

Ziele des Gesundheitswesens

Vgl. den Bericht einer Expertinnengruppe von SAMW, FMH und der fünf Medizinischen Fakultäten «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts» im Rahmen des Projekts «Zukunft Medizin Schweiz», www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html, bes. S. 15 und S. 20.

Die Ziele des Schweizer Gesundheitswesens sind klar definiert. Mittels der sozialen Krankenversicherung soll für die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung gewährleistet werden (*Versorgungsziel*).

Dabei sollen Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen finanziell entlastet, die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, alten und jungen Personen sowie Frauen und Männern gewährleistet (*Solidaritätsziel*)

und zugleich die Entwicklung der Gesundheits- bzw. Krankenversicherungskosten eingedämmt werden (*Kostendämpfungsziel*).

Die Medizin, die in das Gesundheitswesen eingebunden ist, hat die Aufgabe, auf individueller wie auf Bevölkerungsebene Krankheiten vorzubeugen, Kranke zu heilen und Leiden zu lindern.

(*Behandlungsziel*)

Ökonomie

Ökonomie untersucht die Gesetzmäßigkeiten im Wirtschaftshaushalt (dem Geldverkehr). Die folgenden Ausprägungen von Wirtschaftsordnungen haben von oben nach unten eine zunehmende Staatsquote:

- **Freie Marktwirtschaft** (basierend auf dem klassischen Liberalismus, Wirtschaftsliberalismus)
- **Soziale Marktwirtschaft** (basierend auf dem Neoliberalismus, bzw. Ordoliberalismus)
- **Wohlfahrtsstaat** (Skandinavisches Modell)
- **Planwirtschaft**

Freie Marktwirtschaft

- **Wettbewerb**

Leistung / Effizienz und Exzellenz / Konkurrenz

- **Markt**

Angebot und Nachfrage ergibt Preisregulation

Produktion soll optimal auf Bedürfnisse der Nachfrage abgestimmt sein.

Gewinnmaximierung und Nutzenoptimierung.

Bestmögliches Ergebnis: Optimale Produktion und optimale Bedürfnisbefriedigung

- **Wachstum** (Mengenausweitung)

- **Eigennutz** Adam Smith (1723-1790)

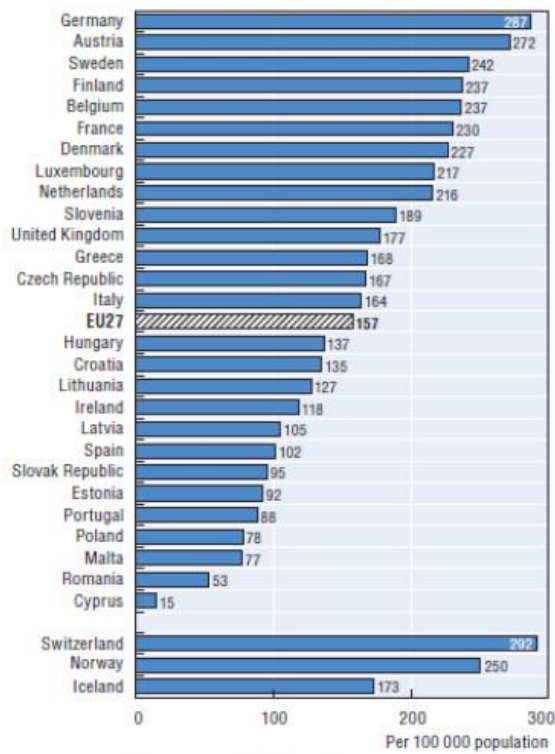
Das eigennütziges Handeln der Menschen im Mechanismus des Marktes steigert immer auch das Gemeinwohl.

Einfluss der Fallpauschalen auf Operationen?

