

**Zeitschrift:** Saiten : Ostschweizer Kulturmagazin  
**Herausgeber:** Verein Saiten  
**Band:** 27 (2020)  
**Heft:** 297

**Artikel:** "Die Prämien explodieren, nicht die Kosten"  
**Autor:** Hertler, Roman / Surber, Peter  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-954276>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 06.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## «DIE PRÄMIEN EXPLODIEREN, NICHT DIE KOSTEN»

**Für Anna Sax, Ökonomin und Leiterin des kantonalen Gesundheitsamtes Schaffhausen, sind Spitalschliessungen kein Allheilmittel. Im Interview spricht sie über gerechtere Kostenverteilung, den schädlichen Wettbewerb, Zürcher Machtpolitik und die mangelnde Verantwortung der öffentlichen Hand.**

### Interview: Roman Hertler und Peter Surber

Saiten: Wenn man die St.Galler Diskussionen um die Spitalfinanzierung verfolgt, hat man den Eindruck, es sei naturgesetzlich, dass Spitäler geschlossen werden müssen. Aber was die Gründe dahinter sind, darüber wird nicht geredet.

Anna Sax: Schaffhausen ist ein kleiner Kanton mit einem zentralen Akutspital. Auch hier gibt es Stimmen, die finden, statt nach Schaffhausen könne man ja nach Winterthur oder Bülach ins Spital gehen. Das stimmt einerseits. Dennoch finde ich nicht unbedingt, dass es zu viele Spitäler gibt.

Warum sind dennoch so viele dieser Ansicht?

Es sind vielleicht zu viele, wenn man nur vom Ziel ausgeht, die Spitalversorgung sicherzustellen. Es geht aber um viel mehr: Wenn wir das Kantonsspital schliessen würden, hätten wir in Schaffhausen noch viel mehr Mühe, Hausärzte und Pflegefachfrauen für die Spitex zu finden. Denn sie werden am Spital ausgebildet. Die gesamte ambulante Versorgung hängt von diesen Fachleuten ab. Das Spital ist der Dreh- und Angelpunkt der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten.

Ähnlich wird auch in Wattwil oder in Walenstadt argumentiert.

Wir haben ein Problem mit der Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung – und gar nicht so sehr mit den Spitälern. Das kommt in der Diskussion immer zu kurz. Es gibt zu wenige Hausärzte, Pflegepersonal für die Spitex oder Fachkräfte in den Pflegeheimen, die bereit sind, auf dem Land zu arbeiten. Entscheidend ist weniger, dass die Menschen vor der Haustüre ein Spital haben, sondern dass sie, gerade im Alter, vor der Haustüre ihre Grundversorgung finden.

Kritisiert wird aber, dass Überkapazitäten bestehen und zugleich die kleineren Spitäler die Qualität nicht garantieren können.

Wenn alle alles machen wollen, kann es ein Qualitätsproblem geben. Aber das muss nicht sein. Mittlere Spitäler sind dazu

da, die stationäre Grundversorgung sicherzustellen. Für die Spitzenmedizin geht man sowieso ins Zentrumsspital.

Die Qualität ist also kein Argument?

Doch, in gewissen Punkten schon. Viele Privatkliniken sind zum Beispiel auf Orthopädie spezialisiert. Wenn private ebenso wie staatliche Spitäler all diese Operationen anbieten, kann es kritisch werden mit den Fallzahlen. Oder die Kliniken operieren zu viel, um genügend Erfahrungen zu sammeln und die notwendigen Fallzahlen zu erreichen.

Grundsätzlich: Wer ist schuld an der Kostensteigerung im Spitalwesen?

