

Spitalfinanzierung: Kein Ausbau der Planung

Qualitäts- und Leistungswettbewerb im nationalen Binnenmarkt
statt kantonalen Protektionismus

3. April 2006 Nummer 12 7. Jahrgang

dossierpolitik

Qualitäts- und Leistungswettbewerb im nationalen Binnenmarkt statt kantonalen Protektionismus

Das Wichtigste in Kürze

Spitäler sind der grösste und mit Ausnahme von 2004 der am schnellsten wachsende Kostenblock der obligatorischen Krankenversicherung. Die vom Ständerat in der Frühjahrsession verabschiedete Reform der Spitalfinanzierung will zur Kostendämpfung die Planung weiter ausbauen.

Position von economiesuisse

Der Ausbau der Planung wird abgelehnt. Die Erfahrungen von zehn Jahren Planung sind klar negativ: Die Kantone favorisierten ihre Arbeitnehmer- und Finanzinteressen statt ihres oft zitierten verfassungsmässigen Auftrags gegenüber den Patienten.

Statt eines Ausbaus der Planung bedarf es dringend der Förderung von Qualitäts- und Leistungswettbewerb in einem nationalen Spitalmarkt. Es ist zu hoffen, dass sich der Zweitrat zu einer kohärenten, mutigen Reform entschliesst. Andernfalls sind mindestens folgende drei Massnahmen notwendig: Erstens die rasche Einführung der leistungsorientierten Fallpauschalen. Zweitens die gesetzliche Verpflichtung der Leistungserbringer zur Transparenz im Sinne der Veröffentlichung betriebswirtschaftlicher und medizinischer Leistungsvergleiche. Drittens die Verhinderung der Diskriminierung ausserkantonalen und privater Leistungserbringer, indem mindestens die Vergabe der Leistungsaufträge durch die Kantone im Rahmen transparenter Submissionsverfahren samt Rechtsmittelweg erfolgt. Anders als bei der Reform des Ständerats ebnet dieses Mindestpaket den Weg für weitere Reformen mit Wettbewerbselementen. Das wiederum ist die Voraussetzung, damit Effizienz und damit auch die Bezahlbarkeit einer allen zur Verfügung stehenden Qualitätsmedizin nachhaltig gesichert wird.

Spitalmarkt – Kostenblock und Arbeitgeber

Das Parlament berät zurzeit die Neuordnung der Spitalfinanzierung und damit eines der zentralen Reformpakete. Die Situation scheint verfahren: Nachdem das reformorientierte Modell der ständerätlichen Sozialkommission (SGK-S) am Widerstand der Kantone gescheitert war, hat der Ständerat ein Kompromissmodell überwiesen, wurde aber umgehend von der Konferenz der Gesundheitsdirektoren (GDK) erneut scharf kritisiert. Unbestritten scheint einzig die Einführung der leistungsorientierten Fallkostepauschalen, welche gemäss internationalen Erfahrungen einen zentralen Reformschritt¹ darstellen und im Vergleich zu Globalbudgets nachhaltige Produktivitätsgewinne

von zehn bis 15 Prozent erlauben.² – Unbestritten ist ausserdem der finanzielle Einfluss des stationären Bereichs auf die Gesundheitskosten und die volkswirtschaftliche Bedeutung der Spitäler. 2004 beliefen sich die Kosten der Spitäler auf 18,3 Mrd. Franken oder 35 Prozent der gesamten Kosten des Gesundheitssystems. Nach Jahren klar überproportional steigender Spitalkosten betrug die Kostensteigerung 2004 „nur“ 3,1 Prozent und lag damit erstmals unter der Steigerung der Gesundheitskosten von ebenfalls relativ tiefen 3,7 Prozent.³ Von den 18,3 Mrd. Franken werden 6,3 Milliarden von den Kantonen, 760 Mio. Franken von den Gemeinden und der überwiegende Rest von den obligatorischen Krankenkassen und Privatversicherungen übernommen. – Die Spitäler sind gleich-

¹ OECD: Competition and Related Mechanisms to Enhance Efficiency in the Provision of Hospital Services, DAF/COMP/WP2 (2005) 4, 26.9.2005, para. 48 f.

² OECD: ECO/WKP (2005)30, S. 20.

³ BFS: Kosten im Gesundheitswesen 2004, Medienmitteilung 3.3.2006.

zeitig aber auch volkswirtschaftlich wichtig: Mit 6,2 Prozent der Beschäftigten oder 211'000 Personen⁴ sind die stationären Einrichtungen⁵ vergleichbar mit den Bereichen Gastgewerbe, Verkehr und Nachrichtenübermittlung oder dem Baugewerbe (Bild 1).⁶ Wie bei der Beschäftigung hat der Anteil der Spitäler am Bruttoinlandprodukt (BIP) in den vergangenen Jahren zugenommen (Bild 2).

