

Mehr Versorgungsqualität und mehr Wirtschaftlichkeit : vom öffentlichen Nutzen privater Kliniken

Autor(en): **Bider, Robert Heinrich / Nef, Robert**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Monatshefte : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft, Kultur**

Band (Jahr): **80 (2000)**

Heft 10

PDF erstellt am: **16.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-166323>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Robert Heinrich Bider, geboren 1947, promovierte 1980 zum Dr. sc. techn. an der ETH Zürich. Nach einer Assistenz bei der Verwaltungsdirektion des Universitätsspitals Zürich leitete er den Bereich Betriebswirtschaft des Schweizerischen Krankenhauses in Aarau und wechselte 1985 in die Hirslandengruppe (7 Kliniken in der Schweiz), die er seit 1990 als Direktionspräsident leitet.

MEHR VERSORGUNGSQUALITÄT UND MEHR WIRTSCHAFTLICHKEIT

Vom öffentlichen Nutzen privater Kliniken. Ein Gespräch mit Robert Heinrich Bider, dem Direktionspräsidenten der Hirslandengruppe.

Die ausländischen Nachbarn beobachten die Entwicklungen im schweizerischen Gesundheitsbereich mit Interesse. In Deutschland ist man sogar der Ansicht, dass die vor knapp fünf Jahren im Zusammenhang mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz KVG eingeführten Änderungen geradezu vorbildlich sind. Dabei wurden «marktwirtschaftliche Elemente in das Modell eines solidarischen Gesundheitswesens integriert». In der Schweiz überwiegen hingegen die kritischen Stimmen zu diesem Gesetz. Die Sozialdemokraten stellen das aus ihrer Sicht unsolidarische Kopfprämiensystem in Frage, während bürgerliche Parteien die steuerfinanzierten Spitalsubventionen und den umfangreichen Katalog der Pflichtleistungen kritisieren. Wo sind die kritischen Punkte aus der Sicht eines privaten Anbieters? Robert Nef diskutierte darüber mit Robert Bider.

Robert Nef: Was brachte die Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) bislang?

Robert Bider: Tatsächlich brachte die Revision des KVG unter den Krankenkassen etwas mehr Wettbewerb. Wettbewerb ist aber kein Selbstzweck. Auch im Gesundheitswesen steht er im Dienst von zwei Zielen: Kostensenkung und Qualitätssteigerung. Ob wir durch das KVG diesen beiden Zielen wesentlich näher gekommen sind, bezweifle ich. Insgesamt ist der Gesundheitsmarkt auch in der Schweiz stark reguliert und staatlich fremdbestimmt. Was die Kassen bezüglich Kontrollen unternehmen ist unbedeutend.

Nef: Als Direktionspräsident einer Gruppe von Privatkliniken beurteilen Sie unser Gesundheitswesen aus unternehmerischer Sicht. Unternehmer müssen immer gleichzeitig die aktuellen Probleme in der Gegenwart lösen und trotzdem die mittel- und langfristigen Entwicklungstendenzen im Auge behalten. Zurzeit stehen in der Gesundheitspolitik der Schweiz vier Lösungsvarianten im Vordergrund: Erstens, weitere Erfahrungen sammeln mit dem bestehenden Gesetz; zweitens, im Rahmen einer «kleinen Reform» Korrekturen im Sinn von «Anpassungen» und «Reparaturen» vornehmen; drittens, einen innovativen grösseren Reformschritt in Richtung «mehr Markt und Privatautonomie» oder viertens eine sozial-

demokratische «Europäisierung» im Sinne von «mehr Staat und mehr Umverteilung». Was ist aus Ihrer Sicht vordringlich?

