

# Einführung in die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, mit besonderem Fokus auf die Psychiatrie

Prof. Dr. Christoph A. Zenger, LL.M.  
Zentrum für Gesundheitsrecht und  
Management im Gesundheitswesen

**27.06.2017**

**Ökonomisierung in der Psychiatrie**

**UPD Bern**

## Einleitung

1. Psychiatrische Behandlung als geldwerte Ware:  
Marktwirtschaft vs. Gesundheitswesen
2. Individuelle Präferenzen als Massstab:  
Nutzenprinzip vs. Fürsorgeprinzip
3. Effizienzdruck als Motor der Angebotslogik:  
Ökonomischer Verstand vs. ethischer Verstand

## Abschliessende Bemerkungen

# 1. Psychiatrische Behandlung als geldwerte Ware: Marktwirtschaft vs. Gesundheitswesen

---

# Ambulante Leistungen: TARMED

- > Für **ambulante** Leistungen in Arztpraxis und Spital, seit 1.1. 2004 obligatorisch.
- > Koporativistisch vereinbart: Tarifvertrag santésuisse – FMH, Mitarbeit H+, MTK, BAMV.
- > Für OKP ausgehandelt, übernommen für UV/IV/MV.
- > Kann **subsidiär behördlich** vorordnet werden (Bund).
- > Abrechnung von **Einzelleistungen**, über 4500 Positionen.
- > Gesetzliche Vorgabe: **betriebswirtschaftlich** gerechnete Tarife.

Die wichtigsten Merkmale von TARPSY gemäss Homepage SwissDRG\*:

- > Tarifsystem, regelt die Vergütung der Leistungen in der **stationären** Psychiatrie schweizweit einheitlich und KVG-konform.
- > **Leistungsbezogene Tagespauschalen**, mit zunehmender Aufenthaltsdauer abnehmend, Rehospitalisierung innert 18 Tagen = gleicher Fall.
- > Ermöglicht Kosten- und Leistungstransparenz, **Betriebsvergleiche** und **Wettbewerb**.
- > Basiert auf den **Kosten- und Leistungsdaten** psychiatrischer Spitäler der ganzen Schweiz; wird als lernendes System anhand erhobener Daten kontinuierlich weiterentwickelt.
- > Setzt Anreize «für eine **medizinisch und ökonomisch sinnvolle** Behandlung».
- > Ist einfach strukturiert und **praktikabel**, weil ein Grossteil der benötigten Daten bereits erhoben wird.

\* Quelle: SwissDRG, Das Wichtigste zu TARPSY auf einen Blick, Stand: Mai 2016

# Und die intermediären Behandlungen?

Teilstationäre Behandlungen, Tagesklinik, Liaisondienste usw.:

- > **Gemeinwirtschaftliche** Leistungen?
  - Drohende Finanzierungsengpässe in kantonalen Gesundheitsbudgets.
  
- > **Lotteriefonds** und Ähnliches?
  - Zweckentfremdung von flexiblen Mitteln.
  
- > Interne **Quersubventionierung**?
  - In stationären oder ambulanten Budgets?
  - Drohende Finanzierungsengpässe bei Tarifsenkungen.
  
- > **Komplexpauschalen** für ganze Behandlungskette als Lösung?
  - Zwang zu strategischen Kooperationen und Zusammenschlüssen.
  - Kartellisierungsproblem und Föderalismusproblem.

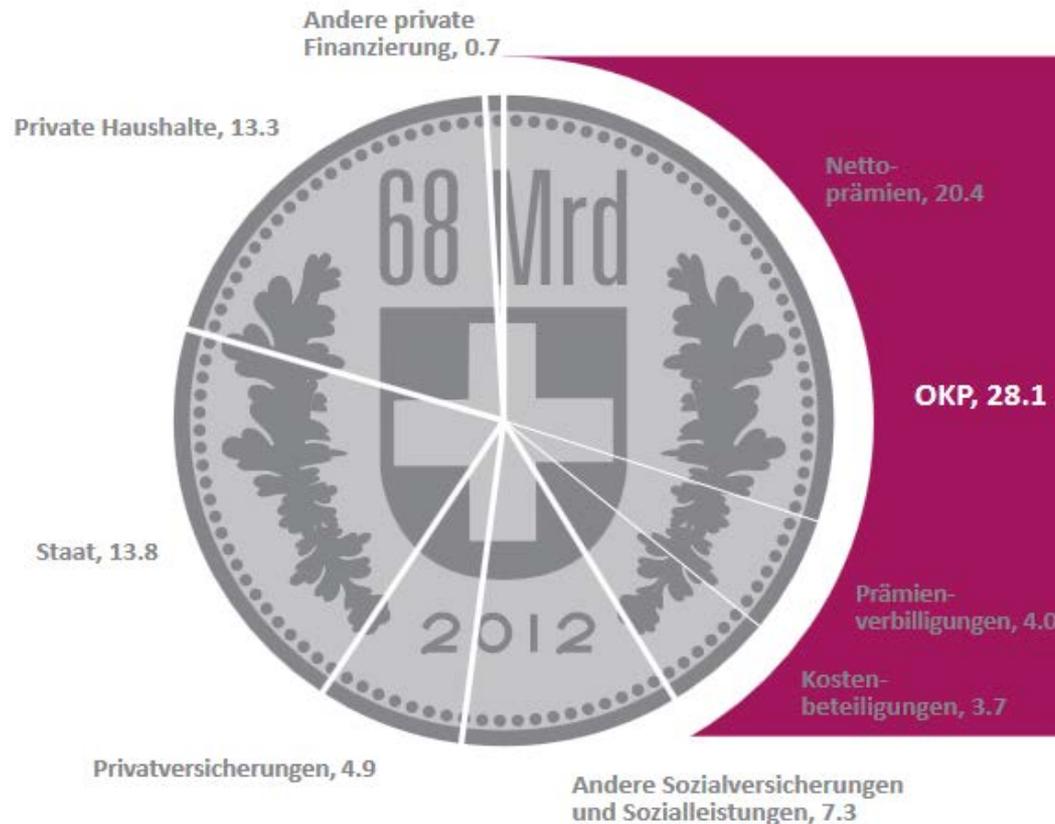
- > Versicherungs**obligatorium** für die OKP.
- > «**Vertragszwang**»: Zugang aller qualifizierten Leistungserbringer oder Gleichbehandlung bei der Selektion von Leistungserbringern?
- > Definierte **Leistungen** und **Leistungserbringer**.
- > **Aufnahme-** und Behandlungspflichten.
- > Begrenzte finanzielle **Mittel** aus Prämien.
- > **Priorisierung** und **Rationierung**: Finanzierung aller Leistungen oder Gleichbehandlung bei der Selektion von Versicherten?

- > **Leistungsausbau:**
  - Gesicherte Versorgung
  - Qualitativ hochstehende Versorgung
  - Leistungserweiterung
  
- > **Verteilungsgerechtigkeit:**
  - Ausreichende Versorgung für alle (Gerechtigkeit)
  - Keine unzumutbaren finanziellen Belastungen (Solidarität)
  
- > **Kostendämpfung:**
  - Kostengünstige Leistungserbringung (Effizienz, gutes Preis- / Leistungsverhältnis)
  
- > **Konsumentenpräferenzen:**
  - Wahlmöglichkeiten
  
- > **Krankheitsprävention:**
  - Stiftung für Gesundheitsförderung

# Finanzierungsanteile: ½ Sozialversicherungen, ¼ Steuern, ¼ private Finanzierungen

## Kosten Gesundheitswesen Schweiz nach Finanzierungsquellen

2012, in Milliarden Franken



Quelle: BFS 2014, BAG 2015, Curafutura 2015)

# Private Leistungserbringung und Organisationsprivatisierung

- > **Privatärztliche** Praxen: Vollständig privatisiert.
  
