



Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege

Mascha Madörin
Ökonomin, lic. rer. pol.

Herausgeberin

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Technikumstrasse 71
8401 Winterthur
ipf.gesundheit@zhaw.ch
www.gesundheit.zhaw.ch/pflege

Redaktionelle Mitarbeit / Korrektorat / Lektorat

Ingrid Essig, Winterthur
vinegar@hispeed.ch

Überarbeitete Version Februar 2015
ISBN 978-3-9524121-2-1
© 2014 - ZHAW Departement Gesundheit, Institut für Pflege

Zusammenfassung

Die Abhandlung «Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege» befasst sich mit den schrittweise neu eingeführten Effizienzkalkülen (Ökonomisierung) im Gesundheitswesen und den Versuchen, die Leistungen des Gesundheitswesens anders und genauer zu steuern. Zwei Arten von Finanzflüssen prägen diese Steuerung: das Finanzierungsregime (insbesondere die staatliche Finanzierung und die obligatorische Krankenkasse) und die Abgeltungssysteme (Tarifsysteme). Eine der Folgerungen der Studie lautet, dass insbesondere die Pflege von den Sozialversicherungen unterfinanziert und gleichzeitig durch die Tarifsysteme über- respektive fehlreguliert ist.

In Teil 1 der Studie werden zum einen die in der öffentlichen Diskussion vorherrschenden volkswirtschaftlichen Begründungen dafür, wieso die Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz «zu hoch» seien, dargestellt und hinterfragt. Ein besonderes Kapitel ist der Frage gewidmet, ob das schweizerische Gesundheitswesen den Staat und die obligatorischen Krankenversicherung besonders teuer zu stehen kommt. Die Antwort lautet: im internationalen Vergleich nein, besonders hoch sind dagegen die Ausgaben der Haushalte. Man muss im Fall der Schweiz von einer Unterfinanzierung der Pflege durch den Staat und die obligatorischen Krankenkassen vor allem in den Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege sprechen. Am Schluss von Teil 1 wird auf verschiedene aktuelle Tendenzen der Externalisierung von Gesundheitskosten eingegangen.

Teil 2 der Studie geht der Frage nach, wie sich das Wirtschaftlichkeitskonzept des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, in Kraft seit 1996) in den vergangenen Jahren verändert hat. Das Beispiel der Erfindung der Fallpauschalen zeigt, dass als Grundlage für die «Umkrempelung» des Gesundheitswesens Marktwirtschaftstheorien dienen, die wohl für die Güterindustrie gelten mögen, nicht aber für ein Gesundheitssystem. Die neuen Regelungen haben zu einer Tarifwirtschaft geführt, die wenig mit dem Funktionieren von Märkten zu tun hat. Parallel dazu haben sich die Menschenbilder in der Gesundheitsökonomie seit den 1950er Jahre stark verändert. Gleichzeitig überlebten aber altväterische Elemente in den neuen Regelungen darüber, wie Pflege darin vorkommt. Was die Kosten der Pflege und deren Finanzierung anbelangt, werden zwei Thesen vertreten: Der Kostendruck auf die Pflege nimmt in den Spitälern wegen der Einführung der Fallpauschalen systemimmanent zu. Im Bereich der ambulanten Pflege und der Pflegeheime dominiert ein eng geschnürtes Kostenkorsett, das die Möglichkeiten einer guten Pflege stark einschränkt.

Ausgangspunkt von Teil 3 der Studie ist die Tatsache, dass die Tarifsysteme nach Ansicht ihrer Befürworter nur dann die gewünschten Kostenkontrollen ermöglichen, wenn der Pflege und der medizinischen Behandlung eine Liste von Leistungen mit bestimmten Preisen zugeordnet wird. Dies bringt nicht nur einer Standardisierung dieser Arbeitsbereiche mit sich, sondern im Fall von Pauschalentschädigungen auch eine Rationierung der Leistungen. Teil 3 befasst sich mit der Über- und Fehlregulierung respektive der Überstandardisierung der Pflegearbeit. Die Tarifsysteme sind, so die vertretene These, viel zu detailliert und zu rigide angesichts der Komplexität und unvorhersehbaren Eigendynamik, welche die Pflege und die medizinische Behandlung im Einzelfall mit sich bringen können. Beide Tarifsysteme, sowohl die Fallpauschalen in Spitälern als auch die Tarifbestimmungen für die Pflegeheime und für die Spitex, führen zu dysfunktionalen Arbeitsteilungen und -abläufen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Teil 1: Der Kostendruck auf das Gesundheitswesen und auf die Pflege	7
1. Die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich	7
1.1 Die Kosten des Gesundheitswesens als Teil der Volkswirtschaft	8
1.1.1 Die Kosten des Gesundheitswesens verglichen mit dem Bruttoinlandprodukt	8
1.1.2 Die Kosten des Gesundheitswesens in Dollar	10
1.2 Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens verglichen mit seinen Kosten	13
1.3 Das Wachstum der Gesundheitsausgaben aus volkswirtschaftlicher Sicht	14
2. Die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand und der obligatorischen Krankenkassen – ein internationaler Vergleich	19
3. Die Unterfinanzierung der Pflege	22
3.1 Die unterschiedlichen Finanzierungsregimes	22
3.2 Die (Pflege)kosten in Spitälern	24
3.3 Die Pflegekosten in Pflegeheimen und zu Hause	25
4. Überlegungen zur Um- und Auslagerung von Behandlungs- und Pflegekosten	29
4.1 Die Externalisierung von Kosten	29
4.2 Das Verschwinden von Leistungen aus den Abgeltungssystemen und den Effizienzrechnungen	31
4.3 Versteckte administrative Kosten der neuen Tarifsysteme	32
Zusammenfassung und Ausblick	34
Teil 2: Das neue Wirtschaftlichkeitsgebot – Kostenkorsetts für die Pflege	35
1. Die gesetzliche Grundlage für die OKP-pflichtigen Leistungen	37
1.1 Die drei Kriterien des KVG	37
1.1.1 Wirksamkeit	38
1.1.2 Zweckmässigkeit	38
1.1.3 Wirtschaftlichkeit	39
2. Vom Wirtschaftlichkeitsgebot zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens	41
2.1 Wirtschaftlichkeit bezogen auf die Behandlung einzelner Patienten	41
2.1.1 Kostengünstigkeit	41
2.1.2 Leistungsfähigkeit/Ergiebigkeit	41
2.2 Wirtschaftlichkeit bezogen auf die Leistungen des Gesundheitswesens in Spitälern oder in einem Land	41
2.2.1 Prioritätensetzung	42
2.2.2 Leistungsfähigkeit vergleichen	42
2.3 «Ökonomisierung»: Alles wird in Geld gemessen	42
2.3.1 Die Erfindung eines Produkts und seines Preises	43
2.3.2 Die Illusion der Optimierung des Behandlungsnutzens	43
3. Fallpauschalen in Spitälern – ein grundlegend neues Effizienzrechnungen	46
3.1 Standardisierte Leistungen als Voraussetzung einer Kostenkontrolle	46
3.2 Die Definition eines fiktiven Produkts	48
3.3 Vom fiktiven Produkt zum Produktpreis	49
3.4 Das neue Effizienzrechnungen in Spitälern – Überlegungen zu Auswirkungen	50
3.4.1 Neue Abgeltungsprinzipien	50
3.4.2 Ein anderes Versicherungsregime	51
3.4.3 Rigide Standardisierung	52

4. Andere Menschenbilder – neue gesundheitsökonomische Argumente	54
4.1 Patienten als Konsumenten	54
4.2 Investitionen ins Humankapital	55
4.3 Finanzielles Eigeninteresse und finanzielle Anreize	55
5. Irreführende Denkmodelle und problematische Tendenzen	57
5.1 Kostenwettbewerb ohne Markt	57
5.2 Dysfunktionales Tarifsysteem	58
5.3 Privatisierung und Entpolitisierung	60
6. Überlegungen zur Ökonomisierung der Pflege	61
6.1 Pflege in Spitälern	61
6.1.1 Pflege als Zwischenprodukt	61
6.1.2 Pflegearbeit als ausführende Arbeit	62
6.1.3 Pauschalen unabhängig vom Pflegebedarf	62
6.1.4 Keine Pflegediagnose vorgesehen	63
6.2 Pflege in Pflegeheimen und in der Spitex	64
6.3 Wie kommt Pflege in der Gesundheitsökonomie vor?	66
6.3.1 Kartesiansche Denktraditionen in der Ökonomie und der Medizin	67
6.3.2 Finanzielle Anreize als Motor von Angebot und Nachfrage	67
6.3.3 Pflege inbegriffen	68
6.3.4 Unterordnung unter Leistungs- und Effizienzziele	68
Zusammenfassung und Ausblick	69
Teil 3: Die Pflege im Schatten von Standardisierung und Effizienzkalkül	70
1. Überlegungen zur Logik der Pflegearbeit	71
1.1 Pflege als personenbezogene Dienstleistung	72
1.1.1 Unterschied zwischen Intervention und Interaktion	72
1.1.2 Die Vielschichtigkeit der Pflegearbeit	73
1.1.3 Tendenzen der Entindividualisierung	75
2. Komplexität, Ganzheitlichkeit und Ungewissheit der Behandlungsprozesse	77
2.1 Komplexe Flugzeuge – komplexe Krankheiten	77
2.2 Patientinnen und Patienten als Experten	80
3. Pflegeleistung und Geld	82
3.1 Verschiedene Abrechnungssysteme	82
3.2 Lücken in den Definitionen pflegerischer Leistungen	83
3.3 Traditionell tiefe Einkommen für pflegerische Leistungen	84
3.3.1 Eine Frauengeschichte	84
3.3.2 Eine moralisch-ethische Geschichte	85
3.3.3 Diskriminierung im Vergleich zu anderen Berufen	87
4. Zeitmessung von Pflegeleistungen	88
4.1 Sichtbar machen und bewerten	88
4.2 Unterschiedliche Massstäbe für Pflegeleistungen und ärztliche Behandlungen	89
4.3 Problematische Zeiterfassung	91
Zusammenfassung und Ausblick	94
Referenzen	96

Vorwort

Seit Jahrzehnten geht es im Gesundheitswesen um viel Geld, um sehr viel Geld. Nur diskutieren Ökonominen und Ökonomen nicht immer mit den gleichen Argumenten darüber, was es braucht, damit ein Gesundheitswesen gut funktioniert und für alle bezahlbar ist. Die Ökonomie des Gesundheitswesens befasst sich schon lange mit diesem Thema. Aber die ökonomische Begründung, wieso ein Gesundheitswesen in einer bestimmten Art und Weise reguliert werden soll, hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Das ist am sichtbarsten bei der Frage, was denn eigentlich unter «Wirtschaftlichkeit» respektive «wirtschaftlicher Effizienz» zu verstehen und wie sie zu verwirklichen sei.

Seit Inkrafttreten des Krankenpflegeversicherungsgesetzes (KVG)¹ 1996 hat sich die Auffassung darüber, wie Gesundheitskosten vom Staat und von der obligatorischen Krankenkasse finanziert werden sollen, entschieden gewandelt: Es gab einen Wechsel von der Finanzierung der Spitalbetriebskosten zu einer Finanzierung von Leistungen (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2012, S. 5)². Ähnliche Konzepte gibt es für die spitalexterne Pflege und die ambulante medizinische Versorgung. Die angestrebte Ökonomisierung besteht problematischerweise darin, dass der monetäre Wert einer Leistung gegenüber ihrem medizinischen oder pflegerischen Wert (bzw. ihrer Wirkung) deutlich an Bedeutung gewinnt. Voraussetzung für eine derart gestaltete Reorganisation ist die vorherrschende politische Überzeugung, dass das Gesundheitswesen zu viel kostet.

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens wird gegenwärtig also durch zwei Arten von Regulierungen durchgesetzt: zum einen durch das Finanzierungsregime, in dem geregelt ist, welche Leistungen der Staat und die Grundversicherung der Krankenkassen obligatorisch bezahlen; zum anderen durch die Systeme der Leistungsabgeltung, die festlegen, was überhaupt als Leistung zählt und wie hoch diese entgolten wird. Die wirtschaftstheoretischen Annahmen und Vorstellungen über Arbeitsprozesse, die hinter diesem Finanzierungskonzept und hinter der Definition der Preise stehen, sind eines der zentralen Themen der Studie. Ausgangspunkt dieser Studie sind die heutigen gesundheitsökonomischen Debatten. Sie sind im Wesentlichen von vier Annahmen bzw. Behauptungen geprägt:

- Die Kosten des Gesundheitswesens sind zu hoch und wachsen zu schnell. Sie müssen eingedämmt werden (BAG, 2012, S. 4).
- Die Kosten sind so hoch, weil das Gesundheitswesen zu wenig wirtschaftlich ist. Der Hauptgrund dafür ist eine «ungenügende Steuerung der Leistungsmenge» (BAG, 2012, S. 4).

¹ KVG Krankenversicherungsgesetz (vom 18. März 1994, in Kraft seit 1. Januar 1996): Eine gute Übersicht über den Stand der Debatte und die Gesetzesänderungen seit 1996 findet sich auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit (BAG, 2012). Das Gesetz enthält im Wesentlichen die Bestimmungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die Taggeldversicherung (www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/). Dazu kommen implizit im KVG sowie in anderen Gesetzen zum Gesundheitswesen (z. B. Spitalfinanzierungs- und Pflegeversicherungsgesetze) sowie in Sozialversicherungsgesetzen weitere Regelungen zu den Beiträgen des Staates. In den internationalen Statistiken wird die Finanzierung von Leistungen des Gesundheitswesens durch die obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung OKP, die obligatorische Unfallversicherung und durch den Staat (Spitalfinanzierung, Beiträge zu Prämien, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung etc.) zu den Ausgaben für die «Soziale Sicherheit» gezählt.

² Bundesamt für Gesundheit BAG: «Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist Teil des Eidgenössischen Departements des Innern. Es ist - zusammen mit den Kantonen - verantwortlich für die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und für die Entwicklung der nationalen Gesundheitspolitik. Zudem vertritt das BAG als nationale Behörde die Schweiz in Gesundheitsbelangen in internationalen Organisationen und gegenüber anderen Staaten.» (www.bag.admin.ch/ > Das BAG)

- Die Leistungen des Gesundheitswesens müssen durch neue Regulierungen optimiert und damit verbilligt werden.
- Durch eine neue Steuerung via Geldflüsse – das heisst durch die Reorganisation der Finanzierung (obligatorische Leistungen von Staat und obligatorischer Krankenkasse) und der Leistungsabgeltung (Fallpauschalen, Spitalfinanzierung, Tarifordnungen) – soll mehr Wirtschaftlichkeit durchgesetzt und ein Kostenwettbewerb in möglichst vielen Bereichen des Gesundheitswesens eingeführt werden (Ökonomisierung).

Die Studie besteht aus drei Teilen, die sich aus verschiedenen Blickwinkeln mit diesen Grundannahmen der gesundheitsökonomischen Politik und den damit verbundenen Vorgaben befassen:

Teil 1: Der Kostendruck auf das Gesundheitswesen und auf die Pflege

Teil 2: Das neue Wirtschaftlichkeitsgebot – Kostenkorsetts für die Pflege

Teil 3: Die Pflege im Schatten von Standardisierung und Effizienz kalkül

Ursprünglich lautete der Arbeitstitel der Studie «Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens aus der Sicht der Pflege». Dem Titel wurde nachträglich ein Wort hinzugefügt: Erkundungen. Erkundungen aus der Sicht der Pflege. In allen drei Teilen der Studie werden zuerst generell neue Regulierungen und gesundheitsökonomische Konzepte sowie Diskussionen dargestellt und kritisch hinterfragt. Die anschliessenden Abschnitte, die sich mit der Situation der Pflege und der Ökonomisierung aus deren Sicht befassen, haben sich bei allen drei Teilen als schwieriger erwiesen als zuerst gedacht. Denn zum Thema Gesundheitsökonomie aus der Sicht der Pflege gibt es wenige und nur in verschiedenen Fachbüchern verstreute Analysen von Teilaspekten. Datenerhebungen, die die Pflegearbeit explizit ausweisen, sind rar und die hier verwendeten Zahlen deswegen zum Teil Schätzungen. Dabei stellen die Pflegenden heute mit Abstand die grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar. Trotzdem sind ihre Leistungen, ihre Diagnosen und ihre Sicht des Pflegebedarfs von Kranken kaum ein Thema der Gesundheitsökonomie. Falls etwas thematisiert wird, sind es die Kosten der Pflege. Im Fokus der Gesundheitsökonomie stehen heute die Ärztinnen und Ärzte, die Diagnosen stellen und Behandlungsentscheide fällen, welche die staatlichen Ausgaben fürs Gesundheitswesen und die Ausgaben der obligatorischen Krankenkasse entscheidend beeinflussen.

Wie alle Ökonominen und Ökonomen habe ich in Wirtschaftstheorien denken gelernt, die von den Erfahrungen der Industrialisierung der Güterproduktion, der Gütermärkte und der damit verbundenen Finanzierungssysteme geprägt sind. Der Begriff Erkundungen deutet an, dass ökonomisches Denken, das den Eigenarten des Gesundheitswesens gerecht wird, meiner Ansicht nach erst langsam am Entstehen ist, wenn überhaupt. Besonders die personenbezogene Logik und die Komplexität der Pflegearbeit unterscheiden sich grundlegend von den Arbeits- und Austauschprozessen, die mit der Produktion von Gütern und ihrem Verkauf einhergehen. Diesbezügliche Markt- und Wettbewerbstheorien zielen an den Realitäten der Pflege vorbei. Die im Text dargelegten Überlegungen zur Ökonomisierung der Pflege stellen deshalb Schritte auf kaum erforschtem Gebiet dar.

Mein Dank gebührt dem Institut für Pflege: Ohne den Auftrag zu dieser Studie und ohne den informativen und inspirierenden Austausch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegeinstituts wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Sie war für mich nicht nur herausfordernd und zum Teil auch irritierend, sondern auch ein grosses Vergnügen, so wie diese Art von Erkundungen sich eben gestaltet.

Mascha Madörin

Teil 1:

Der Kostendruck auf das Gesundheitswesen und auf die Pflege

1. Die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich

Schon vor der Abstimmung über das Krankenversicherungsgesetz (KVG, Dezember 1994, in Kraft seit Januar 1996) wurde beim Stimmvolk unter anderem für das neue KVG damit geworben, dass ein beschränkter und staatlich regulierter Wettbewerbsmechanismus zu weniger starken Kostensteigerungen im Gesundheitswesen³ führen würde, was aber schliesslich nur begrenzt der Fall war: Die Kosten, gerechnet als Anteil vom Bruttoinlandprodukt (BIP)⁴, sind von 1996 bis 2003 von 9,6 auf 11,3⁵ Prozent gestiegen. In den Jahren danach ist ihr Anteil am BIP praktisch gleich geblieben. Im Vorfeld der Einführung der neuen Spitalfinanzierung und der DRG-Pauschalen (Fallpauschalen seit 1.1.2012; DRG: Diagnosis Related Groups) wurde dasselbe versprochen, in diesem Fall bezüglich der Kosten der Spitäler. Diese machen in der Schweiz im Vergleich mit westeuropäischen Ländern einen relativ hohen Anteil der gesamten Gesundheitskosten aus, was in einem Gutachten von 2011 für das Staatssekretariat für Wirtschaft SECO⁶ als ein Grund für die relativ hohen Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens angesehen wird (Kirchgässner und Gerritzen, 2011, S. 63-64). Bereits zeichnet sich ab, dass die tatsächliche Kostenentwicklung anders verlaufen wird, als bei der Einführung der DRG-Pauschalen⁷ versprochen wurde. Im Vorfeld zur Abstimmung über die Managed-Care-Vorlage (2012), welche die ambulante medizinische Versorgung betrifft, wurde abermals gleich argumentiert, wobei folgende Zahlen

³ Gesundheitskosten, Kosten des Gesundheitswesens, Gesundheitsausgaben: Darin enthalten sind die Kosten aller Leistungen von Krankenhäusern, sozialmedizinischen Institutionen, Zahnärzten, die Verkäufe der Apotheken, Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlungen und der Pflege (z. B. Spitex), Kosten von Medikamenten sowie von medizinischen Hilfsmitteln und Tests (s. auch Fussnote 11).

⁴ BIP, Bruttoinlandprodukt: Das BIP (Bruttowertschöpfung [BWS] aller Wirtschaftszweige eines Landes) ist ein Mass für die wirtschaftlichen Leistungen eines Landes. Es ist zusammengesetzt aus dem Wert der Produktion/Dienstleistungen minus alle Vorleistungen wie Rohstoffe, Energie, beanspruchte Dienstleistungen von aussen etc. Die Arbeitskosten sind Teil des BIP. Arbeit wird als wertschöpfende Tätigkeit verstanden. Bruttowertschöpfung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Abschreibungen (z. B. auf Maschinen) beim BIP mitgerechnet sind (www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/04/02/01.html).

Es gibt seit 1997 ein Haushalts-Satellitenkonto, in dem auch der Wert der unbezahlten Arbeit als Teil eines erweiterten BIP berechnet wird: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/04/02/08.html

⁵ Im Juni 2012 veröffentlichte das Bundesamt für Statistik (BFS) eine Revision der Berechnungen des BIP; bei den Zahlen oben handelt es sich um die alte Berechnung, wie auch in der Grafik 1. Nach Revision der BIP-Berechnung lauten entsprechenden Prozentzahlen: 1996: 9,7 %, 2003: 10,9 % (BFS Tab. T 14.5.1.1).

⁶ SECO, Staatssekretariat für Wirtschaft: Das SECO sieht sich laut Website (www.seco.admin.ch) «als Kompetenzzentrum des Bundes für alle Kernfragen der Wirtschaftspolitik». Deshalb wurde der Bericht von Kirchgässner et al. (2011) vom SECO in Auftrag gegeben: Es geht in diesem Bericht um die volkswirtschaftlichen Fragen, die das Gesundheitswesen und Gesundheitsaufgaben aufwerfen können. Das SECO gehört zum Eidgenössischen Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF), früher Volkswirtschaftsdepartement.

⁷ Fallpauschale für Spitäler/DRG-Pauschalen: Anstelle von der Verrechnung der Betriebskosten der Spitäler (durch Pauschalen für Aufenthaltstage) ist seit 2012 die Finanzierung von Leistungen gesetzlich vorgeschrieben. Die Entschädigungspauschalen werden nun aufgrund von Kosten von Behandlungsbündeln (Leistungen) berechnet, die je nach Diagnose und Schweregrad der Krankheit (DRG, Diagnosis Related Groups) variieren, aber für jede Kategorie der DRG standardisiert sind. Zuständig für die Berechnungen ist die SwissDRG AG (www.swissdrg.org/).

genannt wurden: eine Milliarde Schweizer Franken könnte man sparen, wenn 60 Prozent der Krankenversicherten einem Managed-Care-Netzwerk beitreten würden («Tages-Anzeiger» online 13.5.2012). Auch da sind Zweifel angebracht. Da die Managed-Care-Vorlage vom Stimmvolk abgelehnt wurde⁸, lässt sich nachträglich nicht überprüfen, ob ihre Umsetzung tatsächlich das gebracht hätte, was ihre Verfechter versprochen hatten.

Worauf basiert die Behauptung, das Gesundheitswesen sei zu teuer für die Volkswirtschaft und die Kosten müssten gesenkt werden? Was spricht dagegen, dass dieser Bereich ein wichtiger Wachstumssektor ist, sowohl was die Arbeitsplätze als auch seine Bedeutung für das BIP und für die Wohlfahrt der Menschen anbelangt? Es bieten sich drei Argumente an:

- Das schweizerische Gesundheitswesen kostet im internationalen Vergleich sehr viel.
- Es ist in Bezug auf seine Leistungsfähigkeit zu teuer.
- Die Gesundheitskosten sollten nicht deutlich stärker wachsen als das BIP.

Im Folgenden wird auf diese drei Punkte genauer eingegangen.

1.1 Die Kosten des Gesundheitswesens als Teil der Volkswirtschaft

In den Statistiken und auch in der öffentlichen Debatte werden in der Regel zwei verschiedene Indikatoren aufgeführt, um die Kosten des Gesundheitswesens international zu vergleichen: die Kosten pro Kopf der Bevölkerung in Dollar oder Euro und die Kosten berechnet als Prozentsatz des BIP. Letzteres ist insofern ein guter Indikator, weil die wirtschaftliche Entwicklung eines Landes im BIP enthalten ist und mit diesem Indikator die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens eines Landes ausgedrückt wird. Es ist deshalb auch der am häufigsten gebrauchte Indikator.

1.1.1 Die Kosten des Gesundheitswesens verglichen mit dem Bruttoinlandprodukt

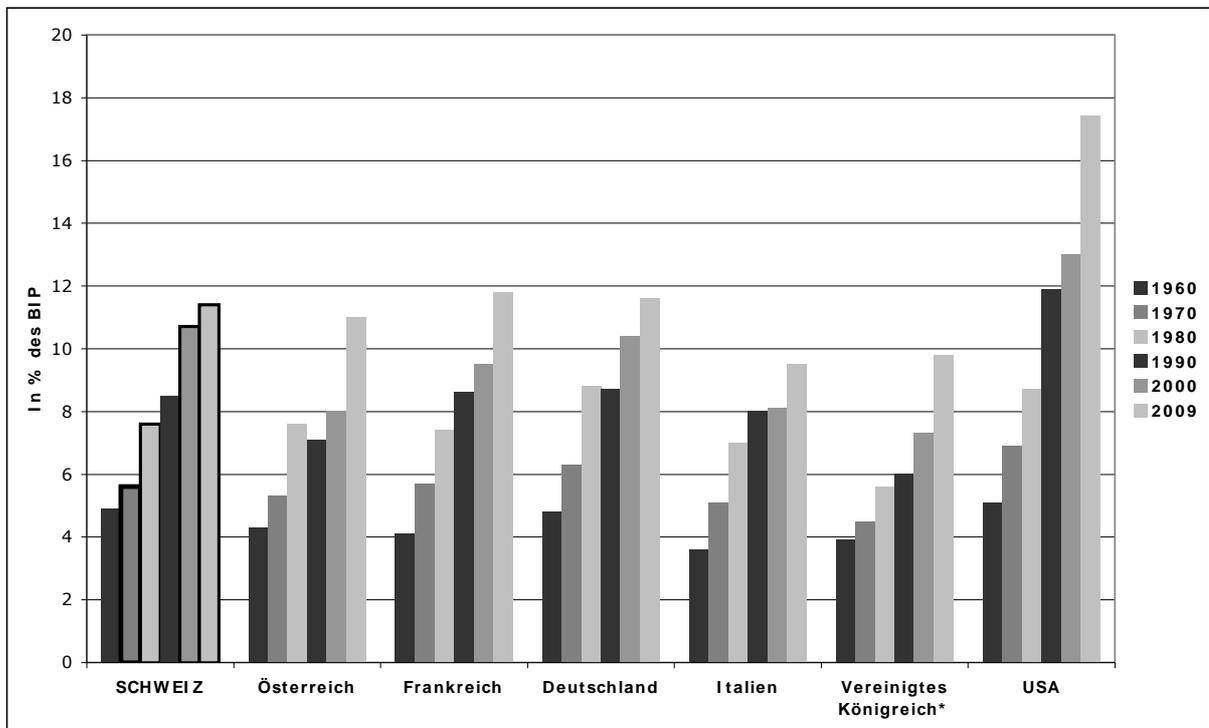
Grafik 1 zeigt, dass sich die Gesundheitskosten in der Schweiz seit den 1960er Jahren parallel zu denjenigen unserer Nachbarländer und des Vereinigten Königreichs entwickelt haben. In Letzterem und in Italien ist der Anteil der Gesundheitskosten am BIP zwar tiefer als in der Schweiz, aber die Tendenz der steigenden Anteile über die Jahrzehnte verläuft parallel. Nur in den USA sind ab den 1980er Jahren die Gesundheitskosten relativ zum BIP ungleich viel stärker gewachsen als in den anderen Ländern der Grafik. Im Jahr 2009 machte der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in den USA fast das Doppelte von demjenigen Italiens aus. Was die Gesundheitsausgaben anbelangt, so stellen die USA eine eigene Spitzenklasse dar im Vergleich zu allen anderen Ländern.

⁸ Managed-Care-Vorlage: Am 17. Juni 2012 wurde die Managed-Care-Vorlage vom Schweizer Stimmvolk mit 76 Prozent der Stimmen abgelehnt. Mit der Vorlage sollte eine integrierte ambulante medizinische Versorgung gewährleistet werden, in der Ärzte sich zu Netzwerken zusammenschliessen sollten. Es entstand eine breite Front gegen die Vorlage im Wesentlichen wegen drei Punkten: 1) Einschränkung der freien Arztwahl (Zugang zu Spezialärzten nicht mehr direkt möglich), 2) Erhöhung des Selbstbehaltes, wenn die Patienten/innen nicht einem solchen integrierten Versorgungsnetz beitreten (Gefahr einer Zweiklassenmedizin) und 3) «Budgetmitverantwortung» der Ärzte, bei der ähnlich wie bei den Fallpauschalen in Spitälern von Behandlungsbudgets ausgegangen werden sollte.

Grafik 1

Gesundheitskosten in ausgewählten OECD-Ländern

in % des BIP (Bruttoinlandprodukt) in den Jahren 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2009



Quelle: Bundesamt für Statistik BFS, Gesundheitskosten in der Schweiz: Entwicklung von 1960 bis 2000, BFS aktuell Juni 2003, Tab. T6 S. 23 (Jahre 1960 - 2000), Deutschland 2000: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.2, 1995 - 2011, Tab 6 S. 35; für 2009 OECD Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product: Key tables from OECD Health Statistics, OECD - ISSN 2075-8480 - © OECD 2011 (retrieved May 7, 2012 from www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480).

* 2009 lt. OECD Statistiken Vereinigtes Königreich, die anderen Jahren lt. BFS: Grossbritannien
Zusammenstellung: M. Madörin

Kommentar

1. Problematisch sind kurzfristige Vergleiche. Die Finanzkrise hat in einigen Ländern schon ab 2008, in der Schweiz ab 2009 zu einem Rückgang des Bruttoinlandprodukts geführt; in der Schweiz war das BIP 2009 rund 10 Mrd. Franken tiefer als 2008. Der Anteil der Gesundheitsausgaben stieg zwischen 2008 und 2009 in der Schweiz von 10,7 auf 11,4 Prozent. Die Bruttowertschöpfungen der Industrie (entspricht dem BIP der Industrie) und der Banken sind gesunken, die Gesundheitsausgaben jedoch nicht, deshalb ist der Anteil gestiegen.

2. Inzwischen wurde das BIP der Schweiz neu berechnet, es ist höher als jenes, das in der Berechnung der Grafik von älteren Statistiken des BFS übernommen wurde. Der Anteil der Gesundheitskosten am BIP ist nach der Revision statistisch kleiner geworden: 2009 beträgt es nach revidierten Berechnungen des BIP durch das BFS (im Juni 2012) nur noch 11 anstatt 11,4 Prozent (BFS 19.9.2012). Diese Revision zeigt, dass mit solchen Berechnungen Tendenzen festgestellt werden können, aber die Vergleiche jährlicher Schwankungen sind problematisch. Auch internationale Vergleiche stellen nur eine grobe Annäherung dar. Dazu kommt, dass die Eruiierung der Gesundheitskosten teilweise auf Schätzungen beruht.

3. In der Schweiz (s. Kapitel 2 und 3) wird – vorwiegend von Frauen – sehr viel Pflege- und vor allem Betreuungsarbeit zu Hause unbezahlt geleistet, in anderen Ländern wird mehr dieser Arbeit bezahlt. Was nicht bezahlt wird, erscheint statistisch nicht. Auch das macht Vergleiche schwierig.

Wegen fehlender Daten für die ersten Jahrzehnte enthält Grafik 1 keine skandinavischen Länder. Neuere Statistiken der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)⁹ zeigen, dass die Gesundheitsausgaben in der Schweiz von 2003 bis 2009 von 11,3 auf 11,4 Prozent des BIP (s. Grafik) gestiegen sind, in Schweden von 9,3 auf 9,9 Prozent und in Dänemark von 9,5 auf 11,5 Prozent (OECD.Stat). Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP liegt also in Schweden deutlich tiefer als in der Schweiz, nicht aber in Dänemark.

Man kann argumentieren, dass die Ausgaben für das Gesundheitswesen nicht mit dem BIP verglichen werden sollten, sondern mit dem Bruttonationaleinkommen (BNE), früher Bruttosozialprodukt genannt. Das BNE enthält auch die Einkommen (Gewinne, Zinsen usw.) aus schweizerischen Investitionen im Ausland, die in die Schweiz zurückfliessen (abzüglich Einkommen aus ausländischen Investitionen, die ins Ausland fließen). Es handelt sich beim BNE um eine Grösse, die das gesamte Einkommen der Schweiz in einem Jahr darstellt. Dieses steht dem Land zur Verfügung beispielsweise für Konsumausgaben der Haushalte, Gesundheitsausgaben, Investitionen und Staatsausgaben. Im internationalen Vergleich sind die Einkommen aus dem Ausland in der Schweiz meistens ausserordentlich hoch, bedeutend höher als beispielsweise für skandinavische Länder, Deutschland oder Frankreich. Der Nettozufluss betrug 2009 rund 12,5 Mrd. Franken, 2010 jedoch rund 34 Mrd. Franken. Im Jahr 2009 lag der Anteil der Gesundheitskosten am BIP in der Schweiz (neue Berechnung, s. Kommentar zur Grafik 1) bei 11,0 Prozent; als Prozentsatz des BNE gerechnet, betrug er aber nur knapp 10,8 Prozent. Die Einkommensflüsse vom In- ins Ausland und umgekehrt schwanken von Jahr zu Jahr. 2010 betrug der Anteil der Gesundheitskosten am BIP 10,9 Prozent, am BNE jedoch nur 10,3 Prozent. Das Argument, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz besonders hoch seien, relativiert sich also nochmals mit dieser Berechnung. Effektiv liegen sie in der Grössenordnung anderer westeuropäischer Länder und da nicht einmal an der Spitze.

1.1.2 Die Kosten des Gesundheitswesens in Dollar

Zu einer ähnlichen Grafik wie oben, die aber mehr Länder umfasst, schreiben Kirchgässner et al. (2011) im SECO-Gutachten:

«Welches Mass man auch immer verwendet: Die Schweiz befindet sich sowohl bei den Indikatoren für die Qualität als auch bei jenen für die Kosten dieses Systems im internationalen Vergleich in der Spitzen-gruppe. Andererseits gibt es Länder wie z. B. [in] Skandinavien, die ebenfalls eine sehr hohe Qualität liefern, jedoch zu deutlich geringeren Kosten.» (S. 1, s. dazu Abb. 4.2., S. 17).

