

Riesige Investitionen in Spitalbauten und anhaltende Fehlanreize lassen Fragen aufkommen

Läuft das Schiff aus dem Ruder?

Unbehagen ist spürbar. Erste Fehlplanungen in den vielen Spitalneubauten, die in der Schweiz entstehen, lassen aufhorchen. Derweil geht das Kostenwachstum unvermindert weiter. Etliche Kantone betreiben Heimatschutz durch Behinderung der Finanzierung ausserkantonaler Behandlungen für Grundversicherte. Darüber hinaus subventionieren sie – ungeachtet der Vorschriften der neuen Spitalfinanzierung – ihre Spitäler auf Teufel komm raus: Total aller Sünden und Jahr rund 2 Milliarden Franken. – Gegensteuer ist gefragt, soll das Gesundheitssystem ein liberales mit viel Wahlfreiheit und ausserdem finanzierbar bleiben.

Wie sieht das die grösste Krankenkasse des Landes? – Wir befragten Rudolf Bruder, Leiter Kundenservice & Leistungen bei Helsana.

Die Schweizer Spitäler bauen wie wild. Erste abgeschlossene Projekte lassen aufhorchen, Fehlplanungen sind offensichtlich. Da kommen Zweifel an der Kompetenz der Planenden auf. Teilen Sie diese Ansicht?

Bei einigen Projekten sind sogar Stararchitekten beauftragt worden! Darum geht es aber nicht.

Es stellt sich für mich die Frage, ob für ein Spital richtig geplant wird oder nicht.

Ein wichtiges Stichwort lautet da «Prozessorientierung», das heisst, der Bau sollte die effiziente Organisation stationärer Prozesse zulassen. Aber auch «Flexibilität» ist wichtig. Der medizinisch-technische Fortschritt bietet stetig neue Operationsmöglichkeiten und Gerätschaften, die in diese Prozesse integriert werden müssen oder Anpassungen erfordern. Der Bau darf solche Entwicklungen nicht hemmen oder gar verhindern. Wenn sich Fehlplanungen ergeben

haben, ist wohl rückwärtsgerichtet geplant worden. Das dürfte sich in zu hohen Anlagenutzungskosten niederschlagen.

Am Eindrücklichsten ist die Relevanz dieser beiden Kriterien aber im Kontext der Diskussion um «ambulant vor stationär», wenn beide Bereiche im Neubau angesiedelt werden. Ambulante Operationen erfordern ein anderes Setting als stationäre. Wir wissen schon heute, was ambulant potentiell möglich ist. Dem britischen Gesundheitswesen NHS beispielsweise wurde zum Ziel gesetzt, dass mehr als 90 Prozent der Opera-



tionen ambulant zu erfolgen haben. 2007 waren sie bei einem Anteil von 60 Prozent, bei uns lag das damals bei gut 15 Prozent.

Namentlich die öffentlichen Spitäler tätigen enorme Investitionen, teilweise Häuser, die nur 10 Minuten Fahrweg auseinander liegen, und häufig Spitäler, deren Erträge gemäss PwC-Finanzstudie seit Jahren am Sinken sind. Müsste man da nicht nochmals nachrechnen?

Nun, ich war ja auch lange Finanzchef von Helsana. Ich kann Ihnen versichern, dass wir bei unseren Projekten immer genau gerechnet haben, ob wir noch auf Kurs sind. Und so manches Projekt mussten wir redimensionieren, weil die Annahmen falsch waren oder sich der Kontext änderte. Das ist normales Tagesgeschäft.

Wenn der Kuchen kleiner wird, und davon darf man getrost ausgehen, müssen entweder zusätzliche Steuermittel eingeschossen werden oder die Planung ist zu revidieren. Ohne Geld, kein fertiger Neubau, ganz einfach. In einigen Kantonen beginnt nun diese Diskussion.

Investitionen sind etwas für die lange Frist. Wenn auf einmal alle investieren, haben die Kantone als Eigentümer scheinbar in der Vergangenheit zu wenig investiert.

