

# Nur gesunde Patientinnen sind gute Patientinnen

## Die «Ökonomisierung» als Treiber für Doppelstandards in der Gesundheitsversorgung

**Anna Sax**

**Ökonomin, Dozentin, Mitglied der Redaktion SÄZ und der Akademie Menschenmedizin**

Ich werde heute einen Blick aus ökonomischer Sicht auf politische Entwicklungen der letzten Jahre werfen, die Ungleichheit und Doppelstandards in der Gesundheitsversorgung verstärken. Obwohl Ökonomin, ist es mir wichtig, mich in einer Sprache ausdrücken, die auch andere Leute verstehen. Meinen Auftrag als Dozentin sehe ich darin, ökonomisches Gedankengut verständlich zu machen und mich gleichzeitig von einer einseitig an diesem Gedankengut orientierten Haltung zu distanzieren.

Gleich zu Beginn möchte ich zudem klarstellen, was ich unter «Doppelstandards» verstehe: Ich meine damit, dass es sowohl auf Seiten der Leistungserbringenden wie auch der Leistungsempfangenden Leute gibt, die über die Ressourcen und das Wissen verfügen, aus einem wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem das herauszuholen, was sie brauchen. Auf der anderen Seite gibt es Patientinnen und Patienten, die auf Begleitung und Fürsorge angewiesen sind, mit denen kein Ertrag zu erwirtschaften ist und die deshalb Gefahr laufen, vom Zugang zu Gesundheitsleistungen ausgeschlossen zu werden. Und es gibt Ärztinnen, Therapeuten und Pflegende, die ihre Aufgabe darin sehen, sich um bedürftige Menschen zu kümmern und deren berufliche Karriere darunter leidet.

### **Reformstau?**

Sicher haben Sie die Klage auch schon vernommen: die Gesundheitspolitik sei blockiert, es herrsche «Reformstau». Das stimmt – teilweise. Ich denke zum Beispiel an eine griffige Aufsicht über die soziale Krankenversicherung, die Medikamentenkosten, ein Gesetz über die Prävention und Gesundheitsförderung oder natürlich an die Revision des TARMED. Es stimmt andererseits auch nicht: Vor 10 Jahren beschloss das Parlament eine grundlegende und folgenreiche Reform, die anfangs 2012 in Kraft trat: Seither gelten neue, marktkonforme Regeln für die Spitalfinanzierung, wodurch die Spitäler einem verstärkten Kostenwettbewerb ausgesetzt sind und Gewinne erzielen müssen, um ihre Investitionen zu amortisieren. Private wie öffentliche Spitäler müssen wachsen und ihre Erträge steigern, um im Wettbewerb zu bestehen. Auch in der stationären Psychiatrie steht mit TARPSY ein neuer Tarif vor der Tür, der wahrscheinlich etwas weniger harte Kalkulationen erfordert als SwissDRG, aber dennoch Anreize setzen will für mehr sogenannte «Wirtschaftlichkeit» in der Psychiatrie und Psychotherapie, indem etwa eine kürzere Behandlungsdauer angestrebt wird.

Zwischen den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen entwickelt sich seit einigen Jahren ein Wettbewerb, der sich mehr an ökonomischen Kennzahlen als an den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung orientiert. In diesem Wettbewerb gewinnt, wer möglichst unkomplizierte, pflegeleichte und – im Fall der Spitäler – privatversicherte Patienten behandelt. Bereits lässt sich zum Beispiel bei planbaren chirurgischen Eingriffen oder bei anderen Interventionen, die wenige Komplikationen erwarten lassen, Überversorgung beobachten, während es auf der anderen Seite Barrieren gibt für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen bei der Inanspruchnahme von bestehenden Angeboten, gerade im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie. Diese Barrieren werden mit der Verknappung der Mittel im Gesundheits- und Sozialbereich tendenziell höher. Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, die sich im Wettbewerb um lukrative Fälle und gute Erträge behaupten müssen, werden über kurz oder lang versuchen, Patientinnen nach ihrem Ertragspotenzial zu selektionieren.