Diese Interpretation der Gesundheitskosten ist etwas einseitig: Mit den Gesundheitskosten gemessen am BIP liegt die Schweiz nicht an der Spitze der westeuropäischen Ländern. Die Kosten in Franken, Euro oder Dollar sind in der Schweiz zwar einiges höher als in westeuropäischen Ländern, aber bedeutend niedriger als in den USA: Laut OECD-Statistiken (retrieved October 12, 2012 from www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480) betragen die Ausgaben pro Kopf (der Wohnbevölkerung) im Jahr 2009 (in Kaufkraftparität¹⁰ gemessen):

⁹ OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development: Sie wurde 1961 hauptsächlich von westeuropäischen Ländern (darunter auch die Schweiz) sowie von den USA, von Kanada und der Türkei gegründet. Nebst weiteren west- und osteuropäischen Ländern sind inzwischen auch Israel, Korea, Japan, Chile, Australien und Neuseeland Mitglied (insgesamt 34 Mitglieder). Die OECD ist heute eine sehr einflussreiche internationale Organisation in Sachen wirtschaftspolitischer Meinungsbildung, besonders auch in Bezug auf die Gesundheitspolitik.

¹⁰ Kaufkraftparität: Um die Kaufkraftparität (in Englisch: Purchasing Power Parity PPP) auszurechnen, wird eine bestimmte Zusammensetzung von Gütern und Dienstleistungen ausgewählt und ausgerechnet, wie viele Franken res-

- in den USA 7990 Dollar,
- in der Schweiz 5135 Dollar,
- in Deutschland 4225 Dollar,
- in Schweden 3711 Dollar.

Einer der Gründe für die relativ hohen Dollar-Kosten in der Schweiz ist vor allem beim Lohnniveau zu suchen. Bei der Berechnung der Kaufkraftparität, die international standardisiert ist, werden nicht nur Franken in Dollar umgerechnet, sondern es wird durch international standardisierte Umrechnungen auch berücksichtigt, wie hoch das Preisniveau in einem Land ist. Mit 100 Franken kann man in der Schweiz weniger kaufen als mit in Dollar umgetauschten 100 Franken in den USA, deshalb ist das kaufkraftbereinigte BIP der Schweiz in Dollar kleiner als das von Franken in Dollar umgerechnete BIP. Letztlich kommt es aber für die Konsumentinnen und Konsumenten nicht nur darauf an, wie viel sie im Vergleich zu anderen Ländern für Leistungen bezahlen müssen, sondern auch, wie lange sie dafür erwerbstätig sein müssen, um das zu bezahlen, was sie kaufen möchten oder müssen, wenn sie – hier im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen – krank sind. Nicht nur das Preis-, sondern auch das Lohnniveau ist wichtig. Letzteres ist aber in der Kaufkraftberechnung nicht enthalten. Eine solche Masseinheit ist schwierig zu erfassen. Im internationalen Vergleich wird beispielsweise folgende Berechnung angestellt: Wie viel Zeit muss ein Angestellter von McDonald's arbeiten, um einen Big Mac kaufen zu können? Es zeigt sich, dass Big Macs hier sehr viel teurer sind als in den USA, dass aber die Löhne bei den Schweizer McDonald's-Unternehmen eben auch wesentlich höher sind als in den USA. In Arbeitsminuten gerechnet ist schliesslich der Big Mac in der Schweiz etwa gleich teuer wie in den USA (mehr dazu s. Fussnote 10).

Entsprechende Vergleiche gibt es für das Gesundheitswesen nicht. Weil das Gesundheitswesen arbeitsintensiv ist, stellen die Löhne einen hohen Teil der Kosten dieses Sektors dar. Wie hoch der Anteil der Gesundheitskosten am BIP ist, hängt deshalb auch vom Niveau der Stundenlöhne und -honorare im Gesundheitswesen ab, verglichen mit Löhnen anderer Branchen¹¹ respektive Wirtschaftszweige. Ein wichtiger Indikator dafür stellen die Arbeitskosten pro Stunde dar (Löhne, Sozialversicherungen, Ferien, Weiterbildung, Berufskleidung usw.).

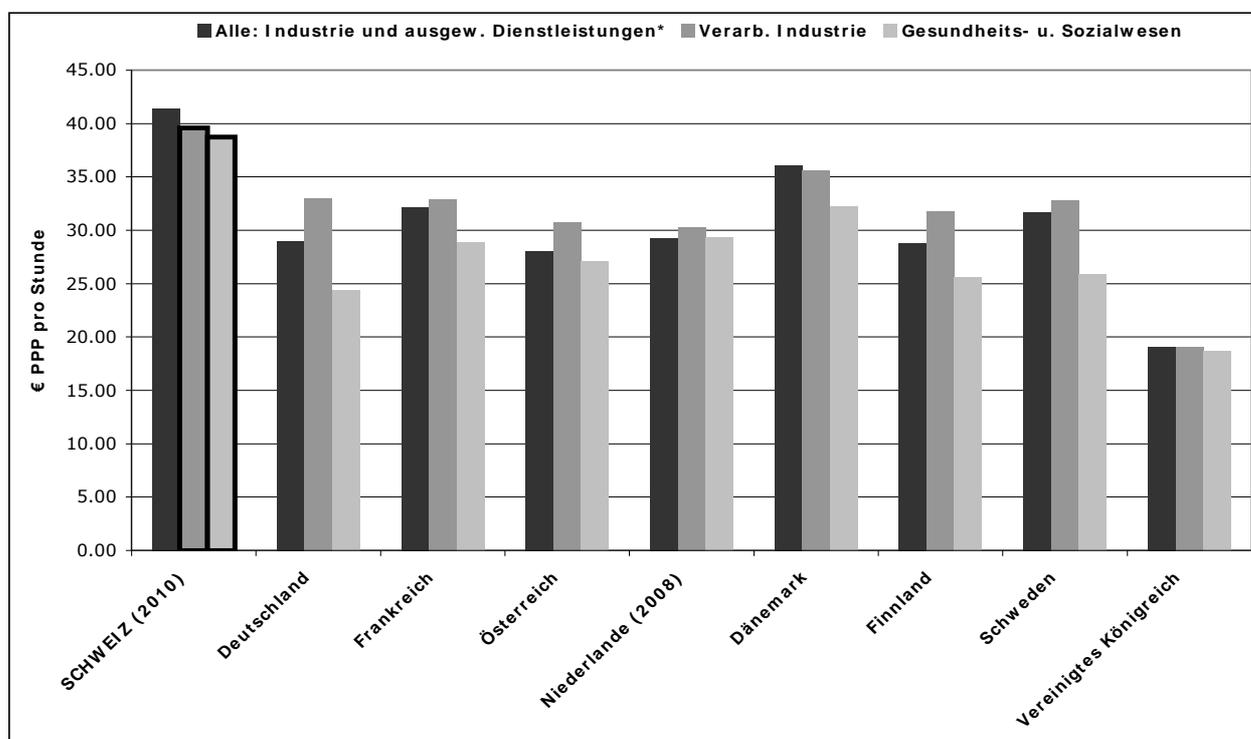
pektive Dollar der betreffende Warenkorb in den USA und in der Schweiz vergleichsweise kostet. Die PPP-Werte des BIP sind für die Schweiz wegen des hohen Preisniveaus niedriger als die direkt in Euro oder Dollar umgerechneten Grössen. 1986 wurde von der Zeitschrift «The Economist» der sog. Big Mac Index erfunden. Er vergleicht die lokalen Preise eines Big Mac umgerechnet in Währungen (Dollar, Yen, Euro, Yuan, Sterling) mit den Preisen der Kaufkraftparität. Der Big Mac Index wurde weiterentwickelt und Folgendes ausgerechnet: Wie lange muss ein Angestellter von McDonald's arbeiten, um sich einen Big Mac kaufen zu können? Die UBS veröffentlicht inzwischen jährlich ähnliche Kaufkraftberechnungen aufgrund von Löhnen und Preisen für grosse Städte in aller Welt. Gewichtete Nettostundenlöhne von 15 Berufen werden mit den Preisen von einem 1 Big Mac, 1 Kilo Brot, 1 Kilo Reis und 1 iPhone 4S 16 GB verglichen (UBS, 2012, S. 11).

¹¹ Branchen/Wirtschaftszweige/Sektoren: Die Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR), in der auch das BIP enthalten ist, weist in ihren Statistiken zur Bruttowertschöpfung (BWS) einerseits Branchen/Wirtschaftszweige aus, zum Beispiel: BWS der Uhrenproduktion, des Detailhandels, des Unterrichts, der öffentlichen Administration und des Gesundheits- und Sozialwesens. Die Branchen sind dabei unterteilt in drei Wirtschaftssektoren: Landwirtschaft, Industrie und Bauwesen, Dienstleistungen. Zu Letzteren gehört auch das Gesundheits- und Sozialwesen. Zum anderen unterscheidet die VGR auch die BWS der institutionellen Sektoren, in denen gewirtschaftet wird: Staat, nichtfinanzielle Kapitalgesellschaften (z. B. industrielle Unternehmen), finanzielle Kapitalgesellschaften (Banken, Versicherungen) sowie private Organisationen ohne Erwerbszweck, zu denen auch Haushalte und gemeinnützige Institutionen (wie Pflegeheime und Spitex) gehören.

Grafik 2

Arbeitskosten pro Stunde in der verarbeitenden Industrie und in ausgewählten Dienstleistungen* verglichen mit Arbeitskosten im Gesundheits- und Sozialwesen

2009, in Euro (Kaufkraftparität PPP)



Quelle: Bundesamt für Statistik BFS

* Es sind nur Handel, Verkehr, Gastgewerbe, Finanz- und Versicherungsleistungen, Immobilienwesen, freiberufliche wissenschaftliche und technische und weitere Dienstleistungen enthalten, nicht aber die öffentliche Verwaltung, Erziehung und Unterricht, Gesundheits- und Sozialwesen, Kunst, Unterhaltung und Erholung usw.

In den Statistiken sind nur Unternehmen mit zehn oder mehr Arbeitnehmenden enthalten.

Kommentar

Arbeitskosten: Die Arbeitskosten setzen sich in der Schweiz aus Löhnen und Gehältern (83,7 %), Sozialbeiträgen der Arbeitgeber (15 %) und weiteren, insbesondere mit der beruflichen Bildung und Personalrekrutierung verbundenen Kosten (1,3 %) zusammen. In der Regel werden sie als durchschnittliche Arbeitskosten pro Stunde ausgewiesen (www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/06/04/blank/key/01.html).

Diese Statistik gibt nur grobe Anhaltspunkte über das Niveau der Löhne im Gesundheitswesen. Viel hängt beim statistisch ausgewiesenen Lohnniveau davon ab, ob Ärzte in der ambulanten Medizin vor allem Löhne oder aber Honorare beziehen. Honorare sind nicht in der Statistik enthalten, nur Löhne.

Grafik 2 zeigt, dass die durchschnittlichen Arbeitskosten im Gesundheitswesen – verglichen mit denjenigen in den Sektoren Industrie und Dienstleistungen (hier: alle Dienstleistungen ohne Staat, Gesundheits- und Sozialwesen usw.) – je nach Land sehr unterschiedlich ausfallen, was darauf hindeutet, dass auch das Einkommensniveau im Gesundheits- und Sozialwesen im Vergleich mit demjenigen anderer Wirtschaftszweige je nach Land sehr unterschiedlich ist. In der Schweiz und in den Niederlanden liegen die Arbeitskosten pro Erwerbsarbeitsstunde im Gesundheitsbereich und in der Industrie nahe beieinander, während in Deutschland in der Industrie pro Arbeitsstunde substanziell höhere Lohn- und Sozialkosten anfallen als im Gesundheits- und Sozialwesen¹². Dies hat einen wesentlichen Einfluss nicht nur auf die durchschnittlichen Kosten des Gesundheitswesens in Franken oder Euro, sondern auch auf den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP.

Die Grafik gibt nur über die Höhe von Löhnen und Gehältern Auskunft in Betrieben mit zehn oder mehr Angestellten, nicht aber über Honorare von Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten mit eigener Praxis, also auch nicht über Einkommen von Ärzten, die in Spitälern auf Honorarbasis arbeiten. Die Grafik ist deshalb nur beschränkt aussagekräftig, sie ist aber ein Indiz für die sehr unterschiedlichen Lohnniveaus für die Pflegenden in den verschiedenen Ländern. Rund drei Viertel der im Gesundheitswesen Erwerbstätigen arbeiten in Krankenhäusern und sozialmedizinischen Institutionen, sie beziehen meistens Löhne oder Gehälter und sind deshalb statistisch in der Grafik 2 erfasst. In ihrem SECO-Gutachten betonen Kirchgässner et al. (2011, S. 63–64), wie schon erwähnt, dass der Anteil der Spitalkosten in der Schweiz an den gesamten Gesundheitskosten hoch sei im internationalen Vergleich. Die Annahme liegt nahe, dass das vergleichsweise hohe Lohnniveau in der Schweiz zu einem relativ hohen Anteil der Spitalkosten führt. Die hier betrachteten Daten sind allerdings nicht genau genug, um mehr als Vermutungen anzustellen.

1.2 Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens verglichen mit seinen Kosten

In allen wirtschaftlich weit entwickelten Ländern werden die Gesundheitsausgaben problematisiert. Nur fragt sich, ob die Kosten des Gesundheitswesens als zu hoch angesehen werden, weil die Leistungen als hoch und vielleicht als nicht wirklich notwendig angesehen werden, oder weil die Leistungen zu teuer sind im Vergleich zu ihren Behandlungserfolgen. Das ist nicht einfach abzuklären, weil die Erfassung von Behandlungserfolgen generell sehr schwierig ist, insbesondere dann, wenn Gesundheitswesen verschiedener Länder miteinander verglichen werden sollen.

Die OECD hat inzwischen einen umfangreichen statistischen Apparat zu den Gesundheitswesen in den verschiedenen Ländern aufgebaut, was sehr viele internationale Vergleiche ermöglicht. Es geht dabei vor allem um die Kosten und ihre Struktur sowie um Finanzierungsregimes (s. Kapitel 3.1) und weniger um Vergleiche der Kosten mit der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Es gibt jedoch zunehmend Versuche, Indikatoren für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens international zu standardisieren und zu vergleichen.

¹² Gesundheits- und Sozialwesen: Die Daten zu den Gesundheitsausgaben/Gesundheitskosten (s. Fussnote 3) müssen von den Berechnungen der Produktionswerte (Bruttowertschöpfung BWS als Teil des BIP) des Gesundheits- und Sozialwesens unterschieden werden. In der BWS-Berechnung sind das Gesundheitswesen und das Sozialwesen (Sozialarbeit, soziale Betreuung von Jugendlichen, von Betagten etc.) zusammengefasst. Die Produktion der Medikamente (BWS der Pharmaindustrie) und der medizinischen Hilfsmittel wird in der Statistik hingegen unter den Produktionskonten der Industrie aufgeführt.

Das schweizerische Gesundheitswesen ist laut OECD-Berichten und laut dem Euro Health Consumer Index (www.healthpowerhouse.com) im internationalen Vergleich auch leistungsfähig (Kirchgässner et al., 2011, S. 12 ff.).¹³ Insbesondere sticht hervor, dass die Wartezeiten der Patientinnen und Patienten in der Schweiz sehr kurz sind, jedenfalls wenn es um Operationen und Behandlungen beispielsweise im Fall eines Krebsverdachts und um Zugang zu Spezialisten geht. Das setzt grosse Kapazitäten voraus (z. B. in den Spitälern) und das kostet. Hingegen schneidet die Schweiz im internationalen Ranking vergleichsweise schlecht ab, wenn es um die Rechte und die Information der Patienten geht, ebenso sind die Rechte der Kranken im Fall von Behandlungsfehlern schlecht geschützt. Patienten sind nicht gegen Schäden versichert (zit. in Kirchgässner et al., 2011, Tab. 3.3., S. 14). Die OECD schreibt in ihrem Bericht von 2011 über das schweizerische Gesundheitswesen: «Die Patientenrechte waren in den 1970er Jahren ein grosses Thema. Inzwischen hat sich der Fortschritt auf diesem Gebiet aber deutlich verlangsamt, und die Schweiz ist in diesem Bereich von anderen Ländern überholt worden. Die Patientenorganisationen leisten auf individueller Ebene und als Koordinationsmechanismus wichtige Dienste, sind aber oft fragmentiert» (OECD, 2011, S. 163). Bis vor Kurzem fehlte es laut OECD weitgehend an öffentlich zugänglichen Daten zum Qualitätsranking von Spitälern (OECD, 2011, S. 165 ff.).

Die Resultate dieser internationalen Vergleiche und die verschiedenen Studien zu den Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens zeigen, dass es sehr schwierig ist, zu identifizieren, was nun zu viel kostet, falls überhaupt: Sind die Leistungen zu teuer? Wenn ja, welche? Oder werden zu viele Leistungen erbracht? Wenn ja, welche? Welche Gründe gibt es dafür? In der öffentlichen Debatte wird meistens die Fragestellung nicht differenziert diskutiert, sondern einfach pauschal mit den hohen Kosten argumentiert, wie wenn sie an und für sich zu hoch wären und wie wenn es klar wäre, was mit «zu hoch» gemeint ist. Zudem fällt auf, dass über die Qualität der Pflege in diesen internationalen Vergleichen nichts zu finden ist.

Die folgenden Kapitel zeigen, dass je nach Land die Leistungen des Gesundheitswesens sehr unterschiedlich durch die Sozialversicherungen abgedeckt sind und dass deshalb auch das, was an Leistungen von der breiten Bevölkerung beansprucht werden kann, von Land zu Land stark variiert. Dies betrifft auch die Pflegeleistungen.

1.3 Das Wachstum der Gesundheitsausgaben aus volkswirtschaftlicher Sicht

Die Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz haben sich seit den 1960er Jahren in einem sehr ähnlichen Wachstumsrhythmus entwickelt wie in anderen westeuropäischen Ländern, obwohl in den verschiedenen Ländern die Gesundheitswesen sehr ungleich organisiert sind. Diese statistische Evidenz stellt die These in Frage, die heute ein wesentlicher Teil des gesundheitsökonomischen Diskurses in der Schweiz ist, nämlich dass das Gesundheitswesen falsch reguliert sei und mehr Markt und Wettbewerb eingeführt werden müssten. Auch anders regulierte Länder haben vergleichbare Kostenprobleme mit den Gesundheitswesen; die USA, die am meisten Wettbewerb und Markt im Gesundheitswesen vorweisen, haben die höchsten Kosten von allen. Kirchgässner und Gerritzen betonen denn auch im Gutachten, dass mehr Wettbewerb oder das Vorhandensein von mehr privaten Versicherungen (anstelle von staatlicher Finanzierung und obligatorischen Krankenkassen) nicht notwendigerweise zu niedrigeren Kosten führt (s. Teil 2, Kapitel 5). Die Anteile der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt sind, wie Grafik 1 zeigt, in den aufgeführten westeuropäischen Ländern über Jahrzehnte ungefähr im gleichen Rhythmus

¹³ Im SECO-Gutachten von Kirchgässner et al. (2011) findet sich eine detaillierte Zusammenfassung zu den Resultaten und auch zur Problematik solcher Studien.

gewachsen, trotz unterschiedlicher Institutionen und Regulierungen. Dies verlangt nach Erklärung.

Weshalb sind die Kosten des Gesundheitswesens schneller gestiegen als das BIP, und zwar in allen Ländern? Kirchgässner (2009) zählt in einem früheren Artikel folgende Gründe auf:

1. die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung,
2. die Tatsache, dass mit wachsendem Wohlstand mehr für Gesundheitsdienste ausgegeben wird,
3. der technische Fortschritt ermöglicht mehr Diagnosen und zusätzliche Behandlungsverfahren,
4. die Arbeitsintensität des Gesundheitswesens: Die Produktivität der Arbeit kann nicht im selben Mass erhöht werden wie in der Industrie (S. 7/8).

In der öffentlichen Debatte der Schweiz werden hauptsächlich die Punkte 1 bis 3 angeführt. Es gibt jedoch Ökonomen vor allem in den USA, die im Punkt 4 die wichtigste Erklärung für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sehen (Baumol, 2012; in der Schweiz Hartwig, 2006a, 2006b, 2007, 2008). Schon in den 1960er Jahren haben US-Ökonomen darauf hingewiesen, dass es arbeitsintensive Wirtschaftszweige gibt, die unter einer chronischen «Kostenkrankheit» leiden, nämlich daran, dass sie die Arbeitskosten nicht senken können, ohne die Leistungen zu vermindern oder die Arbeit schlechter zu bezahlen. Die Ökonomen haben diese These zuerst am Beispiel der Kunst entwickelt: Konzertpreise steigen im Vergleich zu anderen Leistungen (beispielsweise Autos und Uhren) überdurchschnittlich. Diese Gesetzmässigkeit gilt aber auch für die Reparatur von Uhren, die im Vergleich zu einer neuen Uhr immer teurer wird. Es ist heute billiger, eine neue Uhr zu kaufen, als die alte reparieren zu lassen. Das war nicht immer so. Dieselbe ökonomische Regel gilt zum einen für zwei grosse Sektoren öffentlicher Dienstleistungen: für das Gesundheits- und Sozialwesen sowie für das Erziehungs- und Unterrichtswesen (Baumol, 2012). Zum anderen sind auch klassisch privatwirtschaftliche Dienstleistungsbranchen wie das Gastgewerbe und der Detailhandel von den beschränkten Möglichkeiten, die Arbeitsproduktivität zu erhöhen, betroffen (Madörin, 2011).

Man kann immer schneller Autos produzieren, aber nicht immer schneller pflegen oder Kinder betreuen. Im Jahr 2012 hat William J. Baumol, einer der führenden Theoretiker der Kostenkrankheit, sich in dieser Frage nochmals gemeldet. Baumol hat als Ökonom vor allem im Bereich der Industrie- und Technikentwicklung gearbeitet. In seinem Buch «The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't» (Baumol, 2012)¹⁴ bekräftigt er nochmals seine Thesen zur Kostenkrankheit, die er vor mehr als 35 Jahren aufgestellt hatte, und prophezeit, dass der Anteil der Gesundheitskosten am BIP weiterhin im gewohnten Rhythmus steigen werde – stärker also als das BIP, es sei denn, es werden immer wieder Leistungen abgebaut und Löhne gekürzt. Damit schliesst er nicht aus, dass in einzelnen Ländern (wie z. B. in den USA) nicht Kosten gespart werden oder neuere medizinische Entwicklungen zu Kosteneinsparungen führen können, aber dies immer nur vorübergehend. In der Tendenz werden die Kosten des Gesundheitswesens stärker steigen als das BIP. Ökonomen nennen diesen Zusammenhang das Erste Gesetz der Gesundheitsökonomie (Baumol, 2012, S. 95).

Statistische Analysen verschiedenster Länder (auch von wirtschaftlich wenig entwickelten Ländern) zeigen, dass die Gesundheitskosten generell stärker wachsen als das BIP und ihr Anteil um-

¹⁴ Das Buch, vor allem der erste Teil, ist sehr lesenswert (Englisch); auch NichtökonomInnen können der wirtschaftstheoretischen Argumentation folgen.

so höher ist, je höher das BIP pro Kopf der Bevölkerung ist. Andere Faktoren wie Ineffizienz, Profitinteressen von Spitälern oder Versicherungen, unnötige Tests, überrissene Medikamentenpreise oder besonders geldgierige Ärztinnen und Ärzte usw. können diese generelle Wachstumstendenz nicht erklären, ebenso nicht die demografische Zusammensetzung der Bevölkerung. Das zeigen laut Baumol umfangreiche Korrelationsrechnungen zu vielen Ländern über mehrere Jahrzehnte (Baumol, 2012, S. 94 ff.).

Das ökonomische Problem der Kostenkrankheit des Gesundheitswesens oder anderer «stagnierender» Wirtschaftszweige ist laut Baumol eigentlich gar keines: Es reflektiert eine Erfolgsstory der Industrialisierung, des technischen Fortschritts, der in der Güterproduktion oder in anderen Branchen zu steigender Arbeitsproduktivität führt (Baumol spricht von «progressiven» Wirtschaftszweigen). Baumols Argument lautet verkürzt dargestellt so: In der Industrie erlaubt es der technische Fortschritt, den Arbeitsaufwand durch den Einsatz von Maschinen massiv zu senken. Dadurch werden die Arbeitskosten stark gesenkt, auch wenn höhere Löhne bezahlt werden. Ebenso ist es möglich, die Preise der Produkte zu senken – auch bei steigender Qualität. Wenn jedoch ein Spital beispielsweise ein MRI-Gerät anschafft, dann stellt dies zwar einen technischen Fortschritt für die Diagnose dar, aber damit wird der Aufwand der Behandlung von Kranken nicht oder kaum verkleinert. Im Gegenteil, zur Bedienung des MRI-Geräts braucht es Personal.

Wegen des Ersten Gesetzes der Gesundheitsökonomie ändern sich die Preisrelationen innerhalb einer Volkswirtschaft: Das Gesundheitswesen scheint immer teurer zu werden – und wird es auch im Vergleich zu industriell hergestellten Gütern. Nur bleibt, so Baumol, trotz überproportional zunehmender Gesundheitsausgaben noch genügend Einkommen übrig, das es erlaubt, immer noch viele Güter zu konsumieren. Damit sich aber alle Menschen Bildung und die Behandlung ihrer Krankheiten leisten können (die im Verhältnis immer teurer werden), braucht es kollektive Transfersysteme (z. B. durch obligatorische Krankenkassen oder Steuern), durch welche die Kosten im Bildungs- und Gesundheitswesen voll bezahlt oder mindestens stark subventioniert werden.

In der Schweiz als auch in anderen Ländern wird jedoch anders argumentiert: Die Notwendigkeit, das Gesundheitswesen neu zu organisieren, wird mit den überproportional steigenden Kosten begründet und mit den falschen Anreizen, welche die Finanzierung des Gesundheitswesens durch den Staat und die Sozialversicherungen angeblich schaffe. Mit viel Aufwand wird nach Möglichkeiten gesucht, die Kosten durch entsprechende Steuerungsmechanismen einzudämmen oder zu senken. Das kann aber, wenn die These von Baumol stimmt, aus folgenden Gründen nicht funktionieren:

- Die Kosten lassen sich nicht durch den Ersatz von Arbeit durch Maschinen wesentlich reduzieren. Die Qualität von personenbezogenen Dienstleistungen hängt wesentlich vom Zeiteinsatz ab.
- Die pflegerische Arbeit lässt sich kaum standardisieren, sie muss wie die Reparatur von Uhren «von Hand» gemacht werden. Die Arbeitskosten steigen relativ zu den Arbeitskosten in der industriellen Fertigung.
- Kranke Menschen sind – im Unterschied zu Uhren – nicht standardisierbar, weil sie eben sehr unterschiedlich sind. Die Behandlung und die Pflege der Kranken sind noch weniger standardisierbar als die Uhrenreparatur (Baumol, 2012, S. 36–38; s. Teil 3, Kapitel 2).

Das Auseinanderdriften der Arbeitsproduktivitäten in den sogenannten stagnierenden und den progressiven Wirtschaftszweigen hat unter anderem zwei Auswirkungen: 1. Es entsteht eine Wegwerfgesellschaft, weil Reparaturen von Industriegütern relativ zu deren Produktionskosten immer

teurer werden. 2. Im Fall von personenbezogenen Dienstleistungen ist die ökonomische Dynamik bei wachsendem technischen Fortschritt eine andere: Sie werden vergleichsweise (wie die Reparaturen von Uhren) immer teurer. Da die Kosten des Gesundheitswesens überproportional zu anderen Kosten steigen, müssen die Steuern oder die Krankenkassenprämien erhöht werden, um sie finanzieren zu können.

Das Problem liegt, so Baumol, nicht daran, dass wir uns ein teurer werdendes Gesundheitswesen nicht leisten könnten, sondern darin, dass diese ökonomischen Mechanismen und die damit verbundenen Konsequenzen nicht Thema der öffentlichen Diskussion sind und damit die Illusion geschaffen wird, die Kosten liessen sich eindämmen. Es wird am falschen Ort gespart. Seiner Ansicht nach führt der Versuch, die Gesundheitsausgaben des Staates und der obligatorischen Krankenkassen dem Wachstum des BIP anzupassen, notwendigerweise zu einem Abbau der Leistungen im Gesundheitswesen oder der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in diesem Sektor.

Kosten eindämmen im Gesundheitswesen bedeutet also im Wesentlichen Arbeitskosten sparen, weil sie einen grossen Teil der Gesamtkosten ausmachen: Das ist zwar beschränkt möglich, wenn Löhne weniger steigen als in anderen Sektoren oder indem ein Teil der qualifizierten Arbeit als unqualifiziert eingestuft und damit schlechter bezahlt wird. Dieser Prozess ist gegenwärtig in Spitälern im Bereich der Pflege tendenziell festzustellen (mehr dazu s. Teil 2, Kapitel 6.1). Eine weitere Variante ist, Arbeit in Privatfirmen auszugliedern und sie von rechtlosen, aber genügend gut ausgebildeten Migrantinnen und Migranten zu Niedriglöhnen verrichten zu lassen – gegenwärtig eine Entwicklung vor allem im Bereich der ambulanten Pflege (Theobald, 2009) und der Pflegeheime sowie in der Hauswirtschaft der Spitälern. Aber auf die Dauer, so Baumol, setze sich immer wieder die Tendenz durch, dass die Gesundheitsausgaben stärker wachsen als das BIP.

Auch in der Schweiz ist in der Öffentlichkeit von Seiten der Gesundheitsökonominnen, der zuständigen Fachleute bei Bund und Kantonen oder bei den Versicherungen von diesem Ersten Gesetz der Gesundheitsökonomie nichts oder kaum etwas zu hören. Die Sichtweise des Problems der «Kostenexplosion im Gesundheitswesen» orientiert sich bei den genannten Akteuren primär an der Dynamik des technischen Fortschritts in der Industrie. Das zeigen ihre Erwartungen an die Einführung der Fallpauschalen sowie des neuen Spitalfinanzierungsgesetzes und auch ihre Begründung, weshalb ein Managed-Care-System im ambulanten Bereich angestrebt werden sollte. Es wird sehr viel Hoffnung auf die Standardisierung der Behandlung von Kranken, die Reorganisation der Betriebe, die Finanzierung durch Fallpauschalen, auf standardisierte Leistungstarife sowie auf den Kostenwettbewerb gesetzt, die es ermöglichen sollen, die Effizienz im Gesundheitswesen zu erhöhen und damit die Kosten zu senken.

An dieser Stelle sei betont, dass es bei der Argumentation von Baumol darum geht, dass die Tendenz, dass die Gesundheitskosten steigen, nicht mit fehlender Wirtschaftlichkeit, falsch gesetzter Prioritäten, der Doppelspurigkeit bei Behandlungen, unnötigen Operationen, zu teuren Medikamenten oder anderen Missständen im Gesundheitswesen erklärt werden kann. Die genannten Fehlleistungen können zwar die Ursache von vergleichsweise mehr oder weniger hohen Kostenniveaus verschiedener Leistungen des Gesundheitswesens in verschiedenen Ländern sein, nicht aber eine Erklärung für die allgemeine Tendenz der steigenden Gesundheitsausgaben. Egal wie hoch das Niveau der Gesundheitsausgaben vergleichsweise ist: Wegen der Arbeitsintensität werden die Gesundheitsausgaben tendenziell stärker wachsen als das BIP. Das gesundheitspolitische Problem liegt darin, dass oft mit konkreten Missständen oder Missverhältnissen diese allgemeine Tendenz illustriert wird und allgemeine regulatorische Veränderungen zwecks Kostensenkung

angestrebt werden, die riesige Sektoren des Gesundheitswesens betreffen: die Krankenhäuser, die ambulante Medizin, die ambulante Pflege.

Damit verschwinden die real zu lösenden Probleme und zu beseitigenden Missstände hinter allgemeinen regulatorischen Massnahmen, deren Konzepte zudem sehr ungeeignet sind und in ihren Auswirkungen nicht unbedingt Ineffizienzen beseitigen, sondern diese sogar verstärken können (s. Teil 2 und Teil 3 der Studie).

2. Die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand und der obligatorischen Krankenkassen – ein internationaler Vergleich

In der öffentlichen Debatte wird oft getäuscht: Es wird generell von den Gesundheitskosten geredet. Gemeint und Gegenstand politischer Kontroversen sind jedoch meistens die Kosten, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)¹⁵ oder vom Staat (vor allem von den Kantonen) finanziert werden müssen. Wenn diese Kosten steigen, dann werden auf die Dauer auch die Steuern und die Krankenkassenprämien steigen müssen. Mit der Forderung nach Kostensenkung ist vorwiegend Kostensenkung für den Staat (in der Schweiz vorwiegend für die Kantone) und für die OKP gemeint. Dazu schreiben Kirchgässner et al. in ihrem Bericht an das SECO (2011):

«Dass die Kosten hoch sind, ist jedoch nicht das eigentliche Problem; die Schweiz ist in vielerlei Hinsicht eine Hochpreisinsel, aber auch ein Hochlohnland. Viel schwerer wiegt, dass die Kosten nicht nur permanent, sondern im längerfristigen Trend auch stärker als das Einkommen (bzw. stärker als das Bruttoinlandsprodukt (BIP)) steigen. [...] Auch dies sollte für sich betrachtet kein Problem darstellen; schliesslich gibt es auch andere prosperierende Sektoren, die schneller als das BIP wachsen, und in aller Regel ist man in einem Land froh um solche Sektoren; sie schaffen zusätzliche Beschäftigung. Das eigentliche Problem des Gesundheitsbereichs liegt darin, dass der Marktmechanismus hier aus sozialen Überlegungen heraus in erheblichem Umfang ausser Kraft gesetzt wurde: Jedes Mitglied unserer Gesellschaft soll unabhängig von seiner/ihrer ökonomischen Situation im Rahmen der Grundversorgung entsprechend den medizinischen Notwendigkeiten gleichermassen gut versorgt werden.»