Es dürfte unbestritten sein, dass eine Tendenz zu vermehrten ambulanten Eingriffen möglich, sinnvoll und kostensparend ist. Wir gewinnen jedoch den Eindruck, dass die Spitalbauplanungen diesem Faktum ungenügend Rechnung

Rudolf Bruder, Leiter Kundenservice & Leistungen, Helsana



tragen und stattdessen unflexible Strukturen neu erstellen. Einige jammern wegen der behördlich festgelegten relativ tiefen Tarmed-Sätze. Aber das dürfte sich doch wieder geben. – Haben Sie nicht auch den Eindruck, dass die Spitäler für die heutige Leistungserbringung bauen anstatt sich mit der Zukunft besser auseinanderzusetzen?

Dass zukünftig mehr ambulant operiert wird, muss die Planung einfach berücksichtigen. In Zürich hat jedenfalls das Stadtspital Waid angekündigt, wegen der ambulanten Liste entsprechende Investitionen zu tätigen. Das ist auch richtig so. Hoffen wir, dass die Investitionen rentieren.

Das mit dem Tarmed verstehe ich nicht: Niemand zwingt die Spitäler, ihre Ambulatorien immer weiter auszubauen. Das neueste ist der Ausbau der Notfallstationen. Damit wird dem praxis-ambulanten Bereich langsam, aber sicher das Wasser abgegraben. Und die Leistungserbringung in den Spitalambulatorien ist teurer als in den Praxen. Das KVG sagt aber klar, dass nur eine effiziente Leistungserbringung über die Grundversicherung finanziert werden darf.

Schreit die Tarif-Diskussion und das entsprechende Ausrichten der Leistungserbringung nicht gerade nach einer einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen (EFAS)?

Absolut! Wir müssen zuerst die Finanzierung anders regeln, dann ergibt sich eine bessere Koordination der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär von selbst. Wenn die Finanzierung aller Leistungen über die Krankenversicherer gelingt, sie also allein die Rechnungen bezahlen, ändert sich der Fokus der Finanzierung auf die gesamte Behandlungskette.

Die heutige duale Finanzierung durch Krankenversicherer und Kantone verhindert dieses Denken und entsprechendes Handeln. Gerade die integrierte Versorgung leidet darunter, weil der Kanton von den Einsparungen eines vermiedenen Spitalaufenthalt zu 55 Prozent profitiert und eben nicht der Patient. Die duale Spitalfinanzierung wirkt über die Mehrfachrolle der Kantone kostentreibend mit den entsprechenden Konsequenzen für die Prämien.

Bei der EFAS stellen sich aber Gesundheitsdirektoren unterschiedlichster Couleur quer und befürchten einen Verlust von Kompetenzen. Andererseits kennen wir die erwähnte Mehrfachrolle der Kantone als Listenersteller, Bauherren, Finanzierer und