- > **Kliniken**: Verwaltungseinheiten, teilprivatisiert oder vollständig privatisiert.
  - **Verwaltungsbetriebe** mit eigenem Budget und Autonomie;
  - **Gemeinnützige AG**, exkl. Eigentums- und Aufgabenprivatisierung (Aktien Kanton, Leistungsaufträge) – Bsp. **UPD**;
  - **Renditeorientierte AG**, inkl. Eigentumsprivatisierung, teilweise Aufgabenprivatisierung (Leistungsaufträge) – Bspe. **private Anbieter**.
  
- > Folgen: Leistungsanbieter als **Unternehmer**.
  - «Die Selbständigkeit verstehen die UPD als Chance, auf der Basis gesunder Finanzen an der Qualität der Leistungen für ihre Anspruchsgruppen zu arbeiten und neue Angebote zu entwickeln» (Geschäftsbericht UPD 2016, S. 6).
  - Kapitalmarkt für Investitionsfinanzierung.

# Was für ein soziales Gut?

- > **Soziales Gut:** Sozial zugeschriebene Bedeutung bzw. Sinn der psychiatrischen Behandlung (Walzer).
- > **Psychiatrische Behandlung** historisch Bedeutung von:
  - göttlicher Gnade,
  - Amt,
  - Sicherheit und Wohlfahrt,
  - oder, jünger, Anerkennung.
- > **Traditioneller Konflikt:**  
Sicherheit und Wohlfahrt vs. Anerkennung.
- > **Neue Konfliktlage:**  
Sicherheit und Wohlfahrt und/oder Anerkennung vs. Geld und Waren.

- > Behandlung und Betreuung als **Arbeit** statt Kunst.
- > Arbeitskraft als **Leistungsangebot** statt als nobile officium (Amt).
- > Verpflichtung zur **Gegenleistung** (Tausch) statt Honorar (Ehrengabe).
- > Beruf als Bündel von akademisierten **Arbeitsfähigkeiten** statt als besondere individuelle Begabung und Tugend.
- > Dienstleistung (direkt) und die dafür eingesetzte Arbeitskraft (indirekt) als eintauschbare **Waren** statt als Wohltätigkeit.

Diese Entwicklung ist nicht neu, sondern reicht Jahrhunderte zurück und sichert den Beteiligten eine privilegierte Stellung.

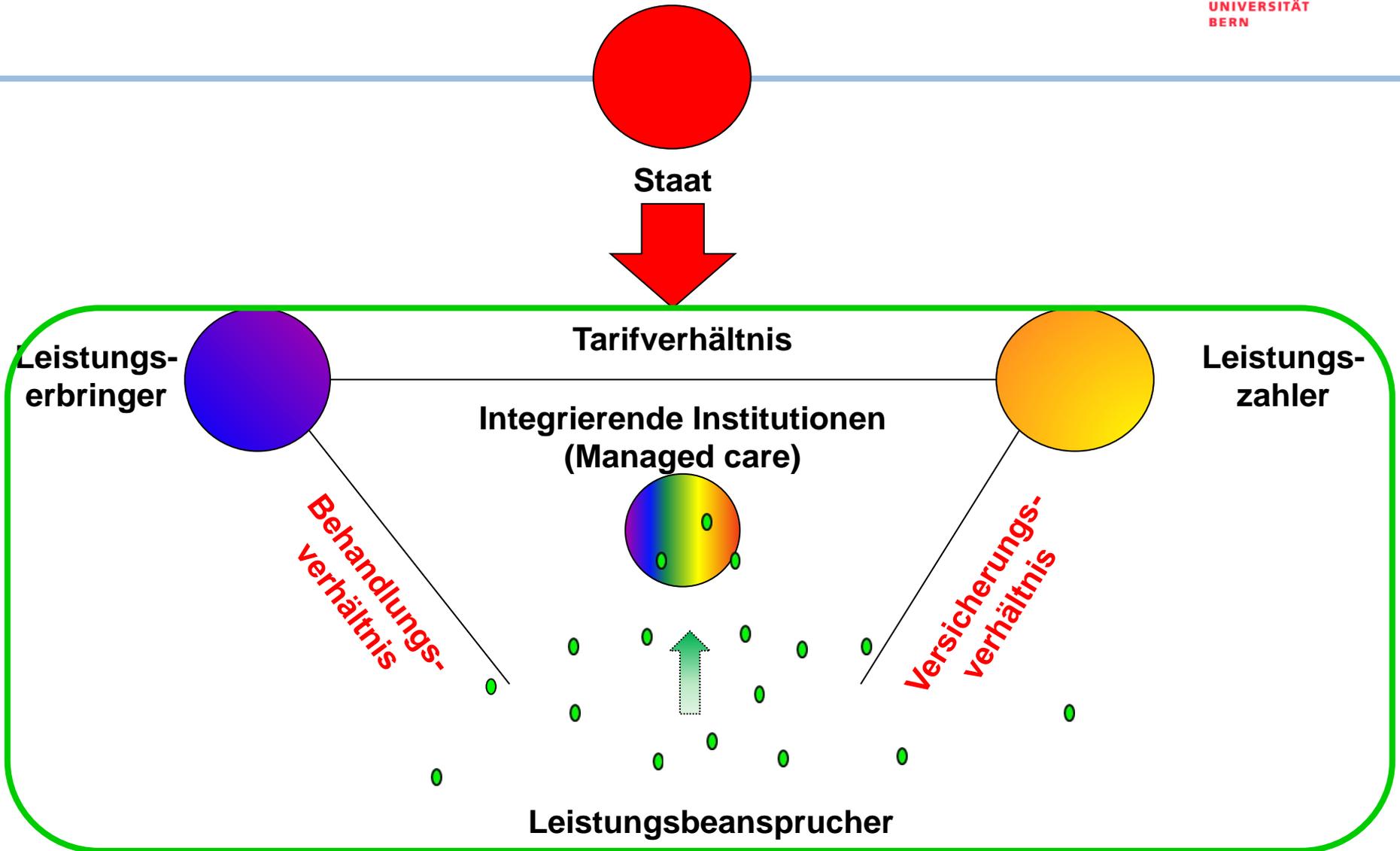
# Geldwerte Ware: Kommerzialisierung

- > Gegenleistung für Behandlung und Betreuung in **Geld** statt Naturalien.
- > Geld als **universelles** Tauschmittel, Arbeitsleistung in beliebige andere Waren umtauschbar.
- > Einkommens- und **Vermögensbildung** durch Berufstätigkeit.
- > Ermöglichungsbedingung für die **Industrialisierung** der Behandlung und Betreuung.

# Psychiatrie als Bestandteil des Gesundheitswesens, des Staates, oder der Marktwirtschaft?

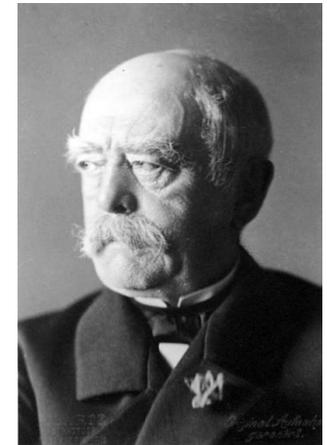
- > **Gesundheitswesen:** Ordnung der Institutionen zur **Krankheitsbehandlung und -prävention sowie der Gesundheitsförderung.**
  - Geläufig als Wort;
  - schwammig als Begriff;
  - bruchstückhaft verfasst (= stabilisiert und legitimiert).
  
- > **Staat:** Ordnung der Institutionen der **Politik.**
  - Geläufig als Wort;
  - strittig, aber gefestigt als Begriff;
  - vollständig verfasst.
  