Aus der Sicht von Kirchgässner et al. liegt das Problem der «Kostenkrankheit» des Gesundheitswesens primär bei den wachsenden Sozialausgaben für das Gesundheitswesen (OKP, Staat, Suva usw.), für deren Finanzierung Prämien und Steuern bezahlt werden müssen. Wer für welche Gesundheitsleistungen bezahlt, wie stark Sozialversicherungen und der Staat an der Finanzierung der Gesundheitskosten beteiligt sind, unterscheidet sich von Land zu Land. In internationalen Vergleichen werden die vom Staat getragenen Kosten, die also von Steuern finanziert werden, und die von der OKP getragenen Kosten meistens in die gleiche Kategorie eingeteilt (sogenannte Gesundheitsausgaben der Systeme der sozialen Sicherheit). Prämien für eine OKP werden in dieser Statistik als vergleichbar mit Steuern behandelt, weil sie für alle obligatorisch sind – ähnlich eben wie Steuern.

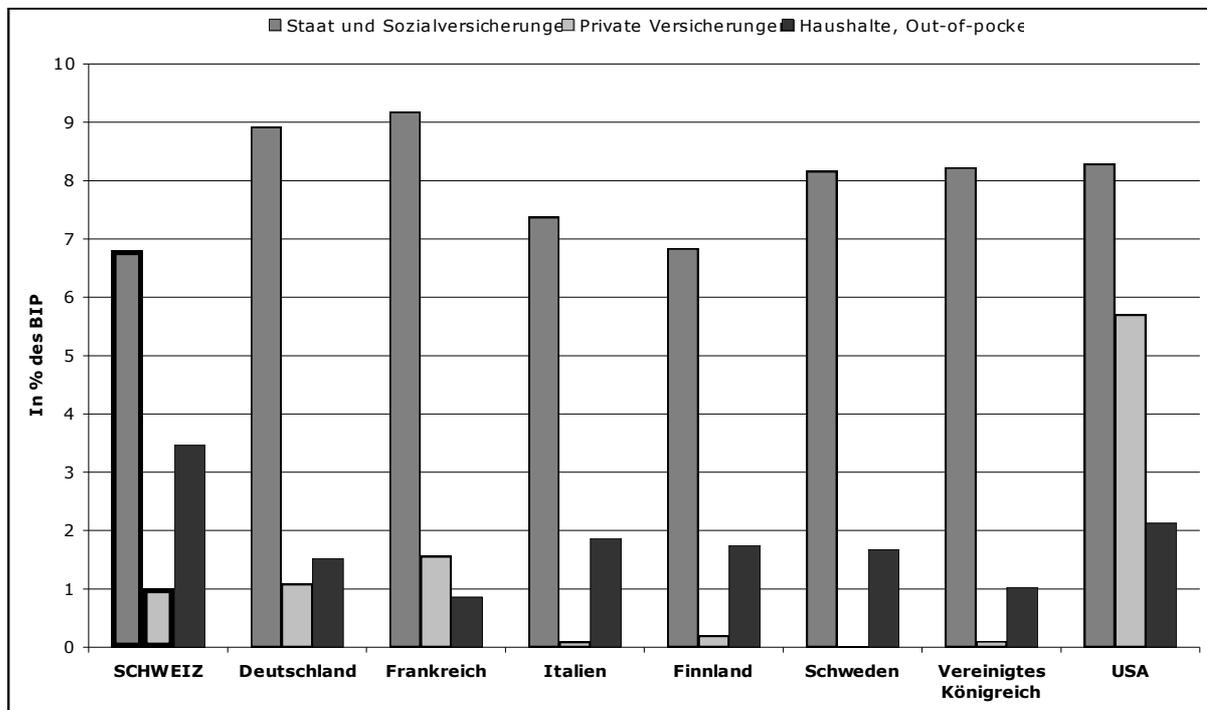
Grafik 3 (s. nächste Seite) zeigt: Im internationalen Vergleich sind in der Schweiz die Ausgaben für Gesundheit, die der Staat und die OKP tragen müssen, tief (s. Begriffserklärung Grafik 3). Es gibt kein überzeugendes Argument dafür, dass in der Schweiz die Patientinnen und Patienten oder ihre Angehörigen einen grösseren Teil der Kosten tragen sollten. Denn dieser Anteil ist bereits vergleichsweise hoch, sehr hoch sogar. Das Problem mit den Prämien für die obligatorische Krankenversicherung muss also anders als durch an und für sich zu hohe Kosten des Gesundheitswesens erklärt werden. Weder sind die Gesundheitskosten im internationalen Vergleich exorbitant hoch, noch sind die Sozialausgaben für das Gesundheitswesen hoch. Ganz im Gegenteil, Letztere sind im Vergleich zu jenen westeuropäischen Länder und selbst der USA relativ tief.

¹⁵ OKP, obligatorische Krankenpflegeversicherung (s. KVG): Die OKP enthält ein Paket mit Versicherungsleistungen, das die Krankenversicherungen jeder Person in der Schweiz anbieten müssen (Grundversicherung). Die Versicherung ist für die gesamte Wohnbevölkerung in der Schweiz obligatorisch.

Grafik 3

Kosten des Gesundheitswesens nach Finanzierung durch Staat und Sozialversicherungen, Haushalte und Privatversicherungen

2009, in % des Bruttoinlandprodukts



Berechnet aus: Key tables from OECD Health Statistics, OECD - ISSN 2075-8480 - © OECD 2011 Health. Expenditure and Finance, Financing Agents (retrieved May 7, 2012 from www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480)

Definition Out-of-Pocket

Out-of-Pocket-Zahlungen: Ausgaben für Güter und Gesundheitsdienste der privaten Haushalte, die nicht durch die Versicherungen (OKP, Privatversicherungen) oder Staatsausgaben gedeckt sind, zum Beispiel vom Arzt nicht verschriebene Medikamente und andere Käufe in Apotheken, hauswirtschaftliche Leistungen der Spitex, nicht verschriebene Massagen, teilweise Psychotherapien, zahnärztliche Behandlungen.

In dieser Statistik sind auch die Kostenbeteiligungen der Haushalte an Versicherungen enthalten.

Kommentar

In dieser Statistik sind nicht alle Institutionen, die sich an Ausgaben für das Gesundheitswesen beteiligen, aufgeführt; es fehlen beispielsweise die privaten Unternehmen.

Begriffe (s. BFS, Statistisches Lexikon der Schweiz, T 14.5.3.1)

In der schweizerischen Statistik werden bei der Auflistung, die zeigt, wer das Gesundheitswesen finanziert (Finanzierungsregimes), folgende Institutionen unterschieden:

- Staat (Bund, Kantone, Gemeinden)
- Sozialversicherungen (Krankenversicherungen KVG, Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV)
- Bedarfsabhängige Sozialleistungen (Ergänzungsleistungen AHV, Ergänzungsleistungen IV, kantonale Alters- und Pflegehilfe)
- Privatversicherungen (im KVG geregelt, plus Militärversicherungen, andere private Versicherungseinrichtungen)
- Private Haushalte (Kostenbeteiligung Sozialversicherung, Kostenbeteiligung Privatversicherung, Out-of-Pocket)
- Andere private Finanzierung

Der Kostenanteil der Haushalte variiert sehr stark, je nachdem, ob Leistungen im Spital, ambulant bei Ärzten, in Pflegeheimen oder bei der Spitex beansprucht werden müssen (s. nächstes Kapitel). Der Unterschied zu anderen Ländern besteht vor allem darin, dass in der Schweiz der Staat und die OKP Zahnbehandlungen nicht und die Pflege in Pflegeheimen sowie der ambulanten Pflege (vor allem Spitex) nur äusserst knapp versichert haben, was für diesen Bereich einschneidende Konsequenzen hat. Das zeigt Grafik 4 im nächsten Kapitel deutlich. Sie zeigt auch, dass der Kostenanteil des Staates und der OKP bei Spitälern im Vergleich zu anderen Leistungen hoch ist. Deshalb werden gegenwärtig besondere Anstrengungen gemacht, diese Kosten zu senken und sie in den ambulanten Sektor zu verschieben, wo weniger Leistungen obligatorisch versichert sind, auch wenn es sich um die gleichen Leistungen wie in den Spitälern handelt (s. dazu Kapitel 4 dieses Teils). Die Finanzierung durch den Staat wird damit kleiner, ein grösserer Teil fällt dafür auf die Krankenkassen oder auf die Patienten selbst. Diese Verschiebung ist gegenwärtig eine wichtige Ursache für die Erhöhung der Krankenkassenprämien.

3. Die Unterfinanzierung der Pflege

Das Recht auf die Bezahlung einer adäquaten und erfolgreichen medizinischen Behandlung ist im KVG verankert. Aber über die Leistung der Pflegenden und über das Recht auf eine gute Pflege (der Pflegenden und der Gepflegten) in Spitälern ist im Gesetz fast nichts zu finden. Was die Pflege in Pflegeheimen und zu Hause anbelangt, ist erst 2011 ein zusätzlicher Gesetzesparagraf in Kraft getreten (s. dazu Teil 2, Kapitel 6.2).

Es bestehen zwei Finanzierungssysteme, welche die Pflege besonders betreffen. Erstens sind verschiedene Leistungen des Gesundheitswesens sehr unterschiedlich finanziert (s. Grafik 4, sog. Finanzierungsregimes) und zweitens gelten heute für Krankenhäuser (Fallpauschalen) einerseits und für Pflegeheime und die ambulante Pflege andererseits jeweils unterschiedliche Abgeltungssysteme (s. Kapitel 3.2. und 3.3).

3.1 Die unterschiedlichen Finanzierungsregimes

Wie Grafik 4 zeigt (s. nächste Seite), unterscheiden sich die Finanzierungsregimes im schweizerischen Gesundheitswesen enorm: Sie sehen sehr anders aus für Spitäler als für Pflegeheime oder die Spitex. Weiter sind ärztliche Leistungen, Medikamente, Labortests usw. im ambulanten Bereich besser versichert als Leistungen insbesondere in Pflegeheimen. Bezieht man die unbezahlte Arbeit der Pflege und Begleitung zu Hause in die Kostenrechnung mit ein, so übernehmen Private (die Patientinnen/Patienten oder ihre Angehörigen) die Pflegekosten in Pflegeheimen und in der Spitex zu etwa drei Vierteln. Der Staat (bzw. die Kantone) finanziert vor allem die Akut-/Hightechmedizin in Spitälern. Ebenso ist der Anteil der Kosten, welche die obligatorische Versicherung trägt, im ambulanten Bereich höher als in Pflegeheimen.

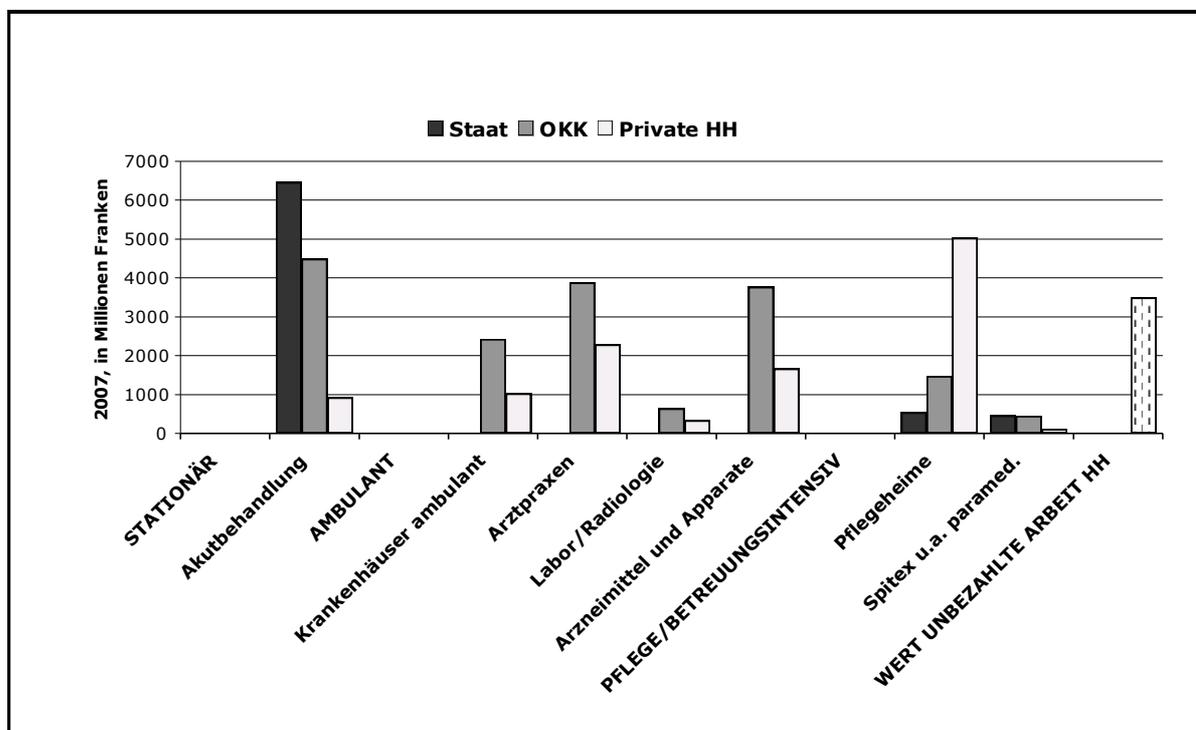
Bei der Spitex lässt die Definition, was eine OKP-pflichtige Pflegeleistung ist, aber wenig Spielraum: In der Grafik sind bei der Rubrik «Spitex» nur die Leistungen erfasst, die als Pflege gelten. Daneben gibt es aber Care-Leistungen (Begleitung, Unterstützung im Alltag, z.T. Grundpflege), die aus pflegewissenschaftlicher Sicht eigentlich zur Pflege gehören, die aber in den schweizerischen Verordnungen als nicht OKP-pflichtige Leistungen definiert sind und statistisch nur erfasst sind, wenn dafür bezahlt wird.

Die unbezahlte Arbeit für Kranke zu Hause muss dem Tätigkeitsfeld der Spitex zugeordnet werden. Sie beträgt nach sehr vorsichtigen Schätzungen im Durchschnitt etwa das Vier- bis Fünffache der Leistungen der Spitex. Es gibt aber keine Studien dazu, die genauere Daten für die ganze Schweiz liefern könnten. Das liegt nicht zuletzt daran, dass der Bedarf an Pflege-, Unterstützungs- und Begleitarbeit je nach Krankheit und Situation der Kranken enorm variieren kann, weswegen Erhebungen sehr aufwendig sind.

Man muss sich bewusst sein, dass sich die Finanzierungsregimes für die Pflege anders gestalten als für die medizinische Behandlung; es gelten vor allem für die Spitäler andere Massstäbe als für die Spitex und die Pflegeheime. Die Art und Weise, wie gegenwärtig das Gesundheitswesen und seine Finanzierung reorganisiert werden, bewirkt, dass die Entwicklungen der Finanzierung der Pflege im Spitalsektor anders verlaufen als im Bereich der Pflegeheime und der Spitex. In allen Bereichen aber besteht ein Kostendruck auf die Pflege. Er dürfte sich aufgrund der neuen Verordnungen verstärken. Aber die institutionellen Mechanismen und die Abgeltungssysteme (Fallpauschalen, Tarife), die ihn erzeugen, unterscheiden sich entscheidend, wie in den nächsten beiden Kapiteln ausführlicher aufgezeigt wird.

Grafik 4

Finanzierung ausgewählter Leistungen durch den Staat, die obligatorische Krankenkasse und durch Haushalte, 2007



BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen und Direktzahlenden 2007, Neuchâtel 2009, Tab. 9, Berechnung M. Madörin

Kommentar

In dieser Grafik sind nicht alle Leistungen des Gesundheitswesens dargestellt. Es sind zudem nur die wichtigsten Kostenträger aufgeführt: der Staat (ohne Beiträge der Sozialversicherungen AHV/IV und EL), nur die obligatorische Krankenpflegeversicherung (z. B. ohne Suva und Zusatzversicherungen) und die privaten Haushalte (mit den Selbstbehalten, Franchisen und Out-of-Pocket-Zahlungen; siehe dazu die Begriffserklärung bei Grafik 3), ebenso (gestrichelt rechte Säule) eine grobe Minimalschätzung des Werts der unbezahlten Pflege- und Betreuungsarbeit für Kranke, die zu Hause leben, und für Betreuungsbedürftige in Haushalten (Schätzung von M. Madörin, berechnet im Rahmen des Forschungsberichts 4 zur politischen und sozialen Ökonomie in der Schweiz, UNRISD-unveröffentlicht, Projekt 2006–2009). Siehe dazu auch EBG 2010.

Die neuesten Erhebungen des BFS zur unbezahlten Arbeit und zu den Gesundheitskosten, welche die Daten zu den neu eingeführten Regulierungen für die Pflegefinanzierung enthalten, fanden im Jahr 2013 statt.

Probleme der Schätzung der unbezahlten Arbeit für pflege- und unterstützungsbedürftige Patientinnen und Patienten zu Hause

In den Statistiken des BFS zu unbezahlter Arbeit sind nur direkte Pflegearbeiten (Waschen, Wundpflege usw., Begleiten) enthalten, nicht aber die zusätzliche Hausarbeit, die anfällt, wenn eine kranke Person im Haushalt lebt, ebenso wenig die sogenannte Passive Care, das heisst die unvermeidlichen Präsenzzeiten. Da die Pflege- und Hilfsbedürftigkeit je nach Krankheit enorm variiert, ist es schwierig, dazu genügend repräsentative Daten zu erheben. Dazu kommt, dass es bezüglich der unbezahlten Arbeit für pflegebedürftige Personen in anderen Haushalten (z. B. für den Vater, der anderswo wohnt, Einkaufen für gehbehinderte Nachbarin; in den BFS-Statistiken unter der Rubrik der Informellen Freiwilligenarbeit zusammengefasst) keine aufgeschlüsselten Statistiken darüber gibt, welche Art von unbezahlter Arbeit für wen verrichtet wird und während wie vieler Stunden pro Monat. Eine Schätzung der Pflege- und Betreuungsarbeit für Erwachsene als Anteil der informellen Freiwilligenarbeit gibt es von Jacqueline Schön-Bühlmann (2005) zum Jahr 2004.

3.2 Die (Pflege)kosten in Spitälern

Wenn wir uns die Zunahme der Beschäftigung (Vollzeitäquivalente VZÄ) und der Lohnkosten in Spitälern in Tabelle 1 ansehen, dann sind zwischen 2000 und 2009 folgende Tendenzen für die Krankenhäuser bezüglich der allgemeinen Pflege auszumachen:

Tabelle 1 bestätigt die These von Baumol, dass die Kosten der Krankenhäuser stärker wachsen als das BIP. Im Detail betrachtet stimmt das aber nur zum Teil: Die Lohnsumme für Ärztinnen und Ärzte als auch deren Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten gemessen sind bedeutend stärker gestiegen als jene des Personals im Pflegebereich. Dessen Lohnsumme ist etwa gleich stark gestiegen wie das BIP, aber die Beschäftigung gerechnet in Vollzeitäquivalenten hat weniger zugenommen als das BIP. Auch Löhne und Beschäftigung von Verwaltungspersonal und Personal in anderen medizinischen Fachbereichen haben stärker zugenommen als bei der Pflege. Hier sei angemerkt, dass die Berechnung der Spitalkosten in Tabelle 1 insofern problematisch ist, als in der Krankenhausstatistik nicht alle Spitäler und nicht immer die gleichen erfasst wurden. Es handelt sich daher um grobe Indizien; die Spitalkosten müssten genauer analysiert werden.

Tabelle 1

Entwicklung der Spitalkosten, 2000-2009 in %

Zunahme der Personalkosten in Spitälern (für allgemeine Pflege) 2000–2009 in %			
	Lohnsumme	Beschäftigte (VZÄ)	Ø Lohn
Ärztinnen/Ärzte	75,2 %	55,1 %	13,0%
Pflegepersonal im Pflegebereich	30,4 %	17,9 %	10,6%
Personal anderer medizinischer Fachbereiche	51,6 %	33,2%	13,8%
Verwaltungspersonal	54,6 %	40,0 %	10,4%
Personal Ökonomie, Transport- und Hausdienste	17,1 %	13,2 %	3,4%
Personal technischer Betriebe	7,2 %	-5,3 %	13,2%
Im Vergleich dazu (2000–2009)			
	Zunahme in %		
BIP	28,2 %		
Kosten des Gesundheitswesens	42,3 %		
Betriebsaufwand von Krankenhäusern	50,5 %	(ohne Zinsen und Investitionen)	
Personalkosten von Krankenhäusern	45,6 %		
Anzahl Pflegetage (stationär)	-10,0 %		
Hospitalisationen (stationär)	11,2 %		

Quelle: BFS Krankenhausstatistiken, Kosten des Gesundheitswesens, Berechnung M. Madörin

In der Statistik von 2009 sind die ambulanten Behandlungen der Spitäler nicht speziell abgebildet, deshalb sind die Daten zum Pflegepersonal nur schlecht vergleichbar mit jenen bezüglich der Pflegetagen.

Die Tabelle zeigt klar: An der Zunahme der Pflegekosten in Spitälern kann es nicht liegen, wenn die Kosten im Gesundheitswesen von 2000 bis 2009 um 42,3 Prozent und die Betriebsausgaben der Krankenhäuser noch stärker gestiegen sind. Im Zeitraum von 2000 bis 2009 hat die Zahl der Pflegetage (stationär in Krankenhäusern) um zehn Prozent abgenommen, während die Anzahl der Hospitalisationen (stationär) zugenommen hat. Das heisst, die Dauer des Aufenthalts der Patienten hat sich verkürzt, was zu Mehrarbeit für die Pflege pro Pflegetag führt, weil in den ersten Tagen des Spitalaufenthalts meistens eine intensive Pflege benötigt wird. Deshalb ist es schwierig,

die Abnahme der Pflgetage mit der Entwicklung der Anzahl Beschäftigten in der Pflege zu vergleichen.

Es muss auch betont werden, dass die Zunahme der Lohnsumme im Vergleich zur Beschäftigungszunahme bei der Pflege – betrachtet man die anderen Berufskategorien – klein geblieben ist: Bei den Ärzten hat die Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten um rund 55 Prozent zugenommen, die Lohnsumme jedoch um 75 Prozent, im Durchschnitt pro beschäftigte Ärzte haben die Löhne um 13 Prozent zugenommen (s. Spalte «Ø Lohn»), im Vergleich zur Schweiz unterdurchschnittlich.¹⁶ Bei der Pflege ist die Lohnsumme nur um knapp 13 Prozentpunkte stärker gestiegen als die Beschäftigung, im Durchschnitt haben die Löhne sogar nur um 10.6% zugenommen. Dies lässt vermuten, dass der Anteil der Fachpflegepersonen am Pflegepersonal im gleichen Zeitraum abgenommen hat. Fazit: Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen bzw. bei den Spitälern von 2000 bis 2009 liefert keinen Grund, in Zukunft an Pflegekosten zu sparen – ganz im Gegenteil.

Tabelle 1 handelt es sich um eine Zeitperiode vor Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz. In Deutschland hat eine ähnliche Entwicklung nach Einführung der Fallpauschalen stattgefunden (Bartholomeyczik, 2007). Es sprechen etliche Gründe für die Vermutung, dass durch die Einführung der Fallpauschalen der Kostendruck auf die Pflege noch weiter zunehmen wird. Er dürfte für die Pflege auch stärker sein als für die Ärzteschaft (s. Teil 2, Kapitel 6.1).

3.3 Die Pflegekosten in Pflegeheimen und zu Hause

Der Grund für die sehr hohen Leistungen der privaten Haushalte für die Pflege zu Hause und für den hohen privaten Finanzierungsanteil bei den Pflegeheimen liegt darin, dass die OKP-pflichtigen Pflegeleistungen sehr eng definiert sind: Tätigkeiten, die vor allem Begleitung und Unterstützung im Alltag umfassen, sind von der obligatorischen Versicherung nicht gedeckt. Dazu kommt, dass der Zeitaufwand, der für die medizinische Pflege und die Grundpflege verrechnet wird, sehr knapp bemessen ist, ebenso die Höhe der verrechneten OKP-Tarife (s. Teil 3, Kapitel 3.3 und 4).

Tabelle 2 (auf der nächsten Seite) zeigt das Ausmass der finanziellen Verpflichtungen privater Haushalte bei der Langzeitpflege (Out-of-Pocket, Selbstbehalte usw.) in einem internationalen Vergleich.

Der Anteil der Kosten, den die Langzeitpatienten oder ihre Angehörigen tragen müssen, ist in der Schweiz sehr hoch. In Tabelle 2 zudem nicht sichtbar ist der Aufwand für die unbezahlte Care-Arbeit¹⁷ für Kranke zu Hause. Diese wird zu über 70 Prozent von Frauen verrichtet. Die Ehepartnerinnen (die Frauen leben in der Regel länger) von Kranken haften mit ihrem ganzen

¹⁶ Im Zeitraum von 2000 bis 2009 haben die Nominallöhne in der Schweiz um 15,4 Prozent zugenommen, (BFS Schweizerischer Lohnindex).

¹⁷ Care-Arbeit: «Der englische Begriff Care umfasst mehr als Betreuung oder Pflege. Care bedeutet, sich – unbezahlt oder bezahlt – um die körperlichen, psychischen, emotionalen und entwicklungsbezogenen Bedürfnisse eines oder mehrerer Menschen zu kümmern» (EBG, 2010: 34). Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK schreibt zur Caring-Arbeit: «Caring bedeutet, sich um andere zu sorgen, sich mit Wertschätzung auf jemanden einzulassen. Es geht um Engagement, Mitgefühl und Vertrauen, um den menschlichen Beistand in der Pflege.» (SBK-ASI 2011) In der feministischen Ökonomie wird der Begriff Care-Arbeit weiter und anders gefasst: als bezahlte und unbezahlte Sorge- und Versorgungsarbeit, die direkt dem Wohlergehen anderer Menschen dient, auch arbeitsfähiger und gesunder Erwachsener. Pflegearbeit und ärztliche Behandlung sind nur ein kleiner Teil der so verstandenen Care-Arbeit.

Einkommen und Vermögen für die (meist teuren) nicht OKP-pflichtigen Kosten von Pflege, Begleitung und Unterstützung im Alltag, bis das ganze Vermögen aufgebraucht ist. Die Hilflösenentschädigungen sind viel zu tief, um die Kosten der nichtversicherten Pflege und Betreuung bei stark pflege- und betreuungsbedürftigen Personen zu decken. Wenn die Ehefrauen später selbst krank und pflegebedürftig werden, verfügen sie über keine finanziellen Reserven mehr. Die Regulierung bezüglich der OKP-pflichtigen Pflegeleistungen in Pflegeheimen und der Homecare stellt de facto eine grosse Ungerechtigkeit gegenüber Frauen dar (s. dazu Madörin et al., 2012). Sie führen tendenziell auch zu einem Graumarkt für Hauspflegedienste, in dem «Migrantinnen zumeist unter schlechten Arbeitsbedingungen als «Live-ins» in den Familien eine 24-stündige Betreuung leisten» (Theobald, 2009, S. 69). Aus international vergleichenden Studien geht hervor, dass nicht genügend soziale Absicherungen insbesondere der Langzeitpflegekosten zu einer Beschäftigung von schlecht bezahlten Migrantinnen führen (Theobald, 2009, S. 66 ff.). Das ist in der Schweiz und beispielsweise auch in Deutschland der Fall.

Tabelle 2

Anteil privater Ausgaben an den Langzeitpflegekosten, 2007 in %

Deutschland	29,3 %	Niederlande	0,0 %
Frankreich	1,2 %	Schweden	4,5 %
Schweiz	61,2 %	USA	38,0 %

Quelle: Kirchgässner et al., 2011, Tab. 7.2., S. 52. Bei dieser Tabelle ist die unbezahlte Arbeit nicht einberechnet. Diese miteinbezogen, tragen Haushalte rund drei Viertel aller Langzeitpflegekosten in der Schweiz.

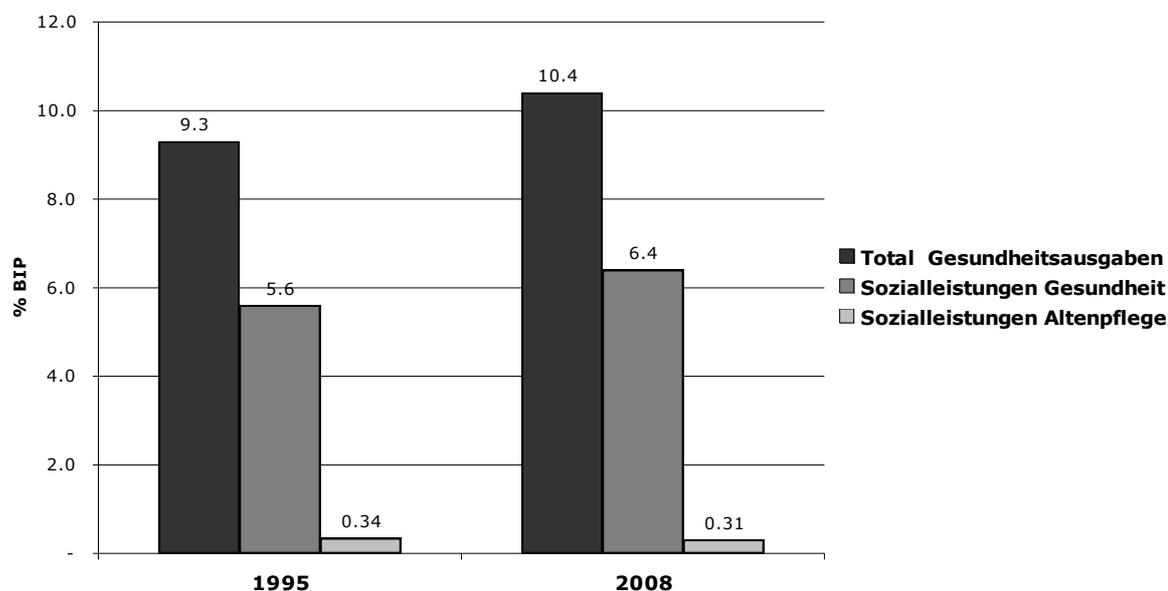
Zur Problematik der Berechnungen siehe Studie des BFS: Frey, Liechti und Feer (2011). Weitere, internationale Vergleiche zu aktuellen und zukünftigen Kosten der Langzeitpflege: siehe auch Bericht der OECD (2011a).

Bei den nicht OKP-pflichtigen Kosten in Pflegeheimen und bei der Homecare geht es um Milliarden von Franken, wie Grafik 4 zeigt. Im Fall der Schweiz muss in dieser Hinsicht von einer Unterfinanzierung durch die Sozialversicherungen beziehungsweise den Sozialstaat und damit von einer tendenziellen Unterversorgung von Pflege- und Care-Leistungen in der Langzeit- und Altenpflege gesprochen werden. Das ist nicht in allen westeuropäischen Ländern so. Die Niederlande, Österreich oder Schweden kennen beispielsweise weit grosszügigere Rahmenbedingungen bezüglich der OKP-pflichtigen Leistungen, die gemessen am Bruttoinlandprodukt das Mehrfache derjenigen der Schweiz ausmachen.

Grafik 5 (auf der nächsten Seite) zeigt zudem, dass zwischen 1995 und 2008 die Ausgaben für die soziale Sicherheit (OKP und Staat), welche die Altenpflege anbelangen, nicht gestiegen sind, während andere obligatorisch versicherte Ausgaben des Gesundheitswesens im Vergleich zum BIP gestiegen sind, wie generell die Gesundheitsausgaben auch.

Grafik 5

Gesundheitsausgaben und Sozialleistungen für Gesundheit insgesamt und für Altenpflege, Schweiz 1995 und 2008, in % des BIP



Quellen: Gesundheitskosten: BFS Übersicht

www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/internationaler_vergleich.html

Sozialleistungen Gesundheit: BFS Tab. 13.2.3.11

Altenpflege: Eurostat Tab. tsdde530:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsdde530>

Definitionen

BFS zu Sozialleistungen/Sozialschutzausgaben: «Das System der sozialen Sicherheit umfasst die Gesamtheit der Massnahmen öffentlicher oder privater Institutionen mit dem Ziel, Personen oder Haushalte vor sozialen Risiken zu schützen und deren Existenz zu sichern. Nicht unter diesen Begriff fallen Leistungen aufgrund von individuellen Vereinbarungen und solche, die eine gleichwertige Gegenleistung voraussetzen. Als Sozialleistungen wird die Gesamtheit der Leistungen bezeichnet, die im Rahmen der sozialen Sicherheit ausgerichtet werden. Dabei wird zwischen Geldleistungen an Personen oder Haushalte, die der Einkommenssicherung dienen, und Sachleistungen in Form von Dienstleistungen und Subventionen unterschieden.»

Altenpflege laut Eurostat: «Dieser Indikator wird definiert als der prozentuale Anteil der für die Altenpflege aufgewendeten Sozialschutzausgaben am BIP. Diese Ausgaben umfassen Pflegegelder, Unterbringung und Hilfestellung im Alltag.»

Kommentar

Das Problem bei dieser Grafik ist, dass die Ausgaben für die Spitex (wichtig für Altenpflege) auf Schätzungen beruhen. Es ist beispielsweise nicht klar, wie die Defizitdeckungen der Gemeinden der Spitex statistisch erfasst sind. Ebenso sind in den Spitex-Statistiken bis 2009 die erwerbswirtschaftlichen Organisationen nicht erfasst.

Klar ist aber, dass die Sozialleistungen für die Altenpflege, sehr tief geblieben und nicht gewachsen sind wie andere Sozialausgaben für das Gesundheitswesen.

