

Zürich, 17. Oktober 2007

Beat Ringger, Zentralsekretär vpod

Memorandum Spitalfinanzierungsvorlage: Gute Gründe für ein Referendum

Spitäler sind keine Fabriken

Die eidgenössischen Räte diskutieren zur Zeit die Revision der Spitalfinanzierung.. Die Vorlage kommt wahrscheinlich im Dezember 2007 zur Schlussabstimmung in den Räten. Kernstücke sind die Einführung der Fallkostenpauschale unter Einschluss der Investitionskosten, die Einführung der sogenannten Vertragsspitäler, eine scheinbare freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz und eine Neuaufteilung der Kosten zwischen den Kantonen und den PrämienzahlerInnen. Die Reform will erklärtermassen den Wettbewerb fördern

Fallkostenpauschalen

Kernelement ist die Fallkostenpauschale, auch Diagnosis Related Groups DRG (deutsch Diagnosebezogene Fallgruppe) genannt. Mit dieser Pauschale wird die stationäre medizinische Versorgung in standardisierte Bausteine zerlegt, die einzeln verrechnet werden. Die Erfahrungen, die mit Fallkostenpauschalen in den USA und in Deutschland gemacht werden, sind überwiegend negativ: Die ökonomischen Interessen schieben sich vor die medizinischen Gesichtspunkte. Da es sich um eine Art Vorfinanzierung handelt, schaffen die DRG Anreize zur Versorgungsminimierung, Wer tiefere Kosten hat als die Pauschale, macht Gewinn. Höhere Kosten hingegen führen zu Verlusten. Das medizinische Personal wird zu einer Sicht verleitet, in der die Patientinnen und Patienten als „genormte Fälle mit erwünschter Kostenoptimierung“ erscheinen. Dies fördert minimierte Therapien sowie verfrühte Entlassungen. Normale zwischenmenschliche Kontakte werden beschränkt, da sie in der Fallkostenpauschale nicht enthalten sind. Der Trend in diese Richtung wird sich in dem Masse verstärken, wie die Spitäler in Konkurrenz zueinander stehen und der kostengünstigste Anbieter alle andern in Zugzwang bringt. Die korrekte Erfassung der Pauschalen verursacht zudem beträchtliche administrative Aufwendungen und hat zur Folge, dass das ärztliche und pflegerische Personal noch weniger Zeit für die Betreuung der Patientinnen und Patienten aufbringen kann. Dies alles fördert eine Entwicklung, bei der das Spital zur Fabrik und die Patientinnen und Patienten zur Ware werden.

Die Vorlage schafft die Voraussetzungen für eine Privatisierungswelle

Auf Basis der Fallkostenpauschalen sollen künftig Privatkliniken gleich finanziert werden wie ein öffentliches Spital. Einzige Voraussetzung: Die Privatklinik wird von der Kantonsregierung auf die kantonale Spitalliste setzt. Bisher erhielten Privatkliniken in der Regel kein Geld von den Kantonen. Dazu kommt, dass diese Fallkostenpauschalen künftig sowohl die Betriebskosten als auch die Investitionen abdecken sollen. Damit könnten die Kantone die Investitionen im Spitalsektor nicht mehr steuern. Die grössten Beiträge an die Investitionen bekämen einfach die Spitäler, für die sich die meisten Patienten entscheiden. In welchem Spital wie viel investiert wird, würde also weitgehend der Markt entscheiden. Wofür die Investitionen verwendet werden entscheiden die Spitäler respektive ihre Besitzer allein. Heute hingegen bestimmen die Kantonsregierungen über die wesentlichen Investitionen aller (auch der privaten) Spitäler, die Subventionen erhalten.

Die Integration der Investitionskostenanteile in die Fallkostenpauschalen hat aber nicht nur zur Folge, dass die Kantone immer weniger zu sagen haben. Sie ist auch eine wichtige Voraussetzung dafür, dass ganz normale Spitäler für private Investoren interessant werden. Denn Aufträge und Finanzierung sind staatlich garantiert, das unternehmerische Risiko gering – bei voller Freiheit, so zu investieren wie es für die Gewinnaussichten am günstigsten ist. Genau dies hat in Deutschland die Voraussetzungen für eine eigentliche Privatisierungswelle bei den Kliniken und Spitälern geschaffen. Selbst renommierte Universitätskliniken geraten dabei in private Hände.

Zwar kann in der Schweiz in vielen Fällen mit kantonalen Referenden gegen Spitalprivatisierungen angegangen werden. Doch steter Tropfen höhlt der Stein, und irgendwann wird das Widerstandspotential, so ist zu befürchten, erschöpft sein.

Frühere Entlassungen führen zu Abwälzung der Pflegekosten auf die PatientInnen

Die Fallkostenpauschale schafft Anreize, die Behandlungen möglichst billig und rasch abzuwickeln. Deshalb werden die Spitäler alles daran setzen, die Patientinnen und Patienten möglichst frühzeitig in eine nachgelagerte ambulante Versorgung zu überführen. Die Spitex ist jedoch auf die wachsenden Anforderungen nicht vorbereitet. Im Gegensatz zur stationären Versorgung müssen die Patientinnen und Patienten zudem in der Spitex einen Teil der Pflegekosten selber übernehmen. Die Dauer und Höhe dieser Kostenübernahme wird zur Zeit in der Revision der Pflegefinanzierung ebenfalls neu geregelt und ist noch unklar, eine Schlechterstellung ist jedoch zu befürchten.