Bider: Auf jeden Fall wäre «mehr Staat» ein Schritt in die falsche Richtung. Als zentrales Reformpostulat sehe ich den Abbau der kantonalen Krankenhaussubventionen. Der Staat sollte allenfalls noch Leistungsaufträge formulieren, aber den Zugang zu den Spitälern, seien es nun öffentliche oder private, nicht mehr durch Interventionen und Subventionen steuern, sondern dem Wettbewerb unter den Nachfragern anheimstellen. Die Spitäler müssen vollumfänglich von den Benutzern bzw. von ihren Versicherern, den Krankenkassen, finanziert werden, nur dann gibt es einen funktionierenden Wettbewerb. Um die Krankenkassenprämien auf einem erträglichen Niveau halten zu können, kann der Staat jedoch nicht vollständig aus der Gesundheitsfinanzierung entlassen werden. Es sollten keine Subventionen mehr an die Leistungserbringer ausgerichtet werden. Staatliche Fallbeiträge an den Grundversicherungsanteil der bezogenen medizinischen Leistungen müssten für bezahlbare Prämien sorgen. Grundsätzlich stelle ich auch das Versicherungsobligatorium in Frage, weil es letztlich zu einer permanenten Ausweitung des Leistungsangebots tendiert, das nur noch über einen

Wir stellen fest, dass beispielsweise öffentliche Spitäler versuchen, unser erfolgreiches Konzept der Kompetenzzentren zu kopieren.

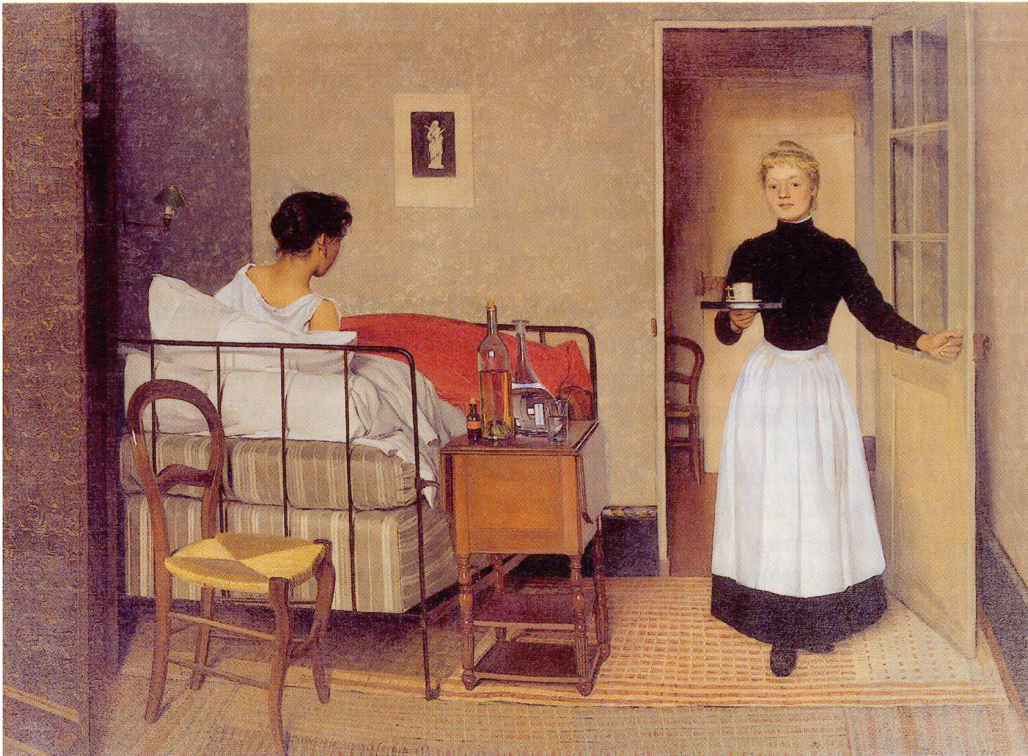
allgemeinen Qualitatsabbau oder durch Verlangsamung mittels Wartefristen vor dem totalen Zusammenbruch infolge unbegrenzter Begehrlichkeiten gerettet werden kann. Schon heute führen Bedurfnisklauseln für teure technische Geräte, wie sie beispielsweise der Kanton Neuenburg eingeführt hat, zu längeren Wartezeiten, was einer versteckten Rationierung gleichkommt. Trotz einer ungünstigen langfristigen Prognose halte ich eine Abschaffung des Obligatoriums in absehbarer Zeit für unwahrscheinlich. Mehr Chancen hat ein gezieltes «Abspecken» der obligatorischen Grundleistungen. Der generelle Anspruch auf neueste, ausserordentlich teure Heilverfahren (etwa im Bereich der Gentechnologie) kann in Zukunft nicht mehr gewährleistet werden. Der Staat kann und soll auch nicht alle irgendwie möglichen Angebote pauschal mittragen und mitfinanzieren, es ist ja auch in andern Lebensbereichen selbstverständlich, dass niemand Anspruch auf eine fremdfinanzierte Maximalversorgung haben kann.