Generell muss festgestellt werden, dass die Schweiz im westeuropäischen Vergleich ein gutes System sozialer Sicherheit aufweist (Zugang zu einem hohen technischen Standard der Gesundheitsleistungen, Altersvorsorge, Arbeitslosenversicherung usw.). Dies gilt jedoch ausgesprochen nicht im Fall traditioneller Care-Pflichten von Frauen: für die Pflege und Betreuung von Kranken oder die Kinderbetreuung. Diesbezüglich ist die Schweiz im Rückstand mit öffentlichen Einrichtungen und entsprechenden Ausgaben. Das kann nicht genug betont werden, denn gleichzeitig ist die Erwerbstätigkeit von Frauen im erwerbsfähigen Alter in der Schweiz im westeuropäischen Vergleich hoch. Dies gilt nicht nur für die Erwerbstätigkeit in Prozent der Frauen im erwerbsfähigen Alter (15-64 Jahre), sondern auch für die durchschnittliche Anzahl von Stunden, welche die Frauen pro Jahr erwerbstätig sind (Madörin, 2010b; Madörin, Schnegg und Baghdadi, 2012).¹⁸

¹⁸ Diese Aussage bezieht sich auf eine Veröffentlichung des BFS (2009, S. 9, Tabelle G2-G3), in welcher der Zeitaufwand pro Woche für Haus- und Familienarbeit von Frauen und Männern aufgrund internationaler Statistiken verglichen wird. Die verglichene Altersgruppe betrifft Frauen und Männer im Alter von 20 bis 74 Jahren (die Daten stammen von 2000 bis 2005). Für die Schweiz fällt auf, dass der durchschnittliche Zeitaufwand von Frauen für Haushalt und Familie an der Spitze von neun untereinander verglichenen Ländern liegt (Belgien, Deutschland, Finnland, Italien, Niederlande, Schweden, Schweiz, Spanien, Ungarn), ebenso ist der Zeitaufwand für Erwerbsarbeit der Frauen in der Schweiz höher als in den anderen Ländern, ausser in Finnland (knapp höher) und Schweden. Die Schweizer Männer liegen an der Spitze des Zeitaufwandes für Erwerbsarbeit. Die Schweiz besetzt, was den zusammengezählten Zeitaufwand für bezahlte und unbezahlte Arbeit anbelangt, unter den verglichenen Ländern die Spitzenposition; dies gilt sowohl für Frauen als auch für Männer.

4. Überlegungen zur Um- und Auslagerung von Behandlungs- und Pflegekosten

Durch die jahrelangen Kämpfe um Kostensenkung im Gesundheitswesen und die Debatten zu mehr Wirtschaftlichkeit ist eine neue Frage in den Fokus geraten, nämlich wie eigentlich ein Gesundheitswesen gut funktionieren kann. Angenommen wird, dass dies durch ein strenges Kostenkalkül jeder Institution, jedes Spitals, Pflegeheimes, der Arztpraxen und der Spitex, aber auch der wichtigsten Akteure der Sozialversicherungen, namentlich des Staates und der obligatorischen Krankenkasse, erreicht werden kann. Der Zwang, zu sparen, führt zu einer Dynamik mit eigenen Logiken und Entwicklungen, die dadurch gekennzeichnet ist, dass jede Institution versucht, ihre Kosten zu verringern.

4.1 Die Externalisierung von Kosten

In der Realität handelt es sich bei der Verringerung von Kosten oft lediglich um deren Verschiebung. Wie dies getan werden kann, hängt sowohl vom Finanzierungsregime (Finanzierung durch Staat, Versicherungen, Haushalte) als auch von den Abgeltungssystemen ab (Pauschalen, Tarife usw.). Was wie viel kostet, ergibt sich auch daraus, ob es unbezahlte oder schlecht bezahlte Leistungen gibt. In der Fachsprache werden Kostenverschiebungen mit Externalisierung der Kosten bezeichnet. Der Begriff stammt aus der Umweltökonomie. Damit ist gemeint, dass Kosten der Produktion abgeschoben werden, zum Beispiel in Form von «ökologischen Kosten», die anderswo Umweltschäden anrichten, oder in Form von «sozialen Kosten», die andere Menschen finanziell belasten oder zur Verschlechterung ihrer Lebenssituation führen. Wenn die externalisierten Kosten nicht in der Kosten-Ertrags-Rechnung eines Projekts berücksichtigt sind, bildet das Effizienz kalkül eine Art potemkinsches Dorf der Wirtschaftlichkeit und Kostengünstigkeit ab. Dazu ein Beispiel aus dem Gesundheitswesen:

Wegen einer komplizierten Augenoperation, die ambulant durchgeführt wurde, musste der Patient mit dem Auto am Morgen früh in eine Universitätsklinik geführt werden. Die Reise mit dem Auto dauerte eine gute Stunde. Er brauchte dazu eine Fahrerin. Seine erwerbstätige Partnerin fuhr ihn hin. Er wurde erst am frühen Nachmittag operiert, blieb bis 19.00 Uhr im Spital und wurde dann aus der Klinik entlassen. Man empfahl ihm, ein nahegelegenes Hotel für die Übernachtung. Auf die Frage, was er tun soll, wenn er an dem operierten Auge starke Schmerzen bekomme oder etwas nicht stimmte, riet man ihm, ein Taxi zu rufen und möglichst schnell in die Klinik zu kommen. Seine Partnerin holte ihn im Spital ab, begleitete ihn ins Hotel, übernachtete ebenfalls dort und fuhr mit ihm am nächsten Morgen zwecks Kontrolle in die Klinik. Er wartete auf die Nachuntersuchung im gleichen Bett, in dem er tags zuvor sich von der Anästhesie erholt hatte. Das Spitalbett war immer noch mit den gleichen Leintüchern bezogen. Das Paar hat Kinder und musste für den Abend und die Nacht nach der Operation eine Kinderbetreuung organisieren.

Diese Geschichte ist ein klassisches Beispiel für die Externalisierung von Kosten. Welche Kosten werden externalisiert? In diesem Fall ist es der Anteil der Spitalkosten, die der Kanton tragen muss. Wie Grafik 4 zeigt, trägt der Kanton den höchsten Anteil der Spitalkosten, aber nur für stationäre Behandlungen. Im Fall ambulanter Behandlungen müssen die obligatorischen Krankenkassen den grössten Teil der Kosten der Operation übernehmen, ein Teil wird an die Patientinnen und Patienten abgewälzt. Immer mehr Operationen werden von Spitälern ambulant durchgeführt. Die Kantone können damit bei den Spitalausgaben sparen, für die Krankenkassen steigen

hingegen die Kosten. Der Patient im Beispiel muss die «Hoteldienstleistungen» (Übernachtung, Abendessen, Frühstück), die bei stationärer Behandlung im Spital von Staat und Krankenkassen weitgehend bezahlt worden wären, selbst übernehmen. Dazu kommen noch andere Aufwendungen, die bei einer stationären Behandlung nicht angefallen wären: die Hin- und Rückfahrt vom und zum Hotel, die Hotelkosten auch für die Partnerin und die Kosten für die Kinderbetreuung.

Faktisch sind also die gesamten Kosten dieser Behandlung höher, als wenn der Patient nachts über im Spital geblieben wäre. Sie sind aber in zwei Hinsichten gesunken: real für den Kanton, der nichts für ambulante Spitalkosten bezahlen muss, und fiktiv in der Statistik der Gesundheitskosten. Ein Teil der Kosten ist auf die Krankenkassen verschoben worden und erscheint in dieser Statistik immer noch. Ein weiterer Teil der Kosten ist auf den Patienten abgewälzt worden (höherer Anteil an Operationskosten, Mahlzeiten und Übernachtung). Die Hotelkosten für ihn und zusätzlich für seine Begleiterin sind aber aus der Statistik der Gesundheitskosten verschwunden, sie sind nun in der volkswirtschaftlichen Rechnung unter der Rubrik «Gastgewerbe» verbucht. Die unbezahlte Begleitung und der Hütedienst der Grosseltern verschwinden im statistischen Nirwana der nicht entlohnten Arbeit.

Statistisch gesehen sind nun die Behandlungskosten für die Augenoperation verglichen mit einer stationären Behandlung tiefer, die Operationen sind effizienter geworden (Kosten pro Operation). Das Gesundheitswesen scheint dadurch wirtschaftlicher geworden zu sein, obwohl gesamtwirtschaftlich gesehen genau das Gegenteil der Fall ist. Aber diese Umverteilung, die faktisch ein Sozialabbau darstellt für Leute mit niedrigen Einkommen, zählt kaum in der gesundheitspolitischen Debatte.

Wie schon dargestellt (Kapitel 1.3.), drehen sich die Diskussionen über die Kosten des Gesundheitswesens vorwiegend um die Kosten, welche Kantone, Gemeinden und obligatorische Krankenkassen zu tragen haben. Wie können nun die Kosten der OKP eingeschränkt werden respektive wohin werden sie abgeschoben?

1. Wie das obige Beispiel zeigt, durch Abwälzen auf andere, auf für den Staat oder die OKP billigere Leistungen (Homecare statt Pflegeheim, Pflegeheim oder Reha statt Spital, ambulante Behandlung anstatt stationäre im Spital usw.);
2. durch Einschränkung respektive Rationierung OKP-pflichtiger Leistungen (z. B. Fallpauschalen);
3. durch schlechtere Bezahlung und Rationalisierung der Arbeit;
4. durch medizinischen Fortschritt, der Behandlungsleistungen verbilligt;
5. durch Prävention. Inwiefern diese der Kostenverminderung dient, ist allerdings meistens unklar.

Am besten eignen sich für die Reduktion der OKP-pflichtigen Gesundheitskosten die drei ersten Varianten. Es handelt sich dabei aber oft gleichzeitig um eine Externalisierung der Kosten. Bei der Externalisierung sozialer und ökologischer Kosten stellt sich immer die Frage, wo beziehungsweise von wem diese schliesslich bezahlt werden und nicht mehr weiterverschoben werden können, wenn es nicht auf Kosten der Arbeitsbedingungen derjenigen geht, welche die Leistungen erbringen. Im Krankheitsfall ist die «Endstation» unvermeidlich bei den Kranken und ihren Nächsten, die sich um sie kümmern. Kranke sind immer das «End of Pipe» der Kostenverschiebungen, die Opfer von dysfunktionalen Behandlungskalkülen. Wenn die Patienten und ihre Angehörigen diese Kosten nicht tragen können, enden die verschobenen Kosten bei den Sozialversicherungssystemen, für deren Kosten meistens die Gemeinden aufkommen müssen (z. B. Sozialhilfe für die Finanzierung von Pflegeheimen, Defizitdeckung für Spitex). Aus der Sicht der Kantone (steuerpflichtige Bevölkerung) und der OKP (Prämienzahler/innen) ist es heute in der

Schweiz dort am billigsten, wo ihr Anteil an den Kosten am niedrigsten ist: in Pflegeheimen oder noch besser, wenn die Patientinnen und Patienten zu Hause gepflegt werden. Die Kosten, die dadurch für die Kranken und ihre Angehörigen entstehen, sind nur am Rande Gegenstand der Kostensenkungsbestrebungen der Politik. Damit wird die Illusion genährt, dass das Gesundheitswesen billiger werden kann. Die Frage lautet: billiger für wen?

Durch den notorischen Kostendruck auf das Gesundheitswesen durch den Staat und die obligatorischen Krankenkassen wird das finanzielle Effizienzkalkül jeder Institution, jedes Spitals, aber auch der wichtigsten Finanzierer wie des Staates und der obligatorischen Krankenkasse selbst immer wichtiger. Die Neigung, Kostenverschiebungsspiele zu treiben, nimmt unvermeidlich zu sowohl für die Versicherer (Staat und obligatorische Krankenkasse) als auch für die Leistungserbringer. Je unrealistischer die Kostensenkungsforderung ist, desto intensiver und verzweifelter werden die Versuche der Akteure im Gesundheitswesen, Kosten loszuwerden, indem sie die finanzielle Effizienz ihrer Leistungen durch Kostenverschiebungen erhöhen. Diese Kostenspiele überlagern die Frage, welchen Versorgungsbedarf es gibt und geben wird, wie adäquat darauf reagiert werden kann, welche Kosten anfallen werden und welche bei frühzeitiger Erkennung von Problemen vermieden werden können. Sie überlagern vor allem auch die Frage, was denn aus der Sicht der Patientin oder des Patienten am sinnvollsten wäre. Die professionelle Ethik wird zunehmend dominiert vom Glauben an das Sparen im Rahmen eines Effizienzkalküls, das zudem volkswirtschaftlich fragwürdig ist.

4.2 Das Verschwinden von Leistungen aus den Abgeltungssystemen und den Effizienzkalkülen

In der Berechnung zu den Behandlungskosten im obigen Beispiel sind nicht nur massive Kostenverschiebungen und -erhöhungen nicht enthalten, sondern auch eine erhöhte Gefahr von Komplikationen geht nicht in die Kostenrechnung ein: das Risiko, mit einem frisch operierten Auge die Nacht im Hotel zu verbringen und allenfalls notfallmässig ins Spital zurückkehren zu müssen. Es handelt sich hier nicht nur um eine Kostenverschiebung im Sinn der Verschiebung finanzieller Kosten, sondern auch um die Frage der Sicherheit der Behandlung und der Gefahren von Nebenwirkungen. Leistungen, die dieses Risiko verkleinern könnten, werden vom Spital nicht erbracht und vom Kanton nicht finanziert: die Nacht im Spital. Sie verschwinden aus dem Effizienzkalkül.

Der verstorbene bekannte Basler Soziologe Lucius Burckhardt (1995), der sich vor allem mit dem Design, mit Raumplanung und der Infrastruktur in öffentlichen Räumen befasst hat, beschrieb folgendes Beispiel, das zeigt, dass Effizienzmassnahmen undefinierte, aber wichtige Leistungen zum Verschwinden bringen können:

«Wir verbringen den Sommer auf dem Land bei Bauern. Der Hof steht einsam, und an manchen Tagen sieht man niemanden als den Briefträger, der vormittags die Zeitung bringt. Nun kommt ein Erlass der Postverwaltung: Die Postkunden sind gehalten, zur Rationalisierung der Postverteilung am Rande der Strasse Briefkästen aufzustellen. Auch unser Hof beteiligte sich an der Aktion: Wir kauften einen hochmodernen, gelb und schwarz lackierten Doppelbriefkasten und verankerten ihn nahe der Einfahrt am Strassenrand. Seither sind wir von der Information abgeschnitten. Der Hof hat zwar Fernsehern und tägliche Zeitung, aber das sind überlokale Nachrichten, die man hier nur am Rande zur Kenntnis nimmt. Briefe schreiben sich die Bauern keine. Die Nachricht von Hof zu Hof geschah durch das Gerede des Briefträgers, der in die Stube trat und die Zeitung ablieferte. Durch den Briefkasten-Erlass hat die Post eine Leistung abgeschafft, von der sie selber gar keine Kenntnis hatte, die aber auf dem Land gerade

die wichtigste war. «Tools for Conviviality» wollten wir beschreiben. Der Briefkasten im angeführten Beispiel ist keines. Er ist ein Objekt, das desintegriert, das Verbindungen zwischen Menschen unterbricht.» (S. 22/3)

Mit diesem Beispiel wollte Burckhardt auf die «Nichtneutralität der Objekte» hinweisen, die im geschilderten Fall «Verbindungen zwischen Menschen» unterbrechen (Burckhardt, 1995, S. 23). In einem Workshop der Gewerkschaftsbildung, in dem von der Ökonomisierung des Gesundheitswesens die Rede war, meldeten sich Briefträger zu Wort und berichteten, ähnlich wie Burckhardt von Stubengerede auf Bauernhöfen, von Gesprächen in der Stadt: Sie hätten keine Zeit mehr, um ein paar Worte mit alten Menschen zu reden, die manchmal am Morgen vor der Haustür auf die Post warten. Sie empfanden das als Abwertung ihrer Arbeit; sie könnten so ihren Job nicht mehr richtig machen. Sie verglichen ihre Situation mit jener der Pflegenden, wie sie im Seminar geschildert wurde.

Ähnliches liesse sich im Fall des Gesundheitswesens als «Nichtneutralität von standardisierten Leistungen und deren Preisen» beschreiben. Hinter der Definition von Leistungen (z. B. Augenoperation) stecken Vorstellungen darüber, was eine OKP-pflichtige Leistung ist und welche Tätigkeiten sie beinhaltet. Burckhardt spricht von einem «unsichtbaren Design», auch Tarife im Gesundheitswesen enthalten ein «unsichtbares Design». Definitionsgemäss werden noch immer Briefe in Briefkästen verteilt und Augen operiert. Und trotzdem hat sich etwas geändert: Leistungen sind verschwunden. Definiert und sichtbar, weil gemessen, sind nur die Leistungen, die Teile des Tariffsystems und Effizienzkalküls sind.

4.3 Versteckte administrative Kosten der neuen Tarifsysteme

Wie hoch sind die Kosten, die durch die Einführung neuer Tarifsysteme (Fallpauschalen 2012 für Spitäler, Pflegeversicherung 2011 für Pflegeheime und ambulante Pflege) und die zunehmend strengeren Kontrollregimes durch die Krankenkassen für das Gesundheitspersonal und damit das Gesundheitswesen entstehen? Diese Kosten sind nirgends ausgewiesen, sondern werden, mindestens zum Teil, als Kosten der Leistungen des Gesundheitswesens verrechnet respektive auf sie abgewälzt. Es handelt sich dabei um eine Verschiebung von Regulierungskosten auf Gesundheitsausgaben, die gegenwärtig sowohl von Ärztinnen und Ärzten als auch von den Pflegefachkräften beklagt wird. Dabei geht es vor allem um den zusätzlichen Dokumentationsaufwand, mit dem sowohl Ärzte in Krankenhäusern als auch die Pflegefachpersonen in Spitälern, in Pflegeheimen und bei der Spitex seit ein paar Jahren konfrontiert sind.

Aufgrund der umfangreichen Schreibarbeiten entstehen für Ärzte und Pflegefachpersonen Überstunden oder es findet eine Verkürzung des Zeitaufwandes für die Patientinnen und Patienten statt. Was mehr der Fall ist, hängt, wie die jährlich stattfindende Umfrage des Forschungsinstituts Bern GFS für 2013 bei Ärztinnen und Ärzten zeigen, davon ab, ob es sich um Akutspitäler, Reha- oder psychiatrische Kliniken handelt.¹⁹ Ähnliche Auswirkungen lassen sich auch für die Pflegenden, insbesondere für Pflegefachkräfte feststellen. An einer Fachveranstaltung des Spitexverbandes Baselland (vom 27.11.2013)²⁰ drehten sich zahlreiche Voten der Podiums- und Ta-

¹⁹ Dies berichtet die NZZ vom 8. Januar 2014 in einem Artikel (S. 9 Printausgabe, «Abschiebung von chronisch Kranken und verzögerter Übertritt in die Reha. Die Ärzte beurteilen die neue Spitalfinanzierung nach drei Jahren Erfahrungen weniger negativ als zu Beginn»). Innerhalb von drei Jahren stieg der Dokumentationsaufwand pro Arbeitswoche laut Befragungen um 20 Minuten. Bei psychiatrischen Kliniken fällt bei dieser Umfrage der hohe Zeitaufwand für die Anfragen der Krankenkassen auf.

²⁰ Die Autorin der vorliegenden Abhandlung hat an dieser Fachveranstaltung teilgenommen.

gungsteilnehmerinnen um den zunehmend hohen administrativen Aufwand, den sowohl die Patientendokumentation als auch die Beanstandungen von Krankenkassen verursachen. Während in den Spitälern laut diesen Voten vor allem die Pflegedokumentation sehr viel Zeit für die Pflegefachpersonen beansprucht, beklagten sich an der Veranstaltung insbesondere Spitex- und Pflegeheimverantwortliche über den Zeitaufwand, der die Beantwortung von Anfragen und Rechnungsbeanstandungen von Krankenkassen gegenwärtig fordert. Dieser zusätzliche administrative Aufwand stellt eine weitere Kürzung der ohnehin knapp bemessenen Arbeitszeiten respektive Finanzen dieser Institutionen dar.

Die administrativen Kosten, die die neuen Wirtschaftlichkeitskalküle verursachen, werden nirgends ausgewiesen. Effektiv handelt es sich dabei mindestens zum Teil um eine Zunahme der Gesundheitsausgaben, ohne dass dabei mehr Behandlungsleistungen erbracht werden würden (in Form von Bezahlung von Überstunden oder Schaffung neuer Stellen für Administration und Controlling in Spitälern), und/oder um einen Abbau von Leistungen (wenn die Dokumentationsarbeit auf Kosten der patientennahen Tätigkeiten geht und die Vollkosten von Institutionen erhöht). So kann auch die Frage nicht abschliessend beantwortet werden, inwiefern der administrative Aufwand für diese neuen Vorgaben die Kosten des Gesundheitswesens erhöht beziehungsweise ob gegebenenfalls das Gebot der Wirtschaftlichkeit durch den Aufwand für diese Tarif- und Kontrollsysteme verletzt wird.

Zusammenfassung und Ausblick

In diesem Teil der Studie ging es vor allem darum, die vermeintlich zu hohen Kosten des Gesundheitswesens und deren Finanzierung genauer unter die Lupe zu nehmen. Die Gesundheitsausgaben der Schweiz sind aufgrund verschiedener Kennzahlen mit jenen anderer Länder verglichen worden. Dabei hat sich gezeigt, dass die Gesundheitskosten gemessen am Bruttoinlandprodukt (BIP) in der Bandbreite anderer westeuropäischer Länder liegen. Die Analyse des Finanzierungsregimes zeigte hingegen ein anderes Bild: Die Sozialausgaben für das Gesundheitswesen (obligatorische Krankenkasse, Suva und Staat usw.) sind gemessen am BIP im internationalen Vergleich relativ tief, während sie für die Haushalte bemerkenswert hoch liegen.

Ein weiteres Kapitel ging der Frage nach, weshalb seit den 1960er Jahren die Gesundheitsausgaben in den westeuropäischen Ländern stärker zugenommen haben als das jeweilige BIP. Generell kann man sagen, dass das Gesundheitswesen arbeitsintensiv ist und bezüglich Arbeitsaufwand wenig von den technischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte profitieren kann, ganz im Gegensatz zur Industrie. Man kann immer schneller Autos und Computer produzieren, nicht aber immer schneller pflegen.

Bei den Finanzierungsregimes ergaben sich markante Unterschiede zwischen den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens. So sieht das Finanzierungsregime für Spitäler ganz anders aus als jenes für die ambulante Versorgung und die Pflegeheime. Ebenso gibt es grosse Unterschiede zwischen der Finanzierung ärztlicher Leistungen und der Finanzierung von Leistungen der Pflege. Man muss von einer starken Unterfinanzierung der Pflege durch den Staat und die obligatorischen Krankenkassen vor allem in den Pflegeheimen und in der ambulanten Pflege sprechen. Aber auch in den Spitälern hat zum Beispiel die Lohnsumme für die Pflege in den 2000er Jahren prozentual bedeutend weniger zugenommen als jene für Ärztinnen und Ärzte oder für das Verwaltungspersonal.

Anhand von drei Beispielen wurden im letzten Kapitel verschiedene Varianten der Um- und Auslagerung von Gesundheitskosten beschrieben. Sie zeigen, dass positive Resultate von Wirtschaftlichkeitsberechnungen nicht notwendigerweise auf eine bessere Effizienz verweisen, sondern einen – oft schwer durchschaubaren – Leistungsabbau oder eine statistisch nicht sichtbare Kostenverlagerung bedeuten können.

Teil 2 der Studie geht der Frage nach, wie sich das Wirtschaftlichkeitskonzept des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) von 1994 verändert hat. Das neue Wirtschaftlichkeitskonzept wird durch neue Abgeltungssysteme (z. B. Fallpauschalen) durchgesetzt. Diese sind von industriellen Produktionserfahrungen geprägt und lassen wesentliche Eigenheiten und ökonomische Logiken des Gesundheitssystems, insbesondere der Pflege, ausser Acht. Ihre Dynamik führt tendenziell zu einem starken Kostendruck auf die Pflege und zu absurden volkswirtschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Entscheiden.

Die in Teil 2 beschriebene systemimmanente Logik und die Dynamik der industriellen Wirtschaftlichkeitskonzepte werden in Teil 3 den besonderen Eigenschaften und der Logik der Pflegearbeit gegenübergestellt. Es geht um die Frage, inwiefern die für die neue Leistungssteuerung geschaffenen Tarifsysteme in der Lage sind, die geeigneten Bedingungen für die ärztliche Behandlung und die Pflegearbeit zu schaffen. Letztere ist durch Personenbezogenheit, Komplexität, Vielschichtigkeit und Prozesshaftigkeit geprägt. Die Pflegearbeit wird heute aber durch die Tarifordnungen überreguliert und zu einschränkend standardisiert. Man muss in Sachen Pflege von dysfunktionalen Abgeltungssystemen sprechen.

Teil 2:

Das neue Wirtschaftlichkeitsgebot – Kostenkorsetts für die Pflege

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG), das seit 1996 in Kraft ist, stellt in der Schweiz das wichtigste Gesetzeswerk zur Regulierung des Gesundheitswesens dar. Es legt vor allem die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) und die medizinischen Leistungen fest, die für die Wohnbevölkerung der Schweiz gewährleistet und zum grossen Teil kollektiv (obligatorische Prämien, Steuern)²¹ finanziert sein sollten. Im Gesetz wird beschrieben, welche Leistung unter die OKP-Pflicht fallen und von der OKP bezahlt werden müssen: Aber wer entscheidet letztlich darüber, welche Leistungen OKP-pflichtig sind? Und welchen Kriterien müssen diese Leistungen genügen? Diese Fragen sind im Fall der Schweiz deshalb wichtig, weil im Unterschied zu anderen westeuropäischen Ländern ein grosser Teil der obligatorisch versicherten Gesundheitsausgaben von privaten Versicherungen gedeckt wird. Sowohl die Zahlungsverpflichtungen der privaten Versicherungen (und auch des Staates) als auch die Leistungsansprüche, welche die Versicherten geltend machen können, sind gesetzlich geregelt.

Um die Kosten des Gesundheitswesens für die Grundversicherungen als auch für den Staat einzudämmen, wurden im Verlauf der letzten Jahre die Regulierungen der OKP-pflichtigen Leistungen stark verändert. Die Notwendigkeit solcher Veränderungen wird in der öffentlichen gesundheitspolitischen Debatte damit legitimiert, dass die Gesundheitskosten zu hoch seien oder zu stark wachsen würden. In Teil 1 dieser Abhandlung wurde die Debatte zu den angeblich zu hohen Kosten des Gesundheitswesens thematisiert. In diesem Teil nun geht es um diese «bessere» Steuerung» der Leistungen, um die neuen Verordnungen, die dafür sorgen sollen, dass die Gesundheitskosten nicht zu stark wachsen. Wie wird wirtschaftstheoretisch begründet, was und wie neu reguliert werden soll? Und funktioniert es?

Im Wesentlichen beruhen die Begründungen der gegenwärtig praktizierten Gesundheitsökonomie auf der Denktradition neoklassischer Wirtschaftstheorien²². Diese wurden aufgrund von Er-

²¹ Nicht alles, was der Staat im Fall von Krankheit obligatorisch finanziert, ist im KVG (Bundesgesetz) enthalten (beispielsweise Regulierungen bezüglich der Ergänzungsleistungen und der IV, die in anderen Bundesgesetzen festgelegt sind.). Im Spitalfinanzierungsgesetz (KVG 49a) ist zum Beispiel reguliert, welche Ausgaben für Spitalaufenthalte die Kantone und welche die obligatorischen Versicherungen bezahlen müssen. Alles, was im Zusammenhang mit Leistungen des Gesundheitswesens vom Staat und von der Grundversicherung (obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung) und anderen Sozialversicherungen (AHV, IV, EL, Suva etc.) bezahlt wird, wird in internationalen Statistiken als Sozialausgaben (social security expenditure) für das Gesundheitswesen klassifiziert und verglichen (s. dazu Teil 1 Grafik 3, Kommentar).

²² Bei der neoklassischen Ökonomie handelt es sich um eine wirtschaftstheoretische Denktradition, in deren Zentrum die Analyse von Märkten steht. Nach Auffassung neoklassischer Markttheoretikern/innen führen freie Märkte zu optimaler Produktion. Der Preis kommt zustande aufgrund einer Kosten-Ertrags-Rechnung eines Anbieters und aufgrund einer Kosten-Nutzen-Rechnung der Käufer/innen. In der neoklassischen Wirtschaftstheorie, die in den letzten Jahrzehnten sowohl die Wirtschaftswissenschaften als auch die wirtschaftspolitischen Debatten dominiert hat, gibt es eine nicht hinterfragte Grundannahme: Marktförmige Entscheidungssysteme bzw. das Zusammenspiel der Wirtschaftlichkeitsrechnungen sowohl von Produktanbietern als auch Käufern/innen regeln die Frage der optimalen Verwendung knapper ökonomischer Ressourcen grundsätzlich am besten. Über die Ausnahmen dieser Regeln (z. B. im Fall von öffentlichen Gütern und Dienstleistungen) haben sich im Verlauf der Jahrzehnte die Argumentationen verändert. Die markttheoretischen Grundannahmen wurden lange Zeit selbst von neoklassischen Theoretikern/innen vorwiegend auf die industrielle Güterproduktion angewandt. Erst ab den 1960er Jahren begannen Ökonomen, neoklassische Markttheorien auf Bereiche wie das Gesundheits- oder Bildungswesen anzuwenden – ein wichtiges Charakteristikum des sogenannten Neoliberalismus. Diese Expansion neoklassischer Wirtschaftspolitik auf

fahrungen in der industriellen Herstellung von Gütern und anhand des Funktionierens von Gütermärkten entwickelt, werden nun aber seit etwa dreissig Jahren zunehmend angewandt, um auch die Funktionsweise des Gesundheitswesens zu analysieren und zu verbessern. In den folgenden Kapiteln geht es um die entsprechenden neuen Regulierungen, um die wirtschaftstheoretischen Argumentationen, die diese Vorgaben begründen, und um deren Problematik. Zum einen wird kurz dargestellt, wie zwar mit grundlegenden Begriffen der neoklassischen Theorien argumentiert wird, deren Definitionen aber durch ihre Anwendung auf das Gesundheitswesen faktisch verändert worden sind, auch wenn immer noch dieselbe Begrifflichkeit verwendet wird. Das Wirtschaftlichkeitsgebot stellt sich auch nicht mehr so dar, wie es im KVG ursprünglich konzipiert war. Am Beispiel des Begriffs der Wirtschaftlichkeit (Kapitel 1 und 2) und der Denkbewegungen, die das Konzept der Fallpauschalen überhaupt erst ermöglicht haben (Kapitel 3), werden diese grundlegenden «Verschiebungen» im Verständnis ökonomischer Begriffe der neoklassischen Theorie genauer dargestellt. Zum anderen stellt sich die Frage, ob die neoklassische Wirtschaftstheorie sich für eine Anwendung auf die Analyse der Ökonomie des Gesundheitswesens eignet (s. dazu insbesondere Kapitel 4 und 5 dieses Teils). In Kapitel 6 wird diesen Neuregulierungen und neuen Konzepten speziell aus der Sicht der Pflege nachgegangen.

bisher «soziale» Bereiche wird in der politologischen und soziologischen Fachliteratur «Ökonomisierung des Sozialen» genannt. Andere, nicht der Tradition der neoklassischen Ökonomie verpflichtete Wirtschaftswissenschaftler/innen (wie die Autorin dieses Textes) sind der Ansicht, dass nach unterschiedlichen Ökonomien, d. h. verschiedenen ökonomischen Logiken, in unterschiedlichen Arbeits- und Tätigkeitsbereichen gefragt werden muss. So arbeiten feministische Ökonominen vor allem im Bereich einer Wirtschaftstheorie der bezahlten und unbezahlten Care-Arbeit (die der Sorge für und der direkten Versorgung von Menschen dient). Zur Care-Ökonomie gehört auch das Gesundheitswesen. Zentraler Ausgangspunkt der neuen wirtschaftstheoretischen Überlegungen sind u. a. die Besonderheiten des Arbeitsprozesses, die medizinische und pflegerische Leistungen charakterisieren (s. dazu Teil 3). In der neoklassischen Theorie kommen die Besonderheiten von Arbeitsprozessen nicht vor, auch nicht die Verhältnisse, in denen beispielsweise Pflegetherbeit geleistet wird. Es interessieren nebst den Erträgen aus dem Verkauf des Outputs nur die Kosten der Arbeit und anderer Inputs, nicht die inhärenten ökonomischen – und damit betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen – Logiken der verschiedenen Arbeitsbereiche. Es geht in der Neoklassik vorwiegend um das Verhältnis zwischen finanziellem Aufwand und finanziellem Ertrag und der Optimierung dieses Verhältnisses.

1. Die gesetzliche Grundlage für die OKP-pflichtigen Leistungen

1.1 Die drei Kriterien des KVG

Das KVG geht vom Prinzip aus, dass die Ärztinnen und Ärzte entscheiden, welche Leistungen bei den einzelnen Patienten medizinisch richtig sind. Sie sind jedoch verpflichtet, gewisse Kriterien einzuhalten, damit ihre Leistungen von der OKP bezahlt werden. Dazu gehört, nebst dem Kriterium der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit der medizinischen Behandlung, das Gebot der Wirtschaftlichkeit. Dieses ist vor allem in den Art. 32 und 56 (siehe unten) des KVG festgehalten, und die meisten Regulierungen beziehen sich darauf. Seit Inkrafttreten des KVG (1996) ist jedoch das Prinzip ärztlicher Entscheidung stark modifiziert worden, vor allem bezüglich der Fallpauschalen²³ in den Spitälern.

Wortlaut der Artikel 32 und 56 aus dem KVG (in Kraft seit 1996, Version 1.1.2012):

Voraussetzungen (der Kostenübernahme für aufgelistete OKP-Leistungen), Auszug aus Artikel 32:

«Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.»

Wirtschaftlichkeit der Leistungen (Auszug aus Artikel 56 aus dem KVG, in Kraft seit 1996, Version 1.1.2012):

«1 Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

2 Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. (...)

(...)

5 Leistungserbringer und Versicherer sehen in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.»

Da die Ärzte die Diagnose stellen und die Behandlungsentscheide fällen, richten sich die oben aufgeführten Gesetzestexte (vor allem Art. 32) primär an sie.²⁴ Der Artikel 56 gilt für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen, beispielsweise für die Spitex, die Physiotherapie und die Pflegeheime. Erst durch eine Veränderung des Gesetzes zur Neuordnung der Pflegefinanzierung taucht für die Pflegeleistungen im Gesetz ein spezieller Artikel auf (Art. 25a, seit 1.1.2011 gültig), in dem explizit die Rede von Effizienz und Kostengünstigkeit der spitalexternen Pflege ist (s. dazu Kapitel 6.2 in diesem Teil).

²³ Fallpauschalen/DRG: s. Fussnote 7 (Teil 1).

²⁴ Art. 25 des KVG beschreibt die Leistungen, die unter die OKP fallen: meistens solche, die Ärzte selbst erbringen oder verordnen. Der erste Absatz dieses wichtigen Artikels heisst: «Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen.» Was als Folgen von Krankheiten und der daraus resultierenden Leistungen angesehen wird, kann offensichtlich sehr unterschiedlich interpretiert werden und stellt für die Pflege einen interessanten Interpretationsspielraum dar. Auch aus der Sicht der ökonomischen Effizienz ist dies interessant; es stellt sich beispielsweise die Frage des Zeithorizonts bzw. ab wann eine Behandlung als abgeschlossen gilt respektive keine OKP-pflichtigen Leistungen mehr nach sich zieht. Eine Operation kann aus der Sicht des Zeithorizonts eines Spitals als erfolgreich gelten, auch wenn nach einem Jahr Komplikationen auftreten, die auf den Behandlungsentscheid «Operation» zurückzuführen sind.

