

Richtungsentscheid bei der Spitalfinanzierung

Spitäler sind im Hinblick auf Infrastruktur und Kosten der wichtigste Bereich im Gesundheitswesen. Nach zehn Jahren Spitalplanung bestehen weiterhin Über- und Fehlkapazitäten bei stark steigenden Kosten. Diese Probleme soll die KVG-Reform angehen. Dabei geht es um einen Richtungsentscheid zwischen Planwirtschaft und Leistungswettbewerb.

Position economiesuisse

Ein starkes, innovatives und effizientes Gesundheitssystem ist ein wichtiger Standortfaktor und hat Wachstumspotenzial. Dafür braucht es gerade im zentralen Infrastrukturbereich der Spitäler die richtigen Rahmenbedingungen. Umstritten ist die Rolle der Kantone, denen gemäss OECD die nötige Grösse und Fähigkeit fehlt, eine effiziente Gesundheitsversorgung zu organisieren. Eine Reform soll nicht über den Ausbau der kantonalen Planwirtschaft in die Sackgasse der Rationierung führen. Es braucht Leistungstransparenz und -wettbewerb in der medizinischen Qualität und bei den Kosten im Spitalbinnenmarkt. Der diskriminierungsfreie Marktzutritt wird damit zum Lackmustest der Reform.

19. Februar 2007

Nummer 3

dossierpolitik

Für starke Spitäler

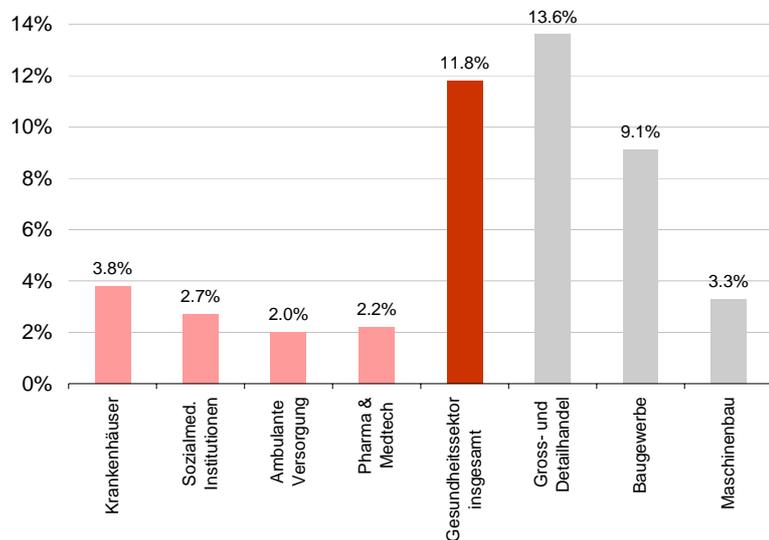
Spitäler: wichtige Arbeitgeber mit hohen Kosten...

Die Spitalfinanzierung ist nicht nur eine der komplexesten Vorlagen bei der KVG-Reform, sondern aus finanzieller und volkswirtschaftlicher Sicht auch ihr Kernstück. So sind Spitäler mit über 120'000 Mitarbeitenden wichtige, in gewissen Regionen sogar der wichtigste Arbeitgeber: Das zeigt auch der Vergleich zur ambulanten Versorgung, zur Pharma&Medtech und anderen wichtigen Wirtschaftszweigen (vgl. Grafik 1).

Spitalstrukturen kosten. Gemessen an den gesamten Gesundheitskosten von 50 Mrd. Franken (2003) entfallen 23,8 Mrd. Franken oder 47,83 Prozent auf den stationären Behandlungsbereich und wiederum davon 14,9 Mrd. Franken auf stationäre Spitalkosten (Akutspitäler) (vgl. Grafik 2). Wie in anderen Ausgabenbereichen des Gesundheitswesens sind aus finanz- und ordnungspolitischer Sicht primär die über die obligatorische Krankenpflegeversicherungen (OKP), d.h. über Prämien- und Steuergelder finanzierten Spitalleistungen von knapp 11 Mrd. Franken relevant. Hinzu kommen über Zwangsabgaben finanzierte Spitalkosten anderer Sozialversicherungen (800 Mio. Franken). Schliesslich sind über Zusatzversicherungen oder Direktzahlungen Privater eingesetzte Mittel von 3,3 Mrd. Franken bei der Spitalfinanzierung von Bedeutung, da die zwischen OKP- und Zusatzversicherten bestehende Querfinanzierung zu Marktverzerrungen führt.

Akutspitäler sind beschäftigungsintensiv. Zusammen mit weiteren stationären Institutionen ist ihre Bedeutung mit dem Baugewerbe vergleichbar. In Randregionen sind sie ein wichtiger, manchmal sogar der wichtigste (staatliche) Arbeitgeber. Damit drohen regionalpolitische Ziele Vorrang vor gesundheitspolitischen Zielen zu erhalten.

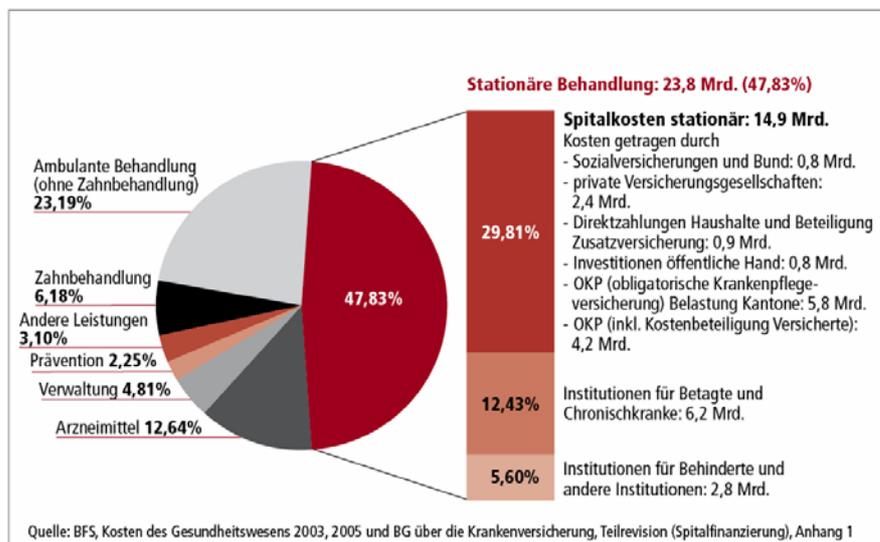
Grafik 1:
Beschäftigungsanteile der Gesundheitsakteure an der Gesamtbeschäftigung (2002)



Quelle: Infras, Wertschöpfung und Beschäftigung im Gesundheitssektor Schweiz, 2006

Die stationäre Behandlung ist für den Löwenanteil der Gesundheitskosten verantwortlich. Für die KVG-Revision sind Akutspitäler relevant. Finanziert werden sie durch die Kantone (5,8 Mrd. Franken), die Krankenkassen (4,2 Mrd. Franken) sowie weitere Sozialversicherungen (0,8 Mrd. Franken). Addiert man hier die Beiträge der Zusatzversicherten, zeigt sich, dass die Kantone nur knapp die Hälfte der Kosten finanzieren. Ihr Argument „wer zahlt, befiehlt“ und sie somit befehlen dürfen, entpuppt sich als klare Vereinfachung der Realität.