Planung als Richtungsentscheid

Vor dem Hintergrund der finanziellen Bedeutung der Vorlage erstaunt es nicht, dass die politische Diskussion von der Finanzierung und dem Finanzschlüssel zwischen Kantonen und Krankenkassen dominiert wird. Für economie-suisse ist die Frage der Strukturentwicklung der Spitallandschaft Schweiz von ebenso grosser Bedeutung. Hier die Anreize für wettbewerbsfähige Strukturen richtig zu setzen ist nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Volkswirtschaft wichtig.

Die vom Erstrat in der Frühjahrsession verabschiedete Vorlage sieht denn im Strukturbereich einige zentrale Weichenstellungen vor: Nach zehn Jahren Spitalplanung soll diese auf die Versorgung aller Versicherten unabhängig ihrer Versicherungsdeckung ausgedehnt werden. Zusatzversicherte sollen in die Planung integriert werden, und mit an Bedingungen geknüpften Leistungsverträgen erhofft man sich eine bessere Angebotssteuerung. Besteht beispielsweise ein Überangebot an Notfalldiensten (öffentlicher Spitäler), kann das Verbot der Eröffnung weiterer

Notfalldienste zur Bedingung für den Zuschlag eines Leistungsauftrags (für private Spitäler) in anderen Bereichen gemacht werden.

Spitäler ohne Leistungsauftrag sollen künftig keinen Sockelbeitrag des Kantons mehr erhalten. Dieser beläuft sich heute gemäss Urteilen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts auf 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten, wobei die Beiträge an ausserkantonale und private Spitäler auf tieferem Niveau eingefroren und einer der Auslöser der laufenden Revision sind. Nach ständerätlichem Revisionsvorschlag wird der Sockelbeitrag künftig bei 60 Prozent der Investitions- und Betriebskosten liegen. Da gleichzeitig die Reform finanzneutral auszugestalten ist, die Planung aber auf mehr Spitäler ausgedehnt wird, werden künftig mehr Spitäler um die Finanzmittel kämpfen. Der Wettbewerb um Sockelbeiträge wird zunehmen und für öffentliche sowie private Spitäler mit hohem Anteil Allgemeinversicherter wird die Aufnahme auf die Spitalliste zur Überlebensfrage.

Damit stellt sich die Frage, welche Auswirkungen die auf der Finanzierungsseite wichtige Gleichstellung privater und öffentlicher Spitäler mit Leistungsauftrag auf die Strukturpolitik hat. Wie in jedem reglementierten Sektor ist die Frage nach dem diskriminierungsfreien Marktzugang zentral. Kann die diskriminierungsfreie Aufnahme der Spitäler auf Spitalisten bzw. die diskriminierungsfreie Vergabe von Leistungsaufträgen garantiert werden? Diese Frage gilt es unter Beachtung einiger Besonderheiten des Spitalmarkts und der Erfahrungen aus zehn Jahren Planung

Bild 1: Anzahl Beschäftigte (in 1000 Personen)

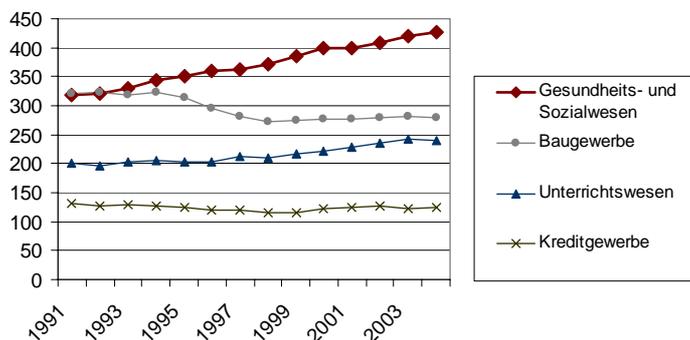
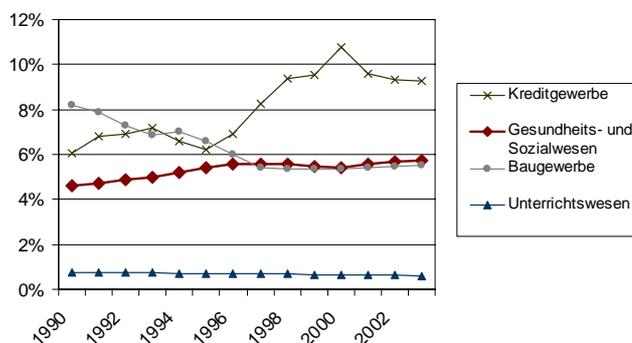


Bild 2: Anteil am BIP (in Prozent)



⁴ BFS: Medienmitteilung, 25.11.2005

⁵ Umfasst Spitäler und sozialmedizinische Institutionen wie Pflege- und Behindertenheime. Der Kostenanteil letzterer an den Gesundheitskosten beläuft sich auf 17,9%; BFS: Kosten im Gesundheitswesen 2004, Medienmitteilung 3.3.2006.

⁶ BFS: Statistisches Jahrbuch 2005; BFS: Beschäftigte im Gesundheitswesen. Ergebnisse der Betriebszählung 2001, Neuenburg 2003.

