

Einige Herausforderungen für künftige Rollen von Bund, Kantonen und Gemeinden

Regulatoren unter Druck

Die Rollen der Regulatoren dürften in den kommenden Jahren und Jahrzehnten erheblich unter Druck geraten. Bund, Kantone und Gemeinden werden sich daher künftig vermehrt Fragen kritischer Grössen bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit stellen müssen, welche die heutigen Strukturen und Aufgabenverteilungen fundamental in Frage stellen.

Willy Oggier

Im Rahmen dieses Artikels soll der Frage nachgegangen werden, welche wichtigen Treiber die Rollen von Bund, Kantonen und Gemeinden als Regulatoren in der Zukunft nachhaltig beeinflussen können. Eine solche Vorgehensweise würde aber zu kurz greifen, wenn nicht auch aussenstehende, auf die drei schweizerischen Regulatorebenen wirkende Kräfte wenigstens ansatzweise in die Überlegungen einbezogen werden. Deshalb werden der Analyse der drei schweizerischen Regulatoren Bund, Kantone und Gemeinden einige Gedanken zu Europa vorangestellt.

Europa als Treiber

Die Schweiz ist nicht Mitglied der Europäischen Union (EU). Trotzdem gilt es darauf hinzuweisen, dass die Schweiz sich in sehr vielen Rechtsberei-

chen Normen der EU annähert oder diese gar gänzlich übernimmt. Dies gilt auch für das Gesundheits- und Versicherungswesen, denn auch hier findet ein reger Austausch von Gütern und Dienstleistungen zwischen der EU und der Schweiz statt. Die EU dürfte deshalb als indirekter Regulator künftig stärker auf Gesetze und Normen im schweizerischen Gesundheitswesen Einfluss nehmen.

Hinzu kommt, dass Krankheiten u. a. wegen der hohen Mobilität der Bevölkerung (und damit auch von Krankheitserregern) nicht an Landesgrenzen haltmachen. Dies zeigen u. a. wieder auftauchende, längst in der Schweiz als besiegt geglaubte Krankheiten wie Tuberkulose oder Syphilis. Daher dürfte sich die Schweiz künftig zumindest an den europäischen Versorgungs-

Handbuch «Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch»

Das Schweizer Gesundheitswesen befindet sich in einem grundlegenden Umbruch. Als Hauptkräfte hinter den einschneidenden Veränderungen stehen der stetig wachsende Wettbewerb unter den Akteuren, neue Finanzierungs- und Vertragsmodelle zwischen Leistungserbringern und Leistungsfinanzierern sowie der demographische und epidemiologische Wandel in unserer Gesellschaft. Gleichzeitig erhöhen Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen den Druck auf die Akteure. Die Spitäler, alle Leistungserbringer, Krankenversicherer und die Industrie müssen ihre Strategie und die Leistungsprozesse in den nächsten 2–5 Jahren auf diese Veränderungskräfte ausrichten.

Diese Thesen liegen dem eben erschienenen Handbuch «Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch» zugrunde, in dem sich 40 Experten aus Forschung, Wissenschaft und Praxis in 50 Fachbeiträgen vertieft mit den Charakteristika des Schweizer Gesundheitswesens befassen und den

Veränderungsprozess der nächsten Jahre detailliert formulieren. Dabei stehen folgende Fragen im Zentrum: Was lässt das Schweizer Gesundheitswesen in Zukunft komplexer werden? Welche Prozessschritte sind durch die Komplexitätssteigerung betroffen und werden zu Vitalprozessen? Mit welchen Massnahmen kann die Vitalität entwickelt werden, um der Komplexitätssteigerung voraus zu sein?

Als Herausgeber des Handbuchs zeichnen mit Willy Oggier, Andreas Walter, Serge Reichlin und Michael Egli vier Persönlichkeiten, die in unterschiedlichsten Bereichen über eine langjährige Berufserfahrung im Gesundheitswesen verfügen. Für die SÄZ haben verschiedene Autoren einen Artikel zu einem zentralen Thema des Handbuchs verfasst. Wir präsentieren unserer Leserschaft diese Beiträge in den Nummern 15 bis 18-19/2008 als Kurzserie.