Grafik 2: Struktur der Gesundheitsausgaben 2003: Total 50 Mrd. Franken



Reformen im Spitalbereich führten weder zum Strukturwandel noch zu Kosteneinsparungen.

... und grosser Reformresistenz

Bereits die IDA-FISO schätzte das grösste Effizienzsteigerungspotenzial im stationären Bereich. Reformen haben hier somit Priorität. Laut BAG fand ein Strukturwandel bisher aber vor allem auf dem Papier statt. Zwar wurden zwischen 1997 und 2004 15 Prozent der Betten abgebaut, doch handelt es sich hier insbesondere um Umnutzungen oder die Überführung in stille Reserven.¹ Auch wurden damit bloss dem technologischen Fortschritt zurechenbare Produktivitätsgewinne realisiert; Überkapazitäten wurden im Vergleich zum OECD-Durchschnitt keine abgebaut.² Schliesslich erfolgten 86 Prozent des Abbaus aus regional- und beschäftigungspolitischen Gründen durch wenig wirksame Ausdünnung der Bettendichte statt durch die Schliessung von Abteilungen und Spitälern.³ Da Personalkosten mit etwa 70 Prozent den Löwenanteil an den Betriebskosten bilden, schafft diese Strategie keine Einsparungen, sondern kleine und ineffiziente Strukturen. So stand der Bettenreduktion zwischen 2000 und 2004 denn auch eine Erhöhung der Beschäftigtenzahl um sieben Prozent gegenüber. Ursache waren fehlende Prozessinnovation und Veränderungen im Arbeitsrecht, die Folge eine relativ tiefe Arbeitsproduktivität (vgl. Grafik 3).

Gleichzeitig gelang es den Spitälern dank angebotsorientierter Nachfrage, die eigene Infrastruktur auszulasten. Das Sprichwort *a built bed is a filled bed*⁴ gilt auch in der Schweiz, wie die konstant hohe Bettenbelegung von 88 Prozent⁵ und eine überdurchschnittlich lange Spitalaufenthaltsdauer von 11,4 Tagen zeigen.

Interessenkonflikte der Kantone sind das zentrale Hindernis für den Strukturwandel.

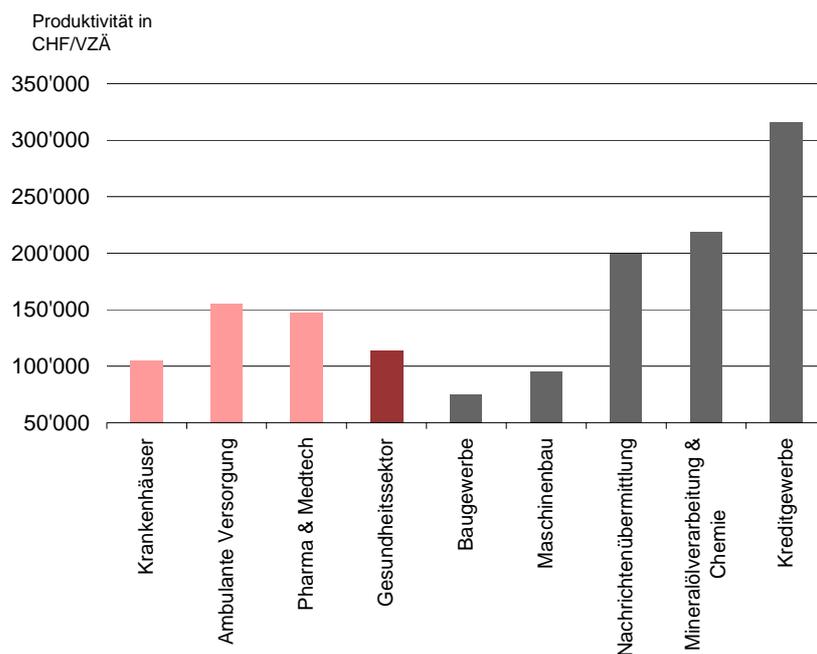
Grund für dieses ernüchternde Fazit eines Jahrzehnts kantonaler Spitalplanung ist der Interessenkonflikt, in den die Kantone in ihrer Rolle als Eigentümer/Betreiber von Spitälern, Financier und Zulassungsinstanz geraten. Darin dominieren protektionistische Ziele: Füllen der eigenen Betten und damit Optimieren der eigenen Objektsubventionen. Stellvertretend für die Mehrheit der Experten analysiert der OECD-Bericht zum Gesundheitswesen der Schweiz:⁶ „Die Planung wurde nicht als Selektionsmechanismus verwendet, um Spitäler auf der Basis ihrer Leistung in die Spitalliste aufzunehmen.“ „Die direkte Eigentümerschaft vieler Spitäler durch Kantone erschwert die Objektivität bei der Auswahl der effizientesten Spitäler für die kantonale Spitalliste.“ „Den meisten Kantonen fehlt es an der nötigen Grösse und Fähigkeit, eine effiziente Gesundheitsversorgung zu organisieren.“ Gefordert wird

¹ BAG: Kennzahlen Schweizer Spitäler 2004, S. 7.
² OECD, Berichte über Gesundheitssysteme, Schweiz, 2006, S. 47.
³ Ortrud Biersack, kantonale Spitalplanung und Spitalisten in der Schweiz, Berlin 2005, S. 178.
⁴ Roemer's Law, benannt nach dem gleichnamigen US-Ökonomen. Gilt nur bei gesicherter Kostenübernahme, in: The Dartmouth Atlas of Health Care, Vol. II, 1993.
⁵ Interpharma: Gesundheitswesen der Schweiz, 2006, S. 42 f.
⁶ OECD, Berichte über Gesundheitssysteme, Schweiz, 2006, S. 137 f, 158, 171.

