



Gesundheitswesen im Umbruch

In der Schweiz stehen Änderungen im Gesundheitswesen bevor. Die neue Spitalfinanzierung aus Sicht der Privatklinik.

VON SANDRA NEERACHER LAUPER

Die Gründungen der ersten Privatkliniken nach modernem Management haben in der Schweiz das Fundament für die heutige Spitalversorgung gelegt und die private Medizin in den letzten 20 Jahren zu einem wichtigen Standbein des schweizerischen Gesundheitswesens werden lassen. Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung bricht ab 1. Januar 2012 ein neues Zeitalter an. Die Rahmenbedingungen für private und öffentliche Spitäler werden neu definiert, aber es bleiben viele Fragezeichen punkto Qualität, Kosteneffizienz und Patientenzufriedenheit.

Die Einführung der neuen Spitalplanung wird das Gesundheitswesen ab nächstem Jahr funda-

mental verändern – mittels Fallpauschalen/DRGs sollen die Preise plus/minus auf nationaler Ebene vereinheitlicht, die Kosten gesenkt und mehr Transparenz geschaffen werden. Die Zahl der Spitäler und das medizinische Angebot sollen gestrafft und die Qualität und Wirtschaftlichkeit gesteigert werden. Doch was auf den ersten Blick als lang ersehnte Erleichterung für die stetig steigenden Gesundheitskosten aussieht, ist es bei näherer Betrachtung nicht mehr: für viele Anbieter, welche sich bereits heute durch einen kompromisslosen Fokus auf Qualität und Effizienz im Markt etabliert haben, ist die neue Spitalplanung ein Trugschluss. Und was die Kosten anbelangt, so spricht man schon heute von der

«Pauschalfalle»: Durch die Möglichkeit, Investitionen via DRGs abzuschreiben respektive weiterzurechnen, leisten sich die öffentlichen Spitäler seit Monaten ein immenses Wettrüsten. Dieses wird in den nächsten Jahren gemäss einheitlicher Expertenmeinung mit weit über acht Milliarden Franken zur grössten Kostenexplosion und damit zum schwerwiegendsten Prämienschub führen, welche das Schweizer Gesundheitswesen je erfahren hat.

Verstaatlichung des Gesundheitswesens

Die neue Spitalplanung klassifiziert die Leistungserbringer unabhängig ihrer privaten oder öffentlichen Trägerschaft in verschiedene Kategorien: Listenspitäler, Vertragsspitäler und Ausstandsspitäler. Das Neue: Auch private Institutionen können, sofern sie als Listenspital zugelassen sind, Anspruch auf öffentliche Gelder, sogenannte Sockelbeiträ-

ge, erheben: hier bezahlen die Kantone künftig maximal 55 Prozent der erbrachten Grundversicherungsleistungen, während der noch verbleibende Betrag durch die Krankenversicherer abzugelten ist. Vertragsspitäler führen ihre Leistungen auf der Basis von Einzelverträgen mit den jeweiligen Versicherern aus und können den kantonalen Beitrag nicht beanspruchen. Sie müssen sich aber auch nicht der Kontrolle der öffentlichen Hand unterziehen. Die Kantone knüpfen den Sockelbeitrag für Listenspitäler nämlich an eine ganze Reihe von Bedingungen, welche mit einer Einschränkung des unternehmerischen Handlungsspielraumes verbunden sind und im Prinzip in eine staatliche Abhängigkeit führen. Das Listenspital erhält zum Beispiel Vorgaben zur Rechnungsführung und muss diese dem Kanton offenlegen. Der Kanton auferlegt und bewilligt Investitionen und kann jederzeit Sanktionen treffen (Rückforderungen, Listenstreichungen). Faktisch handelt es sich damit um eine Verstaatlichung unter Beibehaltung der privaten Trägerschaft. Aus privater Optik bringt das neue Spitalfinanzierungsgesetz definitiv nicht die erhoffte Liberalisierung im Gesundheitswesen und die schon lange notwendige Gleichberechtigung von öffentlichen und privaten Leistungserbringern. Ebenso widersprüchlich bleibt die Mehrfachrolle der Kantone, welche schon heute gleichzeitig für die Spitalplanung zuständig sind, die Vergabe von Leistungsaufträgen, die Führung von Spitälern und die

Festsetzung der Tarife, falls sich Spitäler und Versicherer nicht einigen. Diese Mehrfachrolle der Kantone wird auch mit der neuen Spitalfinanzierung nicht aufgehoben.