- > **Marktwirtschaft:** Ordnung der Institutionen des **Waren- und Geldmarktes.**
  - Geläufig als Wort;
  - strittig, aber gefestigt als Begriff;
  - In den Grundzügen verfasst.

# Gesundheitswesen und Staat CH



- > Macht der Versicherer-, Spital-, Heim- und Berufsverbände.
- > **Tarifverträge**: Korporatistische Aushandlung von Leistungen, Tarifstrukturen und Tarifen sowie Qualitätsanforderungen für OKP.
- > **Gemeinnützige** OKP-Versicherung.
- > **Rendite**orientierte Praxen, ertrags- und z.T. renditeorientierte Spitäler und Heime.
- > Starker **staatlicher Einfluss**:
  - Staatliche Tarifvertrags-Genehmigung und Macht des BAG.
  - Kantonale Eigentümerschaft, Subventionierung und Regulierung.
- > **Fehlender** Einfluss der **Versicherten**.

- **Zentral-** und später auch **Osteuropa**.
- **Prämienfinanzierte Krankenversicherungen**; ursprünglich Verknüpfung Versicherungs- mit Arbeitsverhältnis.
- **Entwicklung:**
  1. Reformschritt Ausdehnung zu universeller Versicherung (NL 1968 für die erweiterte Pflegeversicherung, 2006 auch für Akutmedizin; CH 1996, B 1998, F 1999).
  2. Reformschritt Kassenwahlfreiheit der Versicherten: B, D, NL, CH; nicht A, F, L.
  3. Reformschritt Einschränkungen der freien Arztwahl durch Gatekeeping-Modelle (CH, D und F freiwillig bzw. anreizinduziert).

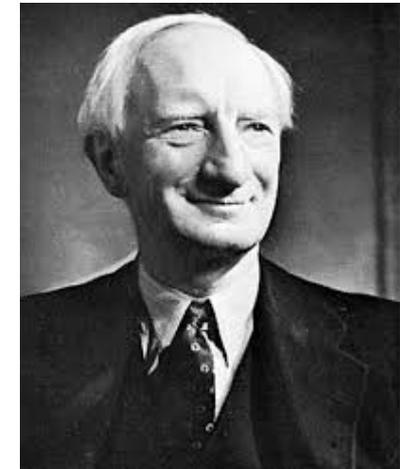


Otto von Bismarck, 1815 - 1898

Quelle: Reinhard Busse, 1 Europäische Gesundheitssysteme – Grundfragen und Vergleich, Die Volkswirtschaft 2006, <http://dievolkswirtschaft.ch/de/2006/12/busse/>

# Staat: Beveridge-Modell

- **Nordeuropa, Grossbritannien, Irland** und später auch **Südeuropa**.
- **Steuer**finanzierte Krankenversorgung, basierend auf **staatlicher** Leistungserbringung.
- **Entwicklung:**
  1. Reformschritt «Purchaser-Provider-Split»: Autonomisierung der Leistungserbringer,
  2. Reformschritt Wahlfreiheit für Versicherte,
  3. Reformschritt Dezentralisierung/Regionalisierung,
  4. Reformschritt Einbezug privater Leistungserbringer.



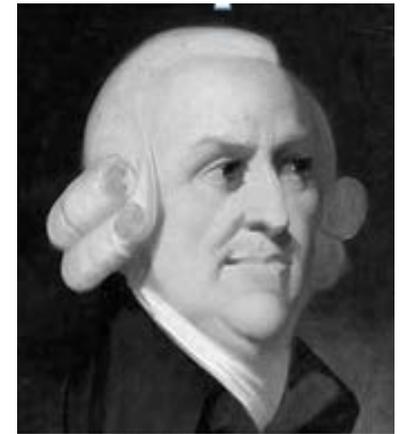
William Henry Beveridge, 1879 - 1963

Quelle: Reinhard Busse, 1 Europäische Gesundheitssysteme – Grundfragen und Vergleich, Die Volkswirtschaft 2006, <http://dievolkswirtschaft.ch/de/2006/12/busse/>

# Wirtschaft: Neoklassisches Modell

## > **Privatversicherung:**

- In USA hauptsächlich: Privatversicherung verbreitet, Mehrheit über Arbeitgeber, Minderheit persönlich;
- In Europa optional oder ergänzend:
  - Bsp. D: Privatversicherung, wählbar für Minderheit anstelle der Grundversicherung;
  - Bsp. CH: Zusatzversicherungen zum KVG.



Adam Smith, 1723 - 1790

## > **Selbstzahler:** Out of pocket.

## > **Privat** finanziert und privatwirtschaftlich angeboten, mehrheitlich renditeorientiert.

## > **Vertragsfreiheit:** Behandlung erhält, wer bezahlen kann, und behandeln kann, wer Kunden findet.

- > Der erste Aspekt der Ökonomisierung – der Warencharakter der Behandlung – ist längst Realität.
  
- > Die Abgeltung nach Tarifen anstatt Preisen
  - cacht den Warencharakter der Behandlungsleistungen,
  - bewahrt das Bild ethisch rechtfertigbarer Wohltätigkeit,
  - ermöglicht berechenbare Einkommen,
  - befreit von der Verantwortung für allfällige Selektion von Patienten.
  
- > Abgeltung nach Tarifen, korporatistische Tarifverträge und gesetzlicher Tarifschutz gewährleisten, dass die psychiatrische Behandlung trotz ihres Warencharakters Bestandteil des Gesundheitswesens bleibt.
  
- > Fehlende Lösung des Kostensteigerungsproblems in Tarifvertragsverhandlungen löst Verschiebung zu Staat (Basisversorgung) und Marktwirtschaft aus.

## 2. Individuelle Präferenzen als Massstab: Nutzenprinzip vs. Fürsorgeprinzip

---

Je nach sozialer Bedeutung der psychiatrischen Behandlung (soziales Gut) können unterschiedliche Konzeptionen für die Verteilungsgerechtigkeit gültig sein.

Die sechs Gerechtigkeitskonzeptionen gemäss Perelman (1945)\*:

- > Jedem nach seinen Verdiensten,
- > Jedem gemäss seinen Werken,
- > Jedem gemäss seinem Rang,
- > Jedem gemäss seinen Bedürfnissen,
- > Jedem das Gleiche,
- > Jedem gemäss dem ihm durch Gesetz Zugeteilten.

\* Chaim Perelman, Eine Studie über die Gerechtigkeit, in: Ders., Über die Gerechtigkeit, München 1967, 9 – 84.

# Behandlung als Sicherheit und Wohlfahrt: Bedürfnisgerechtigkeit

- > Bedürfnisgerechtigkeit als «**soziale Gerechtigkeit**», individual- und gruppenbezogen.
- > **Ausgleich von Benachteiligungen** als eine Version (Chancengleichheit, Schutzpflichten zur Gewährleistung der Voraussetzungen für die Rechte-Ausübung, Beispiel affirmative action).
- > **Sozialziele** der «notwendigen Pflege» (Art. 41 BV) bzw. der «ausreichenden Pflege und Unterstützung» (Art. 30 KV BE) für jede Person.

Nebst anderen Garantien Gewährleistungspflicht der Vertragsstaaten für

- > **Mindeststandard an Gesundheitsversorgung** aus dem Recht auf Gesundheit, namentlich
  - Zugänglichkeit vorhandener Gesundheitsleistungen auch für benachteiligte Gruppen;
  - Zurverfügungstellung von Nahrung, Wasser und Obdach soweit nötig zur Vermeidung von Gesundheitsschäden;
  - Bereitstellung der wichtigsten Medikamente;
  - Bereitstellung von Einrichtungen der Geburts- und Säuglingspflege für alle Frauen;
  - Impfprogramme und weitere Massnahmen gegen epidemische und endemische Krankheiten;
  - Massnahmen zur Gesundheitserziehung;
  - Qualitativ angemessene Ausbildung für Medizinalpersonen.
- > **Weitergehende** Gewährleistungspflichten für **Personen im Gewahrsam** der Vertragsstaaten (Inhaftierte, fürsorgerisch Untergebrachte).