Weitere Informationen zum Handbuch «Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch» unter www.ehealthcare.ch

Korrespondenz:
Dr. oec. HSG Willy Oggier
Gesundheitsökonomische
Beratungen AG
Weinhaldenstrasse 22
CH-8700 Küsnacht

gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch

masterplänen in bezug auf Informationsaustausch, Standards und Pandemieszenarien ausgerichtet müssen.

Der Bund als Regulator

Der Bund wirkt auf verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens regulierend ein. Dazu gehören einerseits die Regelungen auf der (Sozial-) Versicherungsseite, andererseits aber auch die direkt bzw. indirekt damit verbundenen Finanzierungsanreize für Spitäler, Ärzteschaft, andere Leistungserbringer und die Bevölkerung.

Sozialversicherungen

Die schweizerische Sozialversicherungsgesetzgebung ist historisch gewachsen. Sie basiert im wesentlichen auf dem Kausalitätsprinzip. Die Ursache, warum eine Leistung erbracht werden muss, bestimmt beispielsweise den Preis der entsprechenden Leistung wesentlich mit. Im Zeitalter der Ökonomisierung ist jedoch eher das Finalitätsprinzip gefragt, also das Ziel oder die Leistung, für die ein Preis bezahlt werden soll. Unter diesem Preis-Leistungs-Gedanken ist beispielsweise nicht einzusehen, warum die gleiche Behandlung oder der gleiche Eingriff im Spital einen anderen Preis haben soll, wenn dafür ein Unfall und nicht eine Krankheit die Ursache war.

Doch damit nicht genug: Mit der zu erwartenden demographischen Entwicklung dürfte unter sonst gleichbleibenden Rahmenbedingungen die Anzahl zu behandelnder älterer, polymorbider Patienten zunehmen. Zu erwarten sein dürfte auch eine gewisse mindestens relative Leistungsspektrumsverlagerung von der Chirurgie zur Medizin und Psychiatrie. Der zunehmenden Komplexität von polymorbiden Patienten dürften zurzeit nicht nur viele Spitäler, sondern auch die schweizerischen Sozialversicherungssysteme kaum gewachsen sein. Es geht dabei nicht darum, den Sozialstaat oder die Sozialversicherungen abzuschaffen oder grundsätzlich in Frage zu stellen, sondern darum, den Urgedanken der Sozialversicherungen in einem neuen Umfeld den geänderten Gegebenheiten anzupassen. Denn vieles dürfte dafür sprechen, dass gerade in Zeiten grösserer Umbrüche sich die Leute nach einer gewissen Absicherung gegen Grossrisiken sehnen.

Am auffälligsten konfrontiert mit der ungenügenden Vorbereitung auf die sich wandelnden Zeiten dürfte wohl die Finanzierung der Pflegebedürftigkeit insbesondere im Heim, aber auch bei der Spitex sein. Der Ursprungsgedanke der Sozialversicherungen – das Abdecken von Grossrisiken – ist gerade im Bereich der Pflege-

finanzierung auch im westeuropäischen Vergleich in der Schweiz schlecht abgedeckt. Hinzu kommt, dass unser Sozialversicherungssystem so konzipiert ist, dass man klare Unterscheidungen zwischen alters-, krankheits- und sozial bedingten Kosten vornehmen und daher auch immer einen anderen Finanzierer zahlen lassen kann. Nur: Gerade im Bereich der Geriatrie gibt es keine dem Autor bekannte klare und brauchbare medizinische und pflegerische Abgrenzung zwischen diesen drei Komponenten. Diese Unterscheidung war möglicherweise für das Gesamtsystem nicht zentral, solange der Anteil der davon betroffenen Menschen relativ gering war. Mit der zu erwartenden demographischen Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten dürfte diese Problemstellung aber vermehrt auf das Tapet kommen. Die zurzeit laufende Revision der Pflegefinanzierung im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung vermag diesen Anforderungen nicht angemessen Rechnung zu tragen.