deshalb, dass die „Kantons Grenzen bei der Organisation der Gesundheitsversorgung abgeschafft werden“. Weniger diplomatisch ist die Kommission für Konjunkturfragen (KfK): „Der desolate Leistungsausweis der kantonalen Spitalplanung ruft dringend nach einer Neuorientierung. Das Parlament steht vor einem Richtungsentscheid zwischen mehr Wettbewerb und mehr staatlicher Planung.“⁷

Die Spitäler weisen eine relativ tiefe Arbeitsproduktivität auf. Dies trotz in den vergangenen Jahren laufend gestiegener, staatlich administrierter Preise für Spitalleistungen, welche die Produktivitätsstatistik künstlich zugunsten der Spitäler verbessert haben. Hier schlummert Potenzial für Effizienzsteigerungen. Um dieses zu nutzen, sind Spitäler von politischen und regulatorischen Fesseln zu befreien und moderne Technologie wie E-Health einzusetzen.

Grafik 3: Produktivität der Gesundheitsakteure im Vergleich mit anderen Branchen



Quelle: Infrac, Wertschöpfung und Beschäftigung im Gesundheitssektor Schweiz, 2006

Scheitern der Spitalplanung macht einen Richtungsentscheid notwendig.

Richtungsentscheid: Planung versus Qualitätswettbewerb

Das Scheitern der Spitalplanung ruft nach finanzieller Transparenz und Kosteneindämmung. Zur Diskussion stehen zwei grundsätzlich unterschiedliche Ansätze: Zum einen der Ansatz von Stände- und zum Teil Bundesrat hin zu einem kantonal abgeschotteten, planwirtschaftlichen System, das Kosten über Qualität stellt und damit auf Rationierung hinausläuft. Zum anderen die Vorschläge der nationalrätlichen Kommission sowie ein Modell der Nationalräte Humbel, Gutzwiller, Bortoluzzi und Wehrli eines zweistufigen Verfahrens hin zum Qualitätswettbewerb in einem Spitalinnenmarkt.

DRG sind eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für den Strukturwandel.

Leistungsorientierte Fallpauschalen – unbestritten und notwendig

In beiden Modellen ist die rasche Einführung der leistungsorientierten Fallpauschalen auf der Basis von DRG unbestritten.⁸ Damit wird die nach Fallschwere unterschiedene Behandlung z.B. eines Blinddarms gemäss einem ex ante bestimmten Pauschaltarif vergütet. Effizientes und kostensparendes Arbeiten zahlt sich damit für die Spitäler aus. Im Vergleich zur heute geltenden Abrechnung von Einzelleistungen fällt ein wichtiger Grund für die Über- und Fehlversorgung weg. Auch werden die Kosten pro Diagnose zwischen den Spitätern vergleichbar, was die Möglichkeit für Transparenz auf der Kostenseite schafft. Schliesslich wird durch den Einbezug der Investitionskosten erstmals ein Vollkostenvergleich möglich.

Erfahrungen mit DRG zeigen aber, dass Patienten oft als zu schwere und damit zu teure Fälle kodiert werden, um das Gewinnpotenzial für effiziente Pflege zu erhöhen. Neben einem grossen Administrativaufwand besteht auch die Gefahr, dass die alleinige Fokussie-

⁷ Kommission für Konjunkturfragen: Jahresbericht 2006, S. 75.

⁸ DRG: Diagnose Related Groups.

rung auf Fallkosten zu Qualitätseinbussen führt. Wichtig ist deshalb die bereits angelaufene Definition und Einführung von Swiss-DRG durch eine unabhängige und spezialisierte Organisation auf eidgenössischer Ebene und ein gleichzeitiger Ausbau von Qualitätsmessung und -sicherung.

Heute besteht eine Querfinanzierung von Zusatzversicherungen zu Kantonen und OKP von etwa 1 Mrd. Franken.

Ständerat: vordergründige Gleichstellung Privater

Viel schwieriger ist ein zweiter Fragenbereich: Unter dem Titel „Finanzielle Gleichstellung privater und öffentlicher Spitäler“ schlägt der Bundesrat eine Ausdehnung der kantonalen Spitalplanung auf Zusatzversicherte vor. Das wird vom Ständerat unterstützt, nachdem dessen fortschrittliches Kommissionsmodell wegen des Widerstands der Kantone gescheitert ist.

Das Anliegen scheint zwar logisch, aber bei näherer Betrachtung zeigen sich die Nachteile. Um diese zu verstehen, muss zunächst die heutige Finanzierung erläutert werden (vgl. Grafik 4): Generell finanzieren die Kantone einen Sockelbeitrag von mindestens 50 Prozent der Betriebskosten von den meist öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern; die Krankenversicherungen übernehmen über die Grundversicherung den Rest. Die Investitionen von jährlich knapp 1 Mrd. Franken werden separat finanziert: Bei den Kantonen über das kantonale Budget, bei den Privatspitälern über deren Einnahmen.

Ob ein Spital den Sockelbeitrag erhält, hängt von der kantonalen Planung ab. In Kantonen mit integraler Spitalliste⁹ erhalten auf der Spitalliste aufgeführte Spitäler den Sockel- und den Grundbeitrag. In Kantonen mit A/B-Listen erhalten Spitäler der A-Liste den Sockel- und den Grundbeitrag, jene (privaten Spitäler) der B-Liste nur den Grundbeitrag. Bei Letzteren deckt entweder die Grundversicherung (z.B. Kanton Bern) oder die Zusatzversicherung (z.B. Kanton Zürich) den fehlenden Sockelbeitrag. Die Zusatzversicherung trägt somit folgende, von den Kantonen zu tragende Kosten:

- *In öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern* haben Zusatzversicherte gemäss Eidg. Versicherungsgericht Anrecht auf den Sockelbeitrag. Dieses Urteil wurde bisher wegen fehlender Kostentransparenz nur ungenügend umgesetzt. Das wird sich mit der Einführung von DRG ändern und die Kantone mit etwa 310 Mio. Franken belasten.
- *In Privatspitälern, die nicht auf einer integralen oder einer A-Liste aufgeführt sind*, erhalten Patienten keinen Sockelbeitrag. Hier würde die Gleichbehandlung der Patienten in privaten und öffentlich subventionierten Spitälern die Kantone (und Krankenkassen) mit ungefähr 730 Mio. Franken belasten.