# Behandlung als Anerkennung: Gleichbehandlungsgebot (Art. 8 Abs. 1 BV)

- > Menschenrechtlicher Gehalt.
- > Grundsatz und gerichtlich durchsetzbarer Anspruch.
- > Geltung für Rechtsetzung und Rechtsanwendung.
- > Bedeutung gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung:
  - **Tatsächlich Gleiches rechtlich gleich** und
  - **tatsächlich Ungleiches rechtlich ungleich** behandeln.

Wichtige **materiale Gerechtigkeitskriterien** sind die **Menschenrechte**. Viele von ihnen sind im schweizerischen Verfassungsrecht als **Grundrechte** gewährleistet (Art. 7 - 36 BV).

## Botschaft S. 1780 zum Behindertengleichstellungsgesetz:

### Zu Art. 2 Benachteiligung (konkretisiert Art. 8 Abs. 4 BV):

Rechtlich oder tatsächlich andere Behandlung als nicht Behinderte **und** ohne sachliche Rechtfertigung schlechter gestellt als diese,

**oder**

fehlende rechtlich oder tatsächlich andere Behandlung, obwohl diese zur tatsächlichen Gleichstellung Behinderter und nicht Behinderter notwendig wäre.

### Zu Art. 6 Diskriminierung (konkretisiert Art. 8 Abs. 2 BV)

- > Qualifizierte, d.h. besonders krasse unterschiedliche, benachteiligende und meist auch herabwürdigende Behandlung von Behinderten, mit
- > Segregations- bzw. Ausgrenzungswirkung, d.h. Ausschluss Behinderter von bestimmten Aktivitäten.

# Behandlung als geldwerte Ware: Nutzenprinzip

«Mit dem **Prinzip des Nutzens** ist jenes Prinzip gemeint, das jede beliebige Handlung gutheißt oder missbilligt entsprechend ihrer Tendenz, das Glück derjenigen Gruppe zu vermehren oder zu vermindern, um deren Interessen es geht [...]. Mit ‚Nutzen‘ ist diejenige Eigenschaft an einem Objekt gemeint, wodurch es dazu neigt, Wohlergehen, Vorteil, Freude, Gutes oder Glück zu schaffen.»

*(Jeremy Bentham, Introduction to the Principles of Morals and Legislation, zuerst erschienen 1789)*

- > „**Nutzen**“ (benefit, Ergebnis) ist verschieden von „Nützlichkeit“ (utility, Mittel).
- > **Wohlergehen** als philosophische Version des Nutzens.
- > **Individuelle Präferenzen** als Massstab.
- > **Technische** Mittel und **pragmatisches** Vorgehen zur Nutzenoptimierung.
- > **Absage** an die Begründbarkeit objektivierbarer, universal gültiger **Wertvorstellungen**.

# Grösstmöglicher Nutzen für die grösstmögliche Zahl

«Ein **Pareto-Optimum**, benannt nach **Vilfredo Pareto** (1848–1923), ist ein Zustand der Gesamtwirtschaft, in dem niemand besser gestellt werden kann, ohne dass ein anderer schlechter gestellt wird. Das Pareto-Optimum ist der **normative** Schlüsselbegriff der Neoklassischen Theorie und das Gegenstück zum **positiven** Begriff des Gleichgewichts. Das **Erste Wohlfahrtstheorem** verbindet diese beiden: Hiernach ist ein Gleichgewicht bei vollkommenem Wettbewerb stets ein Pareto-Optimum. Dieser Satz ist mathematisch beweisbar und die **Fortentwicklung der intuitiven Vorstellung einer "unsichtbaren Hand"**: Unter idealisierenden Annahmen führt Marktwirtschaft nicht zu Chaos, sondern zu einem gesellschaftlich wünschenswerten Zustand.»

Quelle Wikipedia

Der konsequenzialistische und utilitaristische Ansatz des ökonomischen Denkens gebe vor, «wertfrei» zu sein, aber «in Wirklichkeit hätten die der Pareto-Optimalität verpflichteten Ansätze in ihren Modellen bereits verschiedene normative Rechte (Eigentum, Tausch usw.) stillschweigend inkorporiert.»

Quelle NZZ: <https://www.nzz.ch/article8DOUQ-1.423760>.

# Nutzen- und präferenzbestimmte Qualitätsindikatoren

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**; CH) misst Qualität anhand folgender Indikatoren ([\\* http://www.anq.ch/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus/](http://www.anq.ch/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus/))

- > **Patientenzufriedenheit**,
- > **Elternbefragung** zur Zufriedenheit mit der Behandlung ihres Kindes,
- > **Wundinfektion**smessung Swissnoso,
- > Rate der potentiell vermeidbaren **Reoperationen**,
- > Rate der potentiell vermeidbaren **Rehospitalisationen** Prävalenzmessung, **Sturz und Dekubitus**,
- > Prävalenzmessung **Dekubitus Kinder**,
- > SIRIS – **Implantatregister**

Homepage BAG – «Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler»:

- Typ F: **Fallzahlen** (z. B. Anzahl stationäre Behandlungen wegen Lungenkrebs)
- Typ M: **Mortalität** (z. B. Mortalität aller Herzinfarktpatienten über 19 Jahre)
- Typ P: **Anteilswerte** (z. B. Anteil Kaiserschnitte an der Anzahl Geburten)
- Typ S: **Spezialinformation** (Mittelwert des Barthel-Index\*\* bei Aufnahme)

# Nutzen- und präferenzbestimmte Lebenswert-Messung

- > Quality-adjusted life years (**QALY**) oder Disability-adjusted life years (**DALY**) als Versionen der **Kosten-Nutzwert-Analyse**.
  
- > Erhebung von **subjektiven Präferenzen** in empirischen Studien:
  - **Time-Trade-off**: «Wie viele Jahre von meinem Leben bin ich bereit, abzugeben, wenn ich dafür stets ohne jedwede gesundheitliche Einschränkungen leben kann?»
  - **Standard-Lotterie**: «Welche Todeswahrscheinlichkeit würde ich für eine vollständige Heilung in Kauf nehmen?»
  - **Rating-Skalen**: Bewertung des eigenen Gesundheitszustands auf einer Skala zwischen definierten Endpunkten, z.B. Tod und bester Gesundheit.
  
- > Wirksam geworden in der **CH-Rechtsprechung** (Myozyme-Entscheid, BGE 142 V 478).

# Medizinische Indikation und Prognose: Bedürfnisgerechtigkeit oder Nutzenprinzip?

- > **Medizinische Kriterien** wie „medizinische Dringlichkeit“, „medizinischer Nutzen“, „medizinische Sinnlosigkeit“ oder „medizinische Schädlichkeit“ sind allgemein und abstrakt.
- > In der **Praxis** Tendenz zu von subjektiven Wertungen bestimmten **zusätzlichen Kriterien** für konkrete Entscheidungen - in der Regel ohne Wissen des Patienten (verdeckt) und / oder nicht ausgewiesen (implizit).
- > .
- > Beispiel **Untersuchung Halper bzgl.** Nierenpatienten GB: Zusätzliche Entscheidungskriterien von Ärzten in der Praxis z. B.
  - starre Altersgrenze,
  - psychische Problematik,
  - Arbeitslosigkeit,
  - Nichtakzeptieren der Krankheit, oder
  - Intelligenzquotient.