### **Ökonomisierung: Definitionen**

Dass im Gesundheitswesen auch ökonomische Motive eine Rolle spielen, ist kein neues Phänomen. Schon immer gab es vereinzelt Ärzte, die sich an kranken Menschen bereicherten und ihnen aus Geldgier Therapien applizierten, die unnötig, unwirksam oder auch schädlich waren. Ökonomische Anreize haben zu Über-, Unter- und Fehlversorgung geführt, seit es eine professionelle Heilkunst gibt. Berühmte literarische Werke, etwa von Goethe oder Molière, zeugen davon. Die Medizinhistorikerin Iris Ritzmann stiess bei ihren Forschungsarbeiten auf zahlreiche Geschäftsmodelle, mit denen Mediziner im 18. Jahrhundert, lange vor der Einführung von Tarifen und Patentschutz, ihre Kundschaft zu ködern und an sich zu binden suchten. In jüngerer Zeit kamen weitere Akteure hinzu, die am Geschäft mit der Gesundheit partizipierten, namentlich Apotheken, Spitäler, Rehakliniken, paramedizinische Angebote, Pharma- und Medizintechnikindustrie, Versicherungen, Anwälte, Fitnesszentren und Wellnesshotels. Selbst mit Pflegeheimen und häuslicher Pflege, einst Horte der selbstlosen Aufopferung von – fast durchwegs weiblichen – Pflegekräften im Dienst der behinderten, alten und gebrechlichen Patientinnen, lässt sich inzwischen gutes Geld verdienen. Die Marktleader Senevita und Terzianum erzielten in der Schweiz mit Pflegeinstitutionen und Spitex-Diensten traumhafte Renditen.

Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen ist also kein neues Phänomen, aber sie ist seit ein paar Jahren in der gesundheitspolitischen Diskussion sehr präsent. Ich habe jedoch den Eindruck, dass sehr unterschiedliche Wahrnehmungen und Zielsetzungen mit diesem Begriff verbunden werden.

Für die einen ist Ökonomisierung ein Treiber für mehr Wirtschaftlichkeit und Effizienz in der Gesundheitsversorgung und wird durchaus positiv wahrgenommen. Für andere ist es ein Kampfbegriff für alles, was schief läuft: Zeitdruck und finanzieller Druck nehmen zu, die ärztliche, therapeutische und pflegerische Ethik wird missachtet, die Hinwendung zu den Patientinnen und Patienten wird erschwert oder gar verunmöglicht. Schuld daran, so argumentiert beispielsweise der Freiburger Philosoph und Mediziner Giovanni Maio, ist die «Industrialisierung» und «Managerialisierung» der Therapie und insbesondere der Psychotherapie.

Maio schreibt: *«Je unsicherer das vorzuweisende Ergebnis wird, desto rechtfertigungsbedürftiger wird es, sich der bedrängten Person überhaupt anzunehmen.»* Die industrialisierte Therapie funktioniert ihm zufolge wie ein Produktionsprozess in der Güterproduktion: Es braucht Normen und allgemeingültige Standards, die eingehalten werden müssen und normalerweise zu einem positiven Ergebnis führen. Maios Definition der Ökonomisierung lautet so: *„Die Ökonomisierung des Sozialen bedeutet nicht weniger als der Ersatz des Sozialen durch das Rentabilitätskalkül.“* Es bleibt bei dieser Sichtweise nichts mehr übrig von dem, was die helfenden Berufe ausmacht, nämlich der Wahrnehmung der Probleme, des Leidens des Gegenübers und das Suchen nach einer individualisierten Antwort auf die Problemlage der individuellen Patientin, des individuellen Patienten. Für Maio *«löst die Ökonomisierung eine zunehmende Entfremdung der helfenden Berufe von ihrer eigenen Identität aus und stürzt sie in eine Sinnkrise ihres Tuns»*.

Auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW hat sich mit dem Thema der Ökonomisierung befasst in ihrem Positionspapier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» Die SAMW weist ebenfalls auf die Gefahr hin, dass eine fehlgeleitete Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung der Medizin die Motivation und das Engagement der Fachkräfte untergraben könnte. Das Adjektiv «fehlgeleitet» weist aber schon darauf hin, dass «Ökonomisierung» per se noch nicht etwas Schlechtes sein muss. Zum einen macht der Begriff deutlich, dass die «Gesundheitswirtschaft» ein wichtiges Standbein der schweizerischen Volkswirtschaft darstellt, wo jährlich 80 Milliarden Franken oder 12 Prozent des Bruttoinlandsprodukts erwirtschaftet werden und 540'000 Menschen Beschäftigung finden. Mit anderen Worten: Jede und jeder neunte Erwerbstätige arbeitet direkt oder indirekt für das Gesundheitswesen und jeder achte Franken wird hier verdient. Ökonomie, verstanden als die Wissenschaft vom Einsatz knapper Ressourcen zur Produktion von Gütern – und der optimalen Verteilung dieser Güter – kann gemäss dem SAMW-Positionspapier durchaus einen Beitrag leisten zu einer guten Versorgung individueller Patientinnen und Patienten. Das geht aber nur, wenn der Beziehungsaspekt vor lauter Marktorientierung und Wettbewerbsdenken nicht verloren geht. Alles in allem begegnen wir bei der SAMW einer ambivalenten und etwas schwer fassbaren Haltung zur Ökonomisierung – einer Haltung, die es allen recht machen will.