Sparpolitik wird verewigt

Vielorts wird heute schon mit Fallkostenpauschalen gearbeitet. Dabei zeigt sich, dass diese Pauschalen als Instrument für eine subtile Sparpolitik genutzt werden – subtil, weil die Auseinandersetzung um Budgets und Kosten gar nicht mehr offen geführt werden muss. Werden Pauschalen auf der Basis einer Situation berechnet, in der Personalmangel herrscht und in der viele Schutzbestimmungen des Arbeitsgesetzes nicht eingehalten werden, dann hat dies zur Folge, dass danach eine Korrektur der unbefriedigenden Zustände gar nicht mehr finanziert werden kann. Genau dies geschieht gegenwärtig im Kanton Bern.

Es ist das erklärte Ziel sowohl des Spitalverbandes H+ als auch vieler bürgerlicher Politikerinnen und Politiker, die Pauschalen für beträchtliche Kostensenkungen und eine eigentliche „Flurbereinigung“ unter den Spitälern zu nutzen. Die Leidtragenden werden neben den Patientinnen und Patienten auch das Personal sein, das die ganzen Kosteneinsparungen aufzufangen haben wird.

Mehrbelastungen für die PrämienzahlerInnen

Die vorgesehene Neuregelung der Kostenaufteilung zwischen Kantonen und den Krankenkassen und die Besserstellung der Privatspitäler wird zu Prämienhöhungen führen. Je nach gewähltem Modell (Bandbreite oder fixe Aufteilung) rechnet der Dachverband der Krankenkassen Santésuisse mit einem jährlichen Mehrbetrag von 500 Millionen bis zu über einer Milliarde Franken. Trotz der Mehrbelastung der PrämienzahlerInnen fürchten aber auch die Kantone Mehrkosten wegen der erzwungenen Finanzierung der Privatspitäler.

Vertragsspitäler: Förderung der Rosinenpickerei

Doch die Vorlage enthält noch weitere Ungereimtheiten. Trotz der deutlichen Besserstellung privater Kliniken soll es neu so genannte Vertragsspitäler geben, die sich jeder Einordnung in die kantonalen Versorgungspläne gänzlich entziehen und die trotzdem auf Kosten der Grundversicherung arbeiten können. Einzige Bedingung ist ein entsprechender Vertrag mit den Krankenkassen. Damit wird die Spitalliste – das einzig verbleibende Planungsinstrument der Kantone zusätzlich geschwächt und wird einer Rosinenpickerei Vorschub geleistet, die eigentlich mit aller Kraft bekämpft werden müsste: Private Kliniken, die sich auf lukrative Behandlungen spezialisieren und schwierige, kostenaufwändige Fälle auf die öffentlichen Spitäler abwälzen, machen so viel Gewinn, dass sie getrost auf die kantonalen Finanzierungsbeiträge verzichten können.

Freie Spitalwahl eine Täuschung

Irreführend ist die in der Vorlage enthaltene Einführung der freien Spitalwahl in der ganzen Schweiz. Weil die Differenzkosten zum Wohnkanton durch die Versicherten bezahlt werden müssen, bringt diese Neuerung den Leuten nichts, und man wird für die freie Spitalwahl auch künftig mit einer Privatversicherung abdecken müssen.

Referendum chancenlos?

Die Vorlage bringt uns einer Amerikanisierung des Gesundheitswesens einen beträchtlichen Schritt näher. Trotzdem halten viele Kreise ein Referendum für unerwünscht oder chancenlos. Ein häufig anzutreffendes Argument lautet, die aktuelle Finanzierungsweise über Tagespauschalen sei auch nicht das Gelbe vom Ei. Das stimmt, sie schafft Anreize für zu lange Spitalaufenthalte. Doch gäbe es viele andere Wege zu einer Optimierung der Spitalfinanzierung, ohne deswegen einer Vermarktung des Gesundheitswesens Vorschub leisten zu müssen.

Ein weiteres Argument lautet, die Vorlage sei zu technisch und ein Nein kaum zu vermitteln. Das glaube ich nicht. Ein Nein ist sehr wohl vermittelbar. Spitäler sollen keine Fabriken, PatientInnen keine Ware werden. Wir wollen keine Amerikanisierung des Gesundheitswesens, wir wollen keine Zweiklassenmedizin und keine Osepe-Gehälter für Spitalmanager auf Kosten der PrämienzahlerInnen. Man beachte: Der höchste Verdienst eines US-HMO-CEO betrug im Jahr 2003 50.9Mio Dollars (Larry Glasscock von Anthem), und im Schnitt erhielten die sieben HMO-Spitzenverdiener im selben Jahr 22.45 Mio Dollars. Wir wollen nicht, dass die Spitäler der Schweiz in 20 Jahren von solchen Firmen betrieben und von solchen Managern geleitet werden.

17.10.07 BR
Memorandum Spitalfinanzierung