

PPP-Serie BINT und «clinicum» – Private und Publics vernetzen das Gesundheitswesen

# Wie die öffentliche Hand von Privaten lernen kann und umgekehrt?

Entweder schwarz oder weiss – das geht in vielen Fällen nicht auf. Oft entscheidet die gute Mischung über den erwünschten Erfolg. Im Gesundheitswesen ist das besonders ausgeprägt. Das bringt auch unser heutiger Gesprächspartner zum Ausdruck: Felix Schneuwly, Gesundheitsexperte bei comparis.ch.

Grundsätzlich wollten wir einmal wissen: Wie und in welcher Art sind Kooperationen zwischen der öffentlichen Hand und Privaten im Gesundheitswesen überhaupt sinnvoll.

«Wem eine Institution gehört und welche Rechtsform sie hat, spielt grundsätzlich keine Rolle», ist Felix Schneuwly überzeugt. «Relevant ist, ob die Kooperation in der medizinischen Versorgung Mehrwert stiftet, d.h. Effizienz und Qualität verbessert.»

**Nicht der Besitz ist relevant, sondern Qualität und Wirtschaftlichkeit**

**Viele öffentliche Spitäler sind in eine finanzielle Schieflage geraten. Ist der Kauf solcher öffentlicher Spitäler durch**