Das wahrgenommene Kostenproblem ist in erster Linie ein Verteilungsproblem. Das Wachstum findet vor allem bei den Krankenkassen-Prämien statt. Diese steigen schneller als die Gesundheitskosten insgesamt. Ein vergleichsweise geringer Anteil, etwa 20 Prozent der Spitalkosten, sind über Steuern finanziert; fast 40 Prozent beträgt dagegen der Anteil der Krankenkassen. Deren Prämien steigen, und das hat unglücklicherweise mit der Ambulantisierung zu tun. Eigentlich ist es gut, dass immer mehr Eingriffe ambulant gemacht werden, weil das für die meisten Patientinnen und Patienten angenehmer ist und Kosten spart. Bloss: Ambulant zahlt die Kasse den vollen Betrag, während stationär der Kanton 55 Prozent übernimmt. Wenn beispielsweise ein Eingriff im Spital 10'000 Franken und ambulant 6000 Franken kostet, muss die Kasse stationär 4500 Franken bezahlen – ambulant aber 6000. Die Kosten verschieben sich so von den Steuerzahlerinnen zu den Prämienzahlerinnen. Das ist fragwürdig – auch wenn dies teils wieder rückgängig gemacht wird durch Prämienverbilligungen. Es ist ein Dominoeffekt, und der letzte Dominostein ist die Patientin bzw. die Prämienzahlerin.

Das tönt nach einem Systemfehler.

Ja. Man weiss das seit über 20 Jahren und sucht politische Lö-

sungen. Eigentlich wäre es konsequent, alle Behandlungen über den gleichen Finanzierungsschlüssel abzurechnen, ob ambulant oder stationär, ob Spital, Pflegeheim, Spitex etc. Das ist im Parlament in Bern immer wieder ein Thema. Die Kantone haben sich aber bis jetzt dagegen gestemmt. Weil sie sagen: Ambulant haben wir keinen Einfluss. Wir sind fürs Stationäre zuständig, dort können wir steuern, Leistungsaufträge vergeben etc. Oder aber: Dann wollen wir mehr Einfluss auch im ambulanten Bereich.

Ein Patt?

Ja, ziemlich. Dabei ist die Lastenverschiebung hin zu den Prämien ein grosses Problem und auch eine sozialpolitische Zeitbombe.

Wer verfolgt in der Spitalpolitik welche Interessen?

Zunächst: Die Grundlage legte die neue Spitalfinanzierung mit den DRG-Katalogen (diagnosebezogene Fallgruppen). Man hat gesagt: Wir wollen nicht länger mit Taggeldern die Spitäler als solche subventionieren, sondern wir wollen Leistungen abgelden. So ist man dazu übergegangen, Spitalleistungen abzurechnen via Fallpauschalen.

Ist das besser oder schlechter?

Das lässt sich nicht so einfach beantworten. Wir hatten zuvor 26 verschiedene Tarifsysteme, auch DRGs gab es bereits. Man wollte den Wechsel weg von den Tagespauschalen und erhoffte sich damit mehr Transparenz in der Frage, welches Spital was besser oder anders macht. Man wollte den Wett-

**Das ist das Fatale an der neuen Spitalfinanzierung, dass die Spitäler gezwungen sind, Gewinn zu generieren, um ihren Immobilienunterhalt und ihre Neubauten zu finanzieren.**

bewerb, das war der entscheidende Punkt. Und um wettbewerbsfähig zu sein, muss man Gewinn machen. Neu mussten die Spitäler ihre Arbeit gewinntragend organisieren, um die Investitionen zu refinanzieren. Das ist nach meiner Überzeugung das Fatale an der neuen Spitalfinanzierung – nicht die Fallpauschale per se, aber dass die Spitäler gezwungen sind, Gewinn zu generieren, um ihren Immobilienunterhalt und ihre Neubauten zu finanzieren. Man versprach sich davon, dass Spitäler, die nicht mehr gewinntragend arbeiten, quasi von selber eingehen und nicht mehr von der Politik geschlossen werden müssen.

Aber es kam anders, zumindest im Kanton St.Gallen.