Aufhebung dieser Querfinanzierung ist gesundheitspolitisch richtig und notwendig...

Diese Kostenverlagerung hin zu den Kantonen oder zur OKP ist systemgerecht. Die Zusatzversicherten haben den Sockelbeitrag über Steuern bereits mitfinanziert. Ihnen diesen wegen des Aufenthalts in einem Privatspital vorzuenthalten, ist eine Benachteiligung, die abzulehnen ist.

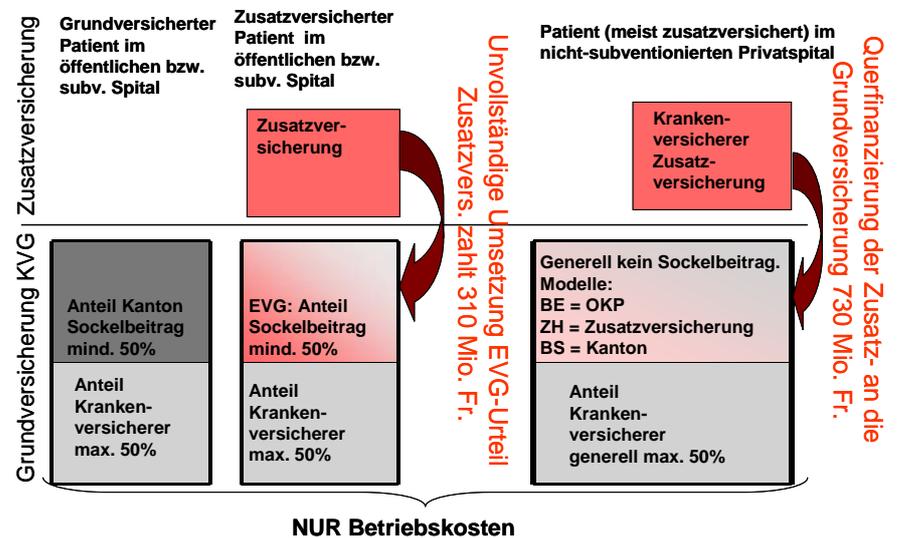
Auch gesundheitspolitisch ist die Kostenverlagerung sinnvoll: Generell ist die Grundversicherung auf die effiziente und qualitativ hoch stehende Behandlung medizinisch wichtiger Krankheiten zu fokussieren. Für darüber hinausgehende Leistungen ist die Zusatzversicherung das richtige Instrument. Die Entwicklung geht aber in eine andere Richtung: Der gestiegene Standard in Allgemeinabteilungen sowie der generell und bei der Spitalzuzahlung speziell hohe Prämienanstieg haben seit 1996 die Nachfrage nach Spitalzuzahlungsversicherungen um 25 Prozent zurückgehen lassen. Ohne Abbau der Querfinanzierung ist dieser Trend kaum zu stoppen.

⁹ Integrale Liste: Nur Spitäler mit Grund- und Sockelbeitrag, d.h. keine B-Liste. A/B-Listen: B-Listenspitäler erhalten nur den Beitrag der Grundversicherung, der Beitrag der Kantone entfällt. A-Listenspitäler erhalten Grund- und Sockelbeitrag.

Die erste Spalte zeigt die Finanzierung der Grundversicherung in öffentlichen Spitälern: Kantone und Krankenversicherungen teilen sich die Betriebskosten ungefähr hälftig, wobei kantonal bedeutende Unterschiede bestehen. Zusatzversicherte haben Anspruch auf den kantonalen Sockelbeitrag. Wegen fehlender Transparenz bei der Kostenstruktur schätzt die GDK, dass bei Kostentransparenz die kantonalen Beiträge um etwa. 310 Mio. Franken ansteigen.

Bei Privatspitälern hat der meist zusatzversicherte Patient keinen Anspruch auf den kantonalen Sockelbeitrag. Dieser wird generell durch die Zusatzversicherung (730 Mio. Franken) bezahlt. In Bern, wo Privatspitäler auch viele grundversicherte Patienten behandeln, übernimmt die OKP den Sockelbeitrag, was dort zu relativ hohen Krankenkassenprämien führt.

Grafik 4: Spitalfinanzierung heute



...darf aber nicht über einen Marktausschluss der privaten Spitäler erkaufte werden.

Ausbau der Planung als Mittel zur Kostensenkung

Die gesundheitspolitisch richtige Kostenverlagerung von der Zusatzversicherung hin zu Kantonen und OKP wollen Bundesrat und Ständerat für beide Finanzträger finanzneutral gestalten. Das erfordert eine Kosteneinsparung von 1 Mrd. Franken. Erreicht werden soll dies erstens durch die willkommene Reduktion überlanger Spitalaufenthalte. Das wird dank der Einführung von DRG möglich. Zweitens soll der Abbau von Überkapazitäten durch den Ausbau der kantonalen Spitalplanung auf Zusatzversicherte erreicht werden. Künftig sollen nur noch integrierte Listen zugelassen werden, B-Listenspitäler fallen weg. Spitäler, die nicht auf der Spitalliste sind, erhalten weder den Sockel- noch den Grundbeitrag. Ihnen steht einzig ein Vertragsabschluss mit Krankenversicherungen offen, womit sie als sogenannte Vertragsspitäler neu den Grundbeitrag, nicht aber den Sockelbeitrag erhalten.

Der Abbau von Überkapazitäten ist eine alte Forderung der Wirtschaft. Diese Forderung kann aber nicht über die Ausdehnung der Spitalplanung erreicht werden. Dies wäre ein aus folgenden ordnungs- und gesundheitspolitischen Gründen abzulehnendes Gift aus dem planwirtschaftlichen Medizinschrank:

Ordnungspolitisch falscher Weg

Privatspitäler würden in Kantonen wie Bern von der Grundversorgung ausgeschlossen...

Grafik 5 zeigt die Folgen dieses Modells. Als erste Folge werden Privatspitäler aus der Grundversorgung gedrängt. Diese übernehmen aber in Kantonen wie Bern als nicht subventionierte Spitäler einen wichtigen Teil der Grundversorgung. Die Kantone konnten so elegant den Sockelbeitrag einsparen, was aber zu höheren Krankenkassenprämien führte. Werden integrierte Spitallisten vorgeschrieben, wird diese Sparstrategie verbaut, weil dann auch private Listenspitäler Anspruch auf den Sockelbeitrag haben. Das wird auf Widerstand stossen, wie der Berner Gesundheitsdirektor Perrenoud am 25. Januar 2007 an einer öffentlichen Veranstaltung zugab, als er für diesen Fall ankündigte, private Spitäler von der Spitalliste zu streichen.