Operationszahlen in Deutschland Jahr Operationen

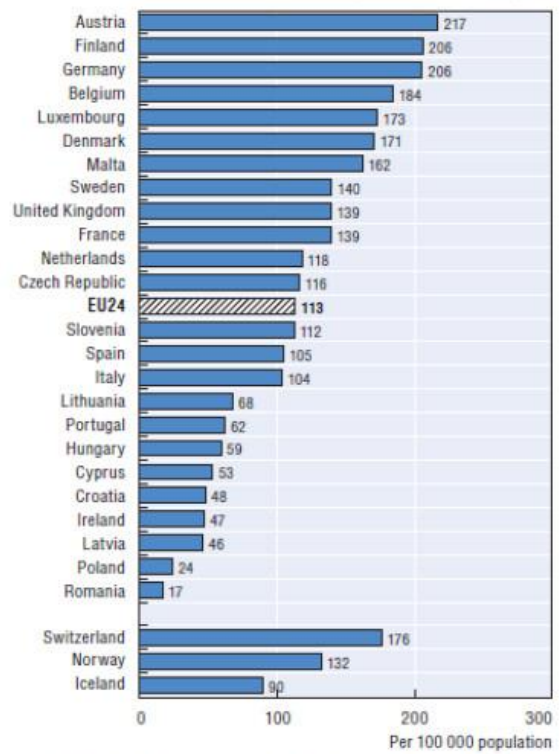
- 2006 12.6 Millionen
- 2007 13.3 Millionen
- 2008 13.7 Millionen
- 2009 14.4 Millionen
- 2010 14.9 Millionen
- 2011 15.4 Millionen
- 2013 15.8 Millionen

3.10.1. Hip replacement surgery, per 100 000 population, 2012 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database.

3.10.2. Knee replacement surgery, per 100 000 population, 2012 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database.

Fazit für Deutschland

Deutschlandfunk, Wissenschaft im Brennpunkt, 22. 6.
2014)

«Seit vor zehn Jahren die Fallpauschalen eingeführt wurden, hat der damals ausgebrochene ökonomische Kampf die Kliniken verändert. Um Kosten zu senken, haben Krankenhäuser vor allem zwei Strategien entwickelt: Abbau des Pflegepersonals; und Erhöhung der Patientenzahl bei Krankheiten, die im Fallpauschalen-System eine besonders hohe Gewinnmarge versprechen. Das Ergebnis: Die Leistung folgt dem Geld. «

**So, und nicht irgendwie!
Jeder Mensch hat sein
Kranksein und braucht die
Behandlung und Begleitung,
die aus seinem Leben geht
...darin er Liebe hat, Sinn und
Not.**

Swiss DRG Broschüre Fallpauschale in den Schweizer
Spitälern
Basisinformation für Gesundheitsfachleute

Die gemeinnützige Aktiengesellschaft wurde am 18. Januar 2008 gegründet und ist eine gemeinsame Institution der Leistungserbringer, der Versicherer und der Kantone. Die breite Abstützung (**Einspruch**) wird den unterschiedlichen Anforderungen und Bedürfnissen an das neue Abgeltungssystem gerecht.

Informationen zu SwissDRG

Swiss DRG Broschüre Fallpauschale in den Schweizer Spitälern
Basisinformation für Gesundheitsfachleute

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) ist das neue Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen, das gemäss der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen schweizweit einheitlich regelt. **Einspruch**

Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und weiteren Faktoren, einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet.

Swiss DRG Broschüre Fallpauschale in den Schweizer
Spitälern
Basisinformation für Gesundheitsfachleute

Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht an oberster Stelle. Unabhängig von der Art des Tarifsystems entscheiden alleine die Gesundheitsfachleute über die Notwendigkeit medizinischer Eingriffe. **Einspruch**

Verbesserungen dank Swiss DRG Fallpauschalen

Swiss DRG Broschüre Fallpauschale in den Schweizer Spitälern
Basisinformation für Gesundheitsfachleute

Fallpauschalen fördern die Prozessorientierung innerhalb des Spitals und zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern. Damit stärken sie die Zusammenarbeit zwischen den Fachdisziplinen und Institutionen.

Einspruch

Konkurrenz, Wettbewerb, etc.

Versprechen

Swiss DRG Broschüre Fallpauschale in den Schweizer Spitälern
Basisinformation für Gesundheitsfachleute

«Qualität und Kosten bilden die Grundlage für die Beurteilung einer Spitalleistung.