1.1.1 Wirksamkeit

Von Wirksamkeit ist die Rede, wenn die Behandlung einer Krankheit das vorgegebene Behandlungsziel erreicht. Inwiefern dies der Fall ist, muss wissenschaftlich belegt werden. Bei den meisten medizinischen Leistungen entscheiden die Ärztinnen und Ärzte über die Behandlung bzw. die konkreten Behandlungsziele. Es gibt in der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (die sog. Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV) eine begrenzte Liste von medizinischen Leistungen, deren Wirksamkeit umstritten oder noch nicht genügend geklärt ist und über deren Bezahlung die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (EKLG) entscheidet. Für die überwiegende Mehrheit ärztlicher Diagnosen und Behandlungsentscheide gibt es jedoch keine abschliessende Liste von Behandlungsverfahren, die OKP-pflichtig sind. Was immer der Arzt entscheidet – die Diagnose bzw. Behandlung ist krankenkassenpflichtig, falls es im Gesetz nicht anders vorgesehen ist. Diese Handhabung ist allerdings durch die Einführung der DRG-Pauschalen für die Spitäler in Frage gestellt. Ebenso werfen die neuen Pflegefinanzierungsregelungen neue Fragen auf (siehe dazu Kapitel 6.2 in diesem Teil). Zwei weitere eidgenössische Kommissionen bestimmen über eine Liste der kassenzulässigen Medikamente, der Labortests und technischen Hilfsmittel. Von Seiten der Krankenkassen kann nicht nur die Übernahme der Kosten verweigert werden, sondern auch die Nützlichkeit einer Behandlung und die Legitimität eines Behandlungsziels können abgestritten werden. Hier soll nicht auf die Frage eingegangen werden, wie in Konfliktfällen von Gerichten bisher entschieden wurde.

Im Handbuch der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) wird aufgrund von Bundesgerichtsentscheiden Folgendes festgehalten:

«Unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit der Leistung als Voraussetzung für deren Übernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist somit nicht in erster Linie die möglichst vollständige Beseitigung der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung entscheidend. Vielmehr ist danach zu fragen, ob das Ziel der Behandlung (Beschwerdefreiheit und/ oder Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und psychischen Funktionalität namentlich im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit) objektiv erreichbar ist.»
(SGV, www.vertrauensaerzte.ch, Kap. 8 «Leistungen», Zugang 7.6.2012)

Das Zitat zeigt, wie problematisch und schwierig es ist, zu definieren, was das Wirksamkeitsgebot im Einzelfall genau bedeutet. Wie kann beispielsweise ein Arzt am Anfang einer Behandlung entscheiden, was objektiv erreichbar ist?

1.1.2 Zweckmässigkeit

Der Begriff «Zweckmässigkeit» ist vage. Es geht um die Auswahl zwischen verschiedenen Behandlungsvarianten im Einzelfall, je nach gesundheitlicher Situation eines Patienten (geringeres Behandlungsrisiko, weniger Komplikationen). Dies ist Teil des Wirksamkeitsgebots. Wichtig zu verstehen ist, dass sich laut juristischer Interpretationen die Rechte von Patienten nur darauf beziehen, wirksame und zweckmässige Behandlungen von der OKP bezahlt zu bekommen. Es geht nur um gesundheitliche Ziele, nicht um beispielsweise soziale oder finanzielle Umstände der Patientinnen (Eugster, 2001, S. 43; SGV Online-Manual «Leistungen», www.vertrauensaerzte.ch). Es stellt sich allerdings die Frage, wann soziale oder finanzielle Umstände zu gesundheitlichen werden. Im Artikel 56 Abs. 1 des KVG (siehe am Anfang dieses Kapitels) ist zudem von Interessen der Versicherten die Rede: Die Leistungen sollen nicht über das Mass hinausgehen, das im Interessen des Versicherten steht. Patienten sollen vor unnötigen Operationen oder Untersuchungen geschützt werden.

Wenn die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit bei zwei Varianten der Behandlung gegeben sind, muss die kostengünstigere Lösung gefunden werden (Wirtschaftlichkeitsgebot) (Eugster, 2001, S. 46). Die Frage, welche Behandlungsvarianten mit vergleichbarer Wirksamkeit und Zweckmässigkeit es gibt, hängt nicht nur von der Beurteilung des behandelnden Arztes, sondern bei Kostengutsprachen auch von der Einschätzung des Vertrauensarztes der Krankenkassen ab – eine Quelle ständiger Querelen.

1.1.3 Wirtschaftlichkeit

Mit dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit soll die Leistungspflicht der OKP auf die Leistungen begrenzt werden, die kostengünstig und nötig sind. Zugleich ermöglicht es Kranken ein Anrecht auf teure Behandlungen, wenn es an günstigeren Alternativen fehlt. Wie das Bundesgericht mehrmals festgehalten hat, gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot primär aus der Sicht der OKP. Es geht also nicht um die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens für die ganze Volkswirtschaft oder für alle Patienten, sondern um die Wirtschaftlichkeit der durch obligatorische, kollektive Transfersysteme (vorwiegend obligatorische Krankenkasse, Steuern) finanzierten Leistungen des Gesundheitswesens. Wirtschaftlichkeit ist ein Mass für Effizienz, man spricht auch von «wirtschaftlicher Effizienz». Effizienz ist ein umfassenderer Begriff als Wirtschaftlichkeit und kann auch bezüglich eines Aufwandes in Form von Energie, Zeit, Rohstoffen oder Einsatz von Antibiotika usw. definiert werden. Auch bei medizinischen Behandlungen wird manchmal von Effizienz gesprochen, wenn damit Wirksamkeit (= Effektivität) gemeint ist. Bei der Wirtschaftlichkeit geht es um den finanziellen Aufwand, um die Kosten einer medizinischen Behandlung im Vergleich zum Behandlungsziel beziehungsweise zu dem, was erreicht werden soll oder worden ist (Outcome). Aber: Wenn der Outcome auch in Geld gemessen wird, geht es um ein Preis-Leistungs-Verhältnis. In diesem Fall kann von «Ökonomisierung» gesprochen werden.

Wirtschaftlichkeit, das kann nicht genug betont werden, heisst nicht notwendigerweise sparen, sondern ist ein ökonomischer Indikator für das Verhältnis von Behandlungs-Outcome zum finanziellen Aufwand, von der Wirksamkeit eines Medikaments im Verhältnis zu seinen Kosten. Wenn das Gesundheitswesen teurer wird, bedeutet das nicht zwingend, dass es deswegen weniger wirtschaftlich wäre. Denn höhere Kosten können auch die Folge davon sein, dass das Gesundheitswesen leistungsfähiger²⁵ geworden ist oder dass die Bedingungen gegeben sind, dass Ärzte oder Pflegefachkräfte besser arbeiten (können). Somit nimmt die Wirtschaftlichkeit möglicherweise zu, auch wenn die Behandlung teurer geworden ist. In der öffentlichen Debatte zum Gesundheitswesen wird unter Wirtschaftlichkeit aber meistens Sparen verstanden.

Der Versicherungsjurist Gebhard Eugster (2001) beschreibt folgende Varianten von unwirtschaftlichen Behandlungen:

«[Sie] lassen sich katalogisieren in die medizinisch unnötigen Behandlungen, die unwirksamen und unzweckmässigen Behandlungen, die unzweckmässige Wahl des Leistungserbringers und die Wahl eines zu teuren Behandlungsorts oder einer zu teuren Behandlungsart». (S. 27)

Die Frage, ob eine Behandlung rationiert werden muss, weil sie sehr teuer ist und die OKP zu sehr belastet, kann weder mit dem Wirksamkeits-, dem Zweckmässigkeits- noch mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot geklärt werden. Es handelt sich um eine gesellschaftspolitische Frage, wie beispielsweise auch die Frage, ob Zahnbehandlungen zu den Leistungen der OKP gehören sollen oder nicht.

²⁵ Wenn beispielsweise ein teureres, aber wirksameres Medikament eingesetzt wird oder aufwändigere Behandlungen zu grösseren Behandlungserfolgen führen.

Implizit wird in öffentlichen Debatten oft angenommen, dass die Gesundheitskosten «zu stark» steigen, weil das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht eingehalten wird. So verführerisch und auf den ersten Blick einsichtig dieses Argument sein mag, so irreführend ist es aus wirtschaftstheoretischer Sicht. Dies aus verschiedenen Gründen:

- Wirtschaftlichkeit der OKP-pflichtigen Leistungen bedeutet noch nicht, dass die Gesamtheit aller Leistungen wirtschaftlich ist (s. dazu Beispiel zu Externalisierung von Kosten in Teil 1, Kapitel 4).
- Noch weit weniger bedeutet es, dass ein Gesundheitswesen, das eine hohe Wirtschaftlichkeit aufweist, für die Einwohnerinnen und Einwohner eines Landes, die Kranken oder beispielsweise für Personen mit niedrigem Einkommen günstiger wird. Wie in Teil 1 (Grafik 3) dargestellt, sind die Behandlungskosten, die die OKP und der Staat in der Schweiz berappen müssen, im internationalen Vergleich zum BIP relativ tief. Das ist nur deshalb möglich, weil ein im westeuropäischen Vergleich sehr hoher Kostenanteil von den Haushalten selbst getragen wird. Wer welche Kosten trägt, ist aber eine entscheidende Frage.
- Auch wenn das schweizerische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich effizient ist (s. Teil 1, Kapitel 1.2), so kann sich trotzdem eine Frage der Prioritäten stellen: Könnte und sollte das, was mit den vorhandenen Ressourcen getan wird und von der OKP und der öffentlichen Hand bezahlt wird, aus verschiedenen Gründen anders verwendet werden? Werden Leistungen bezahlt, die aus bestimmten Gründen nicht krankenkassenpflichtig sein sollten? Entsprechen die Behandlungen dem neusten Stand wirksamer Medizin? Sollten Zahnbehandlungen OKP-pflichtig werden? Solche Fragen werden immer wieder zum Politikum werden, egal wie das Gesundheitswesen organisiert ist. Schon 1993 argumentierte die damalige Bundesrätin Ruth Dreifuss in der Debatte über die Einführung des KVG-Gesetzes mit Wirtschaftlichkeit: Der Ausbau der spitalexternen Krankenpflege sollte zu Kostenersparnissen durch die Vermeidung unnötiger Hospitalisationen führen (Eugster, 2001, S. 33). Es ist ein Thema, das bis heute aktuell ist.
- In Diskussionen wird fehlende Wirtschaftlichkeit oft mit der Zunahme von Leistungen verwechselt. Es wird argumentiert, die Leute gingen zu oft zum Arzt, verlangten zu teure Behandlungen, auch dann noch, wenn sie schon sehr alt und ohnehin sterbenskrank sind. Oder Menschen verursachten unnötig Gesundheitskosten, weil sie ungesund leben. Solche Tendenzen, falls sie überhaupt kritisiert werden sollen, sind nicht oder nur auf sehr fragwürdige Art und Weise (s. Kapitel 2.3.2 in diesem Teil) mit dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit zu beurteilen.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot, wie es im KVG festgehalten ist, leuchtet ein, auch in der öffentlichen Debatte. Schliesslich sollen nicht Steuergelder und Krankenkassenprämien, die alle bezahlen müssen, für sinnlose Behandlungen verschwendet werden. Aber dieses Kapitel und das folgende zeigen, dass es alles andere als klar ist, was unter Wirtschaftlichkeit jeweils verstanden wird und vor allem auch wie Wirtschaftlichkeit als Indikator definiert und/oder quantifiziert werden kann. Und selbst wenn klar wäre, von welcher Wirtschaftlichkeit die Rede ist, stellt sich immer noch die Frage, welche Regulierungen es realistischerweise bräuchte, um sie durchzusetzen.

2. Vom Wirtschaftlichkeitsgebot zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Verschiedene Varianten von Wirtschaftlichkeitskalkülen lassen sich unterscheiden. Hinter den Unterschieden stecken zugleich auch unterschiedliche Konzepte darüber, welcher Wirtschaftlichkeitsbegriff im Gesundheitswesen sinnvollerweise angewendet werden sollte und worauf es ankommt, damit mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erreicht werden kann.

2.1 Wirtschaftlichkeit bezogen auf die Behandlung einzelner Patienten

2.1.1 Kostengünstigkeit

Der Arzt entscheidet beispielsweise im Fall einer Krebserkrankung, wie diese behandelt werden soll, und sucht nach möglichst kostengünstigen Lösungen. Es wird gefragt, wie viel der finanzielle Aufwand für eine bestimmte Behandlung beträgt und ob es günstigere Varianten gibt, die ebenso wirksam sind. Mehr Wirtschaftlichkeit heisst in diesem Fall, dass der gleiche Behandlungserfolg auch mit niedrigeren Kosten erzielt werden kann (sog. Minimalprinzip).

2.1.2 Leistungsfähigkeit/Ergiebigkeit

Leistungsfähigkeit/Ergiebigkeit bedeutet, dass mit gegebenen wirtschaftlichen Mitteln eine möglichst hohe Wirksamkeit erzielt werden soll (sog. Maximalprinzip). Mehr Wirtschaftlichkeit heisst in diesem Fall, dass mit den gleichen finanziellen Mitteln eine bessere Qualität der Behandlung erreicht wird. Die Frage ist dabei allerdings, wie dieses Mehr an Wirksamkeit gemessen werden kann. Es braucht für diese Art von Wirtschaftlichkeitsmessungen relevante Massstäbe und Indikatoren für die Wirksamkeit bzw. für die Nebenwirkungen von eingesetzten Medikamenten und Behandlungspfaden: Die evidenzbasierte Medizin (EBM) sowie Vergleiche mit der Behandlungspraxis anderer Ärztinnen oder Ärzte spielen bei solchen Wirtschaftlichkeitsvergleichen eine wichtige Rolle.

Mit seinen Formulierungen stützt sich das KVG auf einen Wirtschaftlichkeitsbegriff, wie er in den Punkten 2.1.1 und 2.1.2 beschrieben wird.

2.2 Wirtschaftlichkeit bezogen auf die Leistungen des Gesundheitswesens in Spitälern oder in einem Land

In der neoklassischen Wirtschaftstheorie²⁶ wird in der Regel angenommen, der Markt regle mit Preismechanismen das Zusammenspiel einzelner Produzenten und Konsumenten optimal. Die Wirtschaftlichkeit des Gesamten sei deshalb durch Marktregulierungen gewährleistet. Dabei handelt es sich allerdings um weder empirisch noch theoretisch belegbare Behauptungen. Sie sind jedoch als grundlegende Annahme der Mainstream-Wirtschaftstheorie omnipräsent. Sobald es um öffentliche Gelder und Sozialversicherungen geht, stellt sich die Frage, wie denn reguliert werden soll, damit diese Gelder insgesamt vernünftig ausgegeben werden, wenn Marktmechanismen nicht greifen. Es stehen – jedenfalls in der Expertendebatte – zwei Varianten zur Verfügung: die Ökonomisierung respektive die Simulierung eines Marktes (s. Kapitel 2.3), wobei alles über den Geldfluss geregelt wird, oder die Prioritätensetzung beziehungsweise die Identifizierungen von auffälligen Kostenstrukturen innerhalb einer Institution / eines Landes (s. folgenden Abschnitt).

²⁶ s. Fussnote 22.

2.2.1 Prioritätensetzung

Das Budget eines Spitals kann zur besseren oder schlechteren Verwendung der Ausgaben verwendet werden. Bei den Fallpauschalen, wie sie heute in der Schweiz gelten, ist die Wirtschaftlichkeit eines Spitals durch seine finanzielle Bilanz definiert: Wenn die Einnahmen des Spitals kleiner sind als die Kosten, dann arbeitet das Spital unwirtschaftlich (s. Kapitel 2.3). Aber man könnte fehlende Wirtschaftlichkeit auch als falsche Priorisierung interpretieren. Es liessen sich zum Beispiel Ausgaben für medizinische Behandlungen einsparen, die für andere Massnahmen innerhalb desselben Spitals verwendet werden könnten. Diese Methode wurde in einem Pilotprojekt in Schweden unter Ärztinnen und Gesundheitsexperten sowie den zuständigen Behörden während mehrerer Jahre verhandelt, öffentlich diskutiert und angewendet.²⁷ Von Seiten des Staates wurde ein gleichbleibendes Spitalbudget garantiert. Es ging darum, zu diskutieren, welche Ausgaben des Spitals zugunsten der Finanzierung anderer wichtigerer Leistungen sinnvollerweise eingespart werden können. Dieses Beispiel zeigt, dass eine bessere Steuerung der Leistungsmengen auf verschiedene Arten angegangen werden kann, nicht nur durch eine Ökonomisierung des Effizienzkalküls bei medizinischen Behandlungen.

2.2.2 Leistungsfähigkeit vergleichen

Bei einem solchen Vergleich sucht man Indikatoren für die Leistungsfähigkeit und die Kosten der Gesundheitswesen verschiedener Länder. Die Studie von Kirchgässner et al. (2011) berichtet über diese Verfahren (s. dazu auch Teil 1, Kapitel 1.2). Hier stellt sich allerdings die Frage, wie die Leistungsfähigkeit eines ganzen Spitals oder gar des Gesundheitswesens eines ganzen Landes festgestellt und klassifiziert und mit derjenigen eines anderen Spitals oder Landes verglichen werden soll. Die dazu benutzten Indikatoren sind meistens sehr grob und selektiv und deshalb entsprechend umstritten. Anders gingen die Firmen McKinsey und Novartis in einer gemeinsamen Studie vor (Vasella, 2012; Zakaria, 2012): Es wurden Behandlungskosten bestimmter Erkrankungen (zum Beispiel Herzerkrankungen und Schlaganfälle) sowie die Erfolge von deren Behandlung in den USA mit denjenigen in anderen Ländern verglichen. Die internationale Standardisierung von Diagnosen und Kostenrechnungen ermöglicht solche Analysen. Die Resultate zeigen unglaubliche Unterschiede vor allem zwischen den USA und westeuropäischen Ländern.

Solche Vergleichsverfahren, ebenso die Debatte über Prioritäten anhand von Kostenanalysen, können sehr interessant sein und neue Fragen aufwerfen. Aber das Vorgehen ist kompliziert, aufwendig und liefert keine einfachen Antworten. Weder ist klar, was letztlich wirtschaftlich ist, noch ist evident, welche Regelungen zu mehr Wirtschaftlichkeit führen und weshalb.

2.3 «Ökonomisierung»: Alles wird in Geld gemessen

Ökonomisierung heisst letztlich, dass ein vereinfachtes ökonomisches Kalkül die Frage der Wirtschaftlichkeit regeln soll. Wenn alles in Geld gerechnet wird, ist es auch sehr viel einfacher, entsprechende Indikatoren der Wirtschaftlichkeit zu schaffen. Geldgrössen kann man miteinander vergleichen und verrechnen, selbst Kosten und Erträge aus der Vergangenheit oder deren Schätzung für die Zukunft werden auf Grössenordnungen der Gegenwart umgerechnet; das Rechnen

²⁷ In einem Artikel in der «Zeit» (Nr. 51 vom 10.12.2009) beschreibt der Journalist Harro Albrecht, wie in Schweden das Prioriteringscentrum in Linköping eine andere Strategie verfolgt in der Frage des Umgangs mit knappen Ressourcen als die nun in der Schweiz implementierte. Der Ansatz dieser schwedischen Strategie ist nicht die Optimierung knapper Ressourcen, sondern die Priorisierung medizinischer Leistungen (www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum?l=en).

in Geldgrössen erlaubt die Analyse von Aspekten der Wirtschaftlichkeit anhand verschiedenster Indikatoren: Die wirtschaftliche Effizienz einer Blinddarmoperation kann mit der wirtschaftlichen Effizienz einer Psychotherapie verglichen werden, aber nur wenn nebst den Behandlungskosten auch der Outcome dieser Behandlung in Franken beziffert werden kann. Das Ideal neoklassischer Wirtschaftstheorie ist, ein Behandlungsergebnis möglichst effizient und zum maximalen Nutzen der Patientinnen und Patienten zu produzieren, also möglichst gute Heilungserfolge zu erzielen. Das ist allerdings schwer festzustellen: Zum einen ist es unmöglich, überhaupt die Wirksamkeit einer Behandlung in Franken zu beziffern. Zum anderen ist die medizinisch definierte Wirksamkeit nicht notwendigerweise dieselbe wie das, was Patienten als den Behandlungsnutzen wahrnehmen. Die Resultate medizinischer Behandlungen sind keine Produkte mit auf Märkten entstandenen Preisen wie im Fall von beispielsweise Autos oder Waschpulver. Um die Effizienzrechnungen in einem Markt simulieren zu können, braucht es ein Produkt, das den Behandlungs- und Pflegeleistungen zugeordnet werden kann und einen Preis hat, und es braucht eine Kostenberechnung für die Leistungen, die im Produkt enthalten sind.

2.3.1 Die Erfindung eines Produkts und seines Preises

Die Fallpauschalen, wie sie jetzt in der Schweiz eingeführt wurden, umgehen die dornige Frage von Nutzen- und Wirksamkeitsbewertung und beziffern den Preis des Produkts einer Behandlung im Spital wie folgt: Mit den DRG(Fall)-Pauschalen werden in einem ersten Schritt die Behandlungskosten von bestimmten Gruppen von Behandlungen eruiert. Diese werden dann zu Preisen eines standardisierten Behandlungsbündels erklärt, das gleichzeitig als Produkt gedacht wird. Das (Schein-)Produkt «Behandlung der Krankheit XY» wird nun den Kantonen und Krankenkassen zum festgelegten Preis in Rechnung gestellt. Behandlungskosten werden in Preise eines Produkts verwandelt. Wenn die Behandlungen in Realität weniger kosten als der Preis des Behandlungsprodukts, dann ist das ein Erfolg und das Spital ist wirtschaftlich. Mit einem Marktpreis hat dies wenig zu tun (mehr dazu s. Kapitel 5.1 in diesem Teil).

2.3.2 Die Illusion der Optimierung des Behandlungsnutzens

Menschen, die sich für krank halten, gehen zum Arzt, zur Ärztin beziehungsweise ins Spital. Die Ärzte stellen fest, ob diese Personen eine Behandlung brauchen. Es ist die Diagnose einer Krankheit, die darüber entscheidet, ob die Behandlung OKP-pflichtig ist, und nicht die Frage, ob eine Behandlung überhaupt nützlich ist, weil zum Beispiel der Patient bis in zwei Tagen sowieso stirbt. Soll für die Behandlung eines Hundertjährigen noch gleich viel aufgewendet werden wie für die Behandlung einer 30-jährigen Mutter von vier Kindern? Für wen sollen Behandlungskosten OKP-pflichtig sein und für wen soll das Geld prioritär ausgegeben werden? Vor allem neoliberale Ökonomen möchten solche Fragen aufgrund von Wirtschaftlichkeitsberechnungen beantworten. Es geht dabei um das in der neoklassischen Ökonomie wichtige Konzept des Nutzens.²⁸

²⁸ Nutzenberechnung: Der Nutzen ist ein abstrakter, aber wichtiger Begriff in der neoklassischen Ökonomie. Wenn eine Person mit einem bestimmten Geldbetrag anstatt ein Auto zu kaufen eine Weltreise macht, so heisst dies aus der Sicht der Nutzentheorie, dass der Nutzen der Weltreise für die betreffende Person eben grösser ist als derjenige des Autos. Man kann zum Beispiel auch fragen, inwiefern die Leute gewillt sind, mehr Steuern zu bezahlen, wenn dafür Bäche renaturiert werden. Aufgrund der Angaben kann dann die Aussage gemacht werden: Der Nutzen dieser Massnahme ist xxx Franken wert für die Einwohnerinnen und Einwohner des betreffenden Gebiets. Der Begriff «Nutzenmaximierung» spielt in der neoklassischen Theorie von Angebot und Nachfrage eine wichtige Rolle. Ebenso ist der Begriff des «Grenznutzens» zentral für die neoklassische Theorie von Angebot und Nachfrage: Wenn ich sehr hungrig bin, bin ich bereit, einen hohen Preis für ein Sandwich zu bezahlen. Aber ein zweites werde ich nicht mehr kaufen, weil ich nicht mehr so sehr Hunger habe und das Sandwich mir zwar den Hunger etwas gedämpft, aber nicht

Im Jahr 2012 hat das Bundesgericht entschieden, dass eine OKP-pflichtige Behandlung nicht mehr als 100 000 Franken kosten darf, wenn das Leben eines Patienten durch die Behandlung um ein Jahr verlängert wird (TA vom 20.5.2012 online). Der Wert dieses einen Lebensjahres beläuft sich also aus der Sicht des Bundesgerichts versicherungstechnisch auf 100 000 Franken. Es gibt nun verschiedene Fragen: Soll das Lebensjahr einer 25-jährigen Mutter oder eines 25-jährigen Bankers gleich bewertet werden jenes eines 90-jährigen oder einer Person, die an Diabetes leidet und eine schwere Raucherin ist? Wenn der Wert als unterschiedlich betrachtet werden soll, aufgrund welcher Kriterien soll dann das weniger wertvolle Lebensjahr mit einem niedrigeren Grenzwert bewertet werden?²⁹ Es fragt sich auch, wie es mit den zulässigen OKP-Kosten einer Behandlung steht, wenn durch eine Behandlung das Leben gar nicht verlängert, sondern «nur» die Lebensqualität verbessert wird. Es gibt zahlreiche Versuche, diese Unterschiede vom Wert des Lebens respektive vom unterschiedlichen Nutzen einer Behandlung in Geld abzubilden und damit mit Behandlungskosten zu vergleichen (Schleiniger, 2006)³⁰. Wie die Praxis des Bundesgerichts zeigt, können die Lebenswert-Berechnungen im Gesundheitswesen, selbst wenn sie als legitim erachtet werden, ein Problem der Gleichbehandlung darstellen, weil die Bewertung eines Lebens oder von Lebensjahren in verschiedenen Arten von Versicherungsfällen sehr stark variieren kann (Telser, 2012, Folie 5).

Bereits gibt es den Indikator der «gewonnenen Lebensjahre» (Kirchgässner et al., 2011, S. 4), der für Vergleiche der Leistungsfähigkeit von Gesundheitswesen verschiedener Länder herangezogen wird, so auch bei der OECD-Studie zur Effizienz von Gesundheitswesen (s. Teil 1, Kapitel 1.2). Hier stellt sich die Frage erstens, ob die Effizienz eines Gesundheitswesens wirklich entscheidend ist für die Summe der gewonnenen Jahre einer Nation, und zweitens, wer in einer Nation durch das Gesundheitswesen an Lebensjahren gewinnt. Drittens fragt sich, ob die Maximierung von Lebensjahren ein wesentliches Kriterium darstellt, an dem die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitswesens gemessen werden soll.

Solche Quantifizierungen liefern den Schein der Objektivität, den Zahlen immer ausstrahlen. Aber wie obige Argumente zeigen, ist der Weg zu solchen Quantifizierungen gepflastert von ethischen und gesellschaftspolitischen Urteilen, die hinter den in Zahlen gefassten Bewertungen und Abwertungskoeffizienten verschwinden.

Wie in der Praxis das medizinische Effizienzprinzip (Wirksamkeit/Zweckmässigkeit) mit dem ökonomischen Effizienzprinzip (Wirtschaftlichkeit) kombiniert werden kann und soll, ist seit 1996 mit dem Inkrafttreten des KVG ständig Gegenstand wirtschaftstheoretischer Überlegungen

sonderlich gut geschmeckt hat. Der Preis ist mir zu hoch im Vergleich zur Qualität des Sandwichs. Der Preis ist nun höher als der Nutzen des Sandwichs, der Grenznutzen hat abgenommen. Die Vorstellung eines abnehmenden Grenznutzens von Behandlungen je nach Alter oder gesundheitlichem Zustand geht davon aus, dass beispielsweise für Schwerkranke und Schwerbehinderte gleich viel kostende Verbesserungen der Befindlichkeit weniger Nutzen bringen als Verbesserungen bei leichter Erkrankung.

²⁹ In Schweden wird eine solche Wertung abgelehnt. Es sind vom Reichstag 1997 drei Behandlungsprinzipien in das Gesundheitsgesetz übernommen worden, die sich sehr von denjenigen der Schweiz unterscheiden: Medizinische Versorgung soll erstens die Menschenwürde achten und darf Patienten nicht aufgrund ihres Alters, ihres sozialen Status oder ihres Lebensstils benachteiligen. Zweitens soll die Behandlung das Prinzip «Bedarf und Solidarität» berücksichtigen, die verfügbaren Ressourcen sollen zunächst den Menschen mit den schwersten Erkrankungen zukommen. Drittens soll jede Leistung auf Kosteneffizienz geprüft werden. Die Reihenfolge 1-3 entspricht der Relevanz («Die Zeit» online 10.12.2009).

³⁰ Der Bericht von Schleiniger (2006) gibt einen Überblick über die verschiedenen Berechnungsarten und Überlegungen, die ihnen zugrunde liegen.

und versicherungsjuristischer Kontroversen. Es ist ein Dauerthema der Politik in unzähligen Anfragen und Kontroversen im National- und Ständerat und dominiert die Debatte über das Gesundheitswesen.

Der Wortlaut des Art. 32 im KVG (s. oben Kapitel 1.1) ist seit 1996 unverändert, aber die Gesetze und Verordnungen, die inzwischen neu hinzugekommen sind, bewirken, dass Art. 32 nicht mehr dasselbe bedeutet. Die Vorstellungen darüber, was es heisst, dass eine medizinische Leistung gleichzeitig «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sein muss, welche Überlegungen die Ärzte dazu anstellen und wie und was reguliert und kontrolliert werden soll, hat sich seit 1996 vor allem im Fall von Krankenhäusern grundlegend verändert. Durch die Einführung der DRG-orientierten Finanzierung in Spitälern basieren die Behandlungsentscheide auf ganz anderen Prinzipien, auch wenn die entscheidenden Gesetzesparagrafen seit 1996 mindestens teilweise gleich geblieben sind und immer noch von denselben Annahmen ausgehen. Die Gesetzesvorlage zu Managed Care, die im Sommer 2012 in einer Volksabstimmung abgelehnt wurde, hätte auch im Bereich der ambulanten Medizin das ursprünglich vorgesehene Entscheidungsprinzip grundlegend umgestaltet.

Im nächsten Kapitel soll auf die oben beschriebenen Veränderungen und die dahinterstehenden Konzepte näher eingegangen werden.

3. Fallpauschalen in Spitälern – ein grundlegend neues Effizienzkalkül

Historisch betrachtet, haben sich die Wirtschaftlichkeitskonzepte der Gesundheitsökonominnen und -ökonomen von den Varianten in Kapitel 2.1 (s. letztes Kapitel) zu den Varianten von Kapitel 2.3 verschoben. Es waren drei Denkbewegungen (s. Kapitel 3.1–3.3) nötig, bis die Wirtschaftlichkeitskonzepte der Industrie auf die Spitäler angewendet wurden. Die folgende kurze Darstellung dieses jahrelangen Übergangs vom Analysieren von Behandlungskosten in Spitälern der USA bis zu den Fallpauschalen stützt sich weitgehend auf die Argumentation des brillanten Artikels von Samuel, Dirsmith und McElroy mit dem Titel «Monetized medicine: from the physical to the fiscal» (2005).

3.1 Standardisierte Leistungen als Voraussetzung einer Kostenkontrolle

Als in den USA die Regierung 1965 die öffentliche und bundesstaatliche Krankenversicherung Medicare³¹ einführte, sah das Gesetz vor, dass die Ärztinnen bzw. Ärzte und Spitäler für die von Medicare bezahlten Leistungen «utilization reviews» (Leistungsnachweise) machen sollen. Sie mussten einen Nachweis erbringen, wozu welche Leistungen erbracht wurden. Ärzte konsultierten Wirtschaftsingenieure, wie ein solcher Nachweis zu erbringen sei. Die DRG, die heute als Technik für eine systematische Kosten- und Ertragsrechnungen verstanden und verwendet werden, wurden ursprünglich, wie von Ärzten gewünscht, als Kosten- und Leistungskontrolle zuhanden von Medicare entwickelt. Führend in der Entwicklung dieser Leistungskontrolle waren der Wirtschaftsingenieur Prof. Robert B. Fetter³² und seine Mitarbeiterin Jean Freeman von der Yale School of Organization and Management. Wirtschaftsingenieure sind seit Beginn des 20. Jahrhunderts die Effizienz- und Produktivitätsexperten der Industrie. Die Methoden der Analyse von Arbeitsprozessen und deren Kosten wendeten nun diese Experten und Expertinnen auf Spitäler an. Fetter definierte seine Arbeit in Sachen DRG als «statistical process control» (zit. in Samuel et al., 2005, S. 256). Die US-Regierung erhoffte sich von den Leistungsnachweisen eine kostendämpfende Wirkung für Medicare. Forschungen zeigten jedoch später, dass diese Leistungskontrollen kaum kostenwirksam waren. Es wurde geschätzt, dass Medicare lediglich 1 Promille der Kosten einsparen konnte. Erst viele Jahre nach Einführung der Leistungsnachweise wurden die DRG-Berechnungen im Jahr 1983 als Grundlage für Bezahlungspauschalen (DRG/Fallpauschalen) bei den Vergütungen durch Medicare gesetzlich eingeführt.

Bis in die 1950er Jahre waren in den USA die Spitalkosten ähnlich verbucht wie in Industriebetrieben, aber es gab keine Buchführung zu den Behandlungsleistungen und -kosten, welche die einzelnen Behandlungsschritte von Patientinnen und Patienten abbildeten, wie es sie beispielsweise entsprechend in der Autoindustrie gab. Es fehlte sowohl eine Messung der Leistung, die der Behandlung von Kranken zugeordnet werden konnte, als auch ein messbarer Output dieser Leistung.

Die Idee der Wirtschaftsingenieure und -ingenieurinnen war, die enorme Komplexität der Arbeit in einem Spital so in Kategorien einzuteilen, dass die medizinischen Behandlungsentscheide (Di-

³¹ Die US-Regierung garantiert mit Medicare Personen über 65 Jahren, Personen mit Behinderungen und Personen, die an einer schweren Nierenerkrankung leiden, Zugang zu einer Krankenversicherung.