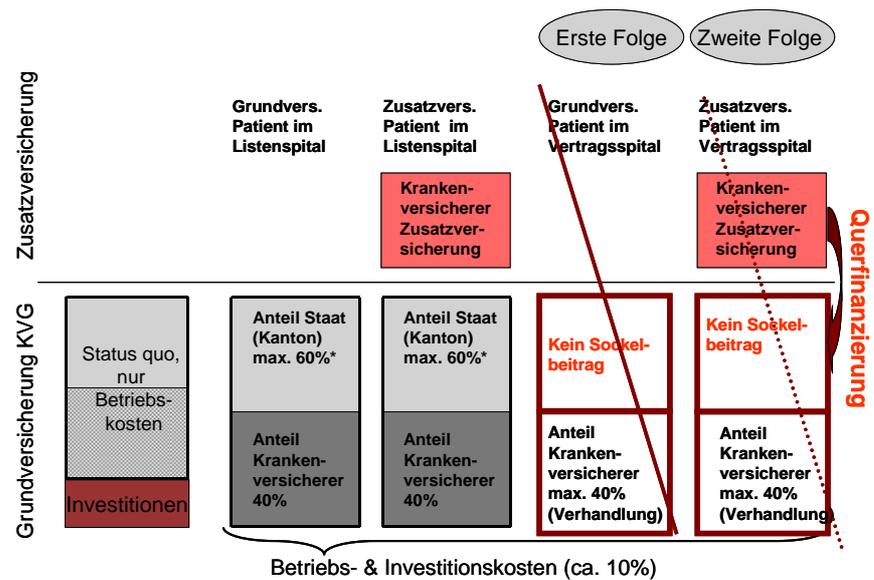
und über eine Zweiteilung des Zusatzversichertenmarktes die umkämpften Privatpatienten verlieren

Als zweite Folge wird auch das Spitalangebot im Zusatzversichertenbereich bereinigt: Während der OKP-Bereich generell als Verlustgeschäft gilt, erwirtschaften Spitäler bei Zusatzversicherten Gewinne. Einen möglichst grossen Anteil am schrumpfenden Markt der Spitalzusatzversicherten zu ergattern, ist deshalb die Strategie von allen Spitalern. Im Vorschlag des Ständerats sollen deshalb Privatspitäler mit an Bedingungen geknüpften Leistungsverträgen auf jene Bereiche beschränkt werden, die von öffentlichen Spitalern nicht übernommen werden wollen. Auch das Instrument der Vertragsspitäler ist keine Alternative, da es zu einer Zweiteilung des Zusatzversichertenmarktes führen wird. Generell werden zwei Versicherungsmodelle entstehen:

- ein Versicherungsmodell, das den Zugang zu allen Listen-, d.h. primär den öffentlichen Spitälern erlaubt. Dank ausbezahltem Sockelbeitrag wird das Modell sehr günstig sein;
- ein Modell, das neben Listenspitalern auch (private) Vertragsspitäler umfasst. Dieses Modell wird klar teurer sein, da bei den Vertragsspitalern der Sockelbeitrag von der Zusatzversicherung zu übernehmen ist.

Die vorgeschlagene finanzielle Gleichstellung privater und öffentlicher Spitälern wird wegen der Ausdehnung der Spitalplanung de facto zu einer Diskriminierung der Privatspitäler führen. Nur noch integrierte Spitallisten sollen erlaubt sein, d.h. der kantonale Sockelbeitrag muss OKP- und Zusatzversicherten in allen der Planung entsprechenden Spitälern bezahlt werden. Damit wird die Sparstrategie von Kantonen wie Bern verunmöglicht, womit Privatspitäler von der Spitalliste gestrichen werden. Gleiches geschieht auch im lukrativen Zusatzversichertenbereich, wo die Diskriminierung über eine Zweiteilung der angebotenen Zusatzversicherungspolizen erfolgen wird.

Grafik 5: Modell Ständerat: DRG und Ausdehnung der Planung



Ausdehnung der Spitalplanung soll kantonale Planungswillkür kodifizieren.

Es ist voraussehbar, dass Versicherte das billigere erste Modell wählen werden. Damit ist klar: Sofern die kantonale Planung nicht auf objektiven und diskriminierungsfreien Kriterien basiert, drängt das Ständeratsmodell Privatspitäler nicht nur aus der Grundversorgung, sondern auch aus der Zusatzversicherung.

Wie oben dargelegt, erfüllt die kantonale Planung diese Bedingungen nicht. Eindrücklich belegen dies die Forderungen der GDK für Verschärfungen der ständerätlichen Lösung:¹⁰ So sind die Rekursrechte gegen die Spitalplanung „weitestgehend einzuschränken“, damit die „Kantone die Spitalliste in grösstmöglicher Autonomie festlegen können“. Investitionsentscheide öffentlicher wie privater Spitäler sollen im Rahmen der kantonalen Spitalgesetzgebung festgelegt und damit vom Parlament oder Regierungsrat bewilligt werden. Dass nur so ein „Wettrüsten“ zwischen Spitälern verhindert werden kann, zeigt eine innovationsfeindliche Haltung und ignoriert, dass DRG mit Vollkostenrechnung solche „Wettrüsten“ verhindern.¹¹

Mit ihren Forderungen verlangen die Kantone die Kodifizierung der Willkür. Die von ihnen gepriesene finanzielle Gleichbehandlung öffentlicher und privater Spitäler entpuppt sich wegen der Ausdehnung der Planung als Mogelpackung, die den öffentlichen Spitälern per Dekret statt Leistungswettbewerb den Zugang zu den Zusatzversicherten sichert.

Gesundheitspolitische Sackgasse

Planwirtschaft gefährdet über Kostendruck Qualität und macht Patienten zum Verlierer der Reform.

Damit zu einem weiteren, wichtigen Kritikpunkt am Ständeratsmodell: Es fokussiert einzig auf die Kosten, die erbrachte Qualität ist sekundär. So soll die Tarifierung gemäss E-Art. 49 Abs. 1 KVG sich an jenen Spitälern messen, welche die „notwendige“ Qualität effizient und

¹⁰ GDK: KVG-Teilrevision Spitalfinanzierung: Notwendige Rahmenparameter, damit die GDK eine Lösung entlang der ständerätlichen Variante akzeptieren kann; 8. November 2006.