Nef: Man hört immer wieder den Vorwurf, dass sich die Privatkliniken nur auf die kommerziell interessanten Fälle konzentrieren und insbesondere die teuren Behandlungen und die allgemein versicherten Patienten in die üblichen Spitäler abschieben. In Ihrem Jahresbericht 1999 tönt es allerdings anders. Da liest man z.B. von Ihrer Clinique Cecil in Lausanne, sie habe das Ziel, als Zentrum für ambulante Medizin einen «erstklassigen Qualitätsstandard auch für grundversicherte Patienten anzubieten». Sind Sie da wirklich konkurrenzfähig?

Bider: Selbstverständlich. Mit unseren in die Kliniken integrierten Ambulatorien können eine grosse Zahl von grundversicherten Patienten die Leistungen unserer Spezialisten in Anspruch nehmen, ohne dass sie über eine Zusatzversicherung verfügen müssen. Die steigende Zahl der behandelten Patienten widerspiegelt das Bedürfnis nach solchen Angeboten. Im stationären Bereich sind solche Lösungen allerdings nur dann möglich, wenn wir über entsprechende Leistungsverträge mit dem Wohnortkanton des Patienten verfügen. Solche Lösungen liegen aber im Trend. Möglicherweise werden in nächster Zeit viele bisher übliche Spitäler privatisiert oder teilprivatisiert. Da wir in

den üblichen Spitälern die unendliche Ausdehnung des Leistungsangebotes im Sinn einer vollständigen Ausschöpfung aller Möglichkeiten des medizintechnischen Fortschrittes nicht mehr finanzieren können, sind in Zukunft auch im Gesundheitswesen private Angebote immer aktueller, d.h. es entsteht ein Bereich des Gesundheitswesens, der mit dem Staat nichts mehr zu tun hat. Wer an einer unverzüglichen Behandlung ohne Wartefristen und ohne Qualitatseinbusse durch Rationierung interessiert ist, wird sich entsprechend privat versichern und entsprechend höhere Prämien bezahlen. Man kann einwenden, dass ein solches System eine «Mehrklassenmedizin» bewirke, und dieser Einwand ist nicht von der Hand zu weisen. Man weiss allerdings, dass es tatsächlich eine «Mehrklassenmedizin» für bestimmte Privilegierte gerade auch in egalitären sozialistischen Gesundheitssystemen schon immer gegeben hat und gibt. Die Möglichkeit, vor einem rationierten oder teilrationierten Gesundheitswesen als Privatpatient ins Ausland auszuweichen, kann faktisch gar nicht eingeschränkt werden. Die Grenzen zwischen «üblich» und «privat» werden immer flie ssender. Die Entwicklung im Gesundheitswesen führt beispielsweise zu einer immer intensiveren Vernetzung von stationärer und ambulanter Medizin, und letztere wird ja generell privat angeboten. Der Druck im Hinblick auf mehr Privatisierung kommt weniger von der Politik als von der tatsächlichen Entwicklung auf der Nachfrage- und auf der Angebotsseite.