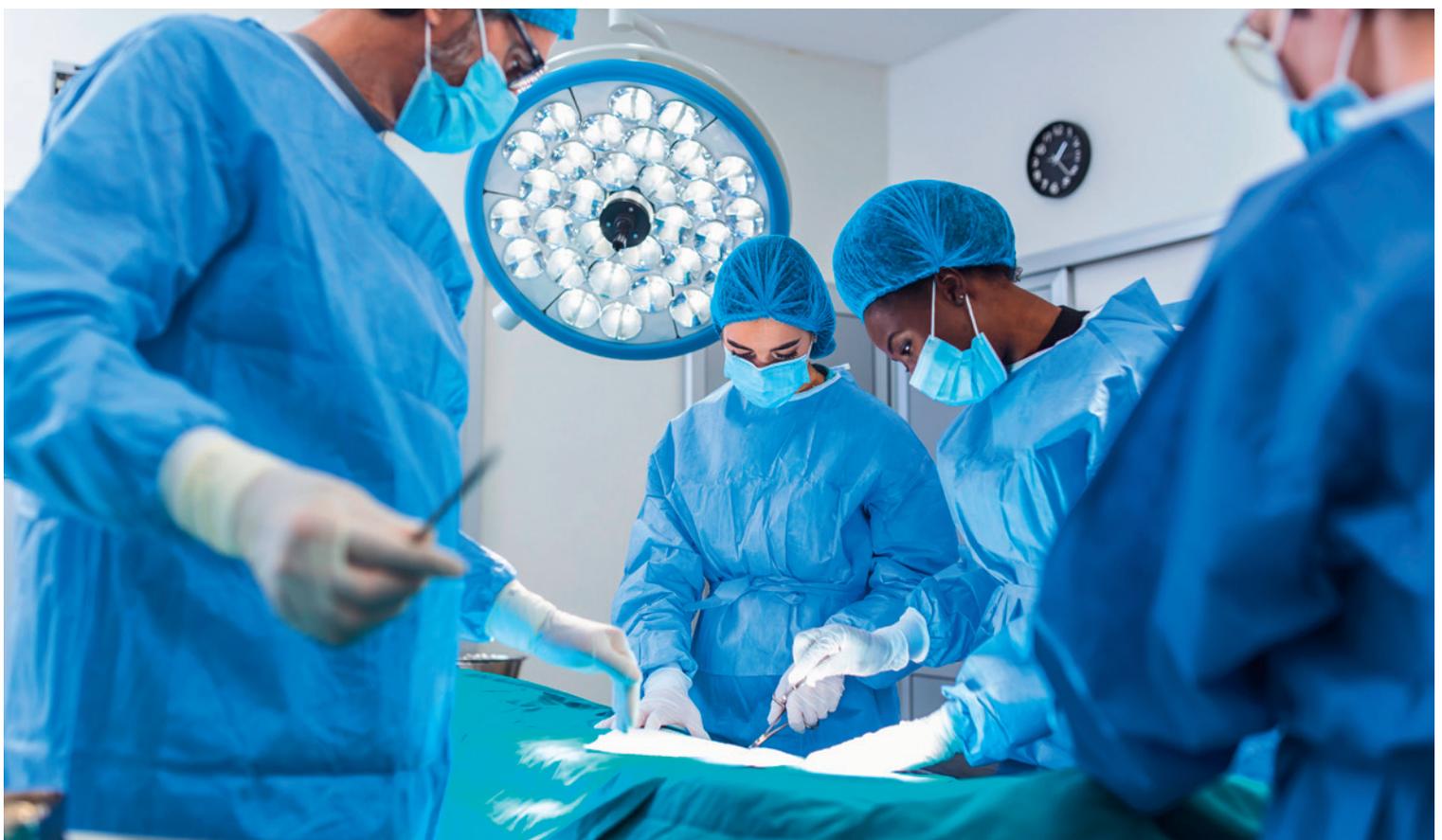
**private Investoren sinnvoll?**

Felix Schneuwly: «Auch bei den Spitälern spielt es keine Rolle, ob sie in Privat- oder Staatsbesitz sind. Wichtig ist, dass sie professionell geführt werden und von politisch motivierten, operativen Eingriffen verschont werden. Die Spitäler der Thurmed Gruppe beispielsweise gehören dem Kanton Thurgau und haben genau deswegen die beste EBIDTA-Marge aller Spitäler in der Schweiz. Wer ein Spital, eine Arztpraxis oder ein Pflegeheim zu teuer kauft oder seinen Besitzern eine hohe Dividende bezahlt, bekommt deswegen nicht höhere Tarife für medizinische Leistungen zu Lasten der Grundversicherung.»

**Wo jedoch die öffentliche Hand nicht reüssiert – jüngstes Beispiel Zofingen**

**– übernimmt ein privater Investor. Sind in solchen Fällen Bedenken – z.B. von Personalverbänden und Gewerkschaften – am Platz bezüglich des Schutzes der Mitarbeitenden?**

«Wie jeder Markt funktioniert auch der Arbeitsmarkt am besten, wenn er intelligent reguliert ist und das Kräftegleichgewicht von Arbeitgeberinnen und Arbeitnehmern nicht zerstört», betont Felix Schneuwly und warnt vor zu viel staatlichen Eingriffen. «Die vom Bundesrat vorgeschlagene Umsetzung des zweiten Teils der Pflegeinitiative ist eine gewerkschaftliche Überregulierung. Was mit überregulierten Arbeitsmärkten passiert, sehen wir zum Beispiel in Frankreich. Arbeitsplätze zu schaffen, wird unattraktiv und teuer. Leider haben es die Arbeit-





Für Felix Schneuwly, Gesundheitsexperte bei comparis.ch, ist es klar: Qualität und Wirtschaftlichkeit sind die entscheidenden Faktoren für ein innovatives und leistungsstarkes Gesundheitswesen und nicht die Trägerschaft der Institutionen.

geber im eh schon durch den Kostenröhrenblick überregulierten Gesundheitswesen verpasst, den kleinen rechtlichen Spielraum für attraktive Arbeitsplätze zu nutzen. Jetzt wird der Spielraum noch kleiner.»

**Nun gibt es mit dem Réseau de l'Arc und seinem Tessiner Pendant bereits Full Capitation-Modelle mit finanzieller Beteiligung von Krankenversicherern und Kantonen, das Spital Zofingen wird folgen. Ist das eine begrüssenswerte Entwicklung? Und: Soll die öffentliche Hand insbesondere Capitation-Modelle fördern, welche keine freie Arztwahl bieten und die Angebotsdifferenzierung praktisch verunmöglichen? Sollte die öffentliche Hand nicht offener sein, es gibt ja auch (noch) VVG-Patienten?**

«Auch beim Réseau de l'Arc hat die Trägerschaft kaum einen Einfluss auf den Erfolg des medizinischen Versorgungskonzepts. Wie bei jeder Innovation sind Menschen die Treiber. Die finanzielle Beteiligung der drei Partner Kanton Bern, Swiss Medical Network und Visana am Leistungserbringer Réseau de l'Arc ist ein Element und hat nichts mit dem KVG zu tun. Das alternative Versicherungsmodell Viva gemäss KVG mit den Vertragspartnern Swiss Medical Network und Visana ist das zweite Element. Wie bei jedem alternativen Versicherungsmodell werden auch die medizinischen Leistungen, welche die Viva-Versicherten konsumieren, nach den gemäss

KVG geltenden Tarifen und Preisen abgerechnet. Die Full Capitation haben die beiden Partner in einem separaten Vertrag geregelt. Swiss Medical Network muss mit den Viva-Prämien alle Pflichtleistungen zu den offiziellen Tarifen und Preisen finanzieren. Wenn Effizienz und Qualität so gut sind, dass auf überflüssige und schlechte Medizin verzichtet wird, werden die Einsparungen unter den beiden Vertragspartnern aufgeteilt. Swiss Medical Network wird für Effizienz und Qualität statt Mengen belohnt und Visana kann den Viva-Versicherten attraktive Prämien anbieten. Versicherte, die mit Viva nicht zufrieden sind, können jedes Jahr bei der Visana ein anderes Grundversicherungsprodukt wählen oder den Versicherer wechseln.»

**Warum sind Krankenversicherer zusammen mit Leistungserbringern nicht kreativer?**

«Diese Wahlfreiheit ist wichtig, damit nicht durch Rationierung gespart wird. Warum die Krankenversicherer und Spitäler oder Ärztenetze nicht zusammen koordinierte medizinische Versorgung über dem KVG-Standard «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» hinaus mit mehr Komfort und Flexibilität als rundum sorglos Zusatzversicherungspakete für ambulante und stationäre Medizin anbieten, ist mir schleierhaft. Die Zahlungsbereitschaft der Versicherten, die mehr wollen als den KVG-Standard und sich um nichts selber kümmern wollen, ist vorhanden. Wenn den Versicherern der

bürokratische Aufwand für die Bewilligung eines neuen Zusatzversicherungsprodukts durch die FINMA zu mühsam ist, was ich verstehe, sollten sie mindestens so innovativ sein, und die Koordination ihren zusatzversicherten Kundinnen und Kunden als Serviceleistungen verkaufen.»