¹¹ Dranove/David/Shanley/Mark/Simon: Is Hospital Competition Wasted, Rand Journal of Economics, Vol 23(2), S. 257.

*Der Finanzierungsschlüssel zwischen 55-60 Prozent wird ebenfalls festzulegen sein.

kostengünstig erbringen. Während die Kostentransparenz dank Fallkosten stark verbessert wird, handelt es sich bei der „notwendigen“ Qualität um einen unbestimmten Begriff, den kantonale Tarifbeamte oder die Vertreter der Krankenversicherungen definieren werden. Ohne Leistungstransparenz im Qualitätsbereich wird hier kantonalen Unterschieden im Qualitätsbereich Tür und Tor geöffnet. Da Patienten diese nicht kennen und ohne Zusatzversicherung eine ausserkantonale Behandlung schwierig ist, bestätigt sich die Befürchtung von Patienten, dass Kostendruck zulasten der medizinischen Qualität geht. Das untergräbt das Vertrauen in das Gesundheitssystem und dessen Reformfähigkeit.

Gegenmodell: Qualitätswettbewerb im Binnenmarkt

Alternativmodell verlangt objektive und transparente Kriterien für den Marktzugang.

Die Kritiker des Ständeratsmodells wollen die Reformen nicht aufhalten, im Gegenteil. Doch statt sich aus Zeitdruck mit einem Richtungsentscheid in eine Sackgasse drücken zu lassen, fordern sie ein zweistufiges Vorgehen hin zu folgenden drei Zielen:

- Veröffentlichung der medizinischen Ergebnisdaten, damit zuweisende Ärzte und Patienten eine echte Wahlfreiheit haben;
- diskriminierungsfreier Marktzugang für private und öffentliche Leistungserbringer auf der Basis medizinischer Ergebnisdaten einerseits und Kosteneffizienz andererseits, d.h. Aufhebung der kantonalen Spitalplanung;
- Spitalbinnenmarkt als Vorbereitung zur umfassenden Aufhebung des Territorialitätsprinzips.

Fallpauschalen sind in einem ersten Schritt einzuführen.

Dieses zweistufige Verfahren sieht folgendes Vorgehen vor: In einem ersten Schritt ist als Mindestforderung die leistungsorientierte Fallpauschale rasch einzuführen. Wie oben dargestellt, wird Transparenz bei der Finanzierung geschaffen und bei der Datenerhebung die Grundlage für Qualitätsvergleiche gelegt. Mehrkosten für die Kantone sind durch die Umsetzung des EVG-Urteils zu erwarten (etwa 300 Mio. Franken); doch dem stehen kürzere Spitalaufenthalte gegenüber.

Bei der Planung ist im ersten Schritt ein auf diskriminierenden Kriterien basierender Strukturwandel zu verhindern. Konkret sind weiterhin A- und B-Listen zu erlauben, und es sollen generell nur öffentliche bzw. öffentlich subventionierte Spitäler den Sockelbeitrag erhalten. Als Preis für die Verhinderung eines diskriminierenden Strukturwandels durch kantonalen Protektionismus ist die Querfinanzierung aus der Zusatzversicherung von 730 Mio. Franken bis zur Einführung des zweiten Schritts weiterzuführen.

Basis für den Strukturwandel nach den Kriterien medizinische Qualität und Fallkosteneffizienz.

Mit diesem zweiten Schritt soll die Grundlage für einen Strukturwandel gelegt werden, der auf den beiden für Patienten relevanten Kriterien der medizinischen Qualität und der Kosteneffizienz basiert und dabei eine bedarfsgerechte Mindestversorgung für Randregionen sicherstellt. Damit werden die Forderungen des Zwischenberichts der Expertengruppe Spitzenmedizin des Kantons Zürich aufgenommen, die generell gelten: Statt planwirtschaftlicher Zuteilung (spitzen-)medizinischer Leistungen, werden die Kriterien internationale Wettbewerbsfähigkeit, Kosteneffizienz und medizinische Ergebnisqualität vorgeschlagen.¹²

Mutige SGK-N

SKG-N verlangt Betriebsvergleiche zur medizinischen Qualität...

Dieser zweite Schritt soll möglichst rasch erfolgen bzw. möglichst viele Elemente davon sollen bereits in das erste Paket aufgenommen werden. Zu unterstützen sind deshalb die Vorschläge der nationalrätlichen Gesundheitskommission:

... und verordnet den Spitalbinnenmarkt.

- Spitäler werden verpflichtet, Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren zu erfassen.
- Der Bundesrat ordnet in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweit Betriebsvergleiche an, die auf Spitalebene Vergleiche zu Fallkosten und medizinischer Ergebnisqualität ermöglichen.
- Auf Antrag des EDI wird ein sogenanntes Cassis-de-Dijon-Prinzip im Spitalbereich eingeführt: Ist ein Spital auf der Spitalliste seines Kantons aufgenommen, kann es in der ganzen Schweiz Spitaldienstleistungen anbieten. Dieser innovative Vorschlag führt den Spi-

¹² Zwischenbericht zum Gutachten Spitzenmedizin, 8. Mai 2006, S. 1.

talbinnenmarkt ein.¹³ Allerdings macht die mit dem Cassis-de-Dijon-Prinzip geschaffene Dynamik hin zur Konsolidierung der Spitallandschaft die Sicherung des diskriminierungsfreien Marktzugangs zur *conditio sine qua non*. Da vom EDI eine gemeinsame Planung erhofft wird, besteht andernfalls die Gefahr eines Kartells der Sanitätsdirektoren, welche die unangenehmen (Privat-)Spitäler generell von den Spitalisten streichen werden. Notwendig ist deshalb erstens die Verpflichtung der Kantone auf eine nach objektiven Kriterien wie medizinische Qualität, Kosteneffizienz und bedarfsgerechte Mindestversorgung in Randregionen ausgerichtete Planung. Zweitens sind Leistungsverträge in analoger Anwendung der Regeln des öffentlichen Beschaffungswesens objektiv, transparent und diskriminierungsfrei zu vergeben, was z.B. auch die parlamentarische Initiative der FDP-Fraktion (06.444) fordert.

Modell „Wehrli, Humbel, Bortoluzzi, Gutzwiller“

Wichtige Forderungen des marktwirtschaftlichen Parlamentariermodells würden damit umgesetzt.

