

# Das Schweizer Spitalsystem im Banne der neuen Spitalfinanzierung

Die neue Spitalfinanzierung muss konsequent, vollständig und termingerecht umgesetzt werden, fordert der Gesundheitsökonom Heinz Locher. Für viel wichtiger als die Umstellung auf Swiss DRG hält er aber die neuen Bestimmungen zur Spitalplanung. Und noch wichtiger sind für ihn neue Formen der Leistungsfinanzierung jenseits von TARMED und SwissDRG im Rahmen der integrierten Versorgung.

Vorerst sei festgehalten, dass unser Spitalsystem die ihm obliegenden Aufgaben das ganze Jahr rund um die Uhr zuverlässig wahrnimmt. Es hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt, das Spitalmanagement setzt die in andern Wirtschaftszweigen bewährten Führungsinstrumente vermehrt ein, stärkt dadurch die strategische und verbessert die operative Führung. Leider ist aber das politische Umfeld vielerorts problematisch geblieben: der industriellen Logik der Spitalführung steht eine (regional-)politische Logik entgegen. Insgesamt zeigt sich demzufolge ein vielfältiges Bild. Licht, Schatten und Zwischentöne wechseln sich – ungleichmässig verteilt – ab.

## Gibt es in der Schweiz zu viele Spitäler?

Dieses Thema musste ja kommen! Es ist sehr plakativ und eignet sich bestens für Politiker und publizistisch Tätige, um sich wieder einmal in Erinnerung zu rufen: Wer bietet weniger: 200, 100, 40? Die Frage hat einen wahren Kern, ist aber falsch gestellt. Nicht die Zahl der «Spitäler» ist bedeutungsvoll (was ist ein «Spital?»), sondern die Zahl der «Produktionseinheiten» (z.B. Kliniken). Zwar hat die Zahl der Grundversorgungsspitäler in den vergangenen zehn Jahren deutlich abgenommen. Nach wie vor werden aber innerhalb der einzelnen Spitalunternehmungen oder -betriebsstätten zu viele Produktionseinheiten mit subkritischen Leistungsmengen betrieben, was nicht nur Qualitäts- und Kostenprobleme zur Folge hat, sondern auch die Problematik der ohnehin zu grossen Varianz im Leistungsgeschehen verschärft. Nach wie vor weist das Unternehmensmodell vieler Spitäler ein zu wenig klar definiertes und fokussiertes Profil auf, demzufolge ist die Angebotspalette zu breit angelegt («alle machen alles»). Es ist halt schwieriger, Prioritäten zu identifizieren und zu eliminieren als vielen mit einer entsprechend langen Prioritätenliste (zumindest kurzfristig) entgegenzukommen.

## Der Countdown läuft. Wie relevant ist aber eigentlich die Einführung von SwissDRG?

Die Schweizer Spitalwelt steht nun schon seit einiger Zeit im Banne der neuen Spitalfinanzierung. Hoffen und Bangen sind unterschiedlich verteilt. Eines ist gewiss – die schlechtestmögliche Variante für alle wäre eine verzögerte, unvollständige und mit viel zu vielen offen gebliebenen Fragen belastete Umsetzung der neuen Bestimmungen zur Spitalfinanzierung. Das ganze Vorhaben stand ja von Anfang an unter der aufgrund der gegebenen politischen und rechtlichen Konstellation wohl unvermeidlichen Problematik des «too little too late». Deshalb muss die Parole nun umso bestimmter lauten: kompromisslose Termintreue, so viel Konzept- und Prinzipientreue wie möglich, so viel Pragmatismus wie unerlässlich.

Die Konsequenzen der leistungsorientierten Tarifierung werden eher überschätzt, die weiteren Folgen der Reform der Spitalfinanzierung dafür massiv unterschätzt. Bedeutungsvoller als die reine Tarifumstellung sind die neuen Bestimmungen zur Spitalplanung, die Gleichstellung öffentlicher und privater Spitäler mit den sich daraus ergebenden Auflagen und Pflichten, der Einbezug der Kosten für die Anlagenutzung in die Leistungsfinanzierung und die Pflicht der Kantone zur (mehrheitlichen) Mitfinanzierung des Leistungsgeschehens. Ob die – leider mit tariflichen Einschränkungen – nun bevorstehende freie Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinaus ein Gegengewicht zur finanziellen Re-Kantonalisierung schaffen wird, bleibt abzuwarten und wird je nach regionaler Verknüpfung der Wirtschaftsräume unterschiedliche Folgen zeitigen. Spitalisten und Leistungsaufträge dürfen dabei nicht zum Instrument der «Geiselnahme» der Bevölkerung durch die eigene Kantonsregierung werden. Noch haben nicht alle Parlamentarierinnen und Parlamentarier realisiert, dass die kantonalen Anteile an den DRGs (inkl. die Abgeltung der Investitionsnutzung) aufgrund der Bundesgesetzgebung sogenannte gebundene Ausgaben darstellen, die nicht mehr der Genehmigung der Parlamente bedürfen – das könnte noch ein böses Erwachen (ohne Kreditvorlagen für Spitalbauten!) geben.