**Ein weiteres Parkett, auf dem die öffentliche Hand tanzt und danach trachtet, mit Privaten zusammen das Tanzbein zu schwingen, ist das EPD. Offenbar strebt der Bund nach einem einheitlichen IT-Standard, an den sich die (Stamm-) Gemeinschaften anschliessen müssten. Mischt sich die öffentliche Hand hier richtigerweise oder zu sehr ein; es gibt ja auch international bewährte private Standardlösungen? Müsste hier nicht Wettbewerb resp. freie Auswahl herrschen?**

«In Sachen eHealth sollten wir rasch von den skandinavischen und baltischen Staaten lernen. Wer in Dänemark wohnt, hat schon lange eine eID. Diese wird auch im Gesundheitswesen eingesetzt. Dann gibt es eine staatlich beauftragte private Zertifizierungsstelle, die dafür sorgt, dass jede Software, die zur Bearbeitung von Gesundheitsdaten eingesetzt wird, sicher und interoperabel ist», führt Felix Schneuwly aus. «Welche Softwareanbieter sich mit zertifizierten, bedienungsfreundlichen Produkten für Spitäler, Arztpraxen, Apotheken etc. auf dem Markt durchsetzen, ist dem Staat egal. Und die Spitäler, Arztpraxen etc. sind nicht an ihren Softwareanbieter gebunden, weil dieser keine proprietäre Lösung anbieten darf. Jede an einer Behandlung beteiligte Fachperson hat vollen Lese- und Schreibzugriff auf alle Patientendaten, die Patientin selbstverständlich auch. Unter diesen Voraussetzungen sind in Dänemark Flops wie das vom BAG eben beerdigte nationale, digitale Krebsregister mit Kosten von 16 Millionen Franken kaum möglich.»

**Momentan stehen wir vor weiteren wachsenden Problemen: Finanzielle Probleme könnten neben den Spitälern auch die Krankenversicherer kriegeln, wenn die FINMA böser wird und auf die zu hohen VVG-Prämien und die Quersubventionierung VVG-OKP einwirkt. Die meisten Versicherer erzielen ja ungefähr gleich viele VVG-Überschüsse wie OKP-Verluste. – Wenn nun neben notleidenden Spitälern auch notleidende Versicherer entstehen, was ist dann: Too big to fail und finanzielle Steuer-finanzierte Unterstützung ohne Ende? Muss sich die öffentliche Hand bezüglich Finanzierung und**



### Steuerung des Gesundheitswesens neu aufstellen ... und wie?

Felix Schneuwly sieht das entspannt und relativiert: «Der damalige Gesundheitsminister Pascal Couchepin sagte einmal, dass er nichts gegen eine mögliche Quersubventionierung von Zusatzversicherten an grundversicherte Patientinnen unternehmen werde, weil diese Umverteilung in den Spitälern von oben nach unten sozial sei. Und eine Quersubventionierung bei den Versicherern gebe es nicht, weil die Prämien korrekt berechnet werden müssen und von den beiden Aufsichtsbehörden, dem BAG

für Grund- bzw. der FINMA für Zusatzversicherungsprodukte genehmigt werden.

Die Deckung von Defiziten öffentlicher Spitäler durch Kantone hat auf die Grundversicherungsprämien keinen Einfluss, denn laut KVG müssen die Tarife sachgerecht sein. Wenn ein Spital trotz sachgerechter Tarife defizitär ist, der Kanton das Defizit mit Steuergeldern deckt und niemand abgewählt wird, ist das halt demokratisch legitimiert. Nun wird aber der Fachkräftemangel die von den Kantonen mit viel Geld gebremste Spitalstrukturbereinigung und Ambulantisierung beschleunigen. Das ist gut so. Die Einheitliche

Finanzierung (EFAS) wird auch beschleunigend wirken, wenn sie schlank und ohne Hintertüren für die Kantone umgesetzt wird. Und wenn es die Vertragspartner der alternativen Versicherungsmodelle schaffen, auch die teuren Versicherten von den Vorteilen der koordinierten medizinischen Versorgung zu überzeugen, weil dort Effizienz und Qualität statt bloss Mengen belohnt werden, kommen wir ohne zusätzliche schlechte Regulierung vorwärts.»

#### Weitere Informationen

[www.bint.ch](http://www.bint.ch)



# FREIBURGER INFEKTOLOGIE- UND HYGIENEKONGRESS

08. - 10. Oktober 2025

SAVE THE DATE

JETZT ONLINE ANMELDEN AUF  
[WWW.HYGIENEKONGRESS.DE](http://WWW.HYGIENEKONGRESS.DE)  
 ANMELDESCHLUSS 26.09.2025  
 EARLY BIRD BIS 19.07.2025