Pate für einige Ideen der SGK-N stand ein von den Nationalräten Wehrli, Humbel (CVP), Bortoluzzi (SVP) und Gutzwiller (FDP) zusammen mit den Professoren Leu (Universität Bern) und Poledna (Universität Zürich) erarbeitetes Modell. Das Modell ist ein Kompromiss: Auch wenn alle bürgerlichen Parteiprogramme den direkten Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung und zur Vertragsfreiheit fordern, scheidet dies zurzeit am Widerstand von Kantonen und Patienten. Die Repetition von Maximalforderungen erleichtert die Arbeit der Reformgegner; notwendig sind Kompromisse, die den Systemscheid richtig beeinflussen.

Das Kompromissmodell „Wehrli, Humbel, Bortoluzzi, Gutzwiller“ basiert deshalb auf jenen beiden Elementen, für die es seit zehn Jahren in der Schweiz einen Konsens gibt: Qualität und Wahlfreiheit im Gesundheitswesen. Dass sich in den letzten beiden Jahren immer klarer der Trend hin zu mehr Markt als Regulierungsinstanz statt (kantonalen) Planung abzeichnet, stärkt die Strategie zusätzlich.¹⁴

Konkret basiert das Modell auf folgenden vier Pfeilern:

1. Ausgewiesene Qualität

Medizinische Qualität im Zentrum des Modells: Sie ist messbar, unterscheidet sich und wird durch Transparenz verbessert.

Schweizer Patienten fordern zwar Qualität im Gesundheitswesen, doch sie kennen sie nicht. Damit verdrängt die Schweiz, was man im Ausland schon lange weiss: Qualität ist messbar, unterscheidet sich und kann verbessert werden:

- Qualitätsunterschiede sind frappant: In den Niederlanden lag die Sterberate 180 Tage nach Schlaganfall im schlechtesten Spital bei 32 Prozent, im zwanzigstschlechtesten bei „nur“ 14,5 Prozent.
- Wichtiger als die Spitalgrösse ist die Spezialisierung, da Fallzahl pro Abteilung und Operateur zentral für die Ergebnisqualität ist.
- Transparenz verbessert die Qualität: So führte in New York die Publikation von Ergebnissen bei Herzoperationen zur tiefsten Sterberate der USA.
- Qualität muss nicht teuer sein: Spitäler mit der besten medizinischen Ergebnisqualität gehören meist nicht zu den teuersten (Stichwort: Spezialisierung, Skaleneffekte, Prozessinnovation),¹⁵ während qualitativ schlechte Spitäler oft teuer sind. Während aber qualitativ hoch stehend oft kosteneffizient und damit günstig ist, bedeuten tiefe Kosten nicht immer gute Qualität. Die Steuerung des Systems darf deshalb nicht nur über die Kosten, sondern vor allem über die Qualität und damit über die Kosteneffizienz erfolgen. Gefordert werden medizinische Qualitätsindikatoren auf Diagnoseebene, die – soweit möglich neben der Qualität der einzelnen Behandlungsschritte auch jene der vor- und

¹³ Das von gleicher Stelle vertretene Argument, dass ohne zusätzliche Planung eine Mengenausweitung zu befürchten sei, wird durch den Vorschlag *ad absurdum* geführt.

¹⁴ GfS Gesundheitsmonitor, 3. Oktober 2006.

¹⁵ Z.B. die staatlichen Veteran Administration Hospitals der USA. Sie wurden nach Diagnosen reorganisiert und spezialisiert sowie mit ICT ausgerüstet. Untereinander stehen sie über Qualitäts- und Kostenindikatoren im Wettbewerb. Zwischen 1999 und 2003 verbesserte sich die Qualität, nahm die Patientenzahl um 70 Prozent, die Kosten aber nur um 41 Prozent zu. Porter/Teisberg, *Redefining Health Care*, 2006, S. 110.

nachgelagerten Leistungen (z.B. Diagnose bis Rehabilitation) mit einbeziehen. Notwendig sind harte Indikatoren, wenn möglich Ergebnisindikatoren wie Reoperations- und Mortalitätsraten oder Spitalinfekte, subsidiär auch Prozess- und Strukturindikatoren (Anzahl Eingriffe pro Abteilung und Operateur). Indikatoren wie Patientenzufriedenheit eignen sich nur als Marketinginstrument. Diese Indikatoren sind in Zusammenarbeit mit Facharzt- und Pflegeorganisationen zu erarbeiten, von ausländischen Erfahrungen ist zu profitieren. Nicht für alle Krankheiten sind Qualitätsindikatoren möglich oder notwendig. Bereiche, in denen keine Indikatoren auszumachen sind, sollen durch öffentlich ausgeschriebene Leistungsaufträge vergeben werden.

Marktzutritt soll über medizinische Qualität und Kosteneffizienz erfolgen.

2. *Doppelter Leistungsvergleich*

Wird die medizinische Ergebnisqualität für Diagnosen pro Spital oder Spitalabteilung ausgewiesen und DRG eingeführt, besteht bei Qualität und Fallkosten Transparenz. Damit kann der Zugang zur Leistungserbringung für die OKP über einen doppelten Leistungsvergleich erreicht werden. Für die Leistungserbringung zuständig sein sollen Spitäler bzw. Spitalabteilungen, die

- sowohl bei der medizinischen Ergebnisqualität als auch bei den Fallkosten zu den schweizweit Besten gehören. Der Schwellenwert von z.B. 90 Prozent wird in Zeitintervallen von mindestens einem Jahr festgelegt. Er kann zur Herstellung der Transparenz in einer ersten Phase bei 100 Prozent liegen.
- Zur Leistungserbringung ebenfalls berechtigt sind gewisse Spitalabteilungen, die für die Mindestversorgung in Randregionen notwendig sind.

Qualitativ schlechte und/oder zu teure Abteilungen haben mit den Versicherungen zu verhandeln oder scheiden aus dem Markt. Letzteres ist gewollt. Im Unterschied zum heutigen System, das den Marktzugang nach politischer Nähe zur kantonalen Regierung, Regional- oder Beschäftigungspolitik gewährt, sollen neu objektive, im Interesse des Patienten liegende Kriterien den Massstab bilden. Als dynamisches Modell fordert der doppelte Leistungsvergleich von Spitälern laufend Verbesserungen. Das fördert Prozessinnovation. Kurz: Einerseits wird der Strukturwandel objektiviert, andererseits automatisiert.

Bürger soll informierte Wahl im Spitalbinnenmarkt haben.