³² Fetter hatte Elektrotechnik studiert und spezialisierte sich in Industriemanagement. Eine umfangreiche Dokumentation seiner Arbeiten zur Erfindung der DRG findet sich online (Google) unter «Guide to the Robert B. Fetter Papers MS 1496».

agnose und Behandlungsentscheide) standardisiert und in verschiedene diagnostische Gruppen unterteilt werden können. Nach Meinung dieser Experten mussten die Behandlungsprozesse eines Spitals wie ein Produktionsprozess beispielsweise in einer Autofabrik³³ analysiert werden: Rohmaterial und Halbfertigprodukte werden in ein Endprodukt umgewandelt. Auf das Spital angewendet heisst das: Saubere Tücher, Laboruntersuchungen, Injektionen, Wundbehandlung, Röntgenaufnahmen und Patiententage werden als Zwischenprodukte, als Input von Ressourcen angesehen und je nach Diagnose zu Behandlungen gebündelt, ähnlich wie eine bestimmte Automarke auf dem Fliessband aus verschiedenen Teilen montiert wird (sog. erste Produktionsfunktion). Im DRG-Projekt werden Patienten nach zwei Kriterien klassifiziert: aufgrund der Komponenten des Ressourcenverbrauchs (Anzahl Pflgetage, Röntgenbilder, Medikamentenverbrauch, Wundbehandlungen usw.) und aufgrund der «klinischen Kohärenz», das heisst nach Art der Erkrankung. Deshalb heissen sie so: Diagnosis Related Groups (DRG).

Wie wurden Behandlungen so standardisiert, dass sie nicht nur vergleichbar wurden, sondern auch deren Kosten beurteilt und damit von Medicare bezahlt oder beanstandet werden konnten? Es ging ja nicht nur darum, Medicare vor überrissenen Rechnungen zu schützen, sondern auch Kranke vor schlechten Behandlungen. In verschiedenen Forschungsprojekten wurden medizinische Leistungen miteinander verglichen und ein «angemessener» medizinischer Standard wurde definiert. Die standardisierte Leistung wird als eine bestimmte Behandlung verstanden, die mit einer bestimmten Diagnose verbunden und aus einem Bündel von Leistungen zusammengesetzt ist, deren Kosten berechnet und verglichen werden können. Nur war mit diesem Denkkonstrukt noch nicht die Frage geklärt, ob aus medizinischer Sicht bei einer bestimmten Diagnose beispielsweise ein oder zwei Röntgenbilder nötig sind, ob vier anstatt drei Tage Spitalaufenthalt. Diese Art von Fragen wurde einer zweiten Produktionsfunktion zugeordnet: Nach umfangreichen Abklärungen angemessener Behandlungsstandards für die verschiedenen Krankheiten und je nach diagnostizierter Schwere der Krankheit ermittelte man Ressourcenprofile von Behandlungen (Anzahl Tage im Spital, Mahlzeiten, Medikamente, Röntgenaufnahmen, Aufwand für bestimmte Operation usw.). Den ärztlichen Diagnosen wurde eine Kombination dieser Zwischenprodukte bzw. der Ressourcen zugeordnet (sog. zweite Produktionsfunktion).

Es zeigte sich, dass die Behandlungskosten bei ähnlichen Fällen von Erkrankungen sehr unterschiedlich ausfielen, vor allem weil die Ärzte unterschiedliche Diagnosen stellten und unterschiedliche Vorstellungen davon hatten, welche Behandlung empfehlenswert sei. Die Ärzte begründeten die Unterschiede bei Diagnosen und Behandlungen denn auch mit der Sache selbst, nämlich mit der Individualität jedes Patienten, mit der Komplexität von Krankheiten und deren Behandlung sowie mit der spezifischen Situation jedes Patienten. Aber aus der Sicht der Wirtschaftsingenieure setzte eine Kosten- und Leistungsanalyse jedoch klar eine Standardisierung der Diagnosen und Behandlungen und der damit verbundenen Behandlungskosten voraus. Grosse Unterschiede wurden von nun an, so der analytische Trick, als statistische Abweichungen («Ausreisser») in die Standardisierungsberechnungen miteinbezogen.

Um die Analogie zur Autoindustrie überspitzt zu formulieren: Das Bett und der Operationstisch, auf denen die Patienten liegen, werden im Denkmodell der Wirtschaftsingenieure zum Fliessband. An Patientinnen und Patienten werden sozusagen die Zwischenprodukte und Rohstoffe der Behandlung zu einer wirksamen medizinischen Behandlung zusammenmontiert (erste Produktionsfunktion). Der Mix der verwendeten Zwischenprodukte ist mehr oder weniger durch das

³³ Fetter und Freeman hatten grosse berufliche Erfahrung in der Luft- und Raumfahrtindustrie, die in Sachen Produktionsprozesse komplexer ist als die Autoindustrie.

Standarddesign der Behandlung in der DRG-Kostenberechnung vorgegeben, sobald die Diagnose der Krankheit klar ist (zweite Produktionsfunktion).

3.2 Die Definition eines fiktiven Produkts

Wird das Resultat der Behandlung einzelner kranker Menschen als Produkt angesehen, dann gibt es Millionen von Produkten, weil es Millionen von verschiedenen Patienten gibt. Wie Fetter immer wieder betonte (Samuel et al., 2005, S. 262), wurden die DRG-Berechnungen nicht als Bezahlungsmechanismus erfunden und eingeführt, sondern um die Verwendung der Ressourcen von Spitälern besser kontrollieren und nutzen zu können.

Der nächste Schritt, die Behandlungsbündel, die Diagnosen zugeordnet werden können, als Produkt anzusehen, lag relativ nahe. Eine medizinische Behandlung an sich, die sozusagen auf einem Leistungsbündel pro Diagnose beruht, wird im DRG-Denkmodell als Endprodukt des Spitals angesehen. Im Grunde genommen ist bei dieser Sicht der Kostenanalyse der Produktion von Behandlungen die Frage der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung nur noch von sekundärer Bedeutung, weil durch das Konzept der angemessenen Behandlungsstandards diese Frage schon beantwortet zu sein scheint.

Ein Bündel von Leistungen wird als Produkt eines Spitals definiert. Nur gibt es dieses Produkt in Realität nicht, sondern nur als Denkkonstrukt. Der grosse Unterschied zur Autoindustrie ist folgender: Nach der Montage hat man ein Auto mit bestimmten Qualitäten; es verlässt die Montagehalle und kann auf dem Automarkt verkauft und gekauft werden. Im Fall des Spitals verlässt ein Mensch das Spital; was das Produkt der Dienstleistungen des Spitals an seinem Körper ist (es ist ja nicht der Körper oder die Person selbst, die montiert wurde), ist nicht klar, sondern nur (annähernd), welche Leistungen das Spital erbracht hat.

Durch die Erfindung der DRG haben Wirtschaftsingenieure und -ingenieurinnen die medizinische Behandlung zu einem messbaren Produkt gemacht, bei dem die Komplexität der Krankheit des einzelnen Patienten in ein komplexes und aufwendiges System der Erfassung verschiedener Kombinationen von Behandlungskosten verwandelt wird. Die einzelnen Menschen mit ihren kranken Körpern verschwinden aus der Kostenanalyse und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit. Stattdessen gibt es nun Care- oder Behandlungsprodukte. Die Erfindung der DRG-Pauschalen war so nur möglich, weil das Spital als Fabrik und die medizinische Behandlung als industrielles Produkt interpretiert wurden. Ärztinnen und Ärzte stellen jedoch nicht nur Diagnosen von Krankheiten und analysieren Probleme, wie dies das DRG-Denkmodell vorsieht, sie behandeln kranke Menschen. Vom Pflegepersonal nicht zu reden. Die Behandlungs- und Pflegearbeit, ihre Besonderheiten und die damit verbundenen Qualitätsfragen sind aus dem Produktkalkül herausgefallen, wie wenn es keine grundlegenden Unterschiede zwischen der Montage eines Autos und der Behandlung eines Patienten gäbe, die andere Überlegungen zu Standardisierungen erfordern würden (mehr dazu Teil 3, insbesondere Kapitel 2).

Das Pflgeteam hat in diesem industriellen Denkmodell die Rolle eines Montage- und Fließbandüberwachungsteams, dessen Lohnkosten in der ersten Produktionsfunktion (s. Kapitel 3.1) mitberücksichtigt sind. Die Ärztinnen und Ärzte sind die Designer des Behandlungsmix auf Basis einer von ihnen gestellten Diagnose (zweite Produktionsfunktion). Ihre Rolle wird wie diejenige der Physiker in der Luft- und Raumfahrtindustrie: Sie agieren als spezialisierte Mitglieder des Managements (Samuel et al., 2005, S. 259). Damit hat sich auch die Vorstellung darüber geändert, wie eine effiziente Spitalorganisation auszusehen hat und worin die Arbeit von medizinischem Personal besteht: Die alte Autonomie des medizinischen Personals gegenüber dem Spitalma-

nagement ist verschwunden. Die Ärzte gehören nun zu einem Team, das sich der «production of a complex and unique product» (Samuel et al., 2005, S. 259) widmet. Dank ihrer Qualifikation sind sie Leader im Behandlungsteam und damit mitverantwortlich für die finanziellen und operationellen Konsequenzen ihrer medizinischen Entscheide. Damit wird das Terrain verändert, in dem Ärztinnen, Ärzte und das medizinische Personal generell die Arbeit verrichten.

3.3 Vom fiktiven Produkt zum Produktpreis

Wichtig zu verstehen ist, dass die DRG in den USA erfunden wurden, um Leistungen von (oft privaten) Spitälern zu erfassen und damit zu kontrollieren. Es ging um die Kontrolle von Rechnungen von privaten Anbietern, die Medicare-Patienten behandelten. Man erhoffte sich, dadurch die Ausgaben für Medicare einzudämmen. Die Kosten sanken jedoch nicht wie erhofft, das eigentliche Ziel der Einführung der DRG wurde nicht erreicht. Das hat aber nicht dazu geführt, die Kontroll- und Organisationstechniken der DRG einzuschränken oder gar abzuschaffen und nach anderen Kontrollmechanismen zu suchen. Ganz im Gegenteil: Die DRG-Verfahren der Kostenberechnungen und -kontrolle ist eine Erfolgsstory geworden und sie werden in immer mehr Ländern angewendet. So nun auch in der Schweiz.

Die Tatsache, dass die DRG-Kostenanalysen nicht kostendämpfend wirkten, öffnete in den USA das Feld für diejenigen Gesundheitsökonomien, die der Ansicht waren, die Theorien der freien Märkte sollten auf das Gesundheitswesen angewendet werden, um die gewünschte Kosteneindämmung zu erreichen. Bezüglich der steigenden Kosten hatten sie begonnen, eine neue These zu vertreten: Der Grund für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen sahen sie nun nicht nur in der fehlenden Effizienz eines Spitals, sondern auch im fehlenden Markt. Oder anders gesagt: Um Wirtschaftlichkeit und ein Optimum an medizinischen Leistungen für Medicare zu fördern, brauchte es aus ihrer Sicht eine marktförmige Regulierung von Angebot und Nachfrage bei Gesundheitsdienstleistungen.

Durch die Entwicklung der DRG-Kostenanalyse scheint es zwar klar definierte, quasi-industrielle Produkte der «Fabrik Spital» zu geben, deren Herstellungskosten man berechnen kann, aber keinen Markt, um die Produkte in Ware zu verwandeln. Wie kann ein Produkt «Behandlung einer bestimmten Krankheit» zu einer verkäuflichen Ware mit einem Marktpreis werden? Eine Voraussetzung dazu ist, dass das Produkt «Behandlung» einen Preis hat. Die standardisierten Behandlungskosten der DRG wurden für Medicare in Preise für die Bezahlung von Behandlungskosten umgewandelt.³⁴ Damit hoffte man, die Spitäler dazu zu animieren, effizienter zu produzieren, um allenfalls Gewinne zu erzielen. In den USA trat ein entsprechendes Gesetz für Medicare 1983 in Kraft. In der Schweiz geschah dies 2012 für die obligatorische Krankenversicherung und die Kantone, die einen Teil der Spitalkosten finanzieren. Das US-Gesetz, das die DRG-Behandlungskosten in einen Behandlungspreis umwandelte, hat die Türen für die Anwendung neoklassischer Markttheorien³⁵ auf das Gesundheitswesen weit geöffnet. Aus den Kosten ist ein Preis und aus dem Preis ein Ertrag geworden, den die Spitäler von nun an als Einnahme aus dem Verkauf von Behandlungen verbuchen können. Mit diesem Preis respektive Ertrag muss das behandelnde Gesundheitspersonal von vornherein rechnen, weil damit auch der Ertrag des Spitals

³⁴ In der neoklassischen Markttheorie gibt es einen grundlegenden Unterschied zwischen den Produktionskosten eines Salatkopfes und dessen Verkaufspreis, der nicht nur von den Produktionskosten, sondern u. a. auch davon abhängt, ob der Salat verkauft werden kann und zu welchem Preis. Dies ist ein zentraler Aspekt der Annahme der Markttheoretiker, dass ein Markt optimal für Wirtschaftlichkeit sorgt.

³⁵ s. Fussnote 22 zur neoklassischen Markttheorie.

festgelegt ist und das Spital keine Defizite machen sollte. Bei Entscheidungen über Behandlungen müssen nun gleichzeitig im Voraus festgelegte Behandlungserträge mitberücksichtigt werden. Aus der Sicht der Spitäler geht es nun nicht mehr nur um die Behandlung von Patientinnen und Patienten, sondern auch um die Erwirtschaftung von Erträgen.

Kurzum: Wichtig ist es, die Auswirkungen der Anwendung der Industrieerfahrungen auf die Kostenanalyse von Spitälern (die Erfindung des Produkts «Behandlung einer Krankheit») von der Durchsetzung von Marktmechanismen im Gesundheitswesen (Verkauf der Ware «Behandlung einer Krankheit» an die Versicherer) oder deren Simulation analytisch zu unterscheiden. Beide Schritte setzten etliche Veränderungen im wirtschaftstheoretischen Denken der Neoklassiker voraus – eine neuartige Anwendung von ihren Konzepten. In der Schweiz sind beide «Innovationschritte» (von der Behandlung einer Krankheit zum Produkt und vom Produkt zu einer verkäuflichen Ware) mit der landesweiten Einführung der Erfassung von Leistungen in DRG-Kategorien und der Spitalfinanzierungsgesetzgebung zusammengefallen.

3.4 Das neue Effizienzkalkül in Spitälern – Überlegungen zu Auswirkungen

3.4.1 Neue Abgeltungsprinzipien

Die OKP muss seit Einführung der Fallpauschalen für Spitäler nicht mehr die realen Kosten einer Behandlung bezahlen, die der Arzt als nötig erachtet, sondern eben eine Pauschale, so wie für ein Auto derselben Marke und Ausstattung ein mehr oder weniger gleicher Preis bezahlt wird. Aus dem zusammenmontierten Produkt «Behandlung» ist eine verkäufliche Ware «Behandlung» geworden und aus den Patienten wurden Konsumenten (Samuels et al., 2005, S. 262). Damit können Spitäler auch mit Gewinn oder Verlust arbeiten: Für sie entstehen mit jeder Behandlung von kranken Menschen über oder unter dem standardisierten Behandlungsaufwand liegende Kosten. Die Differenz zwischen real entstandenen und standardisierten Kosten (Fallpauschalen) sind nun das entscheidende Kriterium für die Wirtschaftlichkeit der Spitäler, unabhängig von der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung für die einzelnen Kranken. Das ist der Kern dessen, was heute Ökonomisierung der Spitalbehandlungen genannt wird.

Die Qualität dieser Leistungen und auch die Zweckmässigkeit einer Behandlung im konkreten Fall werden preislich nicht erfasst. Sie werden in der Standardleistung als gegeben angenommen. Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang das Merkblatt der SwissDRG AG «Fallpauschale in Schweizer Spitälern. Basisinformationen für Gesundheitsfachleute» (www.swissdrg.org, Zugang 20.12. 2012). Darin wird Stefan Kaufmann, Direktor von Santésuisse, zitiert:

«Mit Pauschalpreisen je nach Diagnose und Behandlung werden jene Spitäler konkurrenzfähig sein, die den Patienten hohe Qualität zu günstigen Preisen bieten. Dank Fallpauschalen werden nicht mehr Spitalkosten, sondern tatsächlich erbrachte Spitalleistungen durch Kantone und Krankenversicherer gemeinsam bezahlt.» (S. 4)

Beide Sätze sind irreführend. Spitäler sind im Fallpauschalensystem aufgrund ihrer niedrigen Kosten konkurrenzfähig, nicht aufgrund der hohen Qualität. Zudem: Die (niedrigen) Kosten hängen wesentlich von den Personalkosten, den durchschnittlichen Aufenthaltstagen pro Diagnosegruppe und von Standortkosten ab.

Jon Chilingirian (2008) schreibt in seinem Bericht über die Einführung der Fallpauschalen in den USA, dass wohl eine der wichtigsten Errungenschaften ihrer Einführung die Verkürzung der

Aufenthaltsdauer in den Spitälern ist.³⁶ In den DRG sind die von den Pflegenden faktisch erbrachten Leistungen nicht enthalten, sondern nur die Arbeitskosten der Pflege. Die Fallpauschalen hängen nur von der Diagnose der Ärzte ab, nicht von der Pflegediagnose für die einzelnen Patienten und Patientinnen. Diese wird in der Fallpauschale schon als standardisierte Leistung bei gegebener Diagnose vorausgesetzt. Aus der Sicht des Spitalmanagements spielen die Anzahl und die Art der Diagnosen eine grosse Rolle für die Erträge der Spitäler, während die Pflege ein Kostfaktor darstellt, der möglichst klein gehalten werden muss.

Die Einführung der DRG hat die Kriterien, wie sie für OKP-pflichtige Leistungen im KVG formuliert sind, für die Spitäler faktisch ausser Kraft gesetzt. Nicht nur das Wirtschaftlichkeitskriterium ist umfunktioniert worden, auch der Kriterienkatalog für OKP-pflichtige Leistungen hat sich implizit geändert: Die Wirksamkeit und insbesondere die Zweckmässigkeit einer Behandlung als oberste Kriterien für OKP-pflichtige Leistungen werden faktisch in der Fallpauschalenabrechnung zweitrangig, auch wenn es im Gesetz anders steht. Das Konzept der Fallpauschalen selbst sieht es so vor. Den Ausgang einer Behandlung zu definieren und systematisch unter dem Gesichtswinkel der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit zu erfassen, ist so oder so ein äusserst komplexes Unterfangen und wohl kaum realisierbar (Hart, 2006, S. 58-59).

3.4.2 Ein anderes Versicherungsregime

Gegenüber dem früheren KVG ist auch das Versicherungsregime abgeändert worden: In der Grundversicherung für Spitalbehandlung ist faktisch nicht mehr das Gleiche versichert wie vorher. Das kann nicht genug betont werden: Es besteht ein grosser Unterschied darin, ob ich als Grundversicherte das Recht auf Versicherungsleistungen habe, die mir eine wirksame und zweckmässige Behandlung meiner Krankheit ermöglichen sollen, oder ob ich das Recht auf bestimmte OKP-pflichtige Behandlungsbündel aufgrund einer bestimmten Diagnose habe. Im ersten Fall habe ich ein Recht auf die Behandlung meiner Krankheiten, die, weil vom Arzt so definiert, OKP-pflichtig ist. Welche Leistungen am Schluss die obligatorische Versicherung bezahlen muss, steht nicht von vornherein fest. Im zweiten Fall haben Kranke aufgrund einer bestimmten Diagnose ein Recht auf bestimmte Behandlungsbündel, aber nicht auf alle, die die Ärztin oder der Arzt je nach Fall für wirksam und zweckmässig ansehen könnte. Auf die Dauer werden dadurch medizinische Behandlungen in bestimmte Richtungen gesteuert und – so ist zu befürchten – OKP-pflichtige Leistungen rationiert.

Das hinter der Fallpauschale steckende ökonomische Denkmodell ähnelt Pauschalverträgen in der Reisebranche: Die kranken Menschen werden Klienten der Allgemeinversicherung, die es ihnen erlaubt, bestimmte Behandlungsbündel zu beanspruchen und auf sich applizieren zu lassen, eine Leistung, die ihnen sozusagen die Versicherung vermittelt, wie ein Reiseunternehmen eine Pauschalreise: ein Hotelzimmer bestimmter Klasse, Palmen und Strand in der Nähe, Anrecht auf einen Saunabesuch, Zugang zum Swimmingpool und einen Ausflug in den Nationalpark usw. Zusätzliche Leistungen müssen zusätzlich bezahlt werden. Dieses Pauschalvertragsmodell der Tourismusbranche entspricht den Idealvorstellungen, die Krankenversicherungen vom freien Markt im Gesundheitswesen haben.³⁷

³⁶ Wobei diese auch in der Schweiz im gleichen Zeitraum gesunken sind, ohne DRG (s. Teil 1, Tab. 1 in Kap. 3.2).

³⁷ Es wäre interessant, rückblickend die unzähligen Versuche der Krankenversicherer, das KVG in Richtung «Reisepauschalen» zu ändern, genauer unter die Lupe zu nehmen. Mit den Fallpauschalen in den Spitälern sind die Versicherer mit der Realisierung ihres Idealmodells weit gekommen. Das Ideal wurde in den USA am weitgehendsten realisiert.

3.4.3 Rigide Standardisierung

Die Erfassung von Kostenkomponenten von Behandlungen, die nach DRG-Kategorien entsprechend auf Kostenkonti buchhalterisch verbucht werden können, war zweifellos eine sehr innovative Idee dafür, wie die ausserordentlich komplexen Leistungen eines Spitals registriert und deren Kosten dargestellt werden können. Allerdings hat das Ganze etliche Nachteile: Zum einen ist der Aufwand für die Kostenerfassung sehr hoch. Zum anderen bewirkt die Umwandlung der Kosten in Pauschalpreise eine rigide Standardisierung der Behandlungen. Spitäler können es sich aus Wirtschaftlichkeitsgründen nicht leisten, von den in den DRG-Tarifen berechneten Behandlungsbündeln allzu stark abzuweichen. Es stellt sich die Frage: Welche Leistungen werden in welcher Art und Weise standardisiert und in den Behandlungsbündeln zusammengefasst? Welche Leistungen verschwinden dadurch aus dem Blickfeld von Behandlungsmöglichkeiten, weil sie in der Kostenrechnung nicht vorgesehen sind, auch wenn sie für den Behandlungserfolg relevant sein könnten? Jede Liste von Leistungen enthält bereits implizit eine Antwort auf die Frage, was für eine erfolgreiche Behandlung entscheidend ist und woran sich der Erfolg misst. Durch die Standardisierung entstehen Listen von Behandlungsdoktrinen.

In der ursprünglichen Formulierung des KVG, die beinhaltet, dass eine Behandlung «wirksam und zweckmässig» sein soll, ist offen, welche Behandlung der Arzt wählen muss. Sie muss medizinisch gesehen wirksam sein. Zudem bezieht sich das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht auf ein ganzes Spital, sondern auf die Kosten der Behandlung konkreter Patienten. Beim Denkmodell der Fallpauschalen wird hingegen mit einer (Prä-)Diagnose nicht nur festgelegt, welche Behandlung zu erfolgen hat, sondern auch, worin ein Behandlungserfolg liegt (Duden, 2012; s. dazu auch Teil 3, Kapitel 2).

Die Standardisierung durch die Fallpauschalen lenkt auch die Forschung in eine Richtung, die ständig von den bereits standardisierten Behandlungsprozessen ausgeht und sich um diese dreht. Die Vernachlässigung von konkreten Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten in der wissenschaftlichen Debatte ist durch die Fallpauschalen sozusagen institutionalisiert worden. Das dürfte nicht nur für die Pflege, sondern auch für die ärztliche Tätigkeit und die medizinische Forschung auf die Dauer problematisch sein. Das Qualitätsmanagement, das zusätzlich zur Beurteilung und Kontrolle von Spitälern ausgebaut wird, bezieht sich folgerichtig vor allem darauf, ob im Verlauf der Behandlung alles nach Plan gelaufen ist, nicht aber darauf, ob die Behandlung wirklich zweckmässig und für die Patientin oder den Patienten befriedigend wirksam war. Das lässt sich nicht kontrollieren. Damit werden auch medizinische Erkenntnisse tendenziell in bestimmte Bahnen gelenkt: Die Frage von Ursache von Krankheiten und Wirkung von Medikamenten oder Behandlungen scheint schon beantwortet zu sein durch zahlreiche Erkenntnisse der EBM (evidence-based medicine).³⁸ Misserfolge werden tendenziell entweder auf Fehler bei der Behandlung oder auf besondere Probleme und Eigenschaften der behandelten Person zurückgeführt, nicht aber auf das vorgesehene Behandlungsbündel selbst. Die Art und Weise, wie Einsichten aus breiten wissenschaftlichen Untersuchungen von Patientengruppen auf den einzelnen Fall angewendet

³⁸ Grundsätzliche Probleme bei der heutigen Forschungspraxis zu EBM gibt es auch dann, wenn die Resultate nicht fehlinterpretiert oder korrumpiert sind aufgrund der Interessen von Pharmakonzernen, Aufsichtsbehörden und Forschungsinstituten. So wichtig Korrelationstests in Sachen Wirksamkeit und Schädlichkeit von Medikamenten sind, so wenig können diese über Wirksamkeit, Ursachen von Krankheiten und Krankheitsverlauf aussagen, dies zeigt beispielsweise die Medizingeschichte im Fall von Cholesterin im Blut. Wie der Gehalt von «schädlichem» Cholesterin im Blut mit Herzerkrankungen zusammenhängt, ist inzwischen alles andere als klar. Zudem stellen sich bei der Auswertung von Tests grundlegende statistische Fragen, sobald es sich beispielsweise um nicht lineare Zusammenhänge von Wirksamkeit von Medikamenten je nach Krankheitsgrad handelt oder um die Komplexität von Wirkungsfaktoren. Statistisch noch problematischer sind Auswertungen aufgrund von epidemiologischen Studien.

werden und wie daraus neue medizinische Erkenntnisse gewonnen werden können, ändert sich dadurch fundamental (s. dazu auch Teil 3, Kapitel 2). Aus der Standardisierung, wie sie der Fallpauschale zugrunde liegt, verschwindet die Frage der medizinischen Wirksamkeit und vor allem der Zweckmässigkeit der Behandlung, die letztlich nur bezüglich der einzelnen Patienten beurteilt werden kann.

4. Andere Menschenbilder – neue gesundheitsökonomische Argumente³⁹

Bis in die 1960er Jahre befasste sich die Gesundheitsökonomie (damals noch «medical economics» und nicht «economics of health» genannt) mit Fragen, die sich um die Bereitstellung von ökonomischen Ressourcen für die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung befassten. Es ging um die Finanzierung des Gesundheitswesens, um die institutionelle Absicherung dieser Versorgung, um Versorgungslücken und um die elementaren Rechte der Bevölkerung auf eine medizinische Grundversorgung. Es war klar, dass die medizinische Behandlung eine lebensnotwendige Dienstleistung darstellt. Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte wurden als Akteure angesehen, die sich für die Behandlung der Kranken (selbstlos) einsetzen. Die Ansicht, dass medizinische Behandlung und Pflege nicht als Ware angeboten werden können, war auch unter den neoklassischen Ökonominnen und Ökonomen noch in den 1960er Jahren verbreitet. Ihre Argumentation damals: Zum einen haben Patienten mangelnde medizinische Kenntnisse. Zum anderen weiss niemand im Voraus, wie sich eine Behandlung auf die Gesundheit auswirken wird. Es gibt also kein Behandlungsprodukt, über dessen Eigenschaften der Patient Bescheid wissen kann, wenn er es kauft. Damit ist eine der wesentlichen Bedingungen für die Rationalität von Marktmechanismen nicht erfüllt: nämlich eine umfassende Informiertheit der Konsumentinnen und Konsumenten als Grundlage der freien Wahl von Gütern und Dienstleistungen. Weil nicht zwischen Behandlungsprodukt und Behandlungsprozess unterschieden werden kann und es auch kein fertiges Produkt mit klaren Eigenschaften gibt, sind kranke Menschen auf das Vertrauen in die professionelle Kompetenz und Integrität des Arztes angewiesen, wenn sie sich behandeln lassen wollen. Dieses Vertrauen darf nicht durch das Profitstreben des Arztes unterminiert werden: Eine nicht-profitorientierte Organisation des Gesundheitswesens ist notwendig. So lautete damals die ökonomische Argumentation für die staatliche Organisation des Gesundheitswesens.

Ab der zweiten Hälfte der 1960er Jahre haben neoklassische Ökonomen neue Thesen erarbeitet, mit denen sich die Gesundheitsökonomie befassen sollte. Hier seien ein paar Punkte erwähnt:

4.1 Patienten als Konsumenten

Pflege- und Behandlungsbedürfnisse von Kranken werden von nun an in den wirtschaftstheoretischen Denkmodellen als Nachfrage von Konsumenten angesehen. Aus grundlegenden Bedürfnissen wird eine Nachfrage, die unter anderem von den Preisen der Gesundheitsleistungen abhängt. Aus dieser Sicht gibt es kein grundlegendes Recht auf eine medizinische Grundversorgung mehr. Der «Konsum» einer Herzoperation wird in diesem Denkmodell nicht anders gedacht als der Kauf von Polstermöbeln. Folgerichtig taucht die Idee der freien Wahl auf: Patientinnen und Patienten, nun Konsumenten, soll es möglich sein, zwischen Behandlungen frei zu wählen.

³⁹ Das folgende Kapitel ist stark vom Artikel von Samuel et al. (2005: 262 ff.) inspiriert.

4.2 Investitionen ins Humankapital⁴⁰

Anstoss zu neuen gesundheitsökonomischen Überlegungen lieferte das Konzept des «Humankapitals», und zwar folgendermassen: Die Leistungen des Gesundheitswesens tragen zur Verbesserung des «Humankapitals» bei: Die Arbeitskräfte sind leistungstärker und ermöglichen so ein höheres Wirtschaftswachstum. Zudem verlängert die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen die verfügbare Lebenszeit eines Konsumenten und damit seine verfügbare Zeit für Erwerbsarbeit und andere (gesellschaftlich nützliche) Aktivitäten.⁴¹ Damit können Überlegungen angestellt werden, ob Ausgaben für das Gesundheitswesen einen positiven Einfluss auf die wirtschaftliche Entwicklung eines Landes haben.

Mit der Idee, dass Leistungen des Gesundheitswesens als Investitionen ins «Humankapital», also in die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Menschen angesehen werden können, kam eine weitere Debatte auf. Der Konsum von medizinischen Leistungen durch Patientinnen und Patienten kann auf zwei Arten interpretiert werden: als Konsum, aber auch als Investition in ihre eigene Gesundheit. Zunehmend verbreitete sich die Idee, dass Gesundheit letztlich eine Frage des Lebensstils und der Selbstverantwortung für die eigene Lebensweise und vernünftiger Gesundheitsinvestitionen eines jeden ist. Jede Person ist persönlich für ihre Krankheit verantwortlich respektive dafür, dass sie richtig in die eigene Gesundheit investiert.

Einige Ökonomen zogen aus dieser Argumentation weitere Schlüsse: Wenn die Gesundheitsausgaben weiter ansteigen ohne dass sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert, so ist das auf eine mangelnde Eigenverantwortung der Bevölkerung zurückzuführen. Die mangelnde Gesundheit der Bevölkerung wird nun nicht mehr nur als Problem mangelnder Gesundheitsversorgung gesehen, sondern als Problem ungesunder Lebensweisen der Bevölkerung und diesbezüglich ungenügend ausgebildeter Selbstverantwortung.

4.3 Finanzielles Eigeninteresse und finanzielle Anreize

Eine neue Generation neoklassischer Ökonomen führte den Begriff des (ökonomischen) Eigeninteresses der Ärztinnen und Ärzte und generell der Dienstleistenden im Gesundheitssektor ein und begann, vom moralischen Risiko (moral hazard) für die Ärzte und Patienten zu reden, das durch die sozialen Krankenversicherungen entstehe: Anbieter von Gesundheitsleistungen behandeln zu viel und zu teuer, weil es die obligatorische Versicherung bezahlt. Patienten konsumieren zu viele Gesundheitsdienstleistungen, weil sie nicht direkt selbst dafür bezahlen müssen. Um dies einzudämmen, sollten Patienten mindestens Selbstbehalte bezahlen. Ausserdem sollten die Patienten zwischen verschiedenen Leistungen der möglichst privat organisierten Krankenkassen, die unterschiedliche Versicherungsvarianten⁴² anbieten, wählen können und entsprechend dafür bezahlen müssen. Die freie Wahl der Patientinnen und Patienten bezieht sich in diesem Konzept auf die freie Wahl des Versicherungsvertrags, nicht auf die freie Wahl bezüglich der Ärzte und Ärztinnen.

⁴⁰ Humankapital wurde ursprünglich als Investition in die Bildung verstanden, die ein wichtiger «Produktionsfaktor» in wirtschaftlich weit entwickelten Ländern ist. Der Begriff Humankapital wurde im Verlauf der Zeit erweitert, eben beispielsweise auch auf die medizinischen Behandlungen, wenn sie die Gesundung von Kranken beschleunigen und dazu beitragen, die Patienten schnell wieder zu Erwerbsarbeit zu befähigen.

⁴¹ Die Verlängerung der Lebenszeit ist heute ein wichtiger Indikator für internationale Vergleiche der Leistungsfähigkeit der Gesundheitswesens.

⁴² Etwa so wie Reiseveranstalter Pauschalreisen mit verschiedenen Leistungen anbieten.

Andere Ökonomen befassten sich mit den «falschen wirtschaftlichen Anreizen» für das Gesundheitspersonal und insbesondere für die Ärzte. Die falschen Anreize verleiten dazu, unnötige Behandlungen zu verschreiben und durchzuführen. Diese Gefahr sollte durch mehr Wettbewerb zwischen den Anbietern von Behandlungs- und Pflegeleistungen bekämpft werden (in der Schweiz ist das der Zweck des neuen Spitalfinanzierungsgesetzes). Anstatt Ärzten «utilization reviews» (Leistungsnachweise) vorzuschreiben, sollte in Zukunft der Markt⁴³ die Kontrolle über Ärzte bzw. über Spitäler ausüben. Das Entscheidungsmonopol der Ärztinnen und Ärzte wurde gebrochen und ein ständiger Kostendruck aufgebaut, der durch scheinbar marktförmige Regulierungen erzeugt wird.