Dank der neuen schweizweit einheitlichen Finanzierung werden die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Kosten erhöht. **Einspruch**

Parallel wird die Qualität mit begleitenden Massnahmen gesichert. **Einspruch**

Unter dem Strich profitieren alle.» **Einspruch**

Dr. Thomas Heiniger

Regierungsrat, Gesundheitsdirektor Kanton Zürich

Verwaltungsratspräsident SwissDRG

Einwand

Spitäler investieren Milliarden ¹

Tagesanzeiger März 2016 Susanne Anderegg

- Triemli Spital Neubau 290 Millionen (Eröffnung März 2016). Sanierung des alten Gebäudes folgt
- Vergrößerung und Modernisierung Unispital rund 3 Milliarden geplant
- Kinderspital (ab 2017 auf der Lengg) 600 Millionen
- Kantonsspital Winterthur Ersatzbau für das alte Hochhaus 350 Millionen (ab 2017)
- Spital Uster Erweiterung 350 Millionen (Abstimmung 2016)
- In Bau neues Limmattalspital 270 Millionen
- Spital Wetzikon geplant Umbau 200 Millionen
- Spital Bülach plant neuen Behandlungstrakt 200 Millionen
- u.a. Waidspital Erneuerung gerade abgeschlossen
-

Spitäler investieren Milliarden ²

Tagesanzeiger März 2016 Susanne Anderegg

- Modernisierung der Infrastruktur nicht Erhöhung der Bettenzahl
- Zusätzliche Kapazitäten für Ambulatorien und Operationssäle
- Geldaufnahme teilweise auf Kapitalmarkt (niedere Zinsen)
- Grosse Bauten ziehen hohe Abschreibungen nach sich, die aus den Fallpauschalen finanziert werden müssen.
- Risiko, da Fallpauschalen sinken werden in Zukunft

Medizin und Ökonomie – wie weiter?

Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften ¹

- **Das übergeordnete Ziel** des Gesundheitswesens – eine qualitativ hochstehende und gleichzeitig finanzierbare Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung – setzt die Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegefachpersonen, Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe, Gesundheitsmanagern, Versicherern und Gesundheitspolitikern voraus.
- **Idealerweise** können Qualität und Zugangsgerechtigkeit stetig verbessert und Kosten gesenkt werden, ohne dass eine dieser Dimensionen zulasten einer anderen geht.

- **In der Realität** jedoch gibt es sehr wohl Konfliktfelder und Probleme:
 - Qualitätseinbussen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung
 - Interessenkonflikte der Gesundheitsfachleute
 - Aushöhlung des Fürsorgemodells in der Arzt- bzw. Pflegenden-Patienten-Beziehung
 - Verlust der intrinsischen Motivation von «Leistungserbringern»
 - Deprofessionalisierung
 - Verzerrung medizinischer Prioritäten
 - Vertrauensverlust der Patienten
 - Überhandnehmen der Bürokratie

Medizin und Ökonomie – wie weiter?

Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2

- Die Folgen einer fehlgeleiteten Ökonomisierung und/oder Kommerzialisierung der Medizin sind ein reduziertes Engagement oder gar der Verlust motivierter Fachkräfte, verbunden mit Einbussen an Qualität und Versorgungsgerechtigkeit durch Über-, Unter- und Fehlversorgung. Das übergeordnete Ziel einer finanzierbaren und nachhaltig leistbaren und qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung wird damit verfehlt.

Umso wichtiger ist es, sich zu vergewissern, welche Kerngehalte der Medizin₂ nicht aufs Spiel gesetzt werden dürfen.