Die SAMW plädiert für folgendes: «*Statt über die 'Ökonomisierung der Medizin' zu klagen und diese passiv hinzunehmen, kann die gegenwärtige Situation als Anlass verstanden und genutzt werden, sich der Ziele im Gesundheitswesen zu vergewissern und Strukturen und Prozesse auf die gewünschten Ergebnisse auszurichten.*»

### **Ziele des Gesundheitswesens**

Nur: Welches sind eigentlich die Ziele des Gesundheitswesens? Eine Besonderheit der Schweiz ist ja gerade, dass offiziell nie Gesundheitsziele definiert wurden, so wie es in fast allen anderen europäischen Ländern der Fall ist. Es gibt immerhin seit Ende 2016 einen Bericht von Bund und Kantonen zur psychischen Gesundheit in der Schweiz, der Handlungsfelder und Massnahmen definiert. Der letzte Versuch, die Erarbeitung umfassender Gesundheitsziele für die Schweiz zu ermöglichen, scheiterte 2012 mit der Versenkung des Präventionsgesetzes durch das Parlament.

Wichtigste Quelle für eine nationale Gesundheitsgesetzgebung ist das Krankenversicherungsgesetz. Bringt man das KVG auf eine Kürzestform, könnte man – immer noch der SAMW folgend – drei Ziele nennen: *Versorgung, Solidarität und Kostendämpfung.*

Das **Versorgungsziel** kann so gedeutet werden, dass die ganze Bevölkerung jederzeit Zugang haben soll zu einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Es bezieht sich also auf den Leistungskatalog der Grundversicherung und auf die Sicherheit des Zugangs für alle.

Das **Solidaritätsziel** können wir auf zwei Arten interpretieren: Erstens und unbestrittenermassen geht es um die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, bzw. zwischen Menschen mit einem niedrigeren oder einem höheren Gesundheitsrisiko. Alle leisten ihren Beitrag an die obligatorische Krankenversicherung, unabhängig von ihrem Alter, ihrem Geschlecht oder ihrem Gesundheitszustand. Zweitens könnte aber auch die Solidarität zwischen wirtschaftlich gut gestellten und weniger gut gestellten Personen oder Haushalten gemeint sein. Hier haben wir in der Schweiz die europaweit einzigartige Situation, dass die Haushalte, gemessen an ihrem Einkommen, umso weniger beitragen, je besser sie gestellt sind. Vor allem Familienhaushalte des unteren Mittelstands mit mehreren Personen tragen jedes Jahr schwerer an der Last der Krankenkassenprämien, weil die Kantone sich aus der Gesundheitsfinanzierung zurückziehen und gleichzeitig bei den Prämienverbilligungen sparen.

Das **Kostendämpfungsziel** bezieht sich auf die Pflicht der Krankenkassen, die Rechnungen der Leistungserbringer zu überprüfen und nur Leistungen zu vergüten, die den WZW-Kriterien entsprechen, die also als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich betrachtet werden können.

Als Ökonomin, das als Klammerbemerkung, kann ich mit dem Begriff «Kostendämpfung» wenig anfangen. Er ist gleichbedeutend mit Sparen, und Sparen bedeutet in der Regel, Kosten an einen anderen Ort zu verschieben: Von Stationär zu Ambulant, von den Steuer- zu den Prämienzahlenden oder von den Gesunden zu den Kranken. Ich halte mich lieber an die *Wirtschaftlichkeit*. Diese muss darauf abzielen, im Interesse der Patientinnen und Patienten möglichst das Sinnvolle und Nützliche mit den zur Verfügung stehenden Mitteln zu tun. Oder anders gesagt: Die drei Ziele Versorgung, Solidarität und Wirtschaftlichkeit können nicht unabhängig voneinander gesehen werden, sondern sie bilden ein Dreieck: Nur mit einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung kann die Versorgung für alle sichergestellt werden. Und eine solidarische Krankenversicherung bedingt einen wirtschaftlichen Einsatz der Ressourcen im Hinblick auf den Patientennutzen.