Niemand will ja, dass sein Spital dichtmacht. So hat die St.Galler Stimmbevölkerung eine Milliarde Franken für Neubauten beschlossen, zum Entsetzen der Wettbewerbsbefürworter.

Sie reden von der fatalen Wettbewerbssituation. Fatal für wen?

Fatal drum, weil sie zu einem Wetttrüben der Spitäler führt. Sie müssen Fälle «bolzen», und am liebsten solche mit guten Pauschalen. Das gleicht sich mit der Zeit zwar etwas aus, weil die Fallpauschalen angepasst werden, aber insgesamt ist ein Wettbewerb in Gang gekommen, nicht um bessere Qualität, sondern

um bessere Patienten, um die «Jungen und Schönen». Die alten, gebrechlichen, «mühsamen» Patienten kosten hingegen, machen Aufwand, sie passen nicht in die Pauschalen hinein, das heisst, sie rentieren nicht und liegen der öffentlichen Hand auf der Tasche. Dies umso mehr, als Privatspitäler oft einen Weg finden, sich um die Aufnahme dieser Patienten zu drücken, unter anderem mit dem Argument, sie hätten keine Intensivstation.

Also sind die Privaten das Problem?

Das Ganze führt bös gesagt zu einer Patientenselektion. Um Gewinn machen zu können, brauchen Spitäler die richtigen Patientinnen und Patienten. Eine weitere Entwicklung ist die: Spitäler machen Ambulatorien auf. Die Hirslanden-Permanences an den Bahnhöfen sind beispielhaft dafür, die öffentlichen und gemeinnützigen Spitäler machen auch mit, etwa mit Ambulatorien im Glattzentrum oder am Flughafen. Auch das Kantonsspital Schaffhausen eröffnet ein Radiologie-Ambulatorium. Einerseits hilft das, die Kosten insgesamt zu stabilisieren. Andererseits schlägt das wieder auf die Prämien durch, weil ambulante Behandlungen ja über die Kassen bezahlt werden. Und die Spitäler können sich so die «guten» Patienten zuhalten.

Ist Wettbewerb im Gesundheitswesen und im Besonderen im Spitalwesen von der Sache her fehl am Platz?

Das kann man so sagen. Der Wettbewerb macht das Gesundheitswesen aufs Ganze gesehen teurer. Wettbewerb ist gut für die Jungen, Gesunden, Gebildeten, die einschätzen können, was sie brauchen, und die wieder aus der Institution rauskommen: Sie profitieren und können sich die beste Klinik suchen. Die andern, die chronisch Kranken, die sozial Schwachen haben diese Wahlmöglichkeit nicht.

Ein weiterer «Kostenfaktor» sind die Ärzte, ihre hohen Löhne und das Bonussystem, das ihre Einkünfte noch erhöht, wenn sie lukrative Operationen durchführen.

Die Boni sind in den vergangenen zwei Jahren etwas zurückgegangen. Auch Ärzte selber haben diese Exzesse harsch kritisiert. Und immer mehr Spitäler führen einen Lohndeckel ein. Dennoch verdienen Ärztinnen und Ärzte natürlich weiterhin gut.

Ärzte, so eine weitere Kritik, verschreiben übermässig viele Medikamente, weil sie an der Selbstdispensation verdienen. Noch ein falscher Anreiz...

Im Gesundheitswesen wimmelt es nur so von falschen Anreizen. Man wollte via DRG-Reglement Fehlanreize beseitigen – und hat neue geschaffen. Auch der ambulante Tarif Tarmed ist ein Anreiz, möglichst viel zu diagnostizieren und zu behandeln. Fallpauschalen bieten im Gegensatz dazu zwar den Anreiz, die Kosten tief zu halten, aber dafür insgesamt mehr Fälle zu «produzieren». Im Gesundheitswesen herrscht ein Tarif- und Finanzierungschaos, und in manchen Bereichen das Ganze multipliziert mit 26.

Das weiss man alles, und trotzdem passiert nichts?