Hierzu zählen:

- eine fürsorgliche, respekt – und vertrauensvolle Beziehung zwischen medizinischen Fachpersonen und Patienten
- eine bedürfnisorientierte Versorgung der Bevölkerung
- ein finanzieller Aufwand, der nachhaltig leistbar ist und in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht
- ein Bemühen um Effizienz, das nicht zulasten einer qualitativ hochstehenden Versorgung geht
- ein wertschätzendes Arbeitsumfeld Fachpersonen aller Disziplinen

Medizin und Ökonomie – wie weiter?
Positionspapier der Schweizerischen Akademie der
Medizinischen Wissenschaften ³

Die Frage nach dem Verhältnis von Medizin und Ökonomie ist ebenso aktuell wie brisant: Spitäler gründen Gesundheitszentren; setzen auf ein sogenanntes Zuweisermanagement; finanzstarke selbstzahlende Patienten werden aktiv aus dem Ausland angeworben und einer privilegierten Behandlung zugeführt usw.

Es besteht eine Überversorgung mit Behandlungen von zweifelhafter Wirksamkeit, während in anderen Bereichen eine Unterversorgung besteht.

Bewährte Medikamente kommen in der stationären Versorgung nicht mehr zum Einsatz, weil sie «zu teuer» seien, oder werden nicht mehr produziert, weil sie zu «wenig Marge» haben oder der Markt zu klein ist.

Medizin und Ökonomie – wie weiter?
Positionspapier der Schweizerischen Akademie der
Medizinischen Wissenschaften

Frage nach dem angemessenen Verhältnis von Medizin und Ökonomie

Es ist daher von besonderem Interesse zu verfolgen, in welcher Weise sich ökonomische Interventionen sowohl auf der **volkswirtschaftlichen Makroebene** als auch auf der **betriebswirtschaftlichen Mesoebene** auf die **individuelle Arzt-Patienten-Beziehung (Mikroebene)** auswirken.

Mit einem verstärkten Fokus auf unternehmerischem Denken, Markt- und Wettbewerbsorientierung droht jedoch der **Beziehungsaspekt** unterzugehen.

Zudem gibt es empirische Hinweise, dass mit DRG Patienten **aus wirtschaftlichen Erwägungen aus dem Spital in andere Einrichtungen verlegt** werden und nicht, weil dort der beste Behandlungsort für sie wäre.

Medizin und Ökonomie – wie weiter?
Positionspapier der Schweizerischen Akademie der
Medizinischen Wissenschaften

Frage nach dem angemessenen Verhältnis von Medizin und Ökonomie

Ebenso besteht das Risiko, dass bereits bei der Aufnahme von oder dem Werben um Patienten eine **Risikoselektion** betrieben wird. Damit wird die Frage: «*Welchen Patienten können wir am besten helfen?*» verkehrt in «*Welche Patienten können uns (ökonomisch) am besten helfen?*» (d.h. welche Patienten sind am profitabelsten).

Medizin und Ökonomie – wie weiter?
Positionspapier der Schweizerischen Akademie der
Medizinischen Wissenschaften

Frage nach dem angemessenen Verhältnis von Medizin und Ökonomie

Dennoch kann es in der Umsetzung dazu kommen, dass sich Mechanismen der Effizienzsteigerung wie Globalbudgets, Wettbewerb und Anreize negativ auf die Patientenversorgung und den klinischen Alltag auswirken.

Es besteht die Gefahr, dass gerade im Bereich der Pflege zum Zwecke der Effizienzsteigerung Personalressourcen wegfallen und Zeit für die direkte Patientenbetreuung verloren geht.

In sogenannten Magnet-Spitälern, die durch Pflegende mit hoher Fachkompetenz, grosse Arbeitszufriedenheit und geringe Fluktuationsraten sowie einen angemessenen «skill mix» gekennzeichnet sind, scheint auch der Anteil an «missed nursing care», also erforderlicher Pflegearbeit, die nicht (vollständig) geleistet werden kann, deutlich geringer zu sein.

Medizin und Ökonomie – wie weiter?
Positionspapier der Schweizerischen Akademie der
Medizinischen Wissenschaften

Frage nach dem angemessenen Verhältnis von Medizin und Ökonomie

Auch die interprofessionelle Kollaboration beeinflusst das Behandlungsergebnis.