### **Ökonomisierung und Doppelstandards**

Ich will von nun an auf die Versorgung fokussieren, und meine These lautet, wie eingangs erläutert, dass die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen Doppelstandards in der Gesundheitsversorgung fördert. Das heisst, mit fortschreitender Ökonomisierung sind bestimmte Bevölkerungsgruppen beim Zugang zu den Leistungen des Gesundheitssystems benachteiligt.

Lassen Sie mich die Ökonomisierung nochmals anders beschreiben: Was die Ökonomisierung im Sinne von Maio, also die Abwendung von den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und die Hinwendung zu einer standardisierten und «managerialisierten» Medizin und Therapie vorantreibt,

ist das bewusste Setzen von Anreizen durch die politischen Mehrheiten in den Parlamenten mit dem Ziel, den Wettbewerb zwischen Leistungserbringern, Versicherern und weiteren Anbieterinnen im Gesundheitswesen zu stärken. Es ist offensichtlich, dass die Förderung des Wettbewerbs zu einem wichtigen Thema in der schweizerischen Gesundheitspolitik geworden ist. Das zeigt sich daran, dass sich ein Teil der Politikerinnen und Politiker und neoliberal orientierte Ökonominen und Ökonomen bei jeder Gelegenheit für mehr Wettbewerb aussprechen, wobei nicht immer klar ist, welchen Wettbewerb sie vor Augen haben: Wer soll sich mit wem konkurrenzieren? Geht es um einen Wettbewerb zwischen Leistungserbringern? Zwischen Krankenversicherern? Oder steht die freie Wahl für die Patientinnen und die Versicherten im Fokus? Die Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern?

### **Wettbewerb**

Hier muss ich einen kleinen Exkurs machen zum Begriff des Wettbewerbs: Aus ökonomischer Sicht kann der Wettbewerb seine effizienzsteigernde Wirkung dann entfalten, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind: Es braucht zum Beispiel ein genügend grosses und zugleich überschaubares Angebot, Transparenz über Preise und Qualität sowie Kundinnen und Kunden, die sich aufgrund ihrer Präferenzen und ihrer Zahlungsbereitschaft für oder gegen ein Angebot entscheiden können. Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, werden sich am Ende die Anbieter mit dem besten Preis-/Leistungsverhältnis am Markt behaupten. So funktioniert zum Beispiel der Markt für Sportartikel oder für Mobiltelefone. Das Gesundheitswesen dagegen ist für die Patienten und die Versicherten weder überschaubar noch transparent, und der Entscheid, ob sie seine Leistungen in Anspruch nehmen wollen, ist normalerweise kein freiwilliger. Oder anders gesagt: Wettbewerb setzt die Existenz eines Marktes voraus. In der Gesundheit fehlt aber ein Markt, auf dem sich Nachfrage und Angebot treffen, und so kann Wettbewerb nur künstlich erzeugt werden. Der St. Galler Ökonom Mathias Binswanger hat aufgezeigt, dass dieser Wettbewerb statt zu günstigeren zu teureren und zudem überflüssigen Leistungen führt. Ein klassisches Beispiel für diese Fehlentwicklung ist die Konkurrenz zwischen den Spitälern, die mit der Neuregulierung der Spitalfinanzierung Fahrt aufgenommen hat und die Spitäler nun zu Handlungen und Investitionen zwingt, die viel mit ihrer Wettbewerbsfähigkeit und wenig mit den Bedürfnissen von kranken und hilfsbedürftigen Menschen zu tun haben.