3. *Wahlfreiheit im Binnenmarkt*

Dank veröffentlichter Qualität der Spitalabteilungen verfügt der Patient erstmals über die zur Spitalwahl notwendige Information. Diese Information muss er nutzen können: Er soll deshalb zwischen all jenen Spitälern wählen können, die gemäss doppeltem Leistungsvergleich zu den besten z.B. 90 Prozent gehören. Damit wird der Spitalbinnenmarkt eingeführt. Die vom EDI bewilligten Versuche für grenzüberschreitende Spitalräume (vor allem Basel) werden unterstützt, indem sich alle Spitäler im Binnenmarkt auf die ausländische Konkurrenz vorbereiten können.

Ausländische Erfahrungen zeigen, dass relativ wenige Patienten geografisch weit weg liegende Spitäler wählen. Es werden sich somit regionale Gesundheitsmärkte bilden. Im Unterschied zu den Bestrebungen einiger Kantone, regionale Märkte zu bilden, sollen aber nicht politische Kantongrenzen die Region definieren und damit neue Verzerrungen schaffen, sondern die realen Patientenströme. Nur ein nationaler Spitalbinnenmarkt erlaubt einen wirklichen Strukturwandel, in dem möglichst unabhängige Spitäler sich in innovativen Allianzen zusammenschliessen und sich so spezialisieren können.

Gegenstück des Binnenmarktes mit seiner Gleichbehandlung für öffentliche und private Spitäler ist der Aufnahmezwang aller Spitäler, die dem System unterstehen. Das verhindert die Rosinenpickerei für Privatpatienten.

Durch unabhängige Instanz erarbeitete, objektive, schweizweit geltende Kriterien sind notwendig.

4. *Unabhängige, nationale Regulierungsinstanz*

Qualitätsindikatoren sind überall anzuwenden. Kantonale Interessenkonflikte sind aufzuheben. Deshalb bedarf es – wie bei Swiss-DRG – einer unabhängigen Regulierungsinstanz auf eidgenössischer Ebene. Diese soll neben Vertretern von Bund, Kantonen und Spitälern auch Ärzte- und Pflegeorganisationen umfassen. Bereits bestehende Institutionen wie der Verein Outcome sollen nach Möglichkeit einbezogen werden. Die Aufgaben der Instanz sind:

- Festlegen einer Mindestversorgung zum Schutz der Randregionen. Wollen Kantone eine darüber hinausgehende Versorgung, finanzieren sie diese selber.
- Festlegen der Qualitätsindikatoren.
- Kontrolle der Durchführung des doppelten Leistungsvergleichs.

Patient wird in den Mittelpunkt gestellt – alle profitieren.

Vom Modell profitieren fast alle:

- Patienten: Sie können erstmals auf der Basis medizinischer Qualität ein Spital wählen. Dank Qualitätstransparenz verbessert sich die Qualität generell, was jedem Patienten zugute kommt.
- Steuer- und Prämienzahler: Sie profitieren erstens von der kostendämpfenden Qualitätssteigerung der Spitäler dank Spezialisierung und steigender Effizienz. Zweitens bremsen der Kostenvergleich und die Einführung der Fallpauschalen die angebotsorientierte Nachfrage und verhindern ein Wettrüsten der Spitäler. Drittens beschleunigt das Modell den Strukturwandel und ermöglicht den Erfolg der führenden Anbieter, was auch Kosten dämpft.
- Spitäler: Das Modell setzt unternehmerische Unabhängigkeit voraus. Das stärkt die Spitäler. Das gilt gerade auch für kleine Spitäler. Sie können die Vorteile kleiner Verwaltungsstrukturen nutzen und über Kooperationen mit Zentrumsspitalern und Spezialisierung ihre Position stärken. Neue Formen der Zusammenarbeit im Sinne von Public Private Partnerships werden auch zwischen staatlichen und privaten Spitalern möglich, so bei Lehre und Forschung oder bei Gesundheitsdienstleistungen.
- Die Volkswirtschaft: Gesundheitsleistungen werden immer internationaler angeboten. Hier verfügt die Schweiz über eine prädestinierte Position, die zu nutzen ist. Auch im Gesundheitswesen muss Swissness zum Goldstandard für Qualität und Effizienz werden. Der Leistungswettbewerb und die Gleichbehandlung kantonaler und ausserkantonaler sowie öffentlicher und privater Spitäler schaffen ein innovationsförderndes Umfeld. Ausgewiesene Ergebnisqualität und Anreize für Prozessinnovation überzeugen ausländische Patienten von den Leistungen des Schweizer Gesundheitswesens.
- Kantone: Der oft gescheiterte Strukturwandel erfolgt auf einer objektiven Basis. Damit verringert sich das politische Risiko der Strukturanpassung für kantonale Regierungen. Dies wirkt sich positiv auf ihre Kosten aus. Auch können sie über die Regulierungsinstanz weiterhin die Mindestversorgung mitbestimmen bzw. zusätzliche Versorgungsaufträge vergeben und finanzieren. Verlieren werden einzig die kantonalen Gesundheitsverwaltung und der Sanitätsdirektor – sie verlieren an Macht.

Position economistesuisse

Chancen nutzen
statt protektionistisch Macht verteidigen.

Für die Wirtschaft ist ein effizientes und effektives Gesundheitssystem wichtig. Zentral sind dabei die Spitäler. Wie bei der Ablehnung der Einheitskasseninitiative gilt es auch hier, den richtigen Systementscheid zu treffen. Abgelehnt wird die planwirtschaftliche Staatsmedizin als Weg in die Sackgasse der Rationierung; gefordert wird Leistungswettbewerb über veröffentlichte medizinische Qualität und Kosteneffizienz sowie der diskriminierungsfreie Marktzugang. Letzteres ist nicht nur ein wichtiges wirtschaftspolitisches und rechtsstaatliches Prinzip, sondern – wie in jedem Infrastrukturbereich – der Lackmустest einer Reform.

Der Ansatz ist ambitiös, aber realistisch: Es wird den Gegnern schwer fallen, Patienten und Bürgern zu erklären, weshalb sie bei zentralen medizinischen Entscheidungen weiterhin weder Transparenz zu den medizinischen Leistungen noch eine Wahlfreiheit über die Kantongrenzen hinaus haben sollen. Schliesslich eröffnet er die Chance, über die Fokussierung auf medizinischer Leistungsqualität und Prozessinnovation ausländische Patienten anzuziehen und so den notwendigen Strukturwandel einfacher in einem wachsenden Markt zu vollziehen.

Rückfragen:

stefan.brupbacher@economiesuisse.ch