So scheinen personelle Ressourcen, Behandlungsqualität, gute Teamarbeit und Arbeitszufriedenheit ineinanderzugreifen:

Wenn ausreichend gut qualifizierte Pflegefachpersonen vorhanden sind,

- ist das Behandlungsergebnis gut
- die Zufriedenheit bei Patienten und Personal hoch
- die Personalfuktuation gering

....dies verstärkt das gute Behandlungsergebnis positiv und nachhaltig

- Umgekehrt kann sich ein zu geringer Personalschlüssel und ein ungünstiger «skill mix» negativ auf die Arbeitsmotivation und die Bindung von motivierten Mitarbeitern auswirken und nicht zufriedenstellende Behandlungsergebnisse weiter verschlechtern.

Medizin und Ökonomie – wie weiter?
Positionspapier der Schweizerischen Akademie der
Medizinischen Wissenschaften

Frage nach dem angemessenen Verhältnis von Medizin und Ökonomie

Konflikte können ebenso auf der Managementebene auftreten, wenn **betriebswirtschaftliche Interessen mit volkswirtschaftlichen Zielen kollidieren**: So mag zum Beispiel ein stationärer Aufenthalt für das Gesundheitswesen teurer (und für den Patienten belastender und risikoreicher) sein, aber für das Spital lukrativer.

Andererseits gibt es auch Patientengruppen, die im jetzigen DRG-System unterfinanziert sind (z.B. demenzkranke, polymorbide Menschen) und deren Hospitalisation damit gerne vermieden bzw. unter ungebührlichen Qualitätseinbussen verkürzt wird. Fraktionierte Vergütungssysteme wirken so als **Hemmschuh für eine patientenzentrierte integrierte Versorgung**.

Die Folge sind dann **selektive Überversorgung finanziell attraktiver Populationen** bzw. Erkrankungen und **eine Vernachlässigung anderer Patienten, die weniger «gewinnträchtig» sind**.

Fehlanreize können auch durch die ins heutige Gesundheitswesen eingeführten «Wettbewerbselemente» entstehen, beispielsweise im Bereich der Mindestfallzahlen, was zu einer Indikationsausweitung beitragen kann.

Medizin und Ökonomie – wie weiter?
Positionspapier der Schweizerischen Akademie der
Medizinischen Wissenschaften

Verlust der intrinsischen Motivation

Die Verhaltensökonomie versteht unter intrinsischer Motivation ein Handeln, das durch nichts weiter belohnt wird als die Tätigkeit selbst.

Durch das Problem der Arbeitsverdichtung, die durch zunehmende Zahl an Patienten bei gleichzeitig abnehmender Verweildauer im Spital bedingt ist, nehmen die Arbeitsbelastung insgesamt zu und die Zeit für die Betreuung der einzelnen Personen ab.

Diese Entwicklung steht dem Wunsch entgegen, Menschen nicht nur die notwendige Mindestversorgung zu gewährleisten, sondern auch auf die Patienten einzugehen und diese ganzheitlich zu betreuen. Hier leidet die intrinsische Motivation der Pflegefachpersonen, da der Hauptbeweggrund für die Berufswahl in der Praxis kaum noch Geltung findet.

Medizin und Ökonomie – wie weiter?
Positionspapier der Schweizerischen Akademie der
Medizinischen Wissenschaften

Verlust der intrinsischen Motivation

Was dürfen wir in der Gesundheitsversorgung auf keinen Fall verlieren?

- Eine fürsorgliche, respekt- und vertrauensvolle Beziehung zwischen medizinischen Fachpersonen und Patient
- Eine bedürfnisorientierte Versorgung der Bevölkerung
- Ein finanzieller Aufwand, der nachhaltig leistbar ist und in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht.
- Ein Bemühen um Effizienz, das nicht zu Lasten einer qualitativ hochstehenden Versorgung geht
- Ein wertschätzendes Arbeitsumfeld für medizinische Fachpersonen.