Konkret sieht der Wettbewerb im Gesundheitswesen im Moment so aus: Statt ihre Geschäftsmodelle nach den Bedürfnissen der älter werdenden und zunehmend mit chronischen Erkrankungen konfrontierten Bevölkerung auszurichten, werben mehr als 50 Krankenversicherer um die gesündesten Kundinnen, und fast 200 Akutspitäler versuchen Patienten zu gewinnen, von denen gute Erträge zu erwarten sind. Das spricht nicht unbedingt für eine Orientierung am Patientennutzen. Durch den forcierten Wettbewerb sind die Spitäler gezwungen, wirtschaftliche Renditen zu erzielen. Viele von ihnen haben sich in den letzten Jahren neu als Aktiengesellschaften organisiert, um mehr Handlungsfreiheit zu gewinnen. Trotz gegenteiliger Beteuerungen von renommierten Gesundheitsökonominnen (Felder, Widmer) gibt es aber bis heute keine wissenschaftliche Evidenz für eine Überlegenheit von privatrechtlich organisierten gegenüber öffentlichen Spitälern.

Ich komme nun also nochmals zurück auf die Ökonomisierung und möchte Ihnen meine Thesen dazu präsentieren, was im Gesundheitswesen momentan geschieht. Ökonomie spielte und spielt im Gesundheitswesen immer eine Rolle. Wie gesagt: Es handelt sich um einen wichtigen Wirtschaftsfaktor.

Neu ist aber die Tendenz in der Politik, bewusst Anreize zu setzen, etwa zur Förderung der «Selbstverantwortung» der Versicherten (Erhöhung Selbstbehalte und Franchisen) und zum Wettbewerb zwischen Leistungserbringern (Fallpauschalen, Privatisierung). Gleichzeitig kommt es zu einer Verknappung der öffentlichen Mittel, etwa bei den Beiträgen an die Spitäler und die psychiatrischen Dienste (BE, BL) und bei den Prämienverbilligungen.

Der Wettbewerb unter Leistungserbringern kommt den gut situierten Bevölkerungsschichten

entgegen, die von wenig gravierenden, vorübergehenden Gesundheitsproblemen betroffen sind. Sie haben Zugang zum notwendigen Wissen, können sich die richtigen Zusatzversicherungen leisten und treten gegenüber Gesundheitsfachleuten als Kundinnen und Kunden auf. Doch wer ernsthaft und über längere Zeit krank ist, ist auf Solidarität, Fürsorge und auf die individuelle Situation zugeschnittene Leistungen angewiesen. Ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen versagt insbesondere bei betagten, chronischen, komplexen, mittellosen, psychisch kranken und randständigen Patientinnen sowie bei der Prävention und Gesundheitsförderung. Für diese Bevölkerungsgruppen und Aufgaben will sich niemand zuständig fühlen, und ihnen droht bei einer Verknappung der öffentlichen Mittel Unterversorgung.

### **Neue Spitalfinanzierung und die Auswirkungen**

Die mit Abstand kosten- und personalintensivsten Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind die Spitäler. Die Spitalpolitik ist denn auch ein grosser Brocken in der Gesundheitspolitik. Sie polarisiert und weckt Emotionen, denn die Funktion eines Spitals geht weit über die einer Heilanstalt für Kranke hinaus: Das Spital ist Arbeitgeber, Ausbildungsstätte, Hotelbetrieb und Aushängeschild einer Stadt oder Region – kurz, es ist ein Wirtschaftsfaktor erster Güte. Hinzu kommt, dass ein Spital nicht für sich allein, sondern als ein Glied in der Versorgungskette funktioniert: Ohne Spitex, Hausärztinnen, ambulante Therapien und weitere Hilfsangebote kann ein Spital nicht sinnvoll existieren.

Obwohl die Spitalversorgung in der Verantwortung der Kantone liegt und diese im Hinblick auf Rechtsformen und Privatisierungsbestrebungen unterschiedlich positioniert sind, stellen sich zunehmend Fragen, die auf gesamtschweizerischer Ebene zu beantworten sind. So wurde mit der 2012 ins KVG aufgenommenen Neuregelung der Spitalfinanzierung ein schweizweit gültiger Tarif für die spitalstationären Leistungen eingeführt. Die Fallkostenpauschalen (SwissDRG) setzen neue Anreize für die Spitäler, etwa zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer und zur verstärkten Kooperation mit anderen Leistungserbringern wie Hausärztinnen, Spitex oder Pflegeheimen. Die Neuregelung der Spitalfinanzierung wurde 2007 vom Parlament beschlossen und war von Beginn weg von Kritik begleitet. So befürchteten vor allem Ärztinnen und Patientenorganisationen eine zunehmende Orientierung am Profit statt am Patientenwohl, zu frühe («blutige») Spitalentlassungen und eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für das Spitalpersonal.

