in der Grundversicherung. Die Spitäler (ambulant und stationär) verursachten 2014 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.

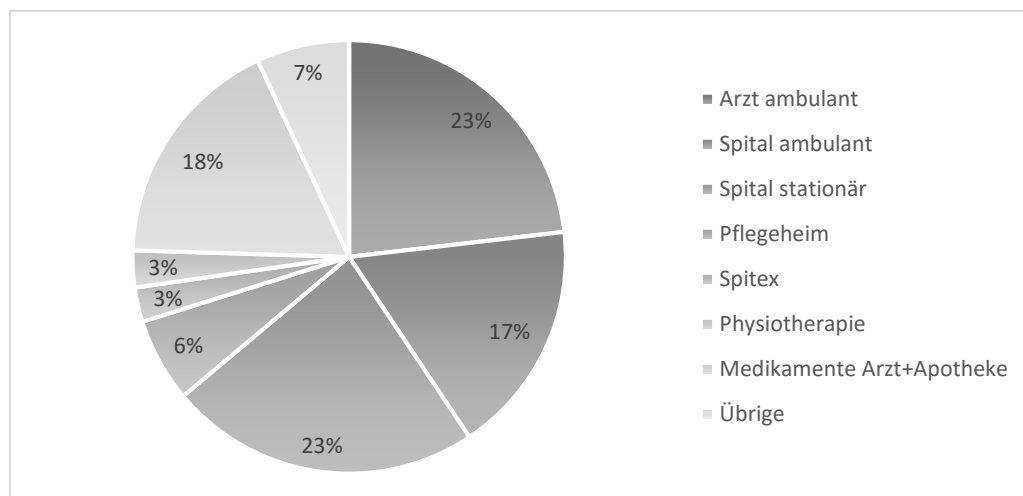


Abbildung 5: Kostenanteile nach Kostengruppen in der Grundversicherung, 2014 (Quelle: BAG Statistik der OKP)

¹⁰ Der Finanzierungsanteil der Kantone von 55% muss bis 2017 erreicht sein.

5.2.1 Spital ambulant treibt das Wachstum an

Abbildung 6 zeigt das Wachstum der einzelnen Kostengruppen im Verlauf der letzten 10 Jahre. Die grössten Wachstumsraten wiesen zwischen 2004 und 2014 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, im letzten Jahr 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 Kostenanteile der Kantone teilweise noch bis ins Jahr 2017. Generell hat sich die Verschiebung in den ambulanten Bereich akzentuiert – sowohl die Spitalambulatorien wie die Arztpraxen haben seit 2012 nochmals deutlich zugelegt. Diese Tendenz setzt sich 2015 und 2016 fort, wie das Kostenmonitoring des BAG nahelegt.