Die Patienten spielen in den Debatten leider eine untergeordnete Rolle. Es gibt vier grosse Player, die alles blockieren können: die Pharmaindustrie, die Versicherer, die Ärzte und die Kantone. Wenn einer sich querstellt, geht nichts. Und es ist immer einer nicht einverstanden, weil er mehr zahlen muss oder Geld verliert. Dafür gibt es zahllose Beispiele. Die einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär ist bisher an den Kantonen gescheitert. Parallelimporte, die nur in der Pharmaindustrie überhaupt verboten sind, wurden von der Pharmalobby verhindert. Bei den Versicherern ist es die Ab-

lehnung der Einheitskasse, bei den Ärzten etwa der Widerstand gegen die Reform des Tarmed. Dass Reformen schwierig sind im Gesundheitswesen, ist allerdings keine schweizerische Spezialität.

Weil die Interessengruppen mächtig sind – und weil es um viel Geld geht?

Ja, es geht um inzwischen gegen 90 Milliarden Franken jährlich, und es geht um jeden zehnten Arbeitsplatz.

Das verstärkt den Eindruck, dass die regionalpolitische Spitalschliessungsdiskussion, wie wir sie etwa im Kanton St. Gallen führen, im Grunde eine Stellvertreterdiskussion ist, weil dahinter System- und Anreizfehler stecken, die sich mit Spitalschliessungen nicht lösen lassen.

Das sehe ich ähnlich wie die St. Galler Gesundheitsdirektorin Heidi Hanselmann, wenn sie sagt: Wir wollen eine wohnortnahe Spitalversorgung haben. Aber die Regionalspitäler sollen stärker zusammenarbeiten und die Spezialisierungen aufteilen.

Eine solche Aufgabenteilung könnte man über die Spitallisten steuern. Das könnte man im Prinzip. Und sicher wird es notwendig, auch überkantonale Zusammenarbeit. Wie schwierig das ist und wie stark der Kantonlidgeist, zeigen beispielhaft die jüngsten Kontroversen um die Reha-Kliniken. Der Kanton Zürich hat eine Leistungsgruppensystematik in Gang gesetzt,

**Es gibt vier grosse Player, die alles blockieren können: die Pharmaindustrie, die Versicherer, die Ärzte und die Kantone. Wenn einer sich querstellt, geht nichts.**

die den Ostschweizer Rehakliniken das Leben schwermacht. Er verlangt zum Beispiel, dass nicht mehr alle Burn-out-Fälle als Psychiatriefälle behandelt werden. Die Zürcher waren bereits zuvor federführend beim Festlegen der medizinischen Leistungsgruppen, bei Mindestfallzahlen und anderen Qualitätsvorgaben in der Akutmedizin. Diese Listen legen fest, ob ein Spital ein bestimmtes Gebiet mit komplexen Eingriffen abdecken darf oder nicht. Dass Zürich gesamtschweizerisch die Regeln vorgibt, passt nicht allen. Und gerade auf einem Gebiet, das so stark wächst wie die Rehabilitationsmedizin, gibt es natürlich Streitpunkte.

Zum Beispiel?

Die Ostschweizer Kantone haben jetzt angefangen, ihren Rehakliniken Psychiatrieleistungsaufträge zu geben, damit diese weiterhin Burn-out-Patientinnen behandeln können. Graubünden eckt oft an, weil dort ein dezentrales Versorgungssystem aufgebaut wurde, mit teils winzigen Spitälern mit drei, vier Betten. Da läuft zwar auch nicht alles perfekt, aber das Konzept ist grundsätzlich gut: Es basiert auf rund einem Dutzend Versorgungszentren, denen alle anderen Versorger, Hausärzte, Spitex etc. angeschlossen sind. Den Bündnern kommt es nicht in den Sinn, Spitäler zu schliessen. Die gegenteiligen Modelle kann man in Dänemark oder Norwegen studieren, mit einer extrem stark zentralisierten und hochtechnologisierten Spitallandschaft.