Mit der IT Prozesse optimieren: Mobiler Zugriff auf KIS-Systeme

Pflegewagen



- Ergonomisch aufgebaut
- Modularer Aufbau
- Umfangreiches Zubehör

All-in-One Computer

Venus-Serie



Mate-Serie

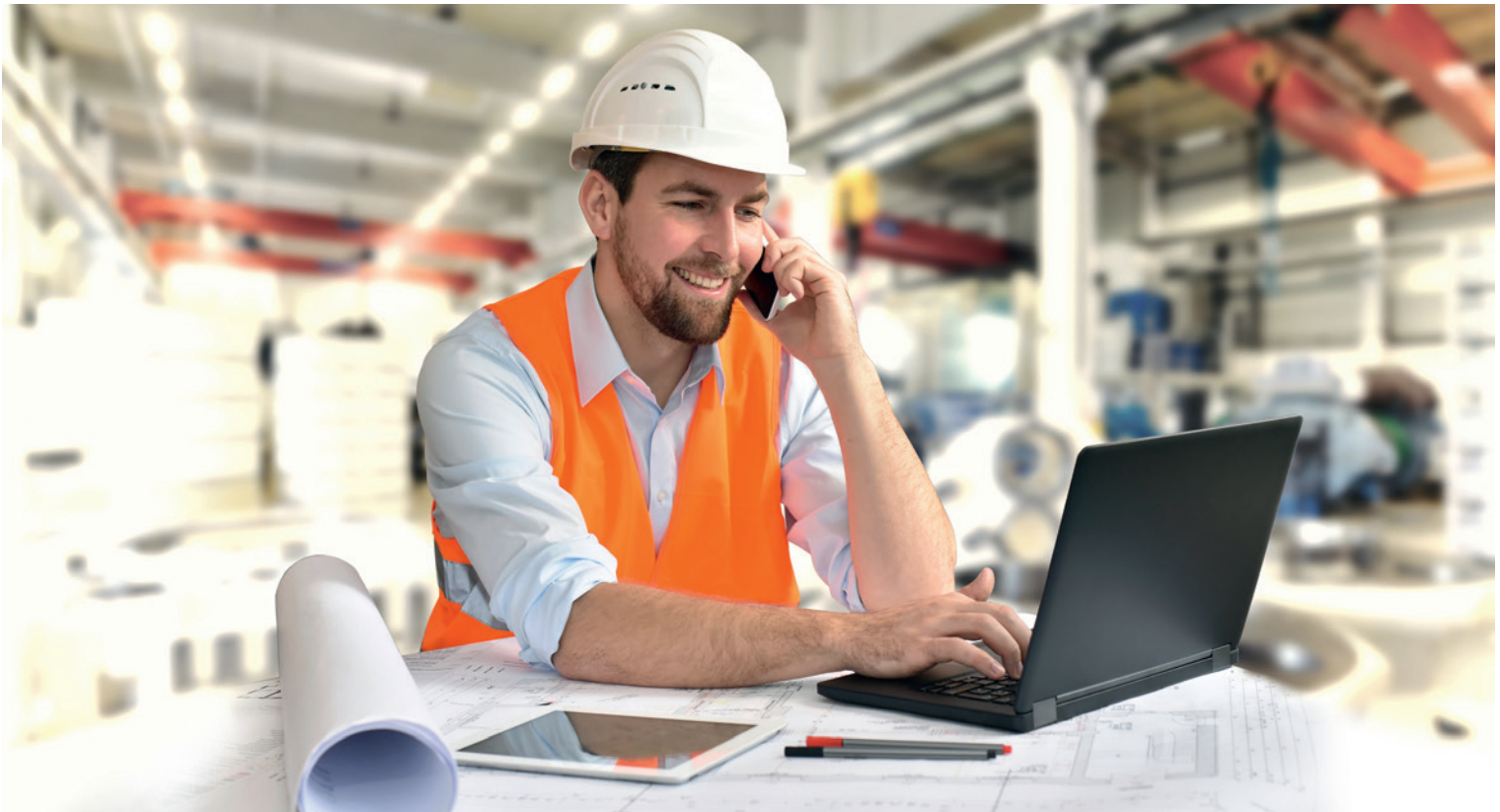


- 19" bis 24" Bildschirmdiagonale
- Integrierte Batterie (Venus-Serie)
- Medizinisch zertifiziert
- Leicht zu desinfizieren

Tel. 055 253 44 88
sales@inavis-group.com
www.inavis-medical.ch



INOVIS medical
Healthcare IT Solutions



Qualitätskontrolleure. Wie wäre es sinnvoll, diese sich teilweise konkurrenzierenden Aufgaben zu entwirren?

Indem man nicht gleich alles ändern will, sondern nur einen der vielen kantonalen Hüten angeht. Wir sehen EFAS, also eine Neuregelung der Finanzierung, als wichtigstes Element der Lösung des Rollenkonflikts an.