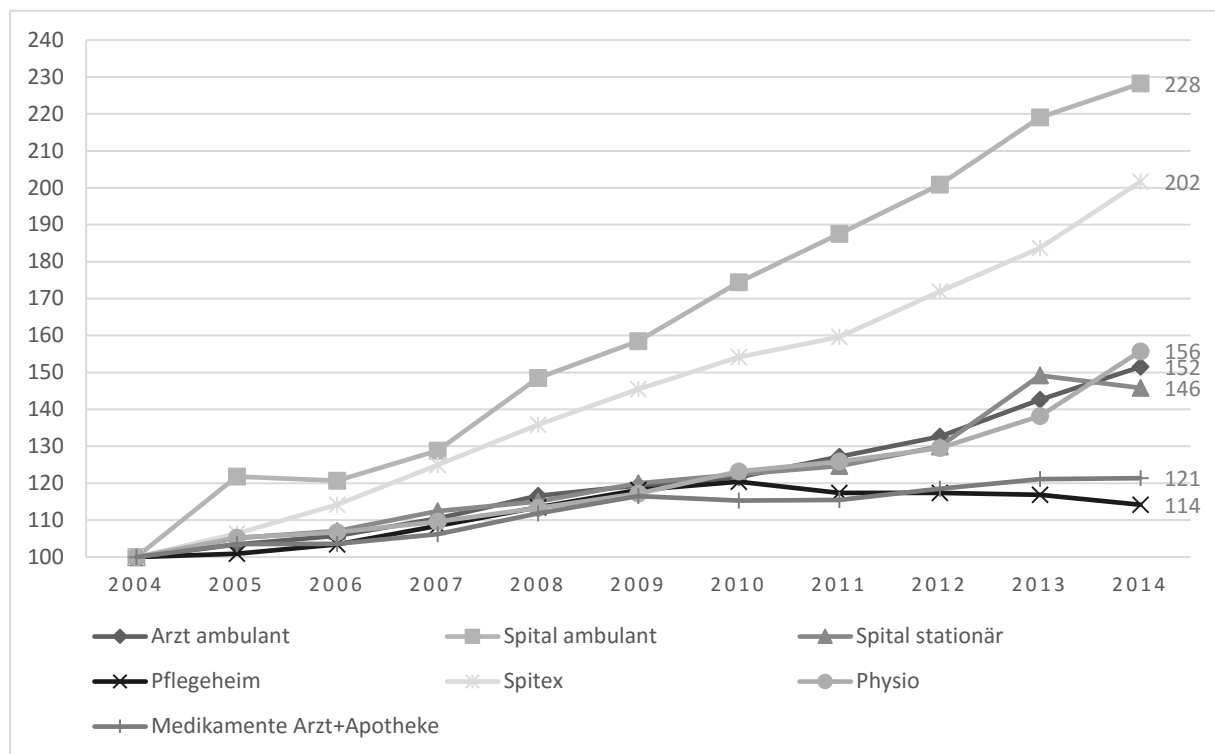


Abbildung 6: Index der Kostenentwicklung nach Leistungsgruppen in der Grundversicherung
(Quelle: BAG Kostenmonitoring der OKP)

Zum Wachstum der Gesamtkosten trug die Kostengruppe „Spital ambulant“ den grössten Anteil bei, gefolgt von «Arzt ambulant» und «Spital stationär» (Abbildung 7). Während die ebenfalls hohen Wachstumsraten bei der Spitex für die Gesamtkosten kaum ins Gewicht fallen, sind die Spitäler und Arztpraxen für drei Viertel des Kostenwachstums in der Grundversicherung verantwortlich.