Der Vorwurf, dass sich private Anbieter auf die finanziell attraktiven Patienten konzentrieren, ist überhaupt nicht gerechtfertigt, denn wir selektionieren ja unsere Patienten nicht, sondern behandeln und pflegen jene, welche unsere Dienste beanspruchen wollen. Es zeichnet sich sogar ab, dass ausgerechnet die ganz schweren und anspruchsvollen Fälle zu uns kommen, weil sich unsere Angebote offenbar positiv von jenen gewisser Universitätskliniken unterscheiden. Wir stellen fest, dass beispielsweise übliche Spitäler versuchen, unser erfolgreiches Konzept der Kompetenzzentren zu kopieren. In den letzten Jahren haben wir auch die Notfallstationen ausgebaut. Die Tatsache, dass wir auch unsere Infrastruktur selbst finan-



Félix Vallotton,
La Malade, 1892,
Huile/Toile, 74 x 100 cm.
Collection particulière,
Suisse.

zieren müssen und – wie eingangs erwähnt – grundsätzlich auf einer Finanzierung durch die Patienten bzw. ihre Versicherer basieren, zwingt uns zu einer dauernden Mitberücksichtigung finanzieller Gesichtspunkte. Dies hat dazu geführt, dass wir in vielen Fällen nachweisbar kostengünstiger arbeiten. Die Zeiten, in denen die Kostenfrage im öffentlichen Gesundheitswesen tabu war, sind definitiv vorbei. Auch die Gemeinwesen kommen nicht darum herum, das Gesamtvolumen der öffentlichen Gesundheitsinvestitionen zu definieren und einen optimalen Mitteleinsatz zu planen.

Nef: Könnten Sie sich eine vollständige Privatisierung des Gesundheitswesens vorstellen, d.h. eine Ersetzung der Gesundheitspolitik durch den Gesundheitsmarkt und eine Unterstützung der Bedürftigen durch sozialpolitisch motivierte Subjekthilfe, die allen den Zugang zu den notwendigen Leistungen des Gesundheitsmarktes ermöglichen?

Bider: Ein solcher Vorschlag ginge noch wesentlich weiter als das amerikanische System, das zwar auf einem freien Gesundheitsmarkt basiert, ergänzt jedoch durch ein gesundheitspolitisches Auffangnetz, das auch Unbemittelten eine medizinische Grundversorgung – übrigens auf einem im internationalen Vergleich beachtlichen Niveau – gewährleistet. Ein

Modell, das jegliche soziale Komponente aus dem Gesundheitswesen ausklammert und die Nachfrager nur noch über sozialpolitische Subjekthilfe in die Lage versetzt, eine Minimalversorgung abzuschließen, stünde weltweit ziemlich einmalig da und ist m.E. unrealistisch.

Nef: Ob es tatsächlich weniger sozial wäre, bleibt für mich eine offene Frage, weil sich die Unterstützung aus öffentlichen Mitteln ganz gezielt auf die Gruppe der jeweils Bedürftigsten konzentrieren könnte.

Bider: Ein definiertes Grundleistungsangebot zu definierten Preisen hat auch in Kombination mit marktwirtschaftlichen Angeboten durchaus Vorteile. Die Gefahr, dass in einem rein marktwirtschaftlichen Gesundheitswesen Leistungen zu überhöhten Preisen angeboten werden, ist nicht von der Hand zu weisen. Das grösste Problem eines freien Gesundheitsmarktes ist die Tatsache, dass der Patient im allgemeinen nicht in der Lage ist, abzuschätzen, welche Leistungen er wie hoch versichern soll und welche Risiken er eingeht, wenn er auf die Versicherung oder die Inanspruchnahme gewisser Leistungsangebote verzichtet.

Nef: Das Problem beschäftigt mich auch. Gibt es den «gesundheitsmündigen Menschen», der genügend informiert ist, um seine potentielle Nachfrage nach eigenen

Ein Modell,
das jegliche
soziale
Komponente
aus dem
Gesundheits-
wesen
ausklammert,
stünde weltweit
ziemlich einmalig
da und ist
meines Erachtens
unrealistisch.

Möglicherweise
entsteht hier
ein neuer
Markt für
Dienstleistungen,
die dieser
Nachfrage
nach Beratung
Rechnung
tragen.