Der Bundesrat veranlasste angesichts der vielfach geäusserten Kritik eine Begleitforschung zu den Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung, deren erste Resultate seit dem Frühsommer 2015 vorliegen. Diese Studien umfassen aber nur das erste Jahr nach Einführung der Neuregelung (2012) und sind deshalb nicht sehr aussagekräftig. Eine weitere Evaluationsrunde muss abgewartet werden, bevor fundierte Aussagen für die Schweiz gemacht werden können.

Erste Ergebnisse der Begleitforschung haben aber bereits gezeigt, dass die *Patientenselektion* durch die Spitäler zunimmt. Die FMH beobachtet bei den Spitalärztinnen eine Zunahme der Belastung durch administrative Arbeiten. Weiter stellt der Ärzteverband fest, dass Bonuszahlungen an Ärzte für finanziell einträgliche Operationen in Schweizer Spitälern zugenommen haben. Und schliesslich zeichnet sich ab, dass die Kantone in einen Konflikt geraten zwischen der politisch geforderten Stärkung des Wettbewerbs und ihrer Aufgabe, die Versorgungssicherheit für alle zu gewährleisten. Auch wenn es zurzeit noch keine eindeutige Evidenz dafür gibt, dass Patienten je nach sozialer oder gesundheitlicher Ausgangslage unterschiedlich gute Behandlungen und Pflege erhalten, zeigen die ökonomischen Anreize doch eindeutig in diese Richtung.

### **TARPSY**

Auch für die stationäre Psychiatrie steht die Einführung eines neuen, schweizweit gültigen Tarifs unmittelbar bevor, der TARPSY. Ursprünglich waren auch hier Fallpauschalen geplant, doch ist man nach langen Diskussionen inzwischen wieder davon abgekommen. Aber es wird auch in der Psychiatrie diagnosebezogene Fallgruppen geben, die tariflich unterschiedlich gewichtet werden. Der administrative Aufwand wird steigen, und es wird Kodiererinnen und Kodierer brauchen, um die Abrechnungen zu erstellen. Die Verantwortlichen der psychiatrischen Kliniken sehen kaum einen

Nutzen im neuen System.

Die Stiftung Pro Mente Sana wehrt sich stark, wenn auch wahrscheinlich vergeblich gegen die Einführung des neuen Tarifs. Für sie zeigen sich unter TARPSY die unerwünschten Folgen der Ökonomisierung. Sie befürchtet, dass die Vertrauensbasis zwischen Patientinnen und Ärztinnen in der Psychiatrie untergraben wird, weil ökonomische Zwänge überhandnehmen, und sie prognostiziert eine Schwächung der ambulanten Versorgung, weil der schweizweit gültige TARPSY nur die stationäre Behandlung abdeckt und die Finanzierung der ambulanten Dienste weiterhin in der Verantwortung der Kantone bleibt. Am wesentlichen scheint mir der Punkt, dass psychiatrische wie akutsomatische Kliniken zu «Unternehmungen» gemacht werden, die Gewinne erzielen müssen, um investieren zu können:

*«Auf der Basis des TARPSY-Finanzierungsmodells werden die psychiatrischen Kliniken wie normale Unternehmen geführt. Sie sind selbst für ihre Investitionen verantwortlich, müssen Gewinne erzielen und sich im Wettbewerb untereinander 'bewähren'.»*

### **Patientenselektion**

Das Kernproblem der neuen Ökonomisierung taucht auch hier wieder auf, nämlich, dass die neuen stationären Tarife die Spitäler und Kliniken in einen Wettbewerb zwingen. Öffentliche wie private Spitäler müssen ihre Investitionen aus den Erträgen amortisieren und somit zwingend Gewinne erzielen. Kein Spital und keine psychiatrische Klinik kann sich somit dem Wettbewerb entziehen, wenn es oder sie auf einer kantonalen Spitalliste steht. Öffentliche und gemeinnützige Spitäler – und bald auch psychiatrische Kliniken – agieren immer mehr wie private Unternehmen und orientieren sich an wirtschaftliche Kennzahlen. Machen sie Gewinne, schütten sie diese an ihre Shareholder aus – in diesem Fall an die Kantone – und tragen so zur Sanierung der Kantonsfinanzen bei (ZH, LU, TG).

Gewinnausschüttungen von Spitälern, ob an private oder öffentliche Aktienbesitzerinnen, bedeuten übrigens eine Zweckentfremdung von Prämiegeldern und haben Prämienerrhöhungen zur Folge.