Die Verfechter der DRG als Kosten- und Leistungskontrolle gingen wie oben beschrieben davon aus, dass die zu hohen Kosten des Gesundheitswesens auf eine mangelnde Standardisierung der Produktionsprozesse in den Spitälern und auf unzureichende Kostenkontrolle zurückzuführen seien. Zudem vertreten die neoklassischen Gesundheitsökonominnen die Meinung, dass Patientinnen und Patienten zu viele Leistungen beanspruchen und dass falsche Anreizsysteme Spitäler dazu bringen, zu viele Leistungen zu erbringen. Beide Annahmen haben sich in den Regelungen zu den Fallpauschalen und im Spitalfinanzierungsgesetz niedergeschlagen.

Im Wesentlichen und meist unausgesprochen geht es bei den scheinbar marktförmigen und damit wettbewerbsorientierten Regulierungen faktisch um ein Instrument, das es Kantonsregierungen und Krankenkassen erlaubt, einen permanenten Druck auf die Spitalkosten auszuüben. Da Personalkosten immer noch mehr als die Hälfte der Spitalkosten (Krankenhäuser für allgemeine Pflege) ausmachen, heisst dies faktisch Druck auf die Personalkosten, sprich auf die Lohnsumme. Auch ist die Entschädigung bezüglich der Aufenthaltsdauer von Patienten pro DRG streng reglementiert. Beides trifft die Pflege besonders stark (s. dazu Kapitel 6 dieses Teils).

⁴³ In Realität möchten die Krankenkassen Hauptakteure dieses Marktes sein, indem sie die Verträge mit den Ärzten und Spitälern abschliessen, sozusagen als Stellvertreter der Patienten.

5. Irreführende Denkmodelle und problematische Tendenzen

5.1 Kostenwettbewerb ohne Markt

Es kann nicht genug betont werden, dass es im Fall der DRG-Pauschalen nicht um die Einführung marktförmig organisierter Produktionsleistungen geht, auch wenn dies behauptet wird. Dazu fehlt es an Preisen, die von den Bedürfnissen und der Nachfrage der Patientinnen und Patienten mitgeprägt sind, das heisst vom Nutzen der Patienten bei der Behandlung ihrer Krankheit. Bei den Fallpauschalen handelt es sich um bürokratisch festgelegte Entschädigungspauschalen, bei denen erstens Standards von «richtigen Behandlungen» und zweitens auch Preise von Behandlungsbündeln, zum Beispiel Kosten von Pflgetagen (und damit die Lohnsummen der Pflege!) und von Operationen (u. a. Honorare und Löhne der Chirurgen), im Voraus definiert werden. Damit ist festgelegt, was für die diagnostisch klassifizierten Patienten gut sein soll. Dies widerspricht grundlegenden Annahmen der Theorien zur Entstehung von Marktpreisen. Die New-Public-Management-Theorie geht indes von der Annahme aus, dass Simulationen des Marktes im Staat zu mehr Effizienz führt, sobald mehr Wettbewerb und marktförmige Entscheidungsmechanismen eingeführt werden. Beim Fehlen von Marktpreisen, die theoretisch sowohl von Produktionskosten als auch vom Nutzen der Konsumentinnen und Konsumenten mitgeprägt sind, soll stattdessen eine Art Benchmarkingpreis eingeführt werden. Der Ökonom Mathias Binswanger bezeichnet in seinem Buch «Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren» (2012) diese Annahme als Illusion: Wettbewerb ohne Markt und Marktpreise führt nicht notwendigerweise zu mehr Effizienz, sondern oft zu dysfunktionalen Leistungsanreizen, die an den Bedürfnissen der Menschen vorbeiziel. Die staatssozialistischen Planungssysteme ebenso wie die Einführung von New-Public-Management-Methoden in kapitalistischen Ländern liefern eine Fülle von Beispielen solcher Steuerungen. Binswanger zählt zu diesen illusorischen Systemen der Effizienzerhöhung auch die Fallpauschalen, die nichts anderes sind als ein Kostenwettbewerb ohne Qualitätswettbewerb zwischen Spitälern. Dass ein Qualitätswettbewerb fast nicht stattfinden kann, dafür sorgt das Spitalfinanzierungsgesetz, aufgrund dessen jede Kantonsregierung darüber entscheiden kann, welche Spitäler auf dem OKP-Leistungskatalog der Kantone figurieren. Ebenso haben die Krankenversicherungen die Kompetenz, mit den Spitälern über die Basistarife zu verhandeln.

Auch Schweden hat teilweise ein DRG-System eingeführt, das der staatlichen Budgetierung und Leistungsentschädigung von Spitälern dient. In Schweden wurden vorher Spitäler mit Globalbudgets plus Defizitdeckung finanziert. Die Einführung der Entschädigung pro DRG-Leistungsbündel und Patient sollte es den Patienten ermöglichen, Spitäler frei zu wählen, was vorher nicht der Fall war. Ziel war die Steigerung der Produktivität und Qualität der Spitäler. Man erhoffte sich, dass die Patientinnen und Patienten aufgrund der freien Spitalwahl das qualitativ beste auswählen würden. Inzwischen existieren verschiedene Finanzierungssysteme nebeneinander, weil sich die Fallpauschalen als Abrechnungssystem nicht in allen Provinzen durchgesetzt haben. In einigen Provinzen werden Fallpauschalen nur für bestimmte Patientengruppen verwendet. Das Gesundheitssystem ist weiterhin staatlich und föderalistisch und bezüglich der Finanzierungssysteme regional sehr unterschiedlich organisiert. Dazu schreibt Rikard Lindqvist (2008):

«Today it is recognized that there are many ways to reimburse hospitals, as is the fact that all these methods have good and bad impacts on the health care system.» (S. 88/9)

Die Regelungen der Schweiz sind weit entfernt vom pragmatischen Ansatz von Schweden. Sie wurden mit den üblichen Glaubenssätzen im Hinblick auf Effizienzmängel schweizweit durchge-

setzt. Das Spitalfinanzierungsgesetz, das parallel mit der Einführung der DRG in Kraft getreten ist, setzt den Wettbewerb ohne Marktpreis flächendeckend durch. Kantonsregierungen und vor allem Krankenkassen haben nun wirksame Hebel in der Hand (Spitallisten, Basistarifverhandlungen), um den Wettbewerb zwischen den Spitälern zu verschärfen und weiter an der Kostenschraube zu drehen. Dies stellt eine besonders zentralistische Institutionalisierung der DRG dar. Das Beispiel mit Schweden zeigt, dass die Kostenkontrolle auch wesentlich pragmatischer darauf ausgerichtet werden könnte, Erfahrungen mit unterschiedlichen Abgeltungssystemen zu machen und es demokratischen Entscheidungen der Provinzen zu überlassen, welche Kostenkontroll- und Abgeltungssysteme sie nutzen wollen.

5.2 Dysfunktionales Tarifsysteem

Im Fall der USA hat die Einführung der Bezahlung aufgrund von DRG-Tarifen nicht zu einer Eindämmung der Gesundheitskosten geführt⁴⁴, ganz im Gegenteil. In keinem wirtschaftlich weit entwickelten Industrieland sind die Gesundheitskosten so stark angestiegen wie in den USA (s. dazu Teil 1, Grafik 1). Zwei Aspekte dieser Entwicklung seien hier aufgeführt:

Wie der Fall der USA zeigt, liegt die Schwierigkeit unter anderem im Detail der Berechnungen der Fallpauschalen. Kleine Veränderungen der Kostenmultiplikatoren (die auf den Basistarif angewendet werden) haben grosse Wirkungen auf die Höhe der entrichteten Fallpauschalen. Es hat sich gezeigt, dass durch die Festlegung von Fallpauschalen Leistungen nicht unbedingt «gerechter» entschädigt werden. Dies liegt daran, dass die Kosten von Leistungen mancher Diagnosegruppen sehr knapp, andere jedoch grosszügiger bemessen wurden. Dies hatte in den USA zur Folge, dass sich einige spezialisierte Spitäler und Abteilungen als besonders profitabel erwiesen, namentlich Spitäler für Herzchirurgie, orthopädische Chirurgie und Staroperationen. Deren Leistungen wurden entsprechend gefördert. Onkologische, pädiatrische, geriatrische und andere Spitäler oder Abteilungen erwiesen sich hingegen als unprofitabel (Chilingerian, 2008, S. 24/5).

McKinsey und Novartis haben eine Studie durchgeführt, welche die Behandlungskosten und Behandlungsergebnisse von häufigen Krankheiten in verschiedenen Ländern untersuchte (Berichte dazu in Vasella, 2012, und in Zakaria, 2012). Dies ist möglich, weil in vielen Ländern DRG-ähnliche Klassifikationssysteme für die Erfassung von Behandlungskosten eingeführt worden sind. Die Behandlungskosten variieren je nach Land enorm. So gibt Frankreich laut dieser Studie acht Mal weniger für Lungenerkrankungen aus als die USA. Die Rate der schweren und tödlichen Lungenerkrankungen ist in Frankreich drei Mal tiefer als in den USA. Dies, obwohl in Frankreich der Anteil der Raucherinnen und Raucher an der Bevölkerung höher ist.⁴⁵ Die Autoren der Studie erklären dies damit, dass Frankreich mehr für Früherkennung von Lungenerkrankungen aufwendet. Die USA weisen nur bei der Behandlung von Brustkrebs bessere Resultate auf als alle anderen untersuchten Länder. Generell zeigt die Studie ein überraschendes Bild, wie Daniel Vasella, ehemaliger Verwaltungsratspräsident von Novartis, in einem Zeitungsartikel (Vasella, 2012) bezüglich der Lungenerkrankungen betont:

⁴⁴ In den USA wollte man vor allem die privaten Leistungsanbieter in ihren Kostenberechnungen für die staatliche Krankenkassenversicherung kontrollieren, in Schweden war das Ziel der Einführung von Fallpauschalen viel mehr darauf ausgerichtet, die Effizienz staatlicher Leistungsanbieter zu kontrollieren (Lindqvist, 2008, S. 78).

⁴⁵ Leider war es nicht möglich, die Studie zu erhalten. Es wäre interessant zu wissen, wie es zu solchen erstaunlichen Resultaten gekommen ist, denn sowohl die Unterschiede bei der Früherfassung von Krankheiten als auch bei der statistischen Erfassung von Todesursachen machen Vergleiche sehr schwierig. Die hier zitierten Resultate der Studie basieren auf den erwähnten Artikeln von Zakaria und Vasella.

«The real surprise, though, was that these nations that provided the highest quality of care spent less on managing that disease than their counterparts.»

Der Journalist Fareed Zakaria interviewte Vasella zu dieser Studie und fragte ihn, wie er sich die grossen Unterschiede bezüglich Kosten und Outcome erkläre. Vasella sagte dazu:

«In America no one has incentives to make quality and cost-effective outcomes the goal. There are so many stakeholders and they each want to protect themselves. Someone needs to ask, «What are the critical elements to increase quality?» That's what we're going to pay for, nothing else.» (zit. in Zakaria, 2012)

Auf die Frage, welche Rolle die Regierung in der Verbesserung des Gesundheitssystems spielen müsse, antwortete Vasella:

«It pains me to say this as a free-market advocate, but you have to have [the] government act in this case. Health care is very complex. Only at a systemic level can you figure out what works best based on the evidence, and what procedures and treatments are not worth the money.» (zit. in Zakaria, 2012)

Etwas muss falsch an den heutigen gesundheitsökonomischen Denkmodellen sein, wenn grundlegende Thesen der Modelle sich als nicht realistisch bzw. als falsch erwiesen haben.⁴⁶ Eine leider wenig gestellte Frage lautet: Was genau ist falsch und welche anderen Denkmodelle wären brauchbarer? Eine andere ungeklärte Frage werfen die Autoren und die Autorin des Artikels von Samuel et al. (2005) auf: Weshalb haben die Gesundheitsökonominnen, die Wirtschaftsingenieurinnen, die Kostenanalysten und Gesundheitsplanerinnen weiterhin eine so grosse Definitionsmacht, obwohl die Umsetzung ihre Empfehlungen zur Eindämmung der Gesundheitskosten in den USA offensichtlich erfolglos war? Die Autoren und die Autorin vermuten einen Grund darin, dass die Öffentlichkeit davon überzeugt worden ist, dass das Gesundheitswesen zu teuer ist. Es muss effizienter werden und weniger kosten. Und dazu braucht man eben die Ökonominnen, Wirtschaftsingenieure und Kostenanalysten (Samuel et al., 2005, S. 274/5).

Die Kostenfrage dominiert die Debatten zum Gesundheitssystem auch in der Schweiz. Das ist eine fatale Situation, die zudem irreführend diskutiert wird.⁴⁷ Hierzulande fällt auf, dass die Antwort auf die Frage, wie denn die Gesundheitskosten eingedämmt werden können, immer die gleiche ist: durch mehr Wirtschaftlichkeit. Obwohl, wie oben dargestellt, nicht klar ist, was mit Wirtschaftlichkeit genau gemeint ist und welche Regulierungen zu mehr Wirtschaftlichkeit führen können, wirkt der Begriff Wirtschaftlichkeit als Argumenten-Joker, der immer überzeugt.

⁴⁶ Das «Time Magazine» hat im Februar und März 2013 mehrere Artikel zu den Gesundheitskosten veröffentlicht. Darin kommt zum Ausdruck, dass nicht hauptsächlich Medicare ein Kostenproblem darstellt, sondern die Gesundheitskosten der privat Versicherten (unter 65 Jahren). Gesundheitsleistungen werden hier teilweise zu exorbitanten Preisen verrechnet, welche diejenigen von Medicare um das Mehrfache übersteigen können. Viele Versicherte können sich aber nur Krankenversicherungen mit einem jährlich limitierten Versicherungsbetrag leisten. Oft sind sie auch von ihrem Arbeitgeber mit solchen nach oben limitierten Beträgen versichert. Während Medicare jede Rechnung kontrolliert, ist den Versicherungen mit jährlich limitierten Leistungen die Spital- oder Arztrechnung egal. Niemand schützt die Versicherten vor überrissenen Behandlungen und Preisen. Mehr dazu in Steven Brill (2013): Bitter Pill: Why Medical Bills Are Killing Us. How outrageous pricing and egregious profits are destroying our health care, «Time Magazine» online (20.2.2013), <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,2136864,00.html>

⁴⁷ Irreführend deshalb, weil suggeriert wird, dass es möglich ist, das Wachstum der Gesundheitskosten einzudämmen, ohne Leistungsabbau und ohne Verschlechterung der Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals (s. dazu Argumentation in Teil 1 zur These der «Kostenkrankheit» des Gesundheitswesens und anderer personenbezogenen Dienstleistungen).

5.3 Privatisierung und Entpolitisierung

Die aktuell neuen Regelungen in der Schweiz lassen vermuten, dass auch die Privatisierungstendenz im Gesundheitswesen verstärkt wird. Der wachsende Einfluss von Privatspitälern und privaten Krankenkassen ist unübersehbar. Heute sind beispielsweise die privaten Krankenkassen für die (Basis-)Tarifverhandlungen mit den Spitälern zuständig, obwohl die Kantone mindestens 55 Prozent der versicherten Leistungen mit Steuergeldern bezahlen. Eine öffentliche Angelegenheit, nämlich die (Basis-)Tarifverhandlungen zwischen Krankenkassen und Spitälern, wurde privatisiert und ist nicht mehr Gegenstand öffentlicher politischer Debatten. Ebenso haben heute private Spitäler die gleichen Entschädigungsansprüche wie öffentliche Spitäler: Investitions- und damit Zinskosten sind in die Fallpauschalenrechnung für alle Spitäler miteinbezogen und nicht wie vorher im Fall von öffentlichen Spitälern Teil der Staatsfinanzen. Das Spitalfinanzierungsgesetz verbietet den Kantonen die Defizitfinanzierung von Spitälern, unabhängig davon, ob Kantonsparlamente oder die im Kanton Stimmberechtigten dies anders wollen. Durch die Einführung der DRG und durch das Spitalfinanzierungsgesetz wurde in der Schweiz der Einfluss von privaten Krankenkassen und privaten Spitälern auf das Gesundheitswesen und die Versicherten tendenziell verstärkt und gleichzeitig die Entscheidungsmacht von Kantonsparlamenten gründlich geschwächt. Zwar wird positiv vermerkt, dass die Einführung der DRG die Kosten- und Leistungstransparenz der Spitäler wesentlich erhöht. Das stimmt jedoch vor allem für die Krankenkassen und für Expertinnen und Experten von Behörden und Beratungsunternehmen. Aber entscheidende Details der Berechnung der Pauschalen, die dahintersteckenden Behandlungsdoktrinen und -prioritäten sind für das Gesundheitspersonal, für Politikerinnen und Politiker und für die Steuern und Prämien zahlende Wohnbevölkerung schwer zu durchschauen. Listen mit rund tausend Fallpauschalen-Multiplikatoren mit drei Stellen hinter dem Komma fördern die öffentliche Kontrolle kaum, ebenso wenig die ausgeklügelten und schwer durchschaubaren Berechnungsformeln beispielsweise für die ausserhalb der DRG-Norm liegenden Aufenthaltstage im Spital. Der Aufwand, die Sache zu verstehen und die entscheidenden Details und ihre gesundheitspolitischen Implikationen zu erkennen, ist immens und eine politische Debatte über diese Berechnungen kaum möglich. Für die Krankenkassen hat sich die Verrechnung der Kosten hingegen vereinfacht und verbilligt.

Wie sich die DRG-Tarife und Spitalfinanzierungsregulierungen auswirken, ob und wie dadurch die praktische Arbeit in Spitälern sowie die Interaktionen zwischen Ärztinnen, Pflegenden und Patienten verändert werden, ist nicht Gegenstand der Kapitel 1–5 dieses Teils der Studie. Es ging hier darum, zu zeigen, wie stark sich die Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgebots seit 1996 verändert hat und welche wirtschaftstheoretischen Vorstellungen und Fragestellungen hinter diesen Veränderungen stecken. Wirtschaftliche Effizienz lässt sich eben auf viele Arten definieren, analysieren und regulieren.

6. Überlegungen zur Ökonomisierung der Pflege

Wie betrifft die oben beschriebene Ökonomisierung des Gesundheitswesens die Pflege? Die Pflege war immer der Entscheidungs- und Definitionsmacht der Ärzte unterstellt, sei es im Spitex- und Pflegeheim- als auch im Spitalbereich. Es lassen sich nun einerseits in den Spitälern und andererseits in der Langzeit- und Spitexpflege zwei unterschiedliche Entwicklungen feststellen. Dies soll im Folgenden kurz skizziert werden. Es handelt sich dabei um einen Versuch, Vermutungen über Tendenzen zu formulieren. Feststeht, dass bereits grosse Unterschiede zwischen den Finanzierungsregimes für Spitäler einerseits und für die Langzeitpflege andererseits (definiert als Kosten der Pflegeheime und der Spitex) bestehen (s. Teil 1, Grafik 4). Diese Unterschiede werden durch die Abgeltungssysteme (Fallpauschalen, Tarifsysteme für Pflegeheime und Spitex) verstärkt.

6.1 Pflege in Spitälern

Befürworterinnen und Befürworter der DRG argumentieren vor allem mit den analytischen Möglichkeiten dieses Systems, eine differenzierte Kosten- und Ressourcenverbrauchsanalyse abzubilden sowie Transparenz im Spitalbereich zu schaffen. Auch erhoffen sie sich einen Kostendämpfungseffekt sowie Strukturbereinigungen im Spitalbereich (Wittwer, 2009, PPP-Folie 30). Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist schwer in die Praxis umzusetzen. Die Entschädigungsregelungen für die OKP werden immer umstritten sein, egal wie sie geregelt sind. Die Finanzierung der Spitäler war auch schon vor Einführung der DRG-Pauschalen problematisch. Die DRG sind in der Schweiz, wie bereits dargestellt, mit der Institutionalisierung eines rigiden Kostenwettbewerbs verbunden. Die daraus entstehende (kommende) Kostendruckdynamik wird in der öffentlichen Diskussion unterschätzt, ebenso der damit verbundene Kostendruck speziell auf die Pflege. Im Folgenden sollen hier vier grundlegende Einwände zu den DRG dargelegt werden.

6.1.1 Pflege als Zwischenprodukt

Das DRG-Kostenanalyse-Instrument bietet eine Möglichkeit, Kriterien zur Vergleichbarkeit von Leistungen, die für eine gute Behandlung von Kranken wichtig sind, zu entwickeln, wobei genauer geklärt werden muss, welche Leistungen nicht in die Vergleiche miteinbezogen werden. Zu diesen gehören pflegerische Leistungen. Die Pflegekosten werden als Kosten von «Zwischenprodukten» der Behandlung gerechnet, wie beispielsweise Medikamente, Verbandstoff oder Putzen (erste Produktionsfunktion der DRG, s. Kapitel 3.1 in diesem Teil). Effizienz heisst hier aus der Sicht des DRG-Kalküls vor allem: billiger. Der Kostendruck auf die Spitäler ist so für die Pflege direkt wirksam. Dies dürfte bezüglich der finanziellen Spielräume der Pflege insbesondere Diagnosegruppen treffen, bei denen die Pflegekosten einen hohen Anteil an den Gesamtkosten ausmachen und die Anwendung von Hightechmedizin sowie die Arbeit von Spezialisten kostenmässig wenig ins Gewicht fallen. In den DRG ist, so lautet eine der hier vertretenen Thesen, strukturell eine Förderung der Hightechmedizin und der Arbeit der Spezialärztinnen und -ärzte angelegt. Der Bereich Pflege wird als Kostenfaktor betrachtet. Werden hingegen mehr Operationen aufgrund entsprechender Diagnosen durchgeführt, wachsen die Erträge des Spitals.

Die DRG sind im Fall der Schweiz ein sehr detailliert strukturiertes finanzielles Steuerungsinstrument. Das heisst, die Spielräume für verschiedene Behandlungen innerhalb gleicher Diagnosegruppen sind sehr klein. Den Möglichkeiten der Spitäler, intern Kosten auszugleichen, Prioritäten in der Behandlung im konkreten Fall anders zu setzen usw., sind enge Grenzen gesetzt. Je

detaillierter und differenzierter eine Gruppe definiert ist und je kleiner die Spitäler sind, desto grösser ist das Problem von «Ausreisserpatienten», die überdurchschnittlich viel Behandlungs- und Pflegeaufwand brauchen und «zu lange» im Spital bleiben. Sie werden notwendigerweise zu aus medizinischer und pflegerischer Sicht problematischen Patienten, zu finanzielle Verluste verursachenden Klienten. Diese Effizienzlogik trifft die Pflege besonders stark.

6.1.2 Pflegearbeit als ausführende Arbeit

Die Beiträge der Pflege zur Qualität und zum Erfolg einer Behandlung kommen im DRG-Kalkül nicht vor. Die Pflegearbeit besteht sozusagen darin, die vom Arzt verordneten Behandlungen am Patientenkörper auszuführen, so wie Arbeiter Teile von Autos am Fließband zusammenmontieren. So technisch modern und komplex die DRG-Kostenberechnungen unbestreitbar sind, so rückständig sind sie in Bezug auf die Konzeption darüber, welche Rolle Pflege in einem Spital hat. Pflegeleistungen, die über die medizinische Pflege und Grundpflege hinausgehen, finden zu wenig Eingang in die Kostenrechnung. So ist beispielsweise Patientenorientierung im Denkmodell nicht vorgesehen.

Pflege wird nur als Kostenfaktor und nicht als Behandlungsleistung gesehen, die zu besseren Resultaten führen kann. Die Pflegewissenschaftlerin Sabine Bartholomeyczik (2010) vertritt die These,

«dass derzeit Pflege in grossen Teilen des Gesundheitswesens nicht als erforderliches professionelles Handeln angesehen wird. Hier besteht weitgehend eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Anspruch der Profession und der gesellschaftlichen Bedeutung» (S. 143).

Im DRG-Denkmodell ist eine überholte Sicht der Pflege eingeflossen, die aus den Vorzeiten der Professionalisierung der Pflege stammt und von den alten Zeiten der Abwertung von Frauenarbeit zeugt. Die einzige Erwartung an die Pflege, die sich geändert haben dürfte, ist, dass Pflegefachpersonen medizintechnisch besser ausgebildet sein müssen als vor fünfzig Jahren.

6.1.3 Pauschalen unabhängig vom Pflegebedarf

Rita Ziegler, Vizepräsidentin von «H+ Die Spitäler der Schweiz» und Vorsitzende der Spitaldirektion des Universitätsspitals Zürich, wird im schon erwähnten SwissDRG-Informationsblatt für das Gesundheitspersonal über die Vorzüge der Fallpauschalen wie folgt zitiert:

«Ein Vorteil ist, dass die Ressourcen gerechter verteilt werden, da die Vergütung auf den Schweregrad einer Behandlung abgestimmt ist. Insofern ist das System in seiner Grundausrichtung gerechter als das heutige Abgeltungssystem.» (SwissDRG, o. J., S. 2, www.swissdr.org)

Dieser Behauptung kann mindestens teilweise zugestimmt werden. Auch die Abgeltung aufgrund von Tagespauschalen, wie das vorher zum Teil der Fall war, ist zugegebenermassen eine unbefriedigende Lösung. Aber die neue Regelung ist aus der Sicht der Pflege aus verschiedenen Gründen problematischer: Pflegediagnose und Pflegebedarf haben Auswirkungen auf die Pflegetage, welche die Patienten im Spital vernünftigerweise bzw. aus pflegediagnostischen Gründen verbringen sollten. Die Möglichkeit, die Aufenthaltsdauer der Patienten in den Spitälern in Funktion des Pflegebedarfs zu variieren, ist mit den DRG-Pauschalen nicht mehr gegeben oder stark erschwert, weil den Spitälern bei überdurchschnittlicher Aufenthaltsdauer finanzielle Verluste drohen. Der Pflegebedarf wird aufgrund der medizinischen Diagnose festgelegt. Er hängt nun vom definierten Schweregrad der diagnostizierten Krankheit ab. Das Problem dabei ist, dass der Pflegebedarf eines Patienten nicht unbedingt mit der Krankheit oder mit dem Schweregrad der Krankheit aus der Sicht der Ärzte korreliert (Bartholomeyczik, 2010, S. 138/9).

Der Spardruck lastet sehr viel stärker auf der ersten als auf der zweiten Produktionsfunktion: Ein Spital kann nur an den Kosten der «Zwischenprodukte» sparen, damit auch an den Personalkosten der Pflege. Die Standardisierungen, die den Fallpauschalen zugrunde liegen, können von einzelnen Spitälern nicht geändert werden. Hingegen lassen sich mit der Diagnose des Schweregrades einer Krankheit mit medizinischen Zusatzbehandlungen Umsätze und Erträge der Spitäler steigern.

6.1.4 Keine Pflegediagnose vorgesehen

Im heutigen Verständnis von Wirtschaftlichkeit wird zwischen Behandlungsprodukt und behandeltem Mensch unterschieden.⁴⁸ Das erweist sich für die Pflege als besonders schwierig, weil sich bei der Pflege mit dem besten Willen kein Produkt identifizieren lässt, das losgetrennt von den gepflegten Menschen existiert. Es gibt damit auch keine Produktionskosten, die einem Produkt zugeordnet werden können. Im Fall von Beinbruchoperationen ist diese reduktionistische Sicht von Behandlungen weniger problematisch als bei pflegebedürftigen chronisch Erkrankten. Die sogenannten statistischen Ausreisser sind im Fall der Pflege relativ gross beziehungsweise es gibt bedeutende Unterschiede beim Pflegebedarf einzelner Patienten der gleichen Diagnosegruppe (SVPL [Hrsg.], 2009, S. 87).

Eine andere - allerdings beschränkt befriedigende - Lösung wäre gewesen, DRG zu bilden, die nicht nur aufgrund medizinischer Diagnosen, sondern auch aufgrund von Pflegediagnosen, die es bekanntlich gibt, eingeteilt werden. Dies ist heute für die Spitäler nicht der Fall und für die Spitex und Pflegeheime nur sehr begrenzt. Die Pflegediagnosen, ihre Bedeutung für die Abklärung des Pflegebedarfs und die Qualität der Pflege sind im Kalkül der Finanzierungspauschalen ins Unsichtbare verschoben worden. Eine Variante, die Definitionsmacht der Pflegefachpersonen trotzdem zu stärken, zeigen die Forschungsarbeiten, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Pflege und Qualität eines Spitals befassen. Diesbezügliche Untersuchungen werden in den USA seit Mitte der 1990er Jahre gemacht. Sie zeigen tendenziell, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen der Menge qualifizierten Pflegepersonals und der Sicherheit/Qualität eines Spitals und dessen Behandlungen (Clarke, 2006, S. 161). In einer neueren Studie (Aiken et al., 2012)⁴⁹ wurden die Patientenzufriedenheit und die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals in Chirurgieabteilungen von Spitälern in zwölf europäischen Ländern und den USA miteinander verglichen. Die Resultate zeigen, dass die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit den Spitälern eine ähnliche Korrelationen aufweist wie die Zufriedenheit des Pflegepersonals mit seiner Arbeit: Je tiefer die Zahl der Patienten gerechnet auf Pflegefachpersonen bzw. je besser das Arbeitsumfeld für die Pflegenden, umso höher wurde vonseiten der Patienten als auch des Pflegepersonals die Qualität der Behandlung im Spital eingeschätzt. Das Gleiche gilt für die Sicherheitsstandards. Der Anteil der in der Pflege eingesetzten Pflegefachpersonen am gesamten Pflegepersonal (sog. Skill-Mix) scheint zentral zu sein, sowohl für die Qualität als auch die Sicherheitsstandards eines Spitals. Mit diesen Forschungen wird etwas sichtbar gemacht, das im Konzept der DRG nicht vorkommt: die Bedeutung einer guten professionellen Pflege für gute Behandlungsergebnisse. Allerdings, so schreibt Clarke, haben solche Studien auch ihre Tücken, weil sie Gefahr laufen «to grasp at the

⁴⁸ Samuel et al. (2005) reden an verschiedenen Stellen ihres Artikel von einem «physical-fiscal body», der Körper wird nach erkrankten Organen respektive Krankheiten, denen Geldbeträge zugeordnet werden, eingeteilt. Von einem ganzen Menschen kann nicht mehr die Rede sein.

⁴⁹ Aiken, Sermeus, Van den Heede, Sloane, Busse, McKee, Bruyneel, Rafferty, Griffiths, Moreno-Casbas, Tishelman, Scott, Brzostek, Kinnunen, Schwendimann, Heinen, Zikos, Strömseng und Kutney-Lee (2012).

shadow of nursing work instead of at the essence of nursing practice»⁵⁰ (Clarke, 2006, S. 163; s. dazu auch Teil 3, Kapitel 1 und 2).

Es stellt sich zudem das Problem des Aufwandes für die Datenerhebung, welche die Kostenkontrolle erfordern. Je komplexer Arbeitsabläufe sind, desto aufwendiger sind deren Zuordnungen zu bestimmten DRG-Kosten. Der Aufwand für die Leistungserfassung im Pflegebereich der Spitäler als auch bei der Spitex und in Pflegeheimen ist gegenwärtig enorm (s. dazu auch Teil 1, Kapitel 4.3). Es stellt sich dabei auch die Frage des Nutzens dieser Art von aufwendigen Datenerhebungen nicht nur für die Patienten, sondern auch bezüglich ihrer Bedeutung beispielsweise für die Weiterentwicklung pflegerischer Kompetenz und der Pflegewissenschaften.

6.2 Pflege in Pflegeheimen und in der Spitex

Zuerst muss nochmals betont werden, dass schon lange vor (und auch seit) dem Inkrafttreten des KVG die Pflege in Pflegeheimen und in der Spitex massiv unterfinanziert war (s. dazu Teil 1, Kapitel 3). Ein viel zu grosser Teil der Kosten muss von den Patienten und ihren Angehörigen selbst getragen werden. Verschiedene Faktoren führen zur Beschränkungen von OKP-pflichtigen Pflegeleistungen:

- Die Liste der OKP-pflichtigen Leistungen umfasst wesentlich weniger Leistungen, als dies dem professionellen Selbstverständnis der Pflegefachkräfte entsprechen würde (dies betrifft vor allem die Betreuung, Begleitung und Unterstützung im Alltag).
- Die massiven Unterschiede der OKP-pflichtigen Tarife einerseits für medizinische Pflege und andererseits für Grundpflege verschärfen das Problem von Stress, Zeitknappheit und dysfunktionaler Arbeitsteilung.
- Die Tarife, die für OKP-pflichtige Pflege verrechnet werden, sind zu tief, sowohl was Lohnstandards, Sozialversicherungen u. a. m. als auch was die Vollkostenrechnung anbelangt. Das kann nur damit erklärt werden, dass es sich traditionellerweise vorwiegend um Frauenarbeit handelt, die in der Vergangenheit als Zusatzerwerb und Hilfsjob angesehen wurde. Handwerkern würde man solche Kostenkalküle nicht zumuten, es sei denn, man rechnet von vornherein mit prekären Arbeitsbedingungen.

Während sich in der Spitalwelt eine industriell-ökonomische Kostenreduktions- und Effizienzlogik durchsetzt, unterstehen die Pflegeheime und die Spitex viel stärker einem direkten bürokratisch-politischen Regime. Die unterschiedlichen OKP-Behandlungs- und Grundpflegetarife, die politisch ausgehandelt werden, decken die effektiven Pflegekosten nicht, geschweige denn die Vollkosten einer Spitexorganisation oder selbstständig arbeitender Pflegefachkräfte. Hinzu kommen Unterschiede bei den Behandlungs- und Grundtarifen sowie bezüglich der OKP-pflichtigen und nicht OKP-pflichtigen Pflege, die dem Selbstverständnis professioneller Pflegenden widersprechen. Was zur OKP-pflichtigen Pflege gehört, wird wesentlich durch Verordnungen des Bundesrates, das heisst durch die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) des BAG, festgelegt. Durch das neue Pflegefinanzierungsgesetz wurden die alten Regeln, wonach die Pflegekosten in Pflegeheimen und in der Hauspflege durch die OKP übernommen werden sollen, umgeschrieben.

⁵⁰ Übersetzung: «ein Schattenbild der Pflege anstatt das Wesentliche der Pflegepraxis zu erfassen».