Quelle: Statistisches Jahrbuch

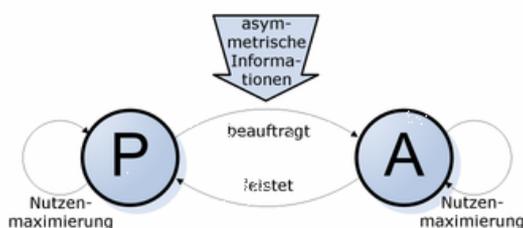
zu beantworten.

Besonderheiten des Spitalmarkts

Befürworter staatlicher Regulierung führen neben politischen Überlegungen generell Marktversagen auf drei Ebenen ins Feld, welche den Spitalmarkt zusätzlich zu den generell im Gesundheitswesen bestehenden Marktverzerrungen abheben und korrigierende staatliche Regulierungen (theoretisch) rechtfertigen:

- **Informationsasymmetrie:** Patienten können Spitalleistung nicht im Entdeckungsverfahren wählen. Der Blinddarm wird nur einmal operiert und im Notfall fehlt die Zeit zur Wahl zwischen Leistungserbringern.
- **Eintritts- und Austrittshürden für Leistungsanbieter:** Die Investitionen für den Aufbau eines Spitals sind hoch und die Übernahmemöglichkeiten beschränkt.
- **Interessenkonflikt zwischen Auftraggeber und Vertreter** (Principal-Agent-Problematik; Bild 3), den letzterer dank fehlender Informationstransparenz für sich entscheidet. Dieses Problem besteht erstens im Verhältnis zwischen den Kantonen bzw. Krankenkassen als Finanzquellen und den Spitalern: Gemäss dem Grundsatz „a built bed is a filled bed“⁷ werden freie Kapazitäten vom Spital durch Indikationserweiterungen belegt, was weder Krankenkassen, Kantone (noch der Patient) prüfen können. So wird der Anteil der in Schweizer Spitalern „fehlplatzierten“, d.h. meistens übertersorgten Patienten auf 14 bis 29 Prozent geschätzt.⁸

Bild 3: Prinzipal-Agent-Problematik



Ein zweiter Konflikt besteht zwischen dem Bürger und

dem Kanton. Letzterer verfolgt neben der Gesundheitsversorgung – dem primären Interesse des Bürgers – auch regional- und finanzpolitische Interessen und versucht Konflikte bei Spitalern mit gut organisierten Gewerkschaften zu vermeiden.

Das KVG führte 1996 die Spitalplanung ein. Damit verfügt die Schweiz über genügend Erfahrungen um abzuklären, ob staatliche Regulierungen rechtfertigendes Marktversagen vorliegt bzw. sich die Regulierung im Sinne der Planung als effizient und zielgerichtet erweist.

Zehn Jahre Planung – Erfahrungen

Umfassend wurden die Erfahrungen mit der Planung für den Zeitraum 1996 bis 2002 durch eine kürzlich veröffentlichte Dissertation der Universität Basel analysiert.⁹ Die Studie kommt zu einem klar negativen Bild.

1. Fehlen der wissenschaftlichen Grundlage

Die Bedarfsermittlung basierte auf 23 Bedarfsplanungen mit unterschiedlichen Grundlagen, Definitionen und Bedarfswerten. Zwischen den Kantonen schwankten die Planwerte bis zu 50 Prozent. Im internationalen Vergleich wurden zu tiefe Bettenzahlen angenommen: Die Spitalplanung schätzte 1996 das Akutbettenangebot auf 32'650 Betten und errechnet Überkapazitäten von 6000 Betten. Gemäss der bis 1996 in der Schweiz verwendeten OECD-Statistik gab es aber 39'000 Betten und damit eine doppelt so hohe Überkapazität. Noch gravierender ist, dass die kantonale Planung vor allem ein lineares Fortschreiben der auch in der Schweiz bis 1996 erzielten Produktivitätsfortschritte vorsah, statt Überkapazitäten abzubauen. Für 2005 gesetzte Zielwerte für die durchschnittliche Hospitalisierungsdauer von 8,6 bis 9,6 Tagen (GL, ZH, AI, AG, BS, BL, TG, BE) blieben weit über den bereits 1997 erreichten internationalen Vergleichszahlen sowohl staatlicher Gesundheitssysteme wie Schweden (5), Grossbritannien und Kanada (7,1) als auch privatwirtschaftlich orientierter wie jenes der USA (6,2). Fazit: Die Kantone nutzen den statistischen Interpretationsspielraum zur Berechnung möglichst kleiner Überkapazitäten (siehe Bild 4).

