

Spitalfinanzierung: Vorschlag für ein patientenfreundliches Modell

Im März verabschiedete der Ständerat die Spitalfinanzierung. Eine informelle Gruppe von vier Gesundheitspolitikern des Nationalrats aus FDP, CVP und SVP präsentiert im Folgenden ihr alternatives Reformmodell. Sie stützt sich dabei auf Vorarbeiten der Professoren Robert Leu (Bern) und Tomas Poledna (Zürich). Das Modell hatte sie kürzlich der nationalrätlichen Gesundheitskommission vorgestellt.

Spitäler sind der teuerste und am schnellsten wachsende Kostenblock des Gesundheitswesens. Ihre über Steuern und Prämien gedeckten Kosten belaufen sich auf jährlich rund 1500 Franken pro Kopf. Kostenhöhe und -entwicklung erschrecken, noch bedenklicher ist aber die Kosten-Nutzen-Rechnung.

Fehlender Qualitätswettbewerb

Umfragen zeigen, im Gesundheitswesen will der Schweizer Qualität. Diese wird aber kaum gemessen und schon gar nicht veröffentlicht. Damit verdrängt die Schweiz, was man im Ausland weiss: Qualität ist messbar, unterscheidet sich und kann verbessert werden. In den Niederlanden, Deutschland oder den USA gehört veröffentlichte Ergebnisqualität zum Alltag und zeigt Folgendes:

- Die Unterschiede 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.
- Transparenz verbessert die Qualität: So halbierte sich die Mortalität zwischen 1999 und 2005 bei den Helios-Kliniken auf 9,3 Prozent, und in New York führte die Publikation von Ergebnisdaten zu Herzoperationen zur tiefsten Sterberate der USA.
- Qualität muss nicht teuer sein. Oft gehören die teuersten Spitäler nach Berücksichtigung des Patientenmix zu den qualitativ schlechten.
- Wichtiger als die Grösse eines Spitals ist die Spezialisierung, da die Fallzahl pro Abteilung und Operateur zentral für die Ergebnisqualität ist.

Fehlende Wahlfreiheit

Obwohl Patienten über Prämien und Steuern zur Heilung oft ernster Krankheiten im Spital viel investieren, können sie ohne Zusatzversicherung kaum mitbestimmen, wo sie behandelt werden. Die Kantone als Spitaleigentümer wachen mit Hilfe der Spitalplanung darüber, dass Patienten möglichst kein Geld über die Kantongrenzen oder gar in Privatspitäler tragen. Trotz 10 Jahren Planung blieben aber die zu hohen Bettendichte und übermässig lange Spitalaufenthalte als Kostentreiber bestehen. Denn Protektionismus statt Ergebnistransparenz verleitet die kantonale Politik dazu, Regional- und Beschäftigungspolitik über den gesundheitspolitischen Auftrag oder die finanzpolitischen Interessen zu stellen. Dieser Interessenkonflikt der Kantone als Leistungserbringer, Finanzierer und Bewilligungsbehörde geht zulasten der Patienten und Steuerzahler.

Übergang zur Leistungsfinanzierung

Hier soll die laufende Revision der Spitalfinanzierung Abhilfe schaffen. In einem ersten Schritt sind die unbestrittenen leistungsorientierten Fallpauschalen einzuführen. Durch die Schaffung einer schweizweit einheitlichen Tarifgrundlage wird auf der Kostenseite Transparenz zwischen Spitälern geschaffen. Dies wird zu einer Reduktion der Aufenthaltsdauer führen und den Strukturwandel beschleunigen. Beides kann sich allerdings negativ auf die Qualität auswirken, und die ständerätliche Formulierung, dass sich Tarife an günstigen, die notwendige Qualität erbringenden Institutionen ausrichten sollen, lässt aufhorchen. In einer rasch folgenden zweiten Phase ist deshalb sicherzustellen, dass beim Strukturwandel die für Patienten zentralen Grössen Qualität und Effizienz im Mittelpunkt stehen.

Mit diesem Ziel hat eine Gruppe von Parlamentariern und Experten folgendes Modell entwickelt:

- Einsetzen eines Regulators auf Bundesebene (ähnlich der ComCom): Neben den Kantonen sollen Spitäler, Bund, Versicherungen und Patienten Einsitz in der zu schaffenden Institution nehmen und so den kantonalen Interessenkonflikt vermindern. Der Regulator definiert zum Schutz der Randregionen die Mindestversorgung und organisiert den Leis-

tungsvergleich.