Aufgabe des Regulators Bund müsste es daher im Gesundheits- und Sozialwesen vor allem sein, für sinnvolle Rahmenbedingungen zu sorgen. Gerade hier bestünde auf Bundesebene regulatorischer Handlungsbedarf, weil die verschiedenen Sozialversicherungssysteme, aber auch verschiedene finanzielle Anreizmechanismen innerhalb einzelner Systeme, z. B. bei der obligatorischen Krankenversicherung, verzerrt sind. Einer der Hauptmängel des heutigen Systems besteht beispielsweise darin, dass in der Regel jener Finanzierer, der die Heilungskosten mindestens teilweise zu übernehmen hat (das ist in vielen Fällen der Krankenversicherer), oft nicht den Return on Investment in diesem System hat. Übernimmt der Krankenversicherer beispielsweise die Kosten für ein neues, hochinnovatives Medikament oder für ein entsprechendes medizintechnisches Verfahren, das dazu führt, dass Patienten ambulant statt stationär behandelt werden können, so wird der entsprechende Anbieter dieser Innovation einen bestimmten Preis dafür wollen. Der grosse Profiteur dieser Neuerung – neben dem Patienten – ist in der Regel der Arbeitgeber, im Fall vermiedener Renten auch die Invalidenversicherung und die berufliche Vorsorge. Diese Akteure haben in der Regel aber keinen Rappen an die Heilungskosten bzw. die neuen Verfahren bezahlt.

Neue Finanzierungsanreize

Mit der Einführung der leistungsorientierten Spitalfinanzierung, wie sie das eidgenössische Parlament in der letzten Wintersession verabschiedet hat, will die Schweiz im Bereich der somatischen Akutspitäler auf der Basis der deut-

schen Diagnosis Related Groups (DRGs) ihre eigene Tarifstruktur entwickeln. Es dürfte dabei schon allein aus statistischen Gründen absehbar sein, dass bei der Berechnung der einzelnen schweizerischen DRGs mindestens nicht gänzlich auf den Rückgriff auf deutsche Daten verzichtet werden kann.

Damit dürfte sich quasi durch die Hintertüre die bereits seit Jahren bestehende und sich in den letzten Jahren weiter akzentuierte Europäisierung und Internationalisierung des schweizerischen Gesundheitswesens verstärken. Insbesondere auf dem Niveau der Universitätsspitäler, welche u. a. über die Lehre und Forschung wesentlich vom Bund mitreguliert werden, dürften Vergleiche relativ schnell angestellt werden, denn Universitätsspitäler wollen in der Regel Champions League spielen. Champions League kann man aber – wie im Fussball – nicht nur im eigenen Land spielen, man muss sich der ausländischen Konkurrenz stellen.

Diese Entwicklung dürfte den Anpassungsdruck erhöhen, weil über DRGs einfacher vergleichbar gemacht werden kann, wie viele Fälle in welchen Leistungsspektren an einem bestimmten oder vermeintlichen Zentrum gemacht werden bzw. wie hoch die durchschnittlichen Fallkosten zu stehen kommen.

Der insbesondere im Bereich der Rehabilitationskliniken bereits vor geraumer Zeit durch Krankenversicherer aufgebaute Druck dürfte daher auch in anderen Segmenten vorab der stationären Leistungserbringer zunehmen.

Veränderter Bedarf

Die Internationalisierung des schweizerischen Gesundheitswesens dürfte auch deswegen nicht aufzuhalten sein, weil die schweizerischen Institutionen andernfalls riskieren, am Bedarf der Bevölkerung vorbeizuproduzieren. Denn bereits heute beträgt der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der schweizerischen Bevölkerung über 20 Prozent. Dieser Anteil gehört in Westeuropa mit zu den höchsten überhaupt. Deutschland beispielsweise weist nur einen rund halb so hohen Anteil wie die Schweiz auf. Gerade im Bereich der Migration deuten die spärlich vorhandenen Daten über das schweizerische Gesundheitswesen aber darauf hin, dass eine erhebliche Anzahl an potentiell gesunden Lebensjahren verlorengeht.