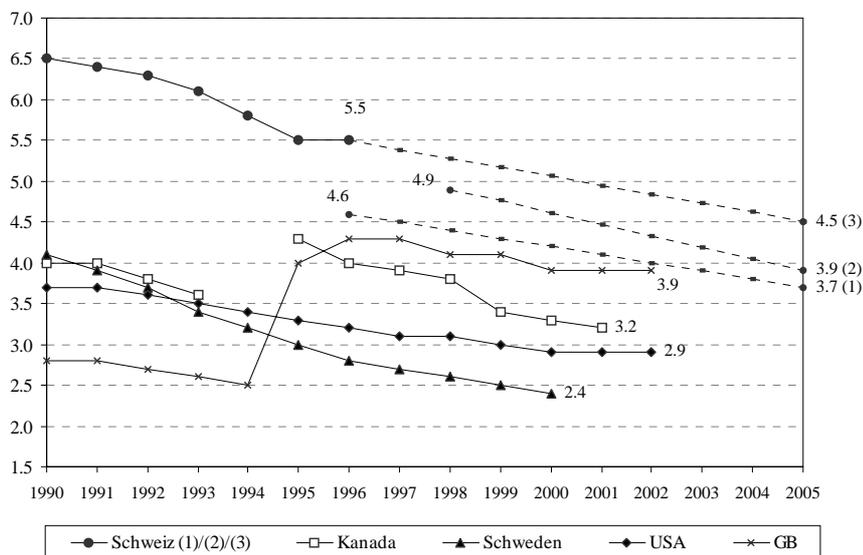
2. Maximieren der Finanzinteressen

Nur die beiden Basel sowie Uri, Nid- und Obwalden erarbeiteten eine kantonsübergreifende Planung. Ansonsten diente die Planung zur protektionistischen Abschottung des kantonalen Spitalmarkts. Die Kantone maximierten nicht die Patienteninteressen, sondern ihre Eigentümer-

⁷ Roemer's Law, benannt nach dem gleichnamigen US-Ökonomen. Gilt nur bei gesicherter Kostenübernahme, in: The Dartmouth Atlas of Health Care, Vol. II, 1993.

⁸ Vgl. Diskussion bei Sommer: Gesundheitssystem zwischen Plan und Markt, Stuttgart 1999.

⁹ Ortrud Biersack: Kantonale Spitalplanung und Spitalisten in der Schweiz: Theoretische Grundlagen, praktisches Vorgehen und beobachtete Wirkungen, Berlin 2005.

Bild 4: Vergleich Akutbettendichte ausgewählter Länder mit geschätzter Bettendichte gemäss Planung

(1) Auf Basis der Akutbetten gemäss Planungsdokumente

(2) Auf Basis der Gesamtbetten der Spitäler Allgemeine Pflege und Spezialkliniken gemäss BSV (2000) für 1998 abzüglich Überkapazitäten

(3) Auf Basis der Betten nach alter OECD-Erfassung: Betten für kurzfristige Behandlung (Allgemein, Spezial und Reha)

Quelle: Biersack, Abbildung 5.5

und Finanzinteressen. So „werden die Listen so ausgestaltet, dass sich für den Kanton die finanziellen Konsequenzen aus den Vergütungsgrundsätzen für ausserkantonale Hospitalisationen des KVG beschränken, indem sich so viele Glarner wie möglich und wirtschaftlich sinnvoll im Kanton behandeln lassen“.¹⁰ Oder: „Les hospitalisations en dehors du réseau hospitalier cantonal sont... très coûteuses pour le canton. ... Le canton ne peut atteindre un taux de couverture de 95% que dans la mesure où il parvient à ‚rapatrier‘ dans ses propres établissements les patients qui sont hospitalisés hors canton“.¹¹

Kooperationen gab es vor allem in Bereichen oberhalb des innerkantonalen Versorgungsangebots. Damit wurden eigene Kapazitäten geschont und konnten Patientengut importierende Kantone ihre Spitäler fördern. Importierende Kantone wie Zürich nutzten ihre Position in der Spitzenmedizin, um mit anderen Kantonen Exklusivverträge in Bereichen wie Herzchirurgie abzuschliessen und die Konkurrenz der Privatspitäler um ausserkantonale Patienten auszuschliessen.¹²

3. Maximieren von Arbeitnehmerinteressen

¹⁰ Idem S. 85; Sanitätsdirektion des Kantons Glarus, Dezember 1997.

¹¹ Idem S. 85; Regierungsrat des Kantons Freiburg, April 1997.

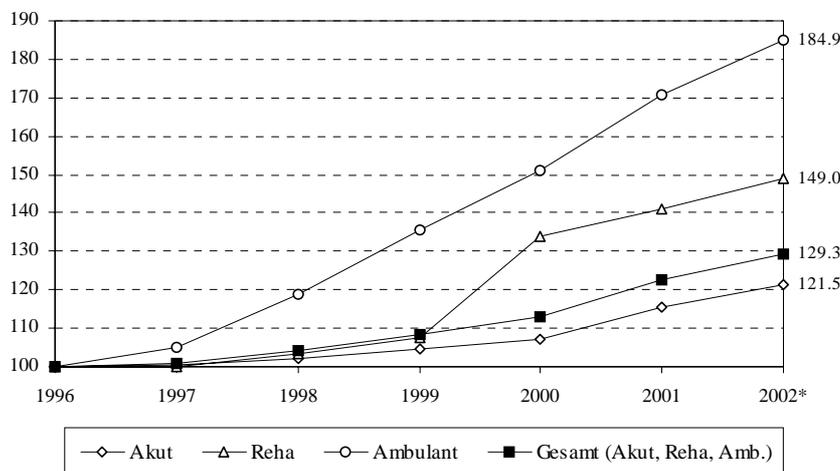
¹² Idem S. 91.