Um im Wettbewerb gute Karten zu haben, brauchen die Kliniken die «richtigen» Fälle, also möglichst solche mit klar abgrenzbaren Diagnosen, am besten gut ausgebildete Angehörige des Mittelstands, weder randständig noch alt und gebrechlich, und sie sollen bitte gut Deutsch oder wenigstens Englisch sprechen. Tendenzen zur Patientenselektion zeichnen sich im Akutbereich seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung ab, und es braucht schon jetzt gute Nerven bei den Verantwortlichen der Spitalverwaltungen, um nicht zu versuchen, schwierige Patientinnen und Patienten an andere Häuser abzuschieben.

### **Folgen für die Psychiatrie und Psychotherapie**

Stellt sich nun die Frage, mit einem stärker ökonomisierten Gesundheitswesen auf die Versorgungssicherheit in der Psychiatrie und in der Psychotherapie zukommen könnte.

Schauen wir es zuerst aus Sicht der Leistungserbringer an: In der stationären psychiatrischen Versorgung wird – wahrscheinlich am 1.1.2018 – der neue, diagnosebezogene Tarif TARPSY eingeführt. Damit gilt für die Kliniken: Sie müssen Diagnosen und Schweregrad erfassen und ihre Patientinnen und Patienten in eine von 22 Fallgruppen einteilen. Je nach gestellten klinischen Diagnosen wird die psychiatrische Klinik mehr oder weniger Geld einnehmen. Es wird also Patientengruppen geben, die besser rentieren als andere. Welche das sind, weiss man noch nicht so genau, das wird sich mit der Zeit herausstellen. So wäre es denkbar, dass die behandelten Ärztinnen und Ärzte von den Klinikleitungen dazu angehalten werden – ich mache jetzt ein beliebiges Beispiel – möglichst viele «Schizophrene oder akut psychotische Störungen, zwischen 40 und 60 Jahren und ohne komplizierende somatische Nebendiagnosen» aufzunehmen. Ich will nicht schwarzmalen, aber für die Klinikleitungen wird die Versuchung vorhanden sein, den «Patientenmix» mittels sanftem Druck oder finanziellen Anreizen für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu optimieren. Dies vor allem deshalb, weil Gewinne erzielt werden müssen, um die Weiterexistenz der Institution zu sichern.

Zu den ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten kann ich wenig sagen, denn diese sind kantonale sehr unterschiedlich geregelt, organisiert und mit Mitteln ausgestattet. Es gibt gute, integrierte Versorgungsmodelle, aber auch immer mehr finanzielle Abstriche seitens der Kantone. Nicht einmal der Bundesrat hat laut seinem Bericht den Überblick über die Lage der ambulanten Dienste. Tatsache ist, dass hier über den TARMED abgerechnet wird, und dass die Organisation der Schnittstellen zwischen Stationär und Ambulant dem Zufall oder der Verantwortung der Behandelnden überlassen ist. Pro Mente Sana befürchtet, dass die ambulante Nachbetreuung psychischer Patientinnen und Patienten angesichts der kantonalen Sparprogramme nicht überall gewährleistet sein wird.

Und an diesem Punkt kommt auch wieder die Frage der Doppelstandards in der Gesundheitsversorgung ins Spiel: Es wird auch in der psychischen Gesundheitsversorgung immer Patientinnen und Patienten geben, die sich gut orientieren und das richtige Angebot für sich auswählen können. Für sie bringt Wettbewerb tatsächlich gewisse Vorteile. Aber es hat sich schon vor 10 Jahren abgezeichnet, so hielt es ein Bericht der SAMW zur Rationierung im Gesundheitswesen fest, dass der Zugang zu Angeboten für die psychische Gesundheit für sozial benachteiligte Menschen vergleichsweise erschwert ist.

Kommt hinzu, dass der finanzielle Aspekt für die Versicherten an Bedeutung zunimmt: Gemäss dem neuesten Commonwealth-Bericht (International Health Policy Survey 2016) hat sich zwischen 2010 und 2016 der Anteil der Erwachsenen in der Schweiz, die aus finanziellen Gründen auf medizinische Leistungen verzichten haben, von 10,3 auf 22,5 Prozent erhöht. In keinem europäischen Land ist der «Out of pocket»-Anteil, also die Gesundheitsausgaben, die durch keine Versicherung gedeckt werden, so hoch wie hierzulande.