„Teilweise noch heute ... wird die **Abkehr vom wichtigsten Behandlungsprinzip der Individualmedizin** bemängelt: **demjenigen zuerst zu helfen, der die ärztliche Hilfe am nötigsten braucht**. Beim **Triagieren** wird nach anderen Kriterien entschieden, zu welchem Zeitpunkt ein Verletzter welche Behandlung erhält. Das Verfahren zielt auf ‚den **größtmöglichen Nutzen für viele**‘, wie es im ‚Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall‘ heißt. Anders ausgedrückt: Schwerstverletzte mit nur geringer Überlebenschance werden so lange nicht behandelt, bis ausreichend Ärzte und Logistik für alle Verletzten zur Verfügung stehen. .... Kontrovers diskutieren die Teilnehmer die **Einordnung der Verletzten in die entsprechenden Kategorien**. ‚Es gibt viele Fälle, die nur schwer zu bestimmen sind‘, räumt Übungsleiter Bubser ein. .... Nicht minder umstritten ist die **Rolle des triagierenden Arztes** im Einsatz. Der Theorie zufolge muss dieser beim Sichten **auf jegliche Behandlungsschritte verzichten** und sich auf die Zuordnung der Opfer beschränken. Selbst das kurzzeitige Abdrücken einer offenen Halsschlagader wäre nicht zu vereinbaren.“

*(Timo Blöss, Zwang zur Selektion, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, H. 33, S. 2216 ff., 2216, 2218)*

- > In Begründungen für psychiatrische Behandlungen sind oft fürsorgliche und Nutzengründe vermengt.
  
- > Die Orientierung am Nutzenprinzip
  - verweist auf faktische subjektive Präferenzen von Personen und Organisationen,
  - blendet implizierte Wertungen systematisch aus und entzieht sie damit der Kritik,
  - verlagert den Fokus vom Behandlungsprozess auf die Behandlungsergebnisse.
  
- > In der Konkretisierung und Anwendung resultiert
  - die Orientierung an Fakten und Zahlen (Beispiele: Kennzahlen, Qualitätsindikatoren, QALY und DALY, u. a. m.), und
  - eine De-Legitimierung der psychiatrischen Behandlung.

# 3. Effizienzdruck als Motor der Angebotslogik: Ökonomischer vs. ethischer Verstand

---

Beispiel **Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften** Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG Art. 55b) betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs 2014:

- > **Vorrang der Versorgungssicherheit und –qualität** der Bevölkerung;
- > „Rückwanderung“ von EU-Ärztinnen und Ärzten und **fehlende ärztlicher Nachwuchs** gerade für die ambulante Versorgung;
- > Pensionierungen und Feminisierung mit **Teilzeitpensen**;
- > **Bessere Entschädigung** v.a. Notfalldienst als Gegenmittel für Versorgungssicherheit;
- > Einschränkung der Zulassung zur Berufsausübung durch **höhere WB-Anforderungen** als Gegenmittel für Versorgungsqualität;
- > Freie Einigung der **Kantone mit Ärztesgesellschaften** auf **Kriterien für Über-/Unterversorgung**;
- > Ausweitung des **Kostenvolumens** wg Demographie, Wachstum der Bevölkerung und medizinischem Fortschritt, **kein Einfluss der ärztlichen Leistungserbringer**.

# Lebenserwartung und Gesundheitszustand



## DEU Deutschland

## AUT Österreich

## CHE Schweiz

### Indikatoren

Lebenserwartung  
80.9 Jahre

Platzierung:  
21 / 38



### Indikatoren

Lebenserwartung  
81.2 Jahre

Platzierung:  
17 / 38



### Indikatoren

Lebenserwartung  
82.9 Jahre

Platzierung:  
3 / 38



### Genderdifferenzen

1.06 Männer Frauen

Platzierung:  
14 / 38



### Genderdifferenzen

1.07 Männer Frauen

Platzierung:  
18 / 38



### Genderdifferenzen

1.05 Männer Frauen

Platzierung:  
12 / 38



### Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands

64.9%

Platzierung:  
26 / 38



### Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands

68.6%

Platzierung:  
19 / 38



### Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands

80.7%

Platzierung:  
7 / 38



### Trend

+0.0%

durchschnittlicher jährlicher Anstieg  
seit 2008

### Trend

+0.0%

durchschnittlicher jährlicher Anstieg  
seit 2008

### Trend

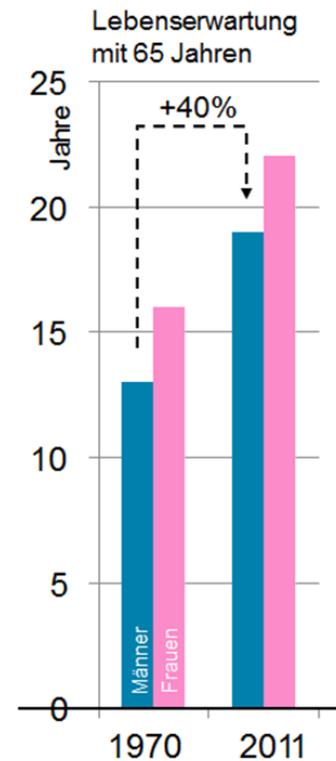
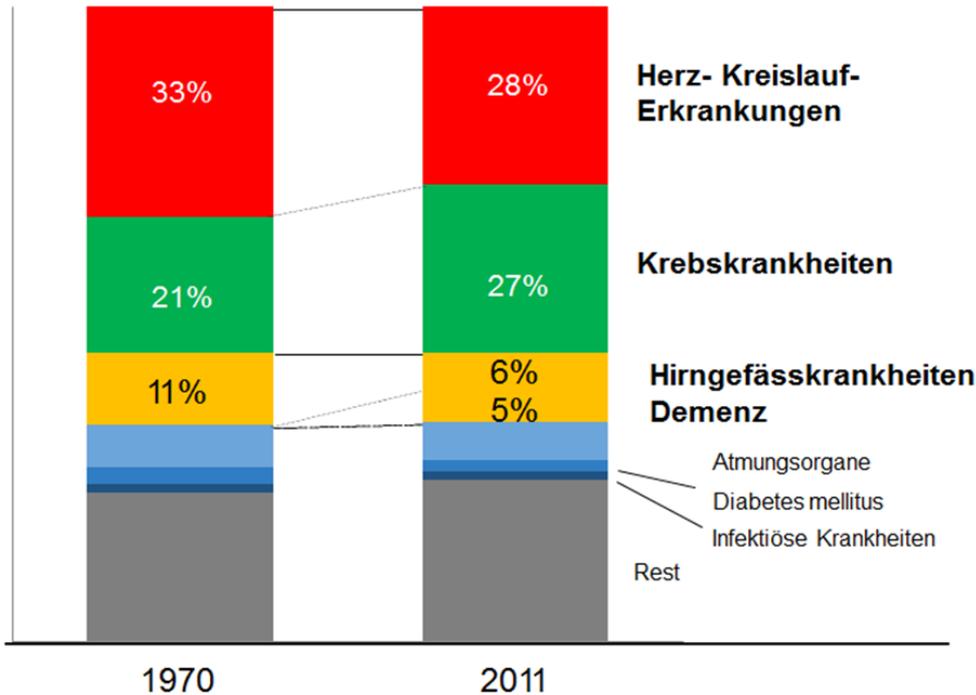
+0.0%

durchschnittlicher jährlicher Anstieg  
seit 2008

Quelle:  
<http://www.oecdbetterlifeindex.org/de/topics/health-de/>

# Todesursachen und Lebenserwartung

## Todesursachen Schweiz 2011



Quelle BFS2013

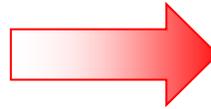
## Akute Erkrankungen:

Zeitlich begrenztes,  
konzentriertes

Massnahmenpaket,

mit dem Ziel,

den vorherigen Status wieder  
herzustellen (restitutio ad integrum).