In der Praxis führte die Planung kaum zur erhofften Kostendämpfung: Erstens erfolgte der Kapazitätsabbau nach dem Rasenmäherprinzip statt nach Kriterien der Qualitäts- und Leistungsoptimierung. Beliebte waren auch Fusionen, welche aber nicht physisch und damit nicht personalwirksam umgesetzt wurden, oder das „Reinvestieren“ von freigesetztem Personal in neue Kapazitäten für Chronisch- und Gerontologie. In Zahlen: 86 Prozent des Kapazitätsabbaus erfolgte durch wenig kostenwirksame Ausdünnung der Bettendichte.¹³

Da aber 70 Prozent der Betriebskosten Personalkosten sind, können Kosten nur gespart werden, wenn „der Abbau von Betten auch personelle Konsequenzen zeitigt... (und) Personaleinsparungen in grösserem Ausmass resultieren nur dann, wenn einzelne Abteilungen geschlossen werden“.¹⁴ Diese Erkenntnis vieler kantonaler Regierungen scheiterte am Widerstand gut organisierter Arbeitnehmer. So überstand das Personal der untersuchten Akutspitäler den „Kapazitätsabbau“ unbeschadet – sein Bestand nahm

¹³ Erfolgreiche Spitalschliessungen gab es vor allem in Zürich. Allerdings trat hier der Kanton meist nicht als Arbeit-, sondern nur als Subventionsgeber auf, waren tendenziell kleinere Spitäler betroffen und profitierte die Kantonsregierung von ihrem Ruf für harte Entscheide.

¹⁴ Spitalkommission Graubünden, 1997, zitiert in Biersack, S. 144.

Bild 5: Entwicklung der Kosten der Spitäler nach Leistungsbereichen

* Dem Jahr 2002 liegen nur provisorische Ergebnisse zugrunde: Die Kostenangaben der Gemeinden fehlen.

Quelle: Biersack, Abbildung 6.8

im von Biersack untersuchten Segment zwischen 1996 und 2002 sogar von 83'000 auf 88'000 Personen zu, was nicht alles auf die Verschärfung der arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen zurückgeführt werden kann.

Der Personalzuwachs zeigt zweitens, dass Spitäler neue Wachstumsmärkte erschlossen. Das belegt auch die Kostenexplosion bei der Rehabilitation (+40 Prozent) und im ambulanten Spitalbereich (+85 Prozent), während die Kosten im Akutbereich zwischen 1997 bis 2002 nur um 21 Prozent stiegen (Bild 5). Zählt man den ambulanten und akuten Spitalbereich zusammen, so hat sich das Kostenwachstum seit der Einführung des KVG nicht verändert.¹⁵

4. Vernachlässigen der Patienteninteressen

Der primär „kosmetische“ Abbau von Überkapazitäten erlaubte es den Spitalern nur ungenügend, die auch im Gesundheitswesen geltenden Skalen- und Lernkurveneffekte zu nutzen. Dazu notwendig sind Spitalgrössen von über 200 bis 400 Betten. Bei einer Durchschnittsgrösse von 125 Betten erreichen viele Schweizer Akutspitäler die notwendige Grösse nicht, was von der ökonomischen Literatur kritisiert wird.¹⁶ Skalen- und Lernkurveneffekte sind nicht

¹⁵ Vgl. auch Klaus/Busato/Zahnd: Eine gesamtschweizerische Analyse der Versorgungsregionen im stationären Bereich, Soziale Sicherheit 2/2005, S. 104.

¹⁶ Rüfli: Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen, Bern 2005, S. 118 f., Filippini/Farsi: An Analysis of Efficiency and Productivity in Swiss Hospitals, Final Report, Bern 2004, S. 49, 73, 91. Die in Universitätsspitalern auch nach Einbezug des Schweregrads der behandelten Fälle höheren Pflegekosten können neben Kosten für Ausbildung und Forschung auch auf mangelndes unternehmerisches Denken zurückgeführt werden. Dieses hat sich seit 1999 aber verbessert, wie die unterproportionalen Kostensteigerungen zeigen; vgl. auch Bfs: StatSanté 1/2005, Indikatoren der Kosten und Ressourcen der

nur kostenrelevant, sondern beeinflussen vor allem auch Morbidität und Mortalität. So lag letztere bei 14 hoch riskanten Operationen in grossen Spitalern um bis zu zwölf Prozent unter jener der kleinen Spitäler.¹⁷ Ähnlich positive Effekte zeigte auch die zwischen 1997 und 2002 durchgeführte Reorganisation der Spitäler in Los Angeles County, welche auf einer Fläche von 6600 km² mit 5,5 Mio. Einwohnern ein dem Schweizer Mittelland ähnliches Patientenpotenzial bedienen. In fünf Jahren führte der Finanzdruck zur Schliessung von elf Prozent der 133 Spitäler, was jährliche Einsparungen von 387 Mio. USD ermöglichte. Medizinisch waren zwar längere Reaktionszeiten bei Notfällen feststellbar, was jedoch durch verbesserte ambulante Dienste korrigierbar ist und durch andere medizinische Vorteile mehr als aufgewogen wurde. So besuchten Patienten vermehrt zuerst ihren Hausarzt statt den Notfall, was Qualität und Angemessenheit der Behandlung verbesserte. Auch nahmen präventive Untersuchungen z.B. für Dickdarmkrebs zu, was bei dieser dritthäufigsten Krebsart zentral für den Behandlungserfolg ist. Für die Betroffenen schliesslich verschlechterte sich das subjektive Empfinden der Qualität des Gesundheitswesens nicht.¹⁸