Ähnlich wie bei der Pflegefinanzierung dürften – neben gewissen nationalkonservativen politischen Strömungen – die wenig tauglichen Unterscheidungen im schweizerischen Sozialversicherungssystem mitverantwortlich sein,

dass der steigenden Komplexität dieser teilweise heute in der Schweiz älter werdenden ausländischen Bevölkerungsteile nicht angemessen Rechnung getragen wird. Niederschwellige bedarfsgerechte Angebote fehlen nicht selten, weil Leistungserbringer – insbesondere in der freien ärztlichen Praxis – in der Regel wenig (finanzielle) Anreize haben, (zu) viele Patientinnen und Patienten mit Migrationsproblematik zu behandeln. Denn im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung laufen sie anderweitig Gefahr, bei der Behandlung zu vieler hochkomplexer Fälle in Wirtschaftlichkeitsverfahren der Krankenversicherer hineingezogen zu werden.

Gefordert wäre der Regulator Bund auch hier in erster Linie über die Veränderung der Anreizmechanismen. Er sollte sich dabei von der Maxime leiten lassen, dass in einem Sozialversicherungssystem alle Akteure (Versicherte, Patienten, Leistungserbringer und Versicherer) dann am besten fahren, wenn es ihnen gelingt, die hochkomplexen Fälle möglichst effektiv und effizient zu behandeln.

Vermehrte Internationalisierung des Gesundheitswesens kann auch dazu führen, dass dort, wo der Bund gesundheitspolizeiliche Aufgaben übernimmt, vermehrt die Frage nach der Harmonisierung beispielsweise mit den Bestimmungen bzw. den Behörden der Europäischen Union gestellt wird. Typisches Beispiel dafür bildet wohl die Swissmedic. Schweizerische Institutionen, welche sich in einer Krise befinden, werden vermehrt in Frage gestellt und mit ähnlichen europäischen Institutionen verglichen. Es entsteht somit auch ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Regulationssystemen und -instanzen, denen sich der Bund vermehrt zu stellen haben dürfte.

Die Kantone als Regulatoren

Eine Internationalisierung des Gesundheitswesens dürfte auch die Kantone vermehrt unter Druck setzen. Denn Gesundheitsprobleme und die Mobilität der Leute machen nicht nur weniger vor Landes-, sondern auch weniger vor Kantonsgrenzen halt.

Das regulatorische Instrument von Spitalplanungen und Spitallisten in Form von Bettenplanungen und kantonalen Einzugsgebieten, von denen das kleinste (Kanton Appenzell Innerrhoden) rund 15 000 Einwohnerinnen und Einwohner umfasst, stösst damit an enge Grenzen. In der Gesundheitssystemforschung wird heute in der Regel davon ausgegangen, dass es eines Einzugsgebiets von rund einer bis 1,5 Millionen Menschen bedarf, um eine Gesundheitsversorgungplanung – wenn überhaupt – sinn-

voll durchführen zu können. Mit der zugenommenen Mobilität der Leute dürfte es vermehrt darum gehen, Patientenströme zu erfassen.

Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass DRGs einen Druck zur Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauern auslösen und vermehrt kritische Grössenüberlegungen provozieren. Durch beide Tendenzen dürfte die kantonale Regulatorenebene vermehrt in Frage gestellt werden. Einerseits dürften weniger Spitalinfrastrukturen benötigt werden und damit das Risiko von Abwahlen kantonaler Gesundheitsminister zunehmen. Andererseits verlangt es von diesen und ihren Kollegen Baudirektoren in der Regierung die Loslösung der öffentlichen Spitäler aus der öffentlichen Verwaltung und deren Verselbständigung. Dabei reichen die meisten der bisher vorgenommenen Verselbständigungen nicht aus, weil sie in der Form von Betriebsgesellschaften vollzogen worden sind. Wenn die künftige Abgeltung der stationären Spitalleistungen aber inkl. der Investitionsamortisation erfolgen soll, dürften öffentliche Spitäler in Form von Betriebsgesellschaften keine faire Wettbewerbschance gegenüber Privatkliniken haben, wenn sie nicht frei über die Investitionen verfügen können. Die kantonalen Baudepartementsvorsteher müssten entsprechend die Investitionssummen für den Spitalbereich loslassen können.