## Chronische Erkrankungen:

Zeitlich gestreckter  
Behandlungsprozess  
mit  
dem Erkrankungsverlauf  
angepassten Interventionen,

mit dem Ziel,

den Fortschritt der  
Behandlung zu bremsen.

# Traditionelle sozialstaatliche Versorgungslogik

Vom Nachwächter- zum **Interventionsstaat**: Von der Regulierung zu spezifischen Zweckprogrammen.

- > Reproduktion der **Arbeitskraft**, Sicherung der **Massenloyalität**
- > Sozialstaatliche Versorgungslogik als Deckung des generell-abstrakt definierten **Not- und Grundbedarfs**.

# Entwickelte sozialstaatliche Versorgungslogik

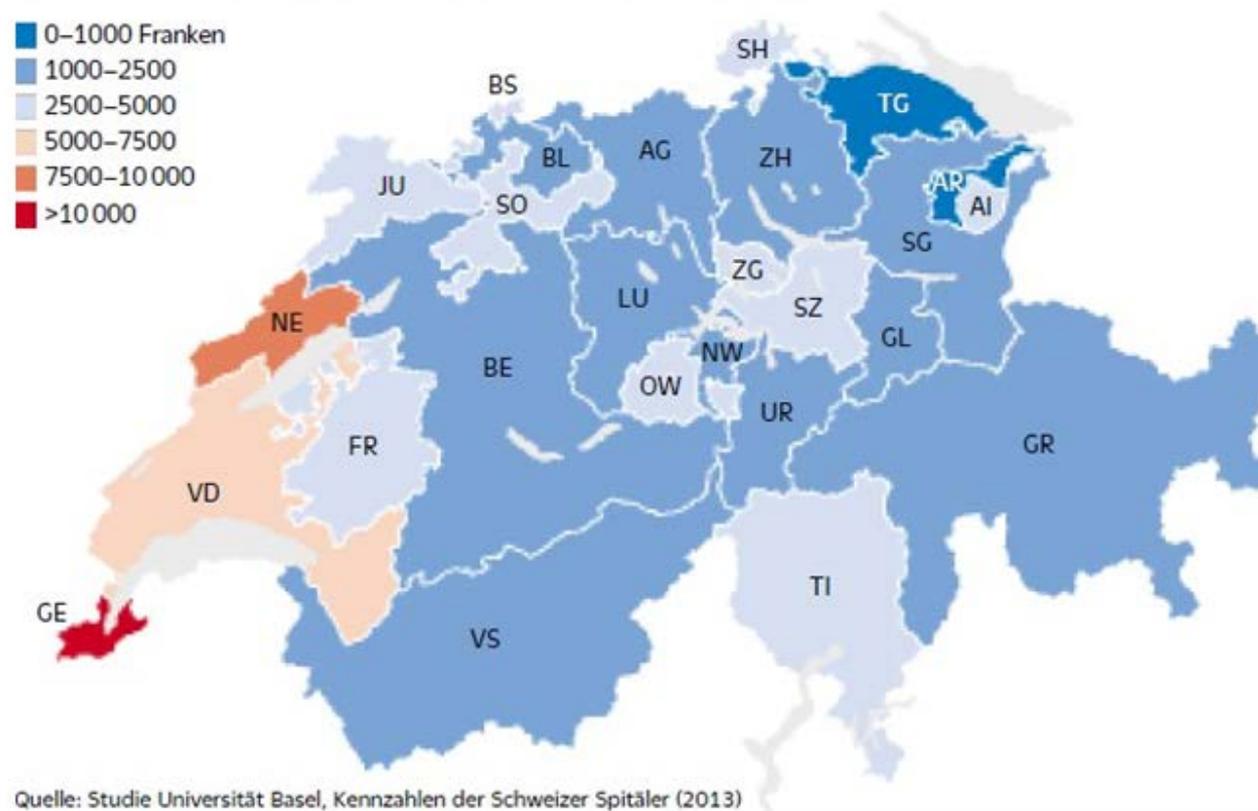
Vom Interventions- zum **Wohlfahrtsstaat**: Von Zweckprogrammen zur umfassenden Planung und Versorgungsregelung

- > Individualisierung, Abnahme der traditionellen sozialen Netze von Familie und Nachbarschaft; **kompensatorischer Ausbau von gesellschaftlich organisierten und institutionalisierten Hilfs- und Infrastrukturangeboten.**
- > Intensivierung der Arbeitszeit (Berufskrankheiten iwS), zunehmende Arbeitsteilung, Konzentration der Bevölkerung in Ballungsräumen, **abnehmende Massenloyalität.**
- > Quantitativ und qualitativ **wachsende Nachfrage nach Versorgungsleistungen** als Folge.

# Subventionen der Kantone

## So subventionieren die Kantone ihre Spitäler

### Gesamtsubventionen nach Kanton und stationärem Fall



# Über-, Unter-, Fehl- oder Idealversorgung?

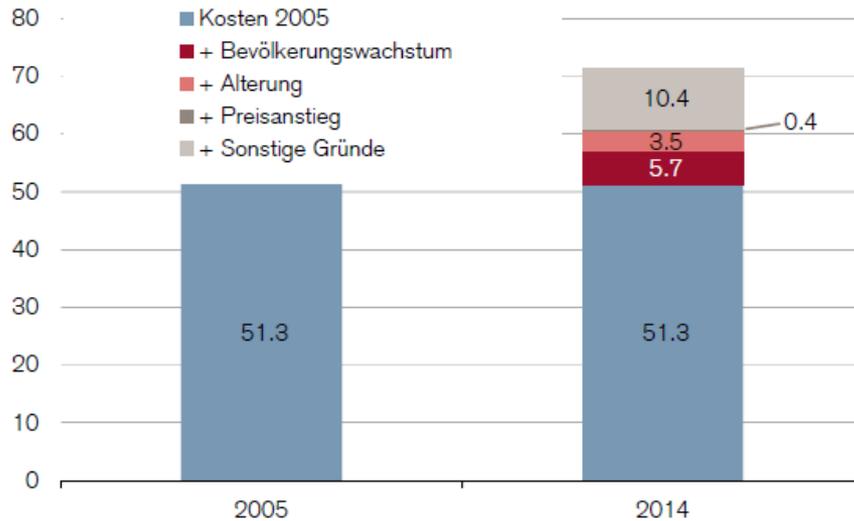
Im internationalen Quervergleich hat die Schweiz

- > eine mittlere Ausstattung mit Gesundheitspersonal / 1000 Einwohner,
- > eine mittlere Bettendichte / 1000 Einwohner (Tendenz stark sinkend),
- > eine mittlere Aufenthaltsdauer in Akutspitälern,
- > eine sehr hohe Dichte an Spitälern,
- > die tiefste Zahl von Betten pro Spital,
- > die tiefste Zahl von Akutbetten,
- > die höchste Bettenbelegung,
- > fast die höchste Ausstattung der Spitäler mit bildgebender Technik,
- > die zweithöchsten Gesundheitsausgaben in Europa.