Diese Skalen- und Lernkurveneffekte werden durch Preis- und Qualitätswettbewerb verstärkt. Im Bereich der

Schweizer Spitäler, S. 13, 21.

¹⁷ Birkmeyer et al.: Hospital Volume and Surgical Mortality in the US, The New England Journal of Medicine 346, 2002: 1128–37.

¹⁸ Buchmueller/Jacobson/Wold: How Far to the Hospital? The Effect of Hospital Closures on Access to Care, NBER Working Paper 10700, Cambridge 2004, S. 4, 13 ff., 22, 28. Für die von Schliessungen Betroffenen erhöhte sich die durchschnittliche Fahrstrecke von drei auf vier Meilen; betroffen von Schliessungen waren überproportional Weise, eher Wohlhabende.

Behandlung von Herzinfarkten – einem der wichtigsten Hospitalisierungsgründe – wurde der Einführung von Wettbewerb unter den Spitälern neben betriebswirtschaftlichen Einsparungen eine Reduktion der Mortalitätsrate von 4,4 Prozent zugeschrieben, wobei namentlich Patienten aus Regionen ohne Wettbewerb am meisten profitierten. Die positiven Effekte wurden namentlich im Zusammenhang mit Managed-Care-Modellen erreicht.¹⁹

Versagen der Planung

Drei Folgerungen können aus den Erfahrungen mit der Planung gezogen werden:

Erstens gibt es auf dem Spitalmarkt weniger Marktversagen als vielmehr regulatives Staatsversagen. Interessenkonflikte im Sinne der Principal-Agent-Problematik liegen auf Stufe Spital und Stufe Kanton vor.²⁰ Der Interessenkonflikt der Kantone zwischen Eigentümer, Arbeitgeber und für die Gesundheitsversorgung Verantwortlicher geht zu Lasten der Patienten und mittelfristig zulasten der Steuerzahler, welche für die Abschottung der kantonalen Spitalmärkte aufkommen müssen. Das erklärt das Scheitern von Reformen an der Kantonsregierung oder im Parlament an gut organisierten Personal- und Regionalinteressen. Die Studie Biersack zeigt somit, dass die ständerätlichen und kantonalen Forderungen nach einer Ausdehnung der Planung der falsche Weg sind. Die Wurzeln der Interessenkonflikte liegen vielmehr in der Mehrfachzuständigkeit der Kantone und fehlender Information von Patienten und Steuerzahlern. Diese Informationsasymmetrie erklärt auch das Scheitern von Reformvorlagen beim Volk. Dieses kann ohne standardisierte und veröffentlichte Information über die betriebswirtschaftlichen und medizinischen Leistungen der einzelnen Spitäler Reformvorhaben nur nach geografischen und regionalpolitischen Überlegungen beurteilen.²¹ Statt paternalistisch die Spitalleistungen für die eigenen Bürger durch eine Ausdehnung staatlicher Regulierungen auf die eigenen Spitäler zu konzentrieren, ist allfälligem Marktversagen durch Qualitätsregulierung zu sichern.

Gleiches gilt auch bezüglich Bereich Eintritts- und Austrittsbarrieren. Solche scheinen generell nicht zu existieren. Einerseits sind die Investitionen nicht prohibitiv hoch: So standen 2003 Betriebskosten privater und öffentlicher

Spitäler im stationären Bereich von knapp 15 Mrd. Franken Investitionen von etwa 950 Mio. Franken gegenüber.²² Diese Zahl liegt eher über dem Notwendigen, da öffentliche Investitionen durch die Kantonsparlamente als eigenständige Geschäfte und damit nicht nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen entschieden werden. Hier liegt einerseits eine Ursache des in der Schweiz beklagten „Medical Arms Race“²³ und andererseits zeigen die Zahlen, dass die Investitionen – ausser in Randregionen – nicht in einem prohibitiv hohen Bereich liegen. Das zeigt auch die Bereitschaft privater Spitäler in der Schweiz, öffentliche zu übernehmen oder der Strukturwandel in Deutschland, wo sich der Bettenanteil privater Spitäler seit 1991 von 15 auf 26 Prozent erhöht hat und sogar Universitätskliniken von Privaten übernommen werden.²⁴ Erneut ist die politisch-rechtliche Regulierung und nicht Marktversagen problematisch.