Die Rolle der Kantone als Regulatoren dürfte sich daher vermehrt wandeln, hin zu Miteinkäufern von Spitalleistungen (neben und mit den Krankenversicherern). Damit dürften neben den kantonalen Gesundheitsdirektoren wohl eher die Finanzminister an Bedeutung gewinnen, die Bauminister dagegen verlieren.

Gefordert wären die Kantone auch in der Entwicklung intelligenter Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit, einer Uraufgabe der Kantone. Andernfalls dürfte davon auszugehen sein, dass ihre Regulatorenrolle auch in diesem Bereich vermehrt unter Druck kommen dürfte.

Last but not least dürfte die Rolle der Kantone auch durch die Entwicklung neuer Informations- und Kommunikationsmittel unter Druck geraten. Forderungen nach der Interoperabilität der Systeme dürften die Kantone zu einer gewissen Harmonisierung zwingen. Abschottung und Gartenzaundenken riskieren sonst, dass die Vorteile dieser neuen technischen Instrumentarien nicht vollständig genutzt werden können.

Die Gemeinden als Regulatoren

Als letztes Glied in der Regulatorenebene haben Gemeinden im heutigen System oft Leistungen sicherzustellen, die weder Bund noch Kantone übernehmen wollen. Im Zusammenhang mit der Aufgabenneuverteilung beim neuen Finanzausgleich ist dieses Dilemma im Gesundheitswesen insbesondere im Bereich der Spitex erneut aktuell geworden. Dabei haben wohl (zu) viele Gemeinden die sich daraus für sie ergebenden möglichen Konsequenzen (zu) spät erkannt. Dies dürfte nicht zuletzt auch Folge der zunehmenden Komplexität des schweizerischen Gesundheitswesens sein. Milizexekutivmitglieder dürften dabei relativ schnell an Grenzen stossen. Ihre Orientierungskriterien, die sich in der lokalen Politik über Jahrzehnte bewährt haben (und möglicherweise auch heute noch für andere Politikbereiche bewähren), greifen nicht mehr. Im Bereich der Spitexorganisationen beispielsweise kann das Festhalten an einer kleinen lokalen Spitexorganisation im Ort (um diese beispielsweise besser kontrollieren zu können) dazu führen, dass Synergieeffekte durch einen Verbund nicht genutzt werden können. Das kann zur Folge haben, dass wegen der Kleinheit der Spitexorganisationen beispielsweise keine Nachtdienste angeboten werden können oder auf spezialisierte Dienste wie Onkologie- oder Kinderspitex verzichtet werden muss, weil die kritische Grösse fehlt.

Auch Gemeinden dürften daher vermehrt in die Rolle kommen, Leistungserbringerfunktionen abzugeben bzw. nicht mehr indirekt kontrollieren zu wollen. Gefordert sein dürften dagegen der Ausbau der Einkäuferrolle und die Sicherstellung der Versorgungssicherheit.

Schlussfolgerungen

Der hier zur Verfügung stehende Raum konnte die bestehenden Herausforderungen für die Regulatoren Bund, Kantone und Gemeinden nur ansatzweise und auch nicht vollständig darstellen. Dennoch dürften die Ausführungen klargemacht haben, dass die Rollen der Regulatoren erheblich unter Druck geraten und sich wandeln dürften. Dabei spielen eine Vielzahl von Faktoren eine Rolle, welche fast ausschliesslich Treiber in eine ähnliche Richtung darstellen: Die Schweiz ist keine Insel mehr. Sie ist mitten im Herzen von Europa.