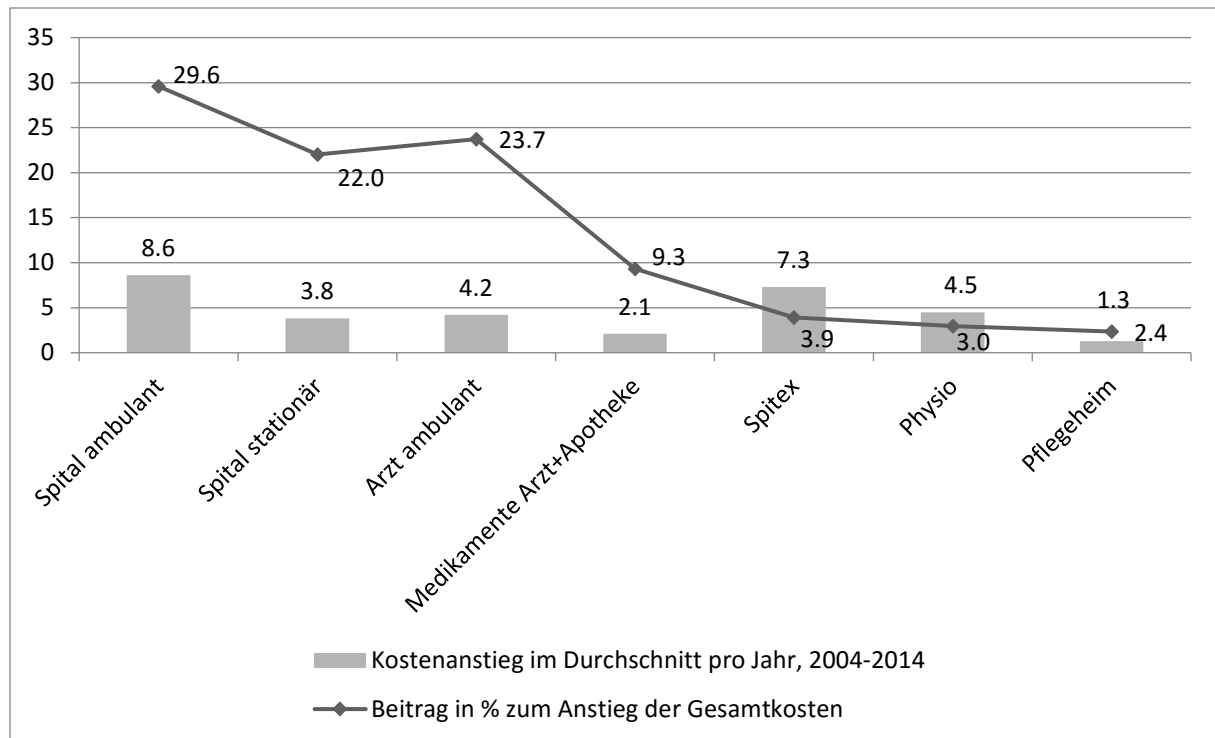


Abbildung 7: Wachstum der Kostengruppen und Beitrag zum Kostenwachstum pro Bereich, 2004 – 2014 (eigene Darstellung)

5.2.2 Auch Arztpraxen legen zu

Ambulante Arztpraxen haben nach den spitalambulantem Leistungen den zweitgrössten 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 Ärztestopps hat die Zunahme der Arztpraxen begünstigt. Diese Entwicklung schlägt direkt auf die Krankenkassenprämien durch.

5.2.3 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 2014 nur gerade drei 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 und Patienten 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.

5.2.4 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 Prämienszahlenden zusätzlich zur Kasse gebeten werden müssen.

5.3 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 1996 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.

5.4 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.

6. FORDERUNGEN

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

6.1 Das öffentliche Gesundheitswesen stärken

Die Politik muss sich verabschieden vom shareholdergesteuerten «Gesundheitsmarkt» und Raum schaffen für ein gestärktes öffentliches Gesundheitswesen. Bevor alle Spitäler in Aktiengesellschaften umgewandelt, verkauft und in Luxuskliniken überführt sind, muss die öffentliche Hand wieder mehr Verantwortung übernehmen. Öffentliche Förderung braucht insbesondere die Grundversorgung für eine älter werdende Bevölkerung. Die Politik muss klare Ziele formulieren und die notwendigen Mittel zur Verfügung stellen, um sie zu erreichen.

6.2 Kantone in die Verantwortung nehmen

Weil die Kantone nur im stationären Bereich mitfinanzieren, entsteht die paradoxe Situation, dass Leistungen, die ambulant erbracht werden, die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben. Die Kantone müssen an die ambulante wie an die stationäre Gesundheitsversorgung einen Betrag leisten. Damit sie die Kosten kontrollieren können, brauchen sie auch Steuerungskompetenzen – etwa die Möglichkeit von Zulassungsbeschränkungen für Spezialärztinnen.

Die Kantone dürfen sich nicht aus ihrer Verantwortung für die Gesundheitsversorgung verabschieden. 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 in spezialisierten Bereichen, die durch das Kantonsspital sowie über Leistungsverträge mit spezialisierten Angeboten sichergestellt wird. Der Kanton Waadt konnte mit einem Globalbudget, verbunden mit klaren Leistungsaufträgen, die Wirtschaftlichkeit in seinen Spitälern verbessern.

6.3 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.

6.4 Mit Prämien Gesundheitsleistungen statt Profite finanzieren

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.

6.5 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.

6.6 Neue Tarife und neue Versorgungsmodelle fördern

Es braucht Tarife und Versorgungsmodelle, die Kooperationen, integrierte Versorgung und Prävention stärken und es erleichtern, die Versorgungsform (z.B. stationär oder ambulant, Pflegeheim oder Reha) den individuellen Bedürfnissen der Patienten anzupassen. TARMED und SwissDRG setzen falsche Anreize: TARMED begünstigt unnötige Behandlungen, SwissDRG fördert Patientenselektion durch die Spitäler. Innovative Versorgungsmodelle sind in der Schweiz bereits vorhanden, zum Beispiel Diabetes-Programme, regionale Ärztenetze oder regionale Gesundheitszentren mit stationären und ambulanten Angeboten. Sie sollen flächendeckend gefördert, vernetzt und weiterentwickelt werden. Die stationäre Versorgung ist vermehrt in Spitalregionen mit wohnortnaher Grundversorgung und Kompetenzzentren zu organisieren.