# Steigende Gesundheitsausgaben

## Gründe für Kostenwachstum zwischen 2005 und 2014

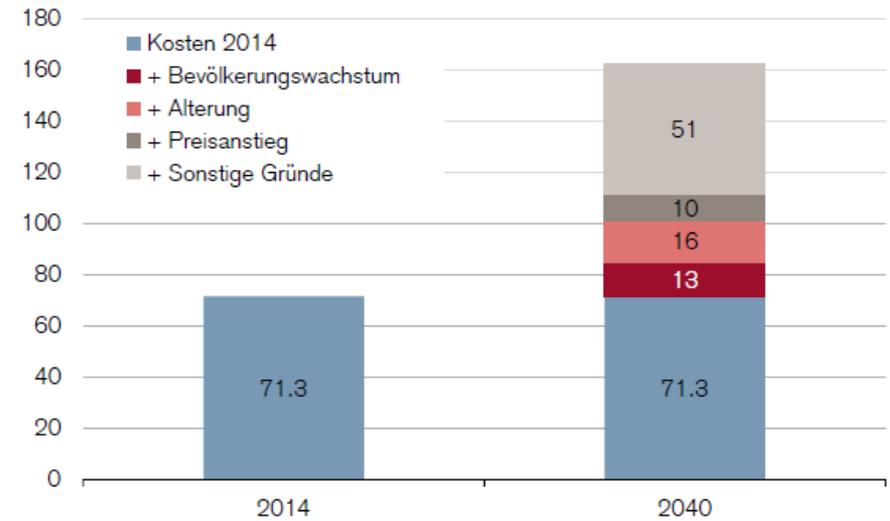
In CHF Mrd.



Quelle: Bundesamt für Statistik, Credit Suisse

## Erwartete Gründe für Kostenwachstum bis 2040

In CHF Mrd.



Quelle: Bundesamt für Statistik, Credit Suisse

# Wirtschaftlichkeitserfordernis im KVG: Effizienzforderung

- > Artikel 32 Absatz 1 KVG: **WZW**  
«<sup>1</sup> Die Leistungen nach den Artikeln 25-31 müssen wirksam, zweckmässig und **wirtschaftlich** sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.»
- > Art. 56 Abs. 6 KVG (seit 1.1.2013 in Kraft):  
«Leistungserbringer und Versicherer legen **vertraglich** eine **Methode zur Kontrolle** der Wirtschaftlichkeit fest.» [i. e. in Tarifverträgen].
- > Gerichtlich anerkannte **Beweismethode**:  
bis heute **Durchschnittskostenvergleich** (durchschnittliche Behandlungsfallkosten pro Arzt über best. Zeitraum verglichen mit Ärztekollektiv).

# Effizienzdruck durch die TARMED-Revision

Revision TARMED 2017 (Übergangslösung, Inkrafttreten **1. 1. 2018**)\*:

- > Ziel = Einsparungen von 700 Mio. CHF durch Erhöhung der **Effizienz und Transparenz**;
- > **Kostenneutralität** als Bedingungen;
- > **Ansätze nach Funktion** anstatt nach Dignität / Weiter- und Fortbildungen, einheitliche Dauer der WB gemäss MedBG;
- > **Neubewertung gewisser** Leistungen, Senkung der Minutage (z.B. für Kataraktoperationen);
- > Tarifpositionen für Leistungsverrechnung **in Abwesenheit des Patienten** präziser definiert und limitiert.

\* Subsidiäre Kompetenz des Bundesrates in Artikel 43 Absatz 5 und 5bis KVG;

# Effizienzdruck durch die TARPSY-Einführung

Einführung von TARPSY per 1.1.2018:

- > Ziel = Erhöhung der **Effizienz** in der stationären Akutbehandlung;
- > **Transparenz** durch Unternehmensvergleiche;
- > **Benchmarking** und **Yardstick competition** (Andrei Shleifer) als Annäherung an den Preiswettbewerb:  
Die vorzugebende Preissenkungsrate ist orientiert am durchschnittlichen Produktivitätsfortschritt der Branche (Yardstick!).

- > Optimierung Personal-Betten-Verhältnis
- > Optimierung Technik-Fälle-Verhältnis
- > Guidelines zur Verhinderung von Über-, Unter- und Fehlversorgung
- > Patienten- bzw. fallorientierte Behandlungspfade

## Patienten- bzw. fallorientierte Behandlungspfade



«Das Primat der schnellen, effizienten Leistungserbringung kontrastiert mit dem langsamen Prozess der Krankheitsverarbeitung und des **inneren Erlebens auf Seite des Patienten**. Dieser Konflikt wirft unterschiedliche Fragen auf. Es handelt sich aber nicht nur um solche von medizinischer und ökonomischer Art. Auch rechtliche, soziale und ethische tauchen auf. ... Die Maschinerie der schlanken schnellen Prozesse kommt zum Stillstand, wenn der Patient in seiner Verzweiflung die Reissleine zieht, «Stopp!» sagt und sich der Behandlung entzieht.»

Claudio S. Rüegg, Ein-Austrittsmanagement – Modelladaptation DIM-Eintritt. Masterarbeit MAS Health Administration Bern, 2016, Vorwort S. II.

Und **das innere Erleben aus Seite von Geschäftsleitung und Beschäftigten?**

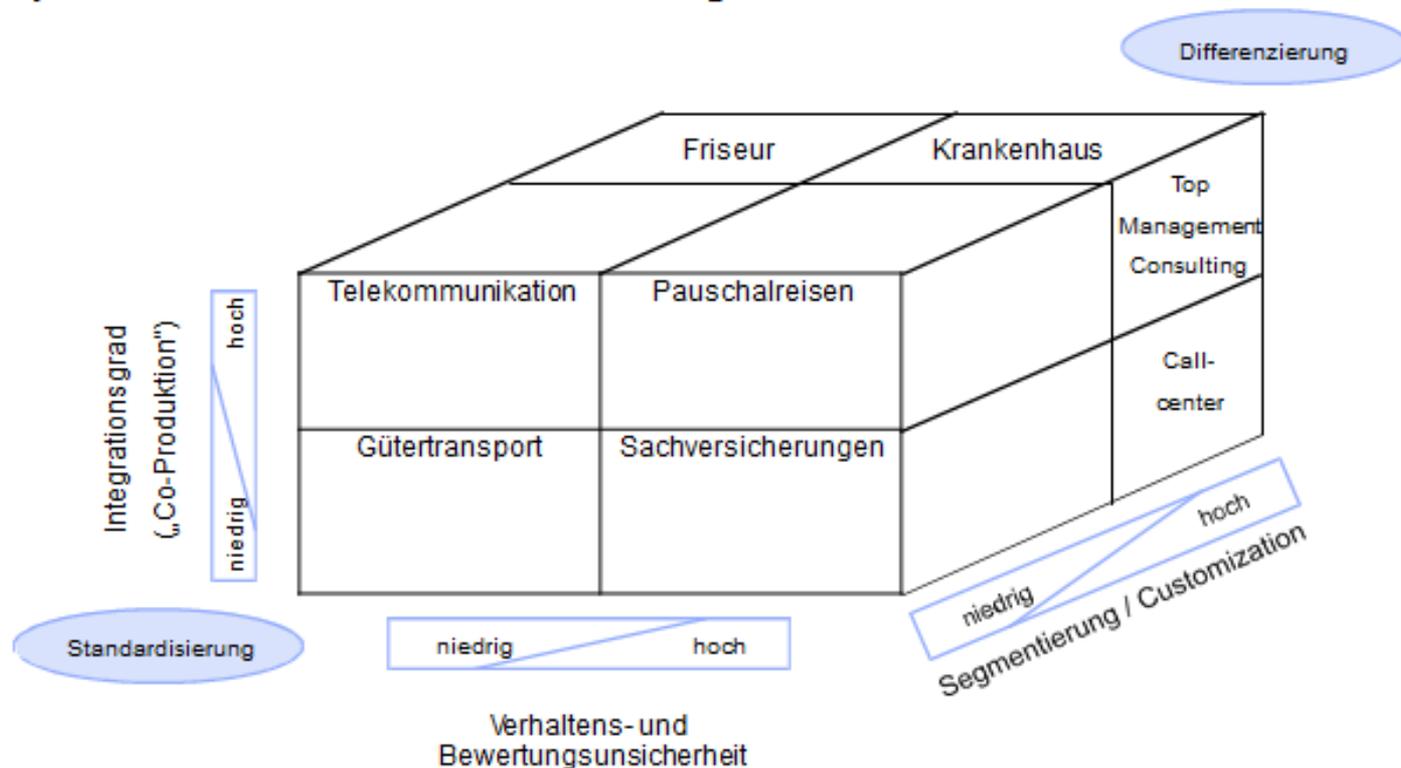
Angesichts der Konflikts zwischen kantonalen Versorgungs- und Eigentümerinteressen Flucht in egoistische Interessen an Betriebserfolg und -erhaltung oder an persönlichem beruflichem Fortkommen?