- Doppelter Leistungsvergleich: Die Spitalabteilungen sollen sich sowohl an medizinischer Ergebnisqualität als auch an den Kosten messen lassen. In Zusammenarbeit mit den Facharzt- und Pflegeorganisationen sowie basierend auf ausländischen Erfahrungen bestimmt der Regulator die Qualitätsindikatoren (z. B. die Rate von erneut notwendigen Eingriffen nach Hüftoperation, Spitalinfekte) und prüft deren Anwendung.

- Selektive Vertragsfreiheit: Spitalabteilungen, welche kumulativ bei Qualität und Kosten zu den schweizweit besten gehören, unterstehen ebenso dem Vertragszwang wie zur Mindestversorgung notwendige Abteilungen. Qualitativ schlechte und/oder zu teure Abteilungen haben mit den Versicherungen zu verhandeln oder scheiden aus dem Markt aus.

- Wahlfreiheit im Binnenmarkt: Patienten können schweizweit zwischen dem Vertragszwang unterstehenden Spitälern wählen.

Gewinner der Reform sind zuerst die Patienten. Verlässliche Ergebnisinformation ermöglicht ihnen nicht nur eine echte Wahl zwischen Spitalabteilungen, sondern verbessert generell die Leistungen der Spitälern. Der Qualitätswettbewerb fördert auch die Einführung und Verbreitung neuer Technologien.

Das kann (muss aber nicht) zu höheren Kosten führen, doch steht dem erstens ein medizinischer Zusatznutzen gegenüber. Zweitens beschränken der Kostenvergleich als zweite Säule des Leistungsvergleichs und Fallpauschalen die künstliche Leistungsausweitung, womit die Prämien- und Steuerzahler profitieren.

Für die Spitälern schaffen Leistungswettbewerb und Gleichbehandlung kantonaler und ausserkantonalen sowie öffentlicher und privater Spitälern ein Innovationen förderndes Umfeld, was die unternehmerische Freiheit der Spitälern stärkt und ihnen eine bessere Positionierung im (inter)nationalen Wettbewerb erlaubt. Profitieren werden schliesslich auch die Kantone: Zwar wird die Macht der Gesundheitsdirektionen beschränkt, doch der oft gescheiterte Strukturwandel erfolgt neu auf einer objektiven Basis und wird damit sowohl für Kantonsfinanzen und Gesundheitsdirektoren zu besseren Resultaten führen. Auch sollen die Kantone weiterhin mitgestalten: Neben dem Einsitz beim Regulator sollen sie u. a. über die von diesem definierte Mindestversorgung hinaus zusätzliche Versorgungsaufträge vergeben und finanzieren.

Richtungsentscheid fällig

Das Parlament steht vor einem Richtungsentscheid zwischen einem regulierten Markt und Planwirtschaft. Statt Planung und Rationierung öffnet obige Reform im Strukturwandel wirtschaftliche Chancen. Die Schweiz ist im internationalen Gesundheitswettbewerb exzellent positioniert, doch braucht es rasch Transparenz hinsichtlich der Leistungen und die entschiedene Abkehr von der Kirchturmoptik, um dieses Potenzial zu nutzen.

Die Vorschläge sind ambitiös. Allerdings gehen sie viel weniger weit als von verschiedensten Seiten propagierte Maximalforderungen wie die sofortige Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung oder der Vertragsfreiheit im stationären Bereich. Statt Maximalforderungen verlangt das Modell im Ausland bereits erfolgreich praktizierte Neuerungen. Mit der vorgezogenen Einführung der leistungsorientierten Fallpauschale orientiert es sich am Modell des Ständerats und beschleunigt die laufende Gesetzgebung. Gleichzeitig sichert es, dass der notwendige Strukturwandel in einer zweiten Phase durch Qualitätswettbewerb statt diskriminierender Planung stattfindet.

Die Gegner der Vorschläge werden die schwierige Aufgabe haben, Patienten und Steuerzahlern zu erklären, wieso ihnen bei zentralen medizinischen Entscheiden weiterhin Transparenz und Wahlfreiheit verwehrt bleiben sollen.

Reto Wehrli (cvp., Schwyz), Toni Bortoluzzi (svp., Zürich), Felix Gutzwiller (fdp., Zürich,) Ruth Humbel (cvp., Aargau)