Spannungsfeld in der Pflege

Prof. Dr. Rebecca Spirig

Pflegedirektorin Universitätsspital Zürich

Mitglied der medizinischen Fakultät der Universität Basel

Vortrag Symposium3, 20. Juni 2015, der Akademie Menschenmedizin «Spannungsfeld Technik-Mensch-Heilkunst»

Moralischer Stress tritt ein, wenn eine Pflegefachperson

- nicht mehr die Pflege anbieten kann, die sie aufgrund ihrer ethischen Prinzipien anbieten möchte, und muss
- sie dem Qualitätsanspruch nicht mehr genügen kann

«genau das Richtige, genau zum richtigen Zeitpunkt, genau von der richtigen Person»

- die intrinsische Motivation verliert

Beispiele:

- nicht mehr mobilisieren können, obwohl eigentlich notwendig für die Entlassung des Patienten
- Aus Zeitmangel ein Gespräch nicht führen können

Zufriedenheit und Motivation «moralische Resilienz»

Prof. Dr. Rebecca Spirig

Pflegedirektorin Universitätsspital Zürich

Mitglied der medizinischen Fakultät der Universität Basel

Vortrag Symposium3, 20. Juni 2015, der Akademie Menschenmedizin «Spannungsfeld Technik-Mensch-Heilkunst»

- Pflegende sehr zufrieden mit ihrer Arbeitsumgebung und Arbeitsplatz
- arrangieren sich
- Entwicklung einer eigenen Widerstandsfähigkeit: Etwas in einen anderen Kontext stellen können (*nicht alles gleich lösbar, aber es bewegt sich etwas)
- Verbesserte Arbeitsumgebung
- Interprofessionalität

Begleitstudie im Auftrag der FMH: Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung

Schweizerische ÄRZTEZEITUNG 2016; 97 (1) :6-8
Beatrix Meyer, Barbara Rohner, Lukas Golder, Claude Longchamp

Nur noch rund ein Drittel ihrer Arbeitszeit wenden Ärztinnen und Ärzte für patientennahe Tätigkeiten auf, in der Psychiatrie und der Rehabilitation sogar nur ein Viertel.

Einen grossen Teil des Tages verbringen die Ärzte mit administrativen Arbeiten; die Assistenzärzte sind dabei besonders betroffen.

- Dokumentationsaufwand, hoher Zeitdruck, Stress, Überstunden, ein Drittel der Befragten hat den Eindruck, dass aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und des Zeitdrucks die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigt ist
- Pos: 30% gaben an, dass dank effizienterer Prozesse sie sich besser auf ihre medizinische Tätigkeit konzentrieren können.
- Trotzdem zufrieden mit ihrem Beruf, hohe Berufsidentifikation und gute Zusammenarbeit im Team
- 90% der in der Akutsomatik tätigen Spitalärzte finden die Zusammenarbeit mit der Pflege gut

Begleitstudie im Auftrag der FMH: Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung

Schweizerische ÄRZTEZEITUNG 2016; 97 (1) :6-8
Beatrix Meyer, Barbara Rohner, Lukas Golder, Claude Longchamp

- Praxis-ambulant tätige Ärzte beurteilen kritischer als vor Einführung der DRG: Entlassungszeitpunkt der ihnen aus den Spitälern zugewiesenen Patienten erfolgt für über 20% zu früh.
- Rund 20% der Spitalärzte beobachten, dass versucht wird, chronisch Kranke in andere Institutionen zu verschieben.
- Bezahlung mit variablem Lohnanteil: Bonuszahlungen aufgrund von Zielvereinbarungen (Interessenskonflikt)
- Leistungsabhängige Boni nehmen zu (CA 2012-2014 von 19 auf 26% / OA von 8 auf 16%) (Bonuszahlungen können an Anzahl von OP geknüpft sein)
- Zunahme von nicht indizierte Operationen

Indikation nach ökonomischen oder medizinischen Kriterien ? ¹

SAEZ 2016;97(6):218-219

David Holzmann, Prof. Dr. med., Hals- und Gesichtschirurgie
Prof. Dr. med. Dominik Straumann, Facharzt für Neurologie