Das mit dem Machtverlust sehe ich überhaupt nicht. Die Gelder der Kantone bleiben immer noch im System, werden aber neu einfach an die Krankenversicherer verteilt – morbiditätsgerecht über den Risikoausgleich. Heute finanzieren die Kantone in den Spitälern ja auch die stationären Patienten. Die Neuregelung der Finanzierung müssen die Kantone natürlich kontrollieren können; es sind ja ihre Gelder. Sie sind auch mit EFAS immer noch Spitalplaner, bestimmen also, mit welchen Spitälern wir in der Grundversicherung verhandeln dürfen und genehmigen weiterhin die Tarife, setzen diese bei Nichteinigung der Tarifpartner fest und dürfen auch weiterhin Spitaleigentümer bleiben. Sie sollen einfach die Spitäler nicht mehr direkt finanzieren.

Wenn wir zu einer einheitlichen Finanzierung gelangen, sollen dann die Krankenversicherer die finanzielle und Qualität kontrollierende Drehscheibe sein?

Unsere Forderung bezieht sich nur auf die Finanzierung. Die Kantone können beim Erlass der Spitalisten entsprechende Qualitätsansprüche stellen. Aber sie haben natürlich recht: Die Qualität sollte auch ein Element der Preisbildung sein. Das ist aber ein Thema, das nichts mit der einheitlichen Finanzierung zu tun hat.

Wir hatten uns Gedanken dazu gemacht und entsprechende Massnahmen vorbereitet. Das Bundesverwaltungsgericht hat aber in der Zwischenzeit in einem Urteil festgehalten, dass die Qualität kein Element der Preisbildung sein könne, da mit Aufnahme eines Spitals auf die Spitalliste die Qualität gegeben sein muss.

Das ist vom Gericht ein wenig unglücklich und eng formuliert. Es ist klar: Ein Spital, welches keine Qualität liefert, gehört nicht auf eine Liste. Aber es kann doch immer nur so etwas wie eine Mindestqualität sein. Wir finden: Alles, was über die Mindestqualität hinaus geht, kann belohnt werden. Es muss doch zwingend ein Verbesserungsanreiz geboten werden.

Nochmals zur Qualität: Wie wichtig sind minimale Fallzahlen wie sie zur Zeit der Kanton Zürich fordert? Sollen hier gesamtschweizerische Kriterien gelten? Welche?

Es kommt darauf an. Absolut darf man das nicht fordern, denn es gibt auch Bereiche wie die

Kindermedizin, in denen Anderes mindestens genauso wichtiger ist. Aber dort, wo es möglich und sinnvoll ist, müssen wir das machen.

Ansonsten halte ich mich hier im Interview lieber zurück, weil ja die Einkaufsgemeinschaft HSK, welche für uns die Grundversicherungsleistungen einkauft, zu diesen Thema im Sommer ihre Jahrestagung macht. Da sollen möglichst viele Teilnehmer dabei sein. Wir werden bei dieser Gelegenheit Raum für eine offene Diskussion zum Thema schaffen.

Versorgungssicherheit versus Heimatschutz: Etliche Kantone subventionieren ihre öffentlichen Spitäler, teilweise ganz massiv. Das ist gegen die neue Spitalfinanzierung. Warum wird hier nicht für Remedur gesorgt? Wer müsste wie aktiv werden, damit hier keine falschen Versorgungsstrukturen und unwirtschaftliche Angebote zementiert werden?

Das ist natürlich immer wieder ein Thema in den Tarifverhandlungen, dort aber nur schwer zu lösen. Das Gesetz benennt das Problem explizit, es wird «gemeinwirtschaftliche Leistungen» genannt. Das Problem wird aber nur exemplarisch angesprochen, der Klassiker ist «Lehre und Forschung».

avenir suisse schlägt den Weg einer weitergehenden, gesetzlichen Konkretisierung vor. Das

kann man machen, aber machen wir uns grundsätzlich nichts vor: Ein Kanton, der seine Spitäler finanziell unterstützen will, wird trotz KVG-Norm Mittel und Wege finden, dies zu tun.