Anbieter von psychiatrischen Behandlungen reagieren auf den Effizienzdruck mit:

- > **Angebotslogik:** Mehrwert für Kunden schaffen – wenn möglich einzigartigen Nutzen, um sich der Austauschbarkeit zu entziehen.
- > **Ertragslogik:** Mehrwert monetarisieren, d.h. in Gewinn umwandeln.
- > **Wertschöpfungslogik:** Welche der Produkte, Services und Projekte leisten welchen Beitrag zum Unternehmenserfolg, zur Wirkung des Unternehmens und zur Effizienzsteigerung?

# Standardisierung der Behandlungen

- > Hochintegrierte, hoch massgeschneiderte («customized»), hoch verhaltens- und bewertungsunsichere Leistungsangebote.



Quelle Schema: Andreas Hack, 2016

## Mengenausweitung und Hypothese der **angebotsinduzierten Nachfrage**:

- > Mit steigender Ärztedichte nimmt die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen pro Kopf der Bevölkerung zu.
- > Annahme: Ärzte streben ein bestimmtes Zieleinkommen an, mit Folge von Über-, Unter- und Fehlbehandlungen.

## Mögliche **Einwände**:

- > Permanenter Nachfrageüberhang?
- > Verringert die steigende Ärztedichte die indirekten Kosten eines Arztbesuchs (Kompensation bestehender Unterversorgung)?
- > Sind die Unterschiede in der Ärztedichte Folge eines unterschiedlichen regionalen Bedarfs an Ärzten?

- > **Wohlfahrtsökonomik** als Antwort auf kritisiertes Marktwirtschaftsversagen:
  - Bei vollkommenem Wettbewerb ist jedes (allgemeine) Wettbewerbsgleichgewicht ein Pareto-Optimum (1. Hauptsatz);
  - damit das Pareto-Optimum gerecht erscheint, genügt es, die Anfangsausstattungen der Marktteilnehmer anzupassen (2. Hauptsatz).
  
- > **Public choice-Ökonomik** als Antwort auf kritisiertes Staatsversagen:
  - Rent-Seeking, Lobbyismus, darum höhere Kosten als in Marktwirtschaft.
  
- .
  
- > **Neue Institutionenökonomik** als Antwort auf kritisierteres Versagen sowohl wirtschaftlicher als auch staatlicher Organisationen:
  - Transaktionskostentheorie, Prinzipal-Agent-Theorie, asymmetrische Information, Opportunismus und Opportunitätskosten;
  - begrenzte Rationalität des Verhaltens.

# Partner, Kunden und Produkte: Sprache als Veränderung der Wahrnehmung

- > Behandelte Personen werden von Patienten oder Mitentscheidenden (geteilte Verantwortung) zu **Kunden**, Angehörige und Zuweiser zu **Partnern**, Behandlungen zu **Produkten**.
- > Zum **Produkt** werden die behandelten Personen, wenn sie selber oder ihre persönlichen Daten gegen geldwerte Vorteile Unbeteiligten überwiesen werden.

# Unternehmen: Wahrnehmung als Veränderung des Handelns

- > Gewinnchancen für Krankenhäuser mit überdurchschnittlicher **Produktivität**.
- > Fokusverschiebung auf **Deckungsbeiträge**.
- > **Auslagerung** von defizitären Behandlungen.
- > Wachsende Bedeutung der zwischenbetrieblichen **Vernetzungen**;
- > Aufbau von Präferenzen für die eigene Produkte bei Kunden und Partnern durch:
  - **Push-Marketing**: An Zuweiser gerichtet, also allgemeinärztliche und andere Praxen, Rettungsdienste, Seelsorge, Versicherer (Bsp. Invalidenversicherung), Staat (Bsp. Zwangsmassnahmen).
  - **Pull-Marketing**: Direkt an potentiell behandlungsbedürftige Personen (bzw. deren soziales Netz) gerichtet.

# Perspektive des ökonomischen Verstandes

- > Menschenbild des «**homo oeconomicus**».
- > Abstellen auf vorausgesetzte **subjektive rationale Präferenzordnung**.
- > Rangordnung unter Güterbündeln gemäss ihrem subjektiven Nutzen (**Nutzenfunktion** auf der Mikroebene).
- > **Wirtschaftlichkeitsprinzip** als ökonomisches Handlungs-Grundprinzip (Input-output-Relation).
- > Individuelle **Nutzen-** (private Haushalte) resp. **Gewinn-** (Unternehmen) **Maximierung** oder Aufwandminimierung.
- > **Formaler und instrumentaler** Charakter der ökonomischen Rationalität (mathematisches Denken; deskriptiv oder normativ gemeint).

- > Menschenbild des (er)leidenden oder autonomen Menschen.
- > Abstellen auf veränderliche subjektive Meinungen, Überzeugungen und Gefühle.
- > Gewichtung von Gütern (Gegenständen oder Vorgängen) gemäss vorausgesetzten objektiven Werten und / oder Prinzipien.
- > Fürsorge-, Autonomie- und Gerechtigkeitsprinzip als ethische Handlungs-Grundprinzipien.
- > Individuelles Streben nach Sinnerleben.
- > Formaler oder materialer Charakter der ethischen Rationalität (hermeneutisches Denken; deskriptiv oder normativ gemeint).

- > Der dritte Aspekt der Ökonomisierung – die Unterwerfung unter den ökonomischen Verstand – ist im Gang.
- > Sein Siegeszug wird ermöglicht durch eine medizinische, ethische und politische Perspektive und Versorgungslogik, die den wirtschaftlichen Kosten der Behandlung zu wenig Rechnung trägt und zu unkontrollierbaren Kostensteigerungen für die OKP führt.
- > Der Effizienzdruck durch die TARMED-Revision und die TARPSY-Einführung, der dem ökonomischen Verstand entspringt, wird die psychiatrische Behandlung mittelfristig erheblich verändern.
- > Je weitergehend die Psychiatrie die ökonomische Sprache übernimmt und von ökonomischen Theorien gesetzten Konzepten und Lehrsätzen folgt, desto gründlicher übernimmt sie die Wahrnehmung des ökonomischen Verstandes.

- > Universale Theorien und Erzählungen schliessen die drei Aspekte (faktische Institutionen, Legitimation und Verstandesform) zu **symbolischen Sinnwelten** zusammen.
- > Jede dieser Sinnwelten versteht sich in ihrem Selbstverständnis als die **Welt überhaupt**, als die ganze Welt.
- > Die ökonomische Welt steht im **Widerstreit** mit der medizinisch-ethischen ebenso wie mit der politischen Welt.
- > Weil der Widerstreit unlösbar ist, bleibt nur die **Einübung in einen pragmatischen Umgang** mit dem Widerstreit.
- > Ein solcher Umgang kann darin bestehen, im konkreten Fall für **spezifische Konflikte** eine Übereinkunft zu suchen, auf der Grundlage von **sozialem Tausch** und Verhaltenskonventionen als **Spielregeln**.

---

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!