6.7 Volumen begrenzen und Kosten kontrollieren

Das KVG (Art. 51) sieht im stationären Bereich die Möglichkeit vor, Mengenbegrenzungen über Globalbudgets vorzunehmen. Diese Möglichkeit wird in den Kantonen Waadt, Genf und Tessin mit Erfolg wahrgenommen, indem jedem Leistungserbringer ein Anteil am zuvor definierten Gesamtvolumen zugeteilt wird. Wird das Globalbudget überschritten, reduziert sich die Vergütung für Leistungen, die darüber hinausgehen, auf die Grenzkosten. Globalbudgets haben keine Rationierung zur Folge, vorausgesetzt sie basieren auf den Fixkosten (Personal und Infrastruktur) und den Leistungserbringern entstehen weder Verluste noch Gewinne, wenn sie die vereinbarte Menge über- oder unterschreiten. Globalbudgets sollen auch auf den spitalambulantem Bereich ausgedehnt werden.

6.8 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.

6.9 Eine flächendeckende Grundversorgung erhalten

Ärztenetze 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, damit das Netz erhalten bleibt.

6.10 Mitbestimmung von Patientinnen und Gesundheitspersonal verstärken

Profitgesteuerte Managemententscheide bringen in der Gesundheitsversorgung keine sinnvollen Verbesserungen. 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.

7. DAS SIND DIE NÄCHSTEN SCHRITTE DER SP

Schritt 1:

Die SP Schweiz lädt die Kantonalparteien ein, in ihren Kantonen Initiativen zu lancieren, die eine Begrenzung der Krankenkassenprämien auf 10 Prozent des verfügbaren Haushalteinkommens fordern. Dafür müssen die kantonalen Prämienverbilligungssysteme entsprechend angepasst werden.

Schritt 2:

Die SP Schweiz lädt alle SP-Sektionen ein, Umwandlungen von öffentlichen Spitälern in Aktiengesellschaften sowie weitere Privatisierungsvorlagen mit Referenden zu bekämpfen. 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.

Schritt 3:

Die SP wird im Bundesparlament Vorstösse einreichen, die Vorgaben auf Bundesebene für die Aufnahme auf eine kantonale Spitalliste verlangen, wie zum Beispiel Mindestanteile an allgemeinversicherten Patienten und Arbeitsbedingungen für das Personal.

8. QUELLEN

Aargauer Zeitung (AZ), 12.02.2016: «Jetzt setzen Investoren auf Gewinne mit Gruppenpraxen»

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

Beobachter vom 22.07.2016: «Der fatale OP-Wahn». http://www.beobachter.ch/gesellschaft/artikel/medizin_der-fatale-op-wahn/

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

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

Der Landbote, 02.08.2016: «Wenn auch der Kanton Renditen sehen will». <http://www.landbote.ch/winterthur/standard/wenn-auch-der-kanton-renditen-sehen-will/story/18768856>

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

Weitere Medienberichte

Geschäftsberichte von Schweizer Spitälern

8.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandprodukt BIP (Quelle: BFS)	10
Abbildung 2: Monatliche Durchschnittsprämie ab 26 Jahren, Standardmodell, ordentliche Franchise (Quelle: BAG Statistik der obligatorischen Krankenversicherung OKP)	11
Abbildung 3: Index der Entwicklung von Gesundheitsausgaben, Krankenkassenprämien, Kostenbeteiligungen und Löhnen (Quelle: BAG Statistik der OKP, T 9.06)	11
Abbildung 4: Index der Entwicklung von Prämien und Prämienverbilligung (Quelle: BAG Statistik der OKP)	12
Abbildung 5: Kostenanteile nach Kostengruppen in der Grundversicherung, 2014 (Quelle: BAG Statistik der OKP)	12
Abbildung 6: Index der Kostenentwicklung nach Leistungsgruppen in der Grundversicherung (Quelle: BAG Kostenmonitoring der OKP)	13
Abbildung 7: Wachstum der Kostengruppen und Beitrag zum Kostenwachstum pro Bereich, 2004 – 2014 (eigene Darstellung)	14