Welche Rolle spielt das Anspruchsverhalten der Patientinnen und Patienten?

Das ist nicht leicht zu beurteilen. Bestimmt das Angebot oder die Nachfrage, was an Leistungen in Anspruch genommen

wird? Der Verein menschenmedizin.ch kritisiert zum Beispiel das Übermass an Diagnosen und Therapien, das Ärztinnen und Ärzte zum Teil ihren Patienten «andrehen». Gewiss sind Patienten anspruchsvoll, aber sie sind auch den Fachleuten ausgeliefert. Es kommt sehr darauf an, wie sie die Chancen eines Eingriffs darstellen und so weiter.

Also kein Appell von Ihnen für mehr Selbstverantwortung?

Patientinnen und Patienten zahlen schon bei der Finanzierung viel aus dem eigenen Sack. Für die Kosten entscheidend ist das System und weniger die sogenannte Selbstverantwortung.

Wer profitiert vom Wettbewerb?

Verschiedenste Investoren kommen in den Markt hinein. Die Migros zum Beispiel ist heute bereits einer der grössten Gesundheitsanbieter im ambulanten Bereich, mit Gruppen-Arztpraxen, Apotheken und so weiter, die sie übernehmen oder neu eröffnen. Es gibt andere, ehemals medizinferne Investoren wie das Swiss Medical Network, die diesen politisch gewollten Wettbewerb für sich nutzen. Auch die 50-Franken-Notfallpauschale und die Selbstzahlerei für sogenannte jugendliche Komatrinker sind solche Stellvertreterkämpfe – wobei die schlimmsten Komatrinker gemäss Studien gar nicht die Jugendlichen sind.

Haben Sie ein Rezept, wie wir aus den genannten Systemfallen herauskommen können?

Allgemein gesagt: Die Öffentlichkeit muss mehr Verantwortung übernehmen. Bund, Kantone und die Gemeinden müssen sich zuständig fühlen. Man kann das System nicht dem Wettbewerb überlassen. Im Moment ist die öffentliche Hand jedoch daran, sich zurückzuziehen aus der Verantwortung und alle Macht den Leistungsanbietern zu überlassen. Und konkret müsste man bei den Prämien ansetzen. Es bräuchte einkommensabhängige Prämien oder noch besser: Prämienverbilligungen, wie sie die SP-Prämieninitiative verlangt. Schaffhausen hat bereits ein solches Prozentmodell. Die Folge ist allerdings, dass ein Anstieg der Prämien dann auf Kosten der Steuerzahlerinnen geht.

Und weniger Kosten statt neue Finanzquellen? Die Gesundheitskosten explodieren ...

Die explodieren nicht. Wenn etwas explodiert, dann sind es die Prämien. Alle anderen Länder in Europa finanzieren ihre Gesundheitsleistungen über Steuern oder über Lohnabzüge. Die Schweiz hat als einziges Land Kopfprämien und ist zudem das einzige Land, in dem Kinder Prämien zahlen müssen. Das ist ein unsoziales Finanzierungsmodell. Was die Kosten betrifft, gibt es sicher auch Sparpotential. Es wird teils, wie vorhin gesagt, zu viel diagnostiziert. Die häufigste Krankheit ist die Diagnose, sagt ein Bonmot. Aber primär ist für mich die unsoziale Finanzierung. Die Kosten können wir uns alleweil noch leisten.



Anna Sax, 1959, ist Ökonomin und seit 2018 Leiterin des Gesundheitsamts des Kantons Schaffhausen. Zuvor war sie unter anderem Leiterin Fachbereich Gesundheit und Medikamente bei der «Erklärung von Bern» (heute «Public Eye»), wissenschaftliche Mitarbeiterin für Gesundheitspolitik der SP-Fraktion im Bundeshaus sowie Geschäftsführerin der Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP.