- Unter dem Vorwand noch mehr auf die Kostenbremse zu treten, führten Gesundheitspolitiker Systeme wie DRG ein, nachdem sie die «Fallkostenpauschale» beim Volk mit einer Medienlawine populär gemacht hatten.
- Ein bedeutendes Opfer der Ökonomisierung ist die **Indikationsstellung**. Besonders hier darf man sich nicht von finanziellen, sondern NUR von medizinischen Kriterien leiten lassen.
- Die Indikationsstellung ist ein Kernstück der ärztlichen **Identität**. (Prof. Dr. med. Giovanni Maio, Freiburg: Geschäftsmodell Gesundheit – Wie der Markt die Heilkunst abschafft)
- Versicherungsgrad des Patienten beeinflusst Indikationsstellung und Behandlung markant. (Maio)

Indikation nach ökonomischen oder medizinischen Kriterien ? 2

SAEZ 2016;97(6):218-219

David Holzmann, Prof. Dr. med., Hals- und Gesichtschirurgie
Prof. Dr. med. Dominik Straumann, Facharzt für Neurologie

- Zahl der MRI, OP wie Hüftgelenkersatz, Sectio exorbitant gestiegen
- Seit Einführung der DRG Run auf «gute Risiken» ausgebrochen (zB. junge Patienten, Patienten ohne Komorbiditäten)
- Die Verführung und Korrumpierbarkeit durch finanzielle «Aufbesserungen» darf in diesem inzwischen kranken System nicht unterschätzt werden.
- Der Verlockung zu widerstehen, braucht ein gesundes Mass an Charakterfestigkeit und die ethische Einsicht, dass wir uns in erster Linie für das Wohl aller Menschen, d.h. für das Gemeinwohl, einsetzen wollen. («ökonomistischen Turnübungen widerstehen»)

Spitalpolitik zwischen Deregulierung und Versorgungs(un)sicherheit Studie im Auftrag der SP-Fraktion der Bundesversammlung

Anna Sax, lic.oec.publ., MHA

Mitarbeit: Franziska Iff

- Der zunehmende Wettbewerbsdruck löst paradoxerweise eine bauliche und technologische Aufrüstungsspirale aus.
- Es zeigt sich, dass die Förderung von Qualität, Effizienz und Kostenkontrolle durch „mehr Wettbewerb“ ein ideologisches Konstrukt ist.
- Weiter zeichnet sich ab, dass die Kantone zunehmend in einen Konflikt geraten zwischen Stärkung des Wettbewerbs und ihrem Auftrag, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.
- Multinationale Spitalunternehmungen stehen bereit, Spitäler zu erwerben und diese in renditeorientierte Betriebe zu verwandeln, wenn sich Gelegenheit dazu bietet.
- Begründet wird der partielle Rückzug der öffentlichen Hand aus der Spitalversorgung mit dem Wettbewerbsdruck, dem die Spitäler zunehmend ausgesetzt sind.
- Dieser Wettbewerbsdruck verschärfte sich mit der 2012 schweizweit eingeführten neuen Spitalfinanzierung.