Vorstellungen «massgeschneidert» zu rationalisieren? Möglicherweise sind jene Informationen, die ein rationales Verhalten gegenüber Gesundheitsrisiken ermöglichen, nicht oder noch nicht erhältlich. Eine «gesundheitliche Lebensplanung» in Verbindung mit einer Lebens-Finanzplanung und einer Versicherungsplanung, basierend auf einer Risikoanalyse mit entsprechenden Lösungsvarianten wäre ihrem Wesen nach dauernd anzupassen, auch an die neueste Entwicklung der Medizintechnik, denn kaum jemand will sich versicherungsmässig völlig vom medizinischen Fortschritt abkoppeln. Möglicherweise entsteht hier ein neuer Markt für Dienstleistungen, die dieser Nachfrage nach Beratung Rechnung tragen und einen dauernden Dialog zwischen Fachleuten und Laien in Gang halten. Auch das Bildungswesen und die Medien sind herausgefordert, einen Beitrag zur Gesundheitsmündigkeit zu leisten, es sei denn, man überlasse es einfach dem Staat, in diesem vitalen und höchst persönlichen Bereich Angebot und Nachfrage zu regulieren.

Bider: Ich sehe im privaten Bereich durchaus Entwicklungsmöglichkeiten. Herausgefordert sind die Versicherungen, welche die Interessen ihrer Versicherten optimal wahrnehmen müssen, wenn sie im Wettbewerb bestehen wollen. Selbst wenn wir im Grundleistungsbereich am Obligatorium festhalten, gibt es sehr wohl den wichtigen Bereich der Zusatzversicherungen, wo in einem Dialog auch durchaus kostengünstigere Varianten ausgehandelt werden können. Die private Zusatzversicherung sollte sich nicht ausschliesslich auf zusätzliche «Extras» konzentrieren, welche die Prämie verteuern. Das Problem des bewusst in Kauf genommenen Verzichts auf lebensverlängernde Massnahmen sollte beispielsweise in die autonome

Ausgestaltung einer Versicherungspolice einbezogen werden und auch die Höhe der Prämie beeinflussen. Selbstverständlich muss man dann die Möglichkeit haben, die Meinung zu ändern und eine nicht versicherte Leistung selbst zu finanzieren. Da ein hoher Anteil der Gesundheitskosten in den letzten Lebensmonaten anfällt, in denen viele Leistungen konsumiert werden, die zahlreiche Patienten gar nicht ausdrücklich wünschen, ist es überhaupt nicht zynisch, wenn man hier in Übereinstimmung mit dem Willen der Betroffenen ein neues persönliches Kostenbewusstsein, eine Abwägung der persönlichen Motive für oder gegen lebensverlängernde Massnahmen postuliert. Was mir vorschwebt, ist die Entwicklung einer erstklassigen Versicherung, welche möglichst nahe an den persönlichen Vorstellungen der Versicherten ist und deren Leistungen optimal auf die Wünsche der Versicherten abgestimmt werden, auch im Bereich der Kosten und Nutzen, im engeren und im weiteren Sinn. Da könnten beispielsweise auch persönliche Wünsche bezüglich jährlichem *Check-up* und die Speicherung von Gesundheitsdaten mit weltweit vernetztem Zugriff berücksichtigt werden.

Nef: Sollen wirklich auch im Gesundheitswesen die wirtschaftlichen Überlegungen ins Zentrum rücken?

Bider: Es ist unverantwortlich, wenn man trotz grundsätzlich beschränkter Mittel unbeschränkte Leistungen verspricht. Wenn die öffentlichen Mittel für das Gesundheitswesen beschränkt werden, was – auf welchem Niveau auch immer – in Zukunft unumgänglich ist, muss man öffentlich dazu stehen und die Möglichkeit offen lassen, sich zusätzlich privat zu versichern. Alle andern Lösungen sind nicht nur unfreiheitlich, sondern auch unehrlich. ♦

Seit 1996 steigt die Zahl der Menschen an, die sich nach eigenem Empfinden grundsätzlich sehr gut fühlen. Entsprechend sinkt die Zahl derjenigen, denen es «gut» geht. Demgegenüber ist die Zahl der Personen, die ihren Zustand als «nicht gut» bezeichnen, seit 1991 mehr oder weniger stabil geblieben.

In: PETRA HUTH, CLAUDE LONGCHAMP, Kostendruck bewirkt wachsendes Leistungsbewusstsein, 1. Trendstudie «Gesundheitsmonitor '99», S. 35, GfS-Forschungsinstitut, Interpharma, Basel 1999.