## Über Nutzen, Kosten und Finanzen

Nach wie vor dreht sich die gesundheitspolitische Diskussion (im Kreise) um die Kosten der Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung. Dabei weisen Porter und Teisberg\* völlig zu Recht darauf hin, dass die Verbesserung des Patientennutzens – bezogen auf einen ganzen Behandlungszyklus – im Zentrum aller Bemühungen stehen sollte. Solange nicht dieser Massstab angesetzt wird, sind weitere Fehlentwicklungen zu erwarten, werden noch so «gut gemeinte» Reformen und Korrekturmassnahmen zu Verschlimmbesserungen. Die gegenwärtig im Schwange stehende, ausschliesslich kurzfristig orientierte Kostenfixierung droht zu einem «race to the bottom», der Eliminierung leistungsfähiger Anbieter mit einem ausgezeichneten, langfristig qualitativ und



finanziell guten Kosten-/Nutzen-Verhältnis, auszuarten. Zusätzlich entsteht durch die im Leistungsfinanzierungsbereich geschaffene «ménage-à-trois» zwischen Krankenversicherern, Spitälern und Kantonen ein erhebliches Problem- und Irritationspotenzial. Sie verwischt die Rollenteilung und die Zuweisung klarer Verantwortlichkeiten und sollte raschmöglichst durch eine «duopolistische» Regelung abgelöst werden: Beiträge aus Steuermitteln von Bund und Kantonen sollen zweckspezifisch für die Finanzierung von Lehre und Forschung, zu sozialpolitischen Zwecken (Prämienbeiträge, Ergänzungsleistungen) oder gemeinwirtschaftliche Aufgaben (z.B. Kosten der Leistungsbereitschaft in peripheren Landes-teilen) eingesetzt werden. Die Leistungsfinanzierung hingegen sollte in allen Teilbereichen (ambulant, stationär) nach einem einheitlichen System durch die Krankenversicherer aus einer Hand finanziert werden (Kopfprämien kombiniert mit Prämienbeiträgen).

Es stünde den Krankenversicherern gut an, zu diesem Themenbereich unverzüglich zwei Initiativen zu ergreifen: Einerseits ein Crash-Programm zur Förderung der Versorgungsforschung zu Themen wie die ausserordentlich hohe regionale Varianz der Leistungen oder die Messung (und Publikation) risikobereinigter Outcomes. Andererseits besteht ein dringender Bedarf nach neuen Formen der Leistungsfinanzierung «jenseits von TARMED und SwissDRG»: Komplexpauschalen zur Finanzierung der integrierten Versorgung im Akut- und

Rehabilitationsbereich oder der ganzheitlichen Betreuung von Chronischkranken durch ambulante und stationäre Leistungen. Damit würden sie nicht nur unserem Gesundheitssystem einen Dienst erweisen, sondern auch die Grundlagen für einen echten Leistungswettbewerb unter sich schaffen, der einzigen Legitimation für ein vielfältig gegliedertes System mit einer Mehrzahl von Krankenversicherern und damit eine Art vorgezogener indirekter Gegenvorschlag zur angekündigten populistischen Einheitskasseninitiative.

### Das Prinzip der Tarifpartnerschaft stärken

Die dem KVG zugrundeliegenden liberalen Prinzipien der ausgehandelten Verträge und der Tarifpartnerschaft stellen wichtige Werte dar. Jede Schwächung des Vertragsprinzips hat eine Schwächung der Tarifpartnerschaft zur Folge. Also: Verantwortliche in Spitälern und Krankenversicherungen, rauft euch zusammen, lasst wo nötig die Fetzen fliegen, aber geht nicht fahrlässigerweise auf Konfrontationskurs. Denn: Wo zwei sich streiten, lacht der Dritte.

DR. HEINZ LOCHER, BERN

\* Vgl. dazu bezogen auf die Schweiz: Teisberg Elizabeth O., Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen, Zürich, Juli 2008

**Dr. Heinz Locher: «Die Verbesserung des Patientennutzens – bezogen auf einen ganzen Behandlungszyklus – sollte im Zentrum aller Bemühungen stehen.»**



Foto: ZVG