Spitalpolitik zwischen Deregulierung und Versorgungs(un)sicherheit

Studie im Auftrag der SP-Fraktion der Bundesversammlung

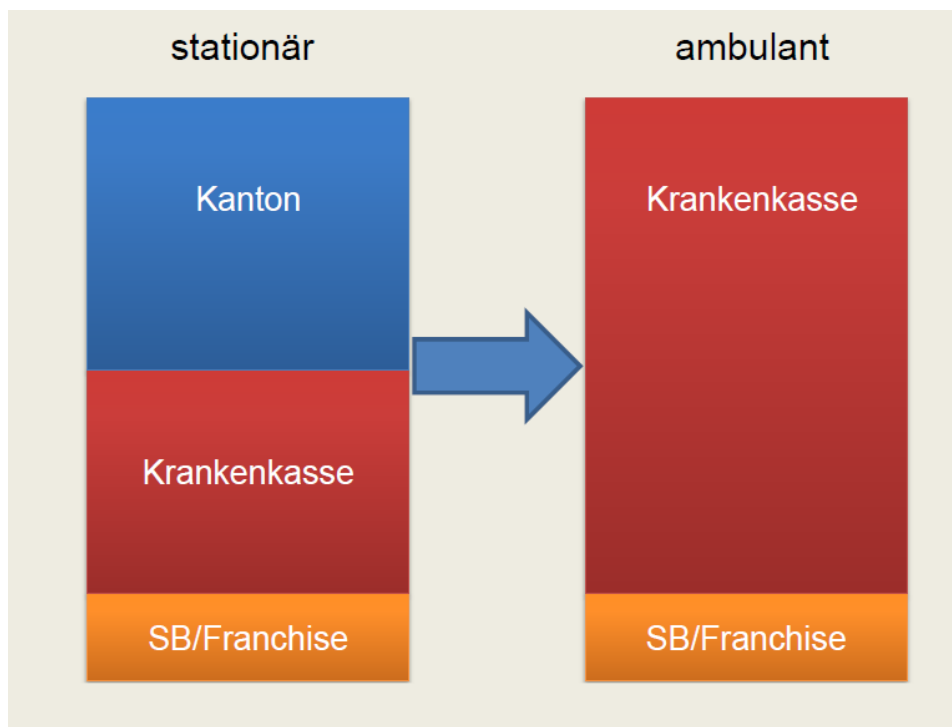
Anna Sax, lic.oec.publ., MHA

Mitarbeit: Franziska Iff

Kosten und Finanzierung

Das Ziel der Kosteneindämmung wurde bisher verfehlt. Nach einem markanten Kostenschub 2012/2013 ist zwar 2014 bei den OKP-Kosten im stationären Bereich ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Dafür setzte sich das Wachstum im ambulanten Bereich (Spitäler und Ärzte) ungebremst fort, was auf eine Verschiebung von Leistungen und Kosten hindeutet.

Unterschiedliche Finanzierungsschlüssel für stationäre und ambulante medizinische Versorgung treiben die Krankenkassenprämien in die Höhe



Spitalpolitik zwischen Deregulierung und Versorgungs(un)sicherheit Studie im Auftrag der SP-Fraktion der Bundesversammlung

Anna Sax, lic.oec.publ., MHA

Mitarbeit: Franziska Iff

Es ist keineswegs gewährleistet, dass die gute und umfassende Versorgung der Bevölkerung mit Spitalleistungen erhalten bleibt, wenn der Wettbewerbsdruck auf die Spitäler weiter zunimmt.

Der durch Swiss DRG erzeugte Wettbewerbsdruck führt zu einem schwer kontrollierbaren Wachstum an Spitalkapazitäten, weil die Spitäler mit allen Mitteln versuchen, ihre Fallzahlen auszudehnen.

Leistungsaufträge an faire Arbeitsbedingungen knüpfen:

Faire Arbeitsbedingungen für das Spitalpersonal sind längerfristig eine Voraussetzung für gute Versorgungsqualität. Die Kantone dürfen deshalb Leistungsaufträge nur an Spitäler vergeben, die faire Arbeitsbedingungen und Löhne gewährleisten und die Arbeitszufriedenheit mit geeigneten Massnahmen messen.

Spitalpolitik zwischen Deregulierung und Versorgungs(un)sicherheit
Studie im Auftrag der SP-Fraktion der Bundesversammlung

Anna Sax, lic.oec.publ., MHA

Mitarbeit: Franziska Iff

Der Bund soll die Begleitforschung zur neuen Spitalfinanzierung weiterführen und weitere Berichte publizieren. Spätestens ab 2019 soll die Politik Konsequenzen aus den Resultaten der Begleitforschung ziehen.

Auch die Wiederabschaffung der SwissDRG als Finanzierungsinstrument im stationären Bereich kann eine mögliche Konsequenz sein.

Spitalpolitik zwischen Deregulierung und Versorgungs(un)sicherheit
Studie im Auftrag der SP-Fraktion der Bundesversammlung

Anna Sax, lic.oec.publ., MHA

Mitarbeit: Franziska Iff

Fallpauschalen-Moratorium in der Psychiatrie und Rehabilitation

Die geplanten Fallpauschalen in der Psychiatrie (TARPSY) und in der Rehabilitation (ST Reha) sind mindestens so lange auszusetzen, bis klare und positive Resultate aus der Begleitforschung zu SwissDRG vorhanden sind.