Mehrwerte für Zusatzversicherte

Die Kriterien zur Aufnahme als Listenspital sind vor allem für kleine Kliniken mit grossen wirtschaftlichen Risiken verbunden und widersprechen der Philosophie der freien Medizin und des Belegarztsystems: So wird in Zukunft der Kanton das Angebot und die Preise (DRGs/Fallpauschalen) auf der Basis von bestimmten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien festlegen. Dies wird zu einem erheblichen Mehraufwand in der Administration führen. Die Qualität wird dadurch kaum ansteigen, dafür die Kosten. Das Listenspital muss sich zudem verpflichten, mindestens 50 Prozent Allgemeinversicherte aufzunehmen und gegebenenfalls eine Notfallstation zu führen. Dies ist trotz Sockelbeiträgen wirtschaftlich nicht vertretbar und wirft auch Fragen zur Ausrichtung des Privatspitals auf: Wie sollen am gleichen Ort allgemein- und Zusatzversicherte Patienten behandelt und gleichzeitig das Leistungsspektrum ausreichend differenziert werden, sodass auch der Privatversicherte, der ein Vielfaches mehr für seine Privatprämie bezahlt, eine angemessene Leistung für seine Zusatzversicherung erhält? Für öffentliche Spitäler mit Defizitgarantien des Staates gehört die



Macht es in Zukunft überhaupt noch Sinn, sich privat zu versichern?

Querfinanzierung der nicht kostendeckenden Allgemeinabteilung mit den Zusatzeinnahmen aus der Privatabteilung leider seit Langem zum Alltag. Dies widerspricht jedoch dem unternehmerischen Credo einer Privatklinik und reduziert die Attraktivität einer Zusatzversicherung für den Patienten: Wieso soll man sich heute noch privat versichern lassen, wenn man am Ende im Listenspital die gleichen Leistungen erhält, wie der Allgemeinversicherte? Wer eine Privatversicherung hat, soll einen klaren Mehrwert erhalten. Dabei geht es nur am Rande um die Hotellerie, sondern in erster Linie um das Engagement und die Verfügbarkeit des Arztes respektiv die Kontinuität der ärztlichen Betreuung und die Individualität bei der Pflege.

Freiwilliger Verzicht auf Listenplatz

Durch die öffentliche Diskussion über Listen- und Vertragsspitäler kann der Eindruck entstehen, Vertragsspitäler seien in jedem Fall Spitäler, welche vom Kanton als Listenspital abgewiesen worden seien. Dies trifft nur teilweise zu. Neben den Spitälern, welchen eine Aufnahme auf die Spitalliste ihres Standortkantons tatsächlich verweigert wird und die so in den sogenannten Vertragsstatus gezwungen werden, gibt es einzelne Vertragsspitäler wie zum Beispiel die Klinik Pyramide in Zürich, welche sich ganz bewusst der einschränkenden Kontrolle der kantonalen Gesundheitsdirektion entziehen, um sich stattdessen im Sinn der liberalen Medizin und des Belegarztsystems auf ihren Markt und ihr Patientengut zu konzentrieren. Insbesondere in

Nischenmärkten und mit exklusiven Angeboten, welche auf ein klares Patientenbedurfnis stossen, können sich renommierte und gut etablierte Kliniken mit klarem Leistungsausweis von der Listenkonkurrenz abheben und mit ihren Vertragspartnern individuelle Verträge aushandeln und innovative Produkte mit echtem Mehrwert für das Zusatzversicherungssegment weiterentwickeln. So die Klinik Pyramide, welche als Vertragsspital bereits mit den grössten Schweizer Versicherern Einzelverträge nach dem neuen Modell abschliessen konnte.

Quo vadis?

Private Spitäler mussten sich seit jeher im Wettbewerb mit öffentlichen Anbietern besonders anstrengen. Es wehte ihnen auch immer ein rauer Wind seitens Politik und Medien entgegen.

Als Rosinenpicker wurden sie verschrien, dabei basierte ihre Existenzberechtigung einzig und allein auf einem klaren Marktbedurfnis. Wer eine Leistung erbringt, die nicht gut genug ist oder am Bedürfnis des Patienten vorbeizieht, kann mittelfristig nicht überleben. Daran wird sich auch mit der neuen Spitalfinanzierung mittel- bis langfristig nicht viel ändern.



Privatkliniken spezialisieren sich.



Auch die traditionsreiche Zürcher Privatklinik Bethanien hat sich gegen einen Listenplatz und damit gegen die staatliche Kontrolle entschieden.