Zweitens liegt es aufgrund dieser Erfahrungen nahe, dass eine Ausdehnung der Planung ausserkantonale und private Spitäler weiter benachteiligen würde. Letzteres wird oft akzeptiert, da gewinnorientierte Spitäler keine Steuergelder erhalten sollen. Allerdings: Wie oben gezeigt, maximieren – drittens – auch öffentliche Spitäler ihren „Gewinn“. Statt in Dividenden liegt dieser im Prestigedenken (Ausrüstung und Bettenzahl), der Erhöhung von Lohn und Stellenzahl und der Verfolgung regionalpolitischer Interessen, wie eine umfassende Studie der OECD zeigt.²⁵ Beide nutzen die Möglichkeit zur Rentenabschöpfung.²⁶ Die Ungleichbehandlung privater und öffentlicher Spitäler gründet somit primär auf vorgeschobenen moralischen Überlegungen (an Kranken soll nichts verdient werden), nicht aber auf Fakten. Stützt man sich auf letztere, bedarf es eines Leistungswettbewerbs, um die „Gewinnmaximierung“ aller Spitäler zu beschränken. Dabei bereichert die Konkurrenz zwischen den unterschiedlichen „Gewinnmaximierungsstrategien“ privater und öffentlicher Spitäler den Wettbewerb und dessen Effizienz steigernde Wirkung bei (öffentlichen) Spitälern zusätzlich.²⁷

¹⁹ Kessler/McClellan: Is Hospital Competition Socially Wasteful? NBER Working Paper 7266, Cambridge 1999.

²⁰ Vgl. auch Rüefli: Wirkungsanalyse der Kantonalen Spitalplanungen, Bern 2005, S. 31.

²¹ Ohne Standardisierung und Veröffentlichung wirken die verschiedenen in den vergangenen Jahren entstandenen lokalen und kantonalen Initiativen zur Qualitätsmessung – z.B. durch den Verein Outcome – kaum.

²² Die Investitionen für öffentliche Spitäler werden auf 800 Mio. Franken geschätzt, jene der Privatspitäler auf 145 Millionen (Medienmitteilung des SVPK vom 2.11.2004).

²³ Die Einführung von Wettbewerb zwischen den Spitälern hat einen marginalen Effekt auf das MAR, Dranove/David/Shanley/Mark/Simon: Is Hospital Competition Wasted?, Rand Journal of Economics, Vol. 23(2), S. 257.

²⁴ Schütze-Brief 19/2006/S. 17.

²⁵ OECD: Vgl. FN2, para. 40.

²⁶ Idem para. 132.

²⁷ Kessler/McClellan: The Effects of Hospital Ownership on Medical Productivity, NBER Working Paper 8537, Cambridge 2001, S. 26.

Kommentar

Demokratische Regierungen setzen bei ihren Entscheiden Produzenten- über Konsumenteninteressen, namentlich wenn es um protektionistische Massnahmen geht.²⁸ Diese Aussage trifft auf die Schweizer Spitalplanung zu. Hier läuft selbst die Einführung eines nationalen Binnenmarkts am kantonalen Spitalprotektionismus auf. Der Spitalmarkt erweist sich damit als Beispiel des regulativen Staatsversagens.

Dieses Staatsversagen wird gemäss Vorlage des Ständerats verstärkt. Stellvertretend für die Richtung vieler Kantone sei die den Ständerat noch übertreffende Forderung der Solothurner Regierung zitiert: „Es braucht eine neue Formulierung, aus welcher eindeutig hervorgeht, dass die Kantone keine Spitalbehandlungen in ausserkantonalen Spitälern mitfinanzieren, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons des betreffenden Patienten aufgeführt sind... Der Kanton Solothurn ist nicht bereit, mit Steuergeldern ausserkantonale Privatspitäler mitzufinanzieren.“²⁹

Bei ihren Forderungen verweisen die Kantone oft auf ihren verfassungsmässigen Versorgungsauftrag von Art. 41 BV.³⁰ Zwar entspricht dieser Verweis der Realität, doch Art. 41 BV überträgt die Verantwortung Bund und Kantone gemeinsam. Die Kantone sind frei, Aufgaben auf die nationale Ebene zu delegieren (Art. 43 BV), wo der Bund die Kompetenz zum Setzen einheitlicher Regelungen hat (Art. 42 BV). Noch wichtiger ist aber, dass Art. 41 BV die Kantone in keiner Weise verpflichtet, selber Spitäler zu betreiben. Die Erfahrungen der vergangenen zehn Jahre zeigen geradezu, dass nur eine saubere Rollenteilung die Kantone aus deren unmöglichem Interessenkonflikt zwischen den Ansprüchen der Patienten, Steuerzahler, Regionen und Angestellten erlöst. Das wissen auch die Kantone, wie ihre unterschiedlichen Stellungnahmen zeigen: So

forderte die Konferenz der Kantonsregierungen (KdK) bei ihrer Ablehnung des Modells der SGK-S am 17. November 2005 marktwirtschaftliche Mechanismen zur Kostendämpfung. Nur vier Monate später forderte die Gesundheitsdirektorenkonferenz bei ihrer Ablehnung des vom Ständerat beschlossenen Kompromissmodells die absolute Planungsmacht samt Begrenzung der Rechtsmittelwege.³¹