Zusatzversicherungen: Die Versicherten überaltern, für Junge sind solche Policen vielfach zu teuer. Ausserdem ist der Grundleistungskatalog so gross, dass es schwer fällt, VVG-Leistungen gebührend zu kommunizieren. Was wäre vorzukehren, um den VVG-Bereich wieder attraktiver zu gestalten?

Generell stellen wir bei unseren Kunden fest, dass diese Produkte, die vor allem die freie Arztwahl und einen höheren Zimmerkomfort sicherstellen, nach wie vor gefragt sind. Aber ja, der Zusatznutzen muss wieder steigen. Auch angesichts der Tatsache, dass die Spitäler laufend investieren, um auch grundversicherten Patienten möglichst viel Komfort zu bieten. Das hat die NZZ kürzlich treffend beschrieben.

Was es braucht, ist tendenziell eine Reduktion des Grundleistungskatalogs. Würde er grundsätzlich schlanker – selbstverständlich ohne die

Versorgung zu gefährden –, wäre das sowohl positiv für die Kosten der obligatorischen Grundversicherung als auch für den Leistungsinhalt der Zusatzversicherungen, welche solche Leistungen für jene anbieten könnten, die solche Leistungen beanspruchen möchten.

Wir könnten uns vorstellen, dass die beiden heutigen Finanzierer – die Kantone und die Krankenversicherer – mit vermehrten gemeinsamen Gesprächen zu Konzepten gelangen könnten, mit denen es gelingt, die aktuellen Fehlentwicklungen, die zu jahrzehntelangen überbeurteilten Strukturen führen, in den Griff zu kriegen. Sind Sie auch so optimistisch? Was geschieht heute konkret? Wo stossen Sie auf Widerstand? Wie wäre dieser zu knacken? Wie kann es gelingen, in einem sich stark verändernden Umfeld mehr Verantwortung im Interesse von Prämien- und SteuerzahlerInnen wahrzunehmen?

Diese Frage lässt sich nicht so einfach beantworten. Im Vorfeld der neuen Spitalfinanzierung haben wir zusammen mit dem Kanton Zürich ein Umsetzungspapier erstellt, in dem wir uns

beispielsweise darüber verständigt haben, wie ein sinnvolles Benchmarking aussehen könnte.

Der Kanton Zürich hat als einer der ersten Kantone erkannt, dass er mit der neuen Spitalfinanzierung direkt in die einzelne Fallfinanzierung eingebunden wird und sich daher sein Rollenverständnis ändern muss. Über diese Abstimmung der beiden Kostenträger waren die Spitäler alles andere als erfreut.

Auch sonst gibt es mit zahlreichen Kantonen Gespräche und wo möglich Abstimmungen. Das klappt mal mehr, mal weniger, aber eines ist unumstösslich im schweizerischen Gesundheitswesen: Solange die Kantone so viele Hüte aufhaben und die Sinnhaftigkeit dieses Zustands mit der Sicherstellung der Versorgungssicherheit rechtfertigen, werden massgebliche Ineffizienzen in unserem Gesundheitswesen bestehen bleiben. EFAS wäre ein wichtiger Schritt, dies zu ändern.

Wir können das traditionell als «Preis des Föderalismus» bezeichnen: Fakt ist, dass Prämien- wie Steuerzahler insgesamt zu viel für die Versorgung bezahlen.



shp 

Intelligente Vorsorgekonzepte

Wir bringen Leben in Ihre Vorsorge

Als Spezialist für die Vorsorgebedürfnisse des schweizerischen Gesundheitswesens bietet die SHP für jedes in diesem Bereich tätige Unternehmen, von Einzelfirmen bis zu Institutionen mit einigen hundert Versicherten, intelligente und preisgünstige Vorsorgekonzepte.

Sie möchten Ihre berufliche Vorsorge optimieren?

Dann kontaktieren Sie unsere Experten für ein kostenloses und unverbindliches Beratungsgespräch.