### **Empfehlungen**

Zum Schluss möchte ich ein paar Empfehlungen anbringen, die nicht neu sind, aber trotzdem noch immer nicht genug Anklang gefunden haben. Sie richten sich hauptsächlich an die Politik, aber auch an die Leistungserbringenden:

- Die Tarifgrenzen und unterschiedlichen Finanzierungsschlüssel sind aufzuheben, ebenso die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung. Statt TARMED, SwissDRG und TARPSY braucht es integrierte, interprofessionelle, umfassend finanzierte Versorgungsmodelle, also zum Beispiel Globalbudgets für Gruppen von Leistungserbringenden in bestimmten Regionen oder Kantonen. Das KVG ermöglicht bereits heute viele Varianten integrierter Versorgung.
- Statt Anreize für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen braucht es eine besondere Aufmerksamkeit für die Gesundheitsversorgung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Es braucht auch koordinierte und auf ältere, ärmere und randständige Personen zugeschnittene Massnahmen für die Prävention und Gesundheitsförderung.
- Die Prioritäten der Politik und der Leistungserbringenden müssen sich von den Kosten zur Qualität und Versorgungssicherheit verlagern. Wenn diejenigen, die es am nötigsten haben, gut behandelt und gepflegt werden, dann wird die Allgemeinheit am Schluss davon profitieren – auch finanziell.
- Die öffentliche Hand muss weiterhin zuständig bleiben für das Gesundheitswesen. Die Kantone sind dazu verpflichtet, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der Rückzug vieler Kantone aus der Verantwortung – finanziell und organisatorisch – muss gestoppt werden. Sonst haben wir am Ende ein Gesundheitswesen für die Reichen, die Schönen, die Jungen und die Fitten.

## Literatur

Akademie Menschenmedizin (Hsg.). Markt – Mensch – Medizin. Tagungsband zum Symposium vom 20.09.2013. Leseprobe und Bestellung: [www.menschenmedizin.ch](http://www.menschenmedizin.ch)

Bundesamt für Gesundheit BAG (2015). Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Zwischenresultate. Bericht an den Bundesrat, 13. Mai 2015.

Binswanger M. (2010). Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren. Freiburg im Breisgau: Herder.

Brügger S. et al. (2015). Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung, *PrimaryCare* 15(3), 47-49

Felder S. (2017). Kantonale Marktmacht bei den Spitälern: Wo bleibt die Weko? *Die Volkswirtschaft* 2017(3), 20-22.

Forum Managed Care FMC (2017). Qualität statt Mengen belohnen – (wie) geht das? Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025. FMC Denkstoff N° 3.

Maio G. (2015). Anreize zum schnellen Zuhören? Eine ethische Kritik der Ökonomisierung von Psychotherapie. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* 2015;166(2):33-37

Meyer, B. et al. (2016). Administrativer Aufwand steigt weiter an. *Schweizerische Ärztezeitung* 97(1), 6-8.

Meyer, B. & Rohner B. (2016). TARPSY 1.0: Das neue Tarifsystem für die stationäre Psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung* 2016;97(41):1404–1406

Pro Mente Sana (2016). Das geplante Finanzierungssystem TARPSY. Kommerz mit verwundeten Seelen? Broschüre.

Ritzmann I. (2009). Medicus und Scharlatan. Szenen einer innigen Feindschaft. *SAEZ*, 90(3), 84-88 und 90(4), 130-133.

SAMW (2007). Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

SAMW (2012). Nachhaltige Medizin. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

SAMW (2014). Medizin und Ökonomie – wie weiter? Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Sax, A. & Iff, F. (2016). Spitalpolitik zwischen Deregulierung und Versorgungs(un)sicherheit. Studie im Auftrag der SP-Fraktion der Bundesversammlung.

Sibbel, Rainer und Baminy Nagarjah (2012), Sind die privaten Krankenhäuser effizienter? – Ergebnisse aus der internationalen Literatur. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 379–386

Soziale Sicherheit CHSS 3/2015 mit Schwerpunkt Evaluation der KVG-Revision im Bereich der neuen Spitalfinanzierung.

SP Schweiz (2017): Teurer Wettbewerb. Für ein starkes öffentliches Gesundheitswesen. Positionspapier der SP Schweiz.

Widmer, P. et. al. (2016). Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015. Polynomics-Studie im Auftrag von [comparis.ch](http://comparis.ch).