Vor diesem Hintergrund steht der Zweirat vor einer anspruchsvollen Aufgabe: So ist erstens die raschestmögliche Einführung der leistungsorientierten Fallkostenpauschalen zu sichern, allenfalls mit einer Abspaltung als gesonderte Vorlage. Zweitens wird sich die Vorlage an zwei strukturpolitischen Grössen messen müssen:

- Keine Diskriminierung ausserkantonaler und privater Spitäler und Verzicht auf eine politisch motivierte Vergabe von Leistungsverträgen: Das Ziel eines wettbewerbsorientierten Spitalmarkts mit Monismus und Vertragsfreiheit darf nicht über eine Strukturbereinigung erreicht werden, deren Opfer die privaten Anbieter und der interkantonale Wettbewerb sind. Als Mindestforderung hat die Vergabe der Leistungsverträge an Spitäler transparent, d.h. in Analogie zu Art. 6 Abs. 7 des im Dezember 2005 revidierten Binnenmarktgesetzes nach den Regeln des öffentlichen Beschaffungswesens zu erfolgen. Der Bieterwettbewerb hat dabei allen die technischen und organisatorischen Voraussetzungen von Art. 39 Abs. 1 Bst. a – c KVG erfüllenden Leistungserbringern unabhängig ihrer Rechtsform offen zu stehen.
- Grundlage für transparenten medizinischen Leistungswettbewerb legen: Die Einführung der Fallkostenpauschalen wird neben dem betriebswirtschaftlichen Leistungsvergleich auch medizinische Outcome-Statistiken erleichtern. Beides ist allen Leistungserbringern gesetzlich vorzuschreiben und die Resultate jährlich zu veröffentlichen. Hier liegt der Schlüssel zum aufgeklärten Patienten und Stimmbürger, der mangels Informationen bei Spitalschliessungen nicht nach geografischer

²⁸ Anthony Downs: An Economic Theory of Democracy, New York 1957, S. 297.

²⁹ Regierungsratsbeschluss vom 28. Februar 2006, zitiert von SR Leuenberger, dessen Antrag abgelehnt wurde, im provisorischen Amtl. Bulletin vom 8.3.2006 zu Art. 41 KVG.

³⁰ Vgl. www.gdk.cds.ch

³¹ Vgl. www.gdk.cds.ch

Nähe oder regionalpolitischen Interessen, sondern nach Qualität und Effizienz der medizinischen Leistung entscheiden kann.

Das Schweizer Gesundheitssystem und seine Spitäler sind im internationalen Vergleich sehr gut. Besser sollen sie werden. Der Zugang aller Patienten zu qualitativ hoch stehenden Spitalleistungen, inklusiv Spitzenmedizin, und technologischem Fortschritt ist auch weiterhin zu sichern. Dazu sind Effizienzgewinne durch Prozess- und Produktinnovationen notwendig, um die Kostenentwicklung zu dämpfen.

Ebenso wichtig ist die Positionierung unserer Spitäler als international wettbewerbsfähige Leistungsanbieter im global wachsenden Gesundheitsmarkt. Die Krise der staatlichen europäischen Gesundheitssysteme mit immer längeren Wartezeiten alimentiert ebenso den internationalen Patientenstrom auf der Suche nach exzellenten Gesundheitsdienstleistungen wie die sich verändernden Gesundheits- und Freizeitbedürfnisse der Nachkriegsgeneration. Allein 50'000 Briten lassen sich jährlich im Ausland operieren³² und weltweit bieten neben Singapur, Südafrika, Thailand, Costa Rica nun auch Belgien und Ungarn qualitativ hoch stehende Angebote im wachsenden Markt des Gesundheitstourismus an.

Diese Marktchancen nutzen zu können, muss den Schweizer Spitälern erlaubt sein. Dazu ist raschestmöglich der Binnenmarkt einzuführen und den öffentlichen Spitälern unternehmerischer Spielraum einzuräumen, der ihre Spezialisierung und damit regionale, nationale und internationale Positionierung zulässt. Diese Positionierung wird dank schnellerem Zugang zu Spitzentechnologie und steigender Effizienz der Leistungserbringung auch dem Allgemeinversicherten nutzen. Nur so kann schliesslich der Staat nach Jahren der Planung seiner Verantwortung gegenüber Angestellten und Steuerzahlern gerecht werden, indem er dem im Ausland bereits grassierenden Szenario fehlender Investitionen, abnehmender Innovation und zu-

nehmender Frustration eine effiziente, starke Spitallandschaft gegenüberstellt, welche dank Leistungs- und Qualitätswettbewerb sowie guter Rahmenbedingungen für Ausbildung und klinische Forschung die Wachstums- und Exportbranchen Pharma/Medizinalgeräte durch eine solche im Bereich der Spitäler und des Gesundheitstourismus ergänzt.

Rückfragen:
stefan.brupbacher@economiesuisse.ch

³² Deutsches Ärzteblatt online, 13.6.2005.