In den Pflegeheimen und in der Spitex fällen meistens Pflegefachpersonen grundlegende Entscheide über den Pflegebedarf der Patienten. Die entsprechenden Leistungen müssen effizient sein und in notwendiger Qualität erbracht werden, wie ein neuer Artikel im KVG (25a, s. Kasten unten) nun bestimmt.

KVG Art. 25a Pflegeleistungen bei Krankheit (in Kraft seit 1.1.2011)

«(...)

3 Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.

4 Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.

(...)»

Die Formel «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit» wird hier nicht verwendet. An Stelle des Begriffs «Wirksamkeit», der laut KVG im Fall von ärztlichen Behandlungen wissenschaftlich begründet sein muss, tritt hier die Qualitätskontrolle, der Pflegeleistungen unterzogen werden sollen. Im Fall der medizinischen Therapien entscheiden die Ärzte (jedenfalls in den ambulanten Praxen) selbst über Wirksamkeit und Zweckmässigkeit ihrer Behandlung. Im Fall der Pflege in Pflegeheimen und der Spitex hingegen bestimmen nicht Pflegefachpersonen, welche Leistungen aus pflegediagnostischen Gründen notwendig und deshalb OKP-pflichtig sein sollen, sondern indirekt der Bundesrat (bzw. seine Kommissionen). Er bestimmt erstens, was Pflegeleistungen und deshalb OKP-pflichtige Leistungen sind, welche Leistungen mit einem niedrigeren Tarif bewertet werden (Grundpflege) und welche überhaupt nicht OKP-pflichtig sind (Betreuung und Begleitung). Während die Leistungen eines Arztes per definitionem eine medizinische Behandlung und mit relativ eng umschriebenen Ausnahmen OKP-pflichtig sind, gilt ein von Pflegefachkräften definierter Bedarf an Pflegeleistungen nicht einfach als OKP-pflichtig. Zweitens entscheidet der Bundesrat darüber, wie die Bedarfsermittlung organisiert sein soll. In Artikel 25a des KVG hätte auch festgehalten werden können, dass es eine Pflegefachperson sein muss, welche die Pflegediagnose stellt und den Pflegebedarf abklärt und Letzterer den Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit genügen muss. Aber laut Gesetz müssen Pflegeleistungen «in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig» erbracht werden. Die sprachliche Verdoppelung von «effizient» und «kostengünstig» spricht für sich selbst. Ebenso irritiert die Formulierung «notwendige Qualität». Worum geht es hier? Der Artikel spiegelt ein seltsames Bild, das der Gesetzgeber von der Pflege anscheinend hat: Missachtung der professionellen Anforderungen an den Pflegeberuf und nicht zuletzt auch eine Bekundung von Misstrauen. Die Definitionsverantwortung (Bartholomeyczik, 2010, 143) ist der Pflege damit weitgehend aus der Hand genommen, nur auf andere Art als in den Spitälern. Ähnliches berichtet Bartholomeyczik (2010, S. 142–3) über Deutschland.

Das Seilziehen um Kostensenkungen für die OKP dreht sich heute um Details des Arbeitsalltags bei der Spitex und in den Pflegeheimen. Es gibt unzählige Spitex- und Pflegeheimgeschichten, die das illustrieren: So entschied das Bundesgericht beispielsweise, dass das Richten von Medikamenten der OKP nicht anrechenbar sei, was dann in einer Verordnung des EDI «dahingehend präzisiert» wurde, «dass diese Tätigkeit wieder anrechenbar ist». ⁵¹ Die heutigen Tarifregelungen und

⁵¹ E-Mail-Mitteilung der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft an die Baselbieter Gemeinden vom 17. Januar 2012.

Leistungskataloge erzwingen teilweise Arbeitsteilungen und Abgrenzungen, die in der Praxis absurd sind; sie widersprechen der Logik der Pflegearbeit. Eine Physiotherapeutin erzählte an einer öffentlichen Veranstaltung, dass sie bei Hausbesuchen damit konfrontiert sei, dass ihre Klientinnen und Klienten oft nicht in der Lage sind, ihre Stützstrümpfe vor und nach der physiotherapeutischen Behandlung aus- und anzuziehen. Das Problem der Physiotherapeutin ist, dass sie dies nicht tun darf, weil das Aus- und Anziehen von Stützstrümpfen zur Grundpflege gehört, deren Leistungen einen tieferen Tarif haben als die Physiotherapie. Folglich macht die Physiotherapeutin unbezahlte Arbeit oder verkürzt die Therapiezeit und braucht die restliche Zeit für das Aus- und Anziehen der Stützstrümpfe, was sie aber nicht mit dem höheren Tarif verrechnen dürfte. Eine Alternative wäre, dass eine Grundpflegerin vor und nach der Physiotherapie zum Patienten hinfährt, die Stützstrümpfe auszieht und eine halbe Stunde später wieder hinfährt, um die Stützstrümpfe wieder anzuziehen. Die zugrundeliegenden Tarifstrukturen und Leistungsabgrenzungen funktionieren nicht, weil sie sich nicht am Behandlungsprozess orientieren.

Im September 2011 publizierte der Preisüberwacher (des Eidg. Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF) einen Bericht, in dem er sich sehr besorgt über die Missstände bei der Finanzierung der Pflegeleistungen zeigte.⁵² Was letztlich an effektiven Pflegekosten in Pflegeheimen von Patienten selbst finanziert wird, variiert von Kanton zu Kanton, von Gemeinde zu Gemeinde. Die Unterschiede beliefen sich bei den analysierten Pflegeheimen für Pflegestufe 10 auf bis zu 150 Franken pro Tag. Es geht dabei vor allem um die unterschiedliche Verrechnung von Pflege und Betreuung. Effektive Pflegekosten werden in einigen Pflegeheimen als Betreuungskosten verrechnet und damit auf die Bewohnerinnen und Bewohner des Pflegeheims abgewälzt anstatt auf die Krankenkassen oder den Kanton. Das zeigt, dass die Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung nicht so einfach gemacht werden kann, es fehlt die Evidenz für eine klare Regelung. Ebenso unklar ist, welche Overheadkosten als Pflegekosten verrechnet werden sollen. Wenn auf kantonaler Ebene keine kohärentere Verrechnungspraxis sichtbar wird, so schlägt das BAG laut Bericht des Preisüberwachers die Einführung von verbindlichen Tarifstrukturen vor, wie sie bei Tarmed für Arztleistungen oder bei SwissDRG für stationäre Spitalleistungen gelten. Der vom Preisüberwacher geortete Handlungsbedarf ist offensichtlich. Nur, soll denn das besonders für die Pflege problematische Verfahren, den Pflegeprozess in einzelne Leistungen aufzusplitten und zu standardisieren, noch verstärkt werden? Müsste nach anderen Lösungen gesucht werden? Und liegt das Hauptproblem in der Schweiz gegenwärtig nicht vielmehr darin, dass die OKP-pflichtigen Pflegeleistungen in den Pflegeheimen und bei der Spitex viel zu eng definiert und mit zu tiefen Tarifen entgolten werden?

6.3 Wie kommt Pflege in der Gesundheitsökonomie vor?

Generell muss festgestellt werden, dass die Denkmodelle der neoklassischen Wirtschaftstheorie auf Entscheidungen der Wirtschaftsakteure und auf finanzielle Anreizsysteme, welche diese Entscheidungen beeinflussen, gerichtet sind. Da die Pflegefachpersonen in Spitälern keine auf eigenen Diagnosen beruhenden Behandlungsentscheidungen fällen, sondern innerhalb des Konzepts der DRG-Pauschalen nur Behandlungen ausführen, interessieren sie die Mainstream-Gesundheitsökonominnen nicht – oder dann nur als Kostenfaktor. Auch die neuen Regelungen für die Pflegeheime und die Spitex sehen die Pflegekräfte vor allem als ausführende Arbeitskräfte ohne Entscheidungskompetenz.

⁵² Bericht des Preisüberwachers (WBF) vom September 2011: Probleme bei neuer Pflegefinanzierung – Preisüberwacher ortet dringenden Handlungsbedarf (www.preisueberwacher.admin.ch).

6.3.1 Kartesianische Denktraditionen in der Ökonomie und der Medizin

DRG können als Resultat einer Entwicklung des neoklassischen ökonomischen Denkens der letzten 30 Jahre als auch der technischen und medizinischen Entwicklung im Gesundheitswesen gelesen werden.

Valerie Adams⁵³ und Julie A. Nelson (2009) sprechen von einer Parallele zwischen den Denkmodellen der neoklassischen Ökonomie und den Denktraditionen der Medizin:

«(...) The core of contemporary economics is the metaphor of the economy as a machine driven by the energy of self-interest. The machine metaphor, in turn, gained dominance in Western thought from the seventeenth-century philosophical work of René Descartes (...). In the Cartesian view, the world is fundamentally divided with the (highly valued) active, thinking mind on one side and the (lesser valued) passive, non-thinking body or matter on the other. (...) As a result, the economist, like the physicist, is envisioned to be in possession of an active (male) rational mind, which he can use to analyze the workings of the economic «machine» from which he is fundamentally detached. In drawing these Cartesian splits, economics has much in common with medicine, where the Cartesian paradigm has also dominated. Historically, medicine has considered the human body to be merely a machine driven by mechanical causality and susceptible to mathematical-causal analysis. (...) This has resulted in a proliferation of the human machinery (...). These identifications of humanity with mind, masculinity, and detachment, and of natural bodies with machines, serve to make invisible the human need for bodily care. (...) The human-body-as-machine may occasionally need repair, but it does not need constant attention or emotional comfort.» (S. 6 ff.)

Das hinter den DRG steckende Denkmodell stellt sozusagen eine Fusion der kartesianischen Körper-Geist-Dichotomie in der medizinischen Denktradition mit der Maschinenmetapher der Ökonomie dar: die Verbindung der kostenanalysierenden Ökonomen und Wirtschaftsingenieure mit den diagnostizierenden Ärztinnen und Ärzten einerseits und den ausführenden Handwerkern/Arbeitern bzw. Pflegefachkräften andererseits. Empfindsame, denkende, handelnde und reagierende Menschen kommen in diesem Denkmodell nicht vor, ebenso wenig die Interaktionen zwischen den Pflegenden/Ärzten und den Patientinnen und Patienten.

6.3.2 Finanzielle Anreize als Motor von Angebot und Nachfrage

In der heutigen Debatte zu Wirtschaftlichkeit ist viel von «Anreizen» sowie von Angebot und Nachfrage die Rede. Im Fall der Pflege gibt es keinen Konsum von Pflegeprodukten oder eine Nachfrage im Sinn der wirtschaftstheoretischen Vorstellungen einer Nachfrage, die von attraktiven Gütern und günstigen Preisen angestachelt wird. Niemand konsumiert Pflege, weil er das will und wählt. Kein Mensch fragt Pflege in einem Spital oder zu Hause nach, sondern braucht Pflege, weil er pflegebedürftig ist, weil er Fachkenntnisse der Pflegefachkräfte braucht, um seine Einschränkung oder Krankheit zu bewältigen, und zudem Unterstützung, weil er nicht in der Lage ist, sich selbst zu pflegen und seinen Alltag zu organisieren. Dass die Gesundheitsökonomie sich von der Idee grundlegender Bedürfnisse von Kranken abgewendet hat, ist daher besonders fatal für die Pflege.

Die Idee von Grundbedürfnissen beinhaltet zwei Komponenten: zum einen, dass es Dinge gibt, die wir brauchen, um menschenwürdig leben zu können. Zum anderen gehört dazu die Überzeugung, dass alle Menschen zu solchen elementaren Dingen und Leistungen Zugang haben sollten. Dieses Prinzip scheint heute in der Schweiz immer noch mehrheitlich akzeptiert zu sein. Wesentlich schwieriger ist es, Grundbedürfnisse an Care-Arbeit, an Diensten am und für Menschen an-

⁵³ Die Australierin Valerie Adams ist Registered Nurse und Ökonomin; Julie A. Nelson ist eine bekannte US-amerikanische feministische Ökonomin.

zuerkennen und danach zu fragen, was dies für die Organisation des Gesundheitswesens und insbesondere der Pflege und deren Finanzierung bedeutet. Bis jetzt wird immer noch der grösste Teil der die Grundbedürfnisse deckenden Care-Arbeit unbezahlt verrichtet, vorwiegend von Frauen.

6.3.3 Pflege inbegriffen

Die Pflegearbeit ist buchstäblich unsichtbar im System der Fallpauschalen, es werden nur Aufenthaltstage im Kosten- und Preiskalkül der DRG verrechnet, denen Arbeitskosten der Pflege zugeordnet werden. Dies verstärkt die Tendenz des Verschwindens der Pflege als Arbeit und Leistung, die vollumfänglich bezahlt werden muss. Als inbegriffen wird auch die professionelle Ethik der Pflege verstanden, als altruistische Motivation, die nichts mit Arbeitsaufwand zu tun hat und angeblich nicht durch die Bezahlung von Geld verdorben werden sollte (mehr dazu s. Teil 3, Kapitel 3.3.2).

6.3.4 Unterordnung unter Leistungs- und Effizienzziele

Man kann argumentieren, dass die traditionellen Hierarchien zwischen dem Arzt und anderen Fachpersonen des Gesundheitswesens, insbesondere der Pflege, mit den neuen Entwicklungen tendenziell aufgelöst werden. Das «Behandlungsprodukt» wird heute in den Spitälern sehr viel stärker als Resultat von Teamarbeit unter anderem zwischen Ärzten und Pflegerfachkräften gesehen und organisiert als früher. Aber die Frage stellt sich, was das gemeinsame Ziel der Teamarbeit ist: der Behandlungserfolg im Fall von einzelnen Patientinnen und Patienten oder eben die effiziente Produktion von «Behandlung»? Zudem werden die alten Dualismen Geist/Körper, medizinische Diagnose / pflegerisches Handwerk in den Konzepten der DRG reproduziert und institutionell gefestigt. Die frühere Subalternität der Pflegenden gegenüber den Ärzten macht einer neuen Unterordnung unter ein abstraktes, weitgehend dysfunktionales Wirtschaftlichkeitskalkül Platz, in dem die Pflege als Kostenfaktor und nicht als Leistung angesehen wird.

Zusammenfassung und Ausblick

Dieser Teil der Studie ist der Frage nachgegangen, wie sich das Wirtschaftlichkeitskonzept des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), das seit 1996 in Kraft ist, verändert hat, obwohl der Wortlaut immer noch derselbe ist. Die Grundidee damals war, dass drei Kriterien erfüllt sein müssen, damit die obligatorische Krankenkasse für die Behandlung bezahlen muss: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Inzwischen dominiert das Wirtschaftlichkeitskriterium die gesundheitspolitische Debatte und gleichzeitig haben sich die ökonomischen Vorstellungen darüber, was unter Wirtschaftlichkeit verstanden werden muss, verändert. Wirtschaftlichkeitsindikatoren lassen sich nun bei Spitälern genau berechnen, obwohl das, was berechnet wird, die Wirksamkeit einer Behandlung nicht abbildet. Damit kann genau genommen die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung nicht überprüft werden. Die Spitäler werden einem sinnlosen Kostenwettbewerb ausgesetzt. Dazu kommt, dass in den ökonomischen Denkmodellen, welche die neuen Regulierungen des Gesundheitswesens prägen, die Linderung von Leiden und die Unterstützung von Menschen in Krisen und Not nicht mitgedacht sind. Die Bezahlung einer Beinbruchoperation ist aber nicht dasselbe wie der Kauf einer Polstergruppe, die Behandlung von Krankheiten ist kein Produkt, und Gesundheit und Lebensjahre können nicht produziert werden.⁵⁴

Was die Pflege anbelangt, so hat die Interpretation des KVG schon immer eine Tendenz zur Vernachlässigung der Frage bezüglich der obligatorischen Finanzierung der Langzeit- und Palliativpflege sowie der Pflege, Unterstützung und Begleitung von chronisch Kranken gehabt (s. dazu Teil 1, Kapitel 3). Dieser Trend, so die hier vertretene These, wird durch das industrialistische Leistungsverständnis, das sowohl den DRG als auch den engen Definitionen von OKP-pflichtigen Leistungen in Pflegeheimen und in der Spitex zugrunde liegt, verstärkt.

Die in diesem Teil beschriebene systemimmanente Logik und die Dynamik der industriellen Wirtschaftlichkeitskonzepte werden in Teil 3 den besonderen Eigenschaften und der Logik der Pflegearbeit gegenübergestellt. Es geht um die Frage, inwiefern die für die neue Leistungssteuerung geschaffenen Tarifsysteme in der Lage sind, die geeigneten Bedingungen für die ärztliche Behandlungen und Pflegearbeit zu schaffen. Letztere ist durch Personenbezogenheit, Komplexität, Vielschichtigkeit und Prozesshaftigkeit geprägt. Die Pflegearbeit wird heute aber durch die Tarifordnungen überreguliert und -standardisiert. Man muss in Sachen Pflege von dysfunktionalen Abgeltungssystemen sprechen.

⁵⁴ s. dazu den Artikel von Tom Keighley (2006) mit dem Titel «From Sickness to Health».

Teil 3:

Die Pflege im Schatten von Standardisierung und Effizienz kalkül

Wie in Teil 2 dargestellt (Kapitel 3), hat mit der Entwicklung der DRG-Kostenanalysen in den USA von Anfang an eine grundlegende Kontroverse über die Standardisierung medizinischer Behandlungen begonnen. Sie ist meiner Ansicht nach bis heute nicht geklärt. Ohne Standardisierung der Behandlungen keine Kontrolle der Leistungen und keine Garantie eines Qualitätsstandards – das war das von Ärztinnen und Ärzten als fragwürdig erachtete Credo der Wirtschaftsingenieure. Es wurden auch Kriterien geschaffen, um zu beurteilen, ob ein Spital bei zugewiesener Diagnose «zu viele», «falsche» oder «schlechte» Leistungen erbringt, als Basis für einen Vergleich zwischen den Behandlungskosten für gleiche Krankheiten in verschiedenen Spitälern.

Historisch gesehen sind die Standardisierungen der industriellen Arbeit und deren Aufteilung in viele kleine Arbeitsschritte Teil der Erfolgsstory der Industrialisierung. Der Fokus liegt dabei darauf, wie Arbeitsprozesse so vereinfacht, also standardisiert, werden können, dass sie von A bis Z überwacht, effizienter organisiert und Schritt für Schritt durch Maschinen ersetzt werden können. Die Arbeit der Wirtschaftsingenieure hat immer darin bestanden, die Frage der Produktionskosten bestimmter Güter mit der Frage der Organisation des Arbeitsprozesses zu kombinieren. Standardisierung heisst immer auch, dass Arbeitsleistungen kontrolliert und auf verschiedene Personen aufgeteilt werden: auf Personen mit gewissen Qualifikationen und Spezialisierungen und auf unqualifizierte, kostengünstige Arbeitskräfte. Jeder Kostenteil (im Spital: Teile von Arbeitskosten, Inputs wie Verbandstoff, Hüftgelenke, Tests, Pflagetage) wird im Einzelnen analysiert und überwacht. Damit können in der Tat Behandlungskosten erfasst und allenfalls die Kosten bestimmter Komponenten gesenkt werden (z. B. Lohnsummen für die Pflege; günstigere Hüftgelenke), nur weiss man damit nicht, inwiefern diese Kostensenkungen die Behandlungsergebnisse beeinflussen.

Die wichtigste These von Teil 3 dieser Abhandlung lautet, dass die Standardisierungen der Arbeitsprozesse, wie sie bei den heutigen Tarifordnungen voraus- und durchgesetzt werden, wirkungsvolle Behandlungs- und Pflegeprozesse nur schlecht abbilden und in der Praxis mindestens teilweise einzuschränken drohen. Die Tarifsysteme und die damit vorgegebenen Effizienz kalküle passen nicht zu den Behandlungs- und Pflegeprozessen im Gesundheitswesen.

1. Überlegungen zur Logik der Pflegearbeit

Aufgrund der Überlegungen, die in Teil 1 und 2 dargestellt wurden, liegt die Befürchtung nahe, dass die neuen Regelungen für die Pflege sowohl in Spitälern, in Pflegeheimen als auch bei der Spitex systemimmanent zu kleineren, weil ökonomisch engeren Spielräumen führen werden. Die Frage lautet: Welches sind die der Pflege und Pflegearbeit innewohnenden Logiken von Arbeits- und Pflegeprozessen? Wie beeinflussen Tarife die betriebliche Organisation der Pflege und damit die Art und Weise, wie gepflegt wird? Eine klare Vorstellung darüber ist Voraussetzung für eine adäquate Standardisierung respektive Nichtstandardisierung der betroffenen Arbeitsprozesse und der damit verbundenen Kostenkontrollsysteme.

Während Teil 2 von der Eigenlogik von Tarifsystemen handelt, befasst sich Teil 3 mit den Charakteristiken von Pflegearbeit und der ihr innewohnenden Logik. Klare arbeitsprozessbezogene und betriebswirtschaftliche Vorstellungen über die Eigenheiten von Pflege- respektive Care-Arbeit sind jedoch noch kaum ausgearbeitet. Als Einleitung zu einer Artikelsammlung mit dem Titel «Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms» schreiben die Herausgeberinnen Mol, Moser und Pols (2010):

«Whether we like it or not, human beings need food and shelter, and so do the animals that live with them/ us. Someone has to harvest or slaughter; someone has to milk; someone has to cook; someone has to build and do the carpentry. Washing is wise as well, since if they are not being washed pots, pans and bodies start to smell. Failing to dress wounds may lead to infection. And as diseases and impairments also come in other forms, there tend to be sick to look [sic!] after one way or another – while everyone also needs to look after herself. All in all, care is central to daily life. However, the importance of care has not been reflected in the scholarly attention it receives. The Enlightenment tradition celebrated the mind and its alleged rationality, not the body and its pains and pleasures. To the sciences bodies were interesting in as far as they could be objectified and explained in the laboratory, but not as they shuffled about, gasped for breath, gobbled up or lingered over food, talked, screamed or needed to be soothed. Thus, for a long time care figured in academia as a more or less tedious practical necessity, rather than as an intellectually interesting topic. Or worse: care hardly figured at all. It was relegated to the private realm: there was no need to study it, or talk about it in public settings. Someone or other just needed to get on with it.

*Recently this has begun to change. First nursing theory started to talk about care. And then sociology, anthropology, geography, philosophy and ethics followed suit. This book is a consequence of that process and seeks in turn to strengthen it. For this is our concern: if care practices are not carefully attended to, there is a risk that they will be eroded. If they are only talked about in terms that are not appropriate to their specificities, they will be submitted to rules and regulations that are alien to them. This threatens to take the heart out of care – and along with this not just its kindness but also its effectiveness, its tenacity and its strength. This is our concern. There is not only a domain to salvage but also, and more importantly, a mode, a style, a way of working. And thus, by describing practices to do with care, all the while wondering what care **is**, we here seek to contribute to the vitality of the **logic** of care.»* (S. 7, Hervorhebung im Original)

Was inzwischen als Fragestellung und neue Überlegungen zu Care-Arbeit nach und nach in verschiedenen sozialwissenschaftlichen Disziplinen (begrenzt) Eingang gefunden hat, ist heute nicht einmal in Ansätzen in betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Theorien⁵⁵ zu finden. Es

⁵⁵ Mit raren Ausnahmen, wie beispielsweise Jochimsen (2003) und Thiele (2004).

ist schwierig, Einsichten aus pflegewissenschaftlichen oder ethnografischen Studien aus Pflegepraxis in adäquate ökonomische und betriebswirtschaftliche Konzepte zu übersetzen.

Die im Folgenden formulierten Fragestellungen und Argumente haben deshalb den Charakter von Erkundungen aus der Sicht einer Ökonomin. In welcher Art und Weise hängt die Qualität von Care- oder Pflegepraktiken von ökonomischen Verhältnissen ab? Das ist meiner Ansicht nach eine weitgehend ungeklärte Frage. Welche Eigenschaften der Pflegearbeit sind zu berücksichtigen bei der Schaffung von wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, damit diese die nötigen Spielräume für eine gute Pflege gewährleisten – für eine Pflege, bei der die Personenbezogenheit, die Lebendigkeit und Verletzlichkeit der Menschen und ihren Körpern im Zentrum stehen? Meistens wird die Frage umgekehrt gestellt: Wie kann trotz der heutigen, engen betriebswirtschaftlichen Bedingungen gute Pflege gewährleistet werden?

1.1 Pflege als personenbezogene Dienstleistung

«Der englische Begriff Care umfasst mehr als Betreuung oder Pflege. Care bedeutet, sich – unbezahlt oder bezahlt – um die körperlichen, psychischen, emotionalen und entwicklungsbezogenen Bedürfnisse eines oder mehrerer Menschen zu kümmern», so definiert es das Eidgenössische Büro für Gleichstellung (EBG, 2010, S. 34). Diese Definition zeigt eine wichtige Dimension der Care-Arbeit⁵⁶: Es geht um menschliche Grundbedürfnisse und damit um eine moralische Dimension des Sich-Kümmerns um das Wohlergehen anderer Menschen. Das Problem dieser Definition ist jedoch, dass ein wichtiger Aspekt von «Care» nicht klar genug zum Ausdruck kommt, nämlich dass das sich Kümmern um Menschen Arbeit mit sich bringt.⁵⁷ Care-Arbeit ist eine personenbezogene Dienstleistung, die ohne die Anwesenheit der Menschen, welche die Leistung beziehen, nicht möglich ist. Bezogen auf die Pflege heisst das: Die Qualität jeder Pflegeintervention hängt von der Qualität der Interaktion zwischen Pflegendem und Gepflegtem mit seinem kranken oder gebrechlichen Körper ab. Care-Arbeit ist eine Tätigkeit, bei der das Eingehen einer möglichst positiven Beziehung unvermeidlich ist, soll sie gut sein. Natürlich kann man auch «pflegen», ohne sich um das Wohlergehen der Gepflegten oder des Gepflegten zu kümmern, sondern einfach, weil dieser Job nun mal getan werden muss. Aber auch in diesem Fall ist die Care-Arbeit nicht möglich ohne direkten persönlichen Kontakt.

1.1.1 Unterschied zwischen Intervention und Interaktion⁵⁸

Ähnlich dem Klassifikationssystem in der Medizin gibt es heute in den Pflegewissenschaften ein Klassifikationssystem für Pflegeinterventionen, Pflegediagnosen und Pflege-Outcomes.⁵⁹ Dieses System ist eine wesentliche Grundlage für die Pflegewissenschaften und die Ausbildung von Pflegenden. Zu den entsprechenden Katalogen gibt es pflegewissenschaftliche Kontroversen, die

⁵⁶ s. dazu Fussnote 17 in Teil 1.

⁵⁷ Die Neue Frauenbewegung hat es in den 1970er Jahren Beziehungsarbeit (Madörin, 2010a) genannt, die französische Philosophin Geneviève Fraisse nennt es «services à la personne»; ins Deutsche wurde dieser von Fraisse verwendete Begriff mit «Dienstleistungen am Menschen» übersetzt (Fraisse, 2011a französisch und 2011 deutsch).

⁵⁸ «Interactive Services» ist heute ein Oberbegriff, zu dem auch Care-Arbeit im Allgemeinen und die Pflege im Speziellen gehören (s. z. B. McDowell, 2009). Ich selbst brauche je nachdem die Begriffe personenbezogene Dienstleistung bzw. interaktive Dienstleistung. Bei Letzterem ist die Intersubjektivität, das heisst, dass zwei Personen miteinander interagieren, stärker betont.

⁵⁹ Zur Entstehungsgeschichte der Nursing Interventions Classification NIC siehe auch das aufschlussreiche Buch von Bowker und Star (2000, S. 230 ff.).

hier nicht thematisiert werden können. Hier soll auf verschiedene Aspekte, die für das Verständnis der Eigenheiten von Pflegearbeit relevant sind, aus der Sicht einer Ökonomin eingegangen werden:

Eine Pflegeintervention kann kontraproduktiv sein, weil die Interaktion den betreffenden Patienten erschreckt oder ihm Angst macht. Der Patient fühlt sich abgefertigt, entmutigt, der Körper reagiert mit Abwehr. Der Zusammenhang zwischen Pflegeintervention und Pflege-Outcome hängt, wie bereits gesagt, wesentlich von der Qualität und Professionalität der Interaktion zwischen der pflegenden Person und dem konkreten Patienten ab. Diese Herausforderung lässt sich nicht mit noch so detaillierten Klassifikationen von Pflegeinterventionen und -diagnosen mindern. Es wird immer eine nicht standardisierbare Grauzone geben: die Interaktion auf geistig-seelischer und körperlicher Ebene mit dem Patienten.

Als ich meine gebrechliche Mutter im Pflegeheim besuchte, sagte sie: «Gestern haben sie mich abgespritzt.» «Meinst du geduscht?» fragte ich sie. «Ja klar, geduscht» sagte sie, «aber es war ein regelrechtes Abspritzen.» Im Pflegeinterventionskatalog kommt die Kategorie «Abspritzen» nicht vor. Der Unterschied zwischen Duschen und Abspritzen wird nicht als Problem unterschiedlicher Leistungen angesehen, sondern als eine Frage der Moral im Umgang mit Patienten. Aber es gibt dabei verschiedene ökonomische Aspekte: Wie viel Zeit braucht es, dass anstatt Abspritzen Duschen möglich ist? Wie müssen die Arbeitsbedingungen gestaltet sein, dass Pflegenden bei ihren Interaktionen mit Patienten diese nicht abfertigend behandeln? Um diese Frage zu beantworten, müsste zwischen der Zeitökonomie der Intervention und der Interaktion selbst unterschieden werden. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, welche Ausbildung und Qualifikation eine Pflegekraft haben muss, um gebrechliche Menschen gut duschen zu können. Es geht also um (un)bezahlte Arbeitszeit und Lohnniveau, kurzum um die Kostenfrage.

Ob eine Person schlecht gelaunt eine Maschine bedient oder Statistiken am Computer berechnet, spielt für die Qualität der Arbeit meistens eine unbedeutende Rolle, jedenfalls wenn es sich nicht um einen Dauerzustand handelt. In der Pflege hingegen sind das Arbeitsumfeld und die Befindlichkeit der betroffenen Personen immer sehr wichtig für das Resultat. Wie müssen also die ökonomischen Bedingungen und Arbeitsverhältnisse gestaltet sein, dass sie nicht zu Lustlosigkeit und schlechter Laune führen und im konkreten Fall nicht zu Abspritzen anstatt Duschen?

1.1.2 Die Vielschichtigkeit der Pflegearbeit

Die Artikelsammlung mit dem Titel «The Complexities of Care. Nursing Reconsidered» (Nelson/Gordon [Hrsg.], 2006) enthält mehrere Artikel zu den Veränderungen im Selbstverständnis der Pflege und der Pflegewissenschaften in angelsächsischen Ländern (s. dazu insbesondere Gordon, S. 104–121; Keighley, S. 88–103; Aranda und Brown, S. 122–142)⁶⁰. Die Artikel behandeln unter anderem, wie sich das Verständnis von der Pflege von Patientinnen und Patienten zur Förderung von Gesundheit verschoben hat, wie das Konzept der körperlichen Pflege zunehmend als Beziehungsarbeit verstanden wird. Weiter wird eine Verschiebung vom Konzept der körperorientierten «cure» zu «care» beschrieben und problematisiert, dass psychische und psychologische Dimensionen persönlicher Beziehungen zunehmend getrennt werden von der physisch auszuführenden Pflegearbeit. Aranda et al. (2006) stellen eine Verschiebung der Pflegekonzepte von «bodily care» zu «interpersonal care» fest. Sie erklären dies damit, dass die zunehmende akademische Anerkennung der Psychologie und deren Kenntnisse es den Pflegenden ermöglicht hat, sich von der Medizin abzugrenzen und sich als eigenständiges Fachgebiet zu etablieren:

⁶⁰ Die Artikel des Buches stammen von Autorinnen und Autoren aus Australien, Kanada, den USA und aus dem Vereinigten Königreich von England.

«The splitting of nursing into a specialist consulting or case management role (talking and psychosocial care) and a role in providing assistance with physical care (doing care) fragments the care the nurse delivers and deprives the patient of much-needed assistance and understanding.

(...)

Much of what nurses learn about patients occurs because they are in an immediate and intimate relationship with the patient. This relationship exists because nurses provide intimate, bodily care.

(...)

Basic physical care allows issues to emerge that might not surface if nursing is limited to a formal set of questions delivered during a nursing assessment interview. The very intimacy of providing physical care to sick human beings allows the nurse to elicit details and engage in conversations that would otherwise be awkward to initiate.» (S. 131–132)

Suzanne Gordon (2006) beschreibt in ihrem Artikel «The New Cartesianism. Dividing Mind and Body and Thus Disembodying Care» ebenfalls den oben formulierten Unterschied zwischen Arbeit am Körper und Beziehungsarbeit auf psychologischer Ebene:

*«As I explained in my book *Nursing against the Odds*, in the nineteenth century the medical profession determined to reduce nursing work to the performance of a series of mindless activities. The minds behind both medical and nursing care belonged to physicians, not nurses, and in the early twentieth century this led sociologists to assign nursing to the social purgatory of being a *«semi-profession»*. This definition has haunted nurses to this day, and many believe that the tasks have turned would-be professionals into *«just nurses»*. In order to escape this categorization, many nurses routinely insist that nursing is not a collection of *«tasks»* but rather the application of *«critical thinking skills»* and *«judgement»* to patient problems. (...)*

Although this response is understandable, it is a professional-legitimizing strategy of limited utility. Rather than illuminating the education and skill that is required to do tasks that have been deemed to be mindless, many nurses avoid talking about the concrete, routine daily activities involved in their work.» (S. 116/7)

Sowohl Suzanne Gordon (2006) als auch die Historikerin Barbara Duden (2012) sprechen von einer «Entkörperung» der Patienten und Patientinnen in der modernen Medizin und in der Pflege. Aber sie meinen nicht genau dasselbe. Barbara Duden thematisiert vor allem die Entindividualisierung der Behandlung und Pflege von Patienten aufgrund der Durchschnittsstatistiken und Wahrscheinlichkeits- respektive Häufigkeitsberechnungen der EBM (s. dazu den nächsten Abschnitt). Sie spricht von einer Entkörperlichung medizinischer Behandlungsentscheide. Gordon hingegen versteht unter Entkörperlichung vor allem die Verdrängung von Körperpflege als wesentliche Informationsquelle für eine qualifizierte Pflege. Wissen über den lebendigen Körper (body knowledge) ist laut Adams und Nelson (2009, S. 16) heute einer der am drastischsten unterschätzten Aspekte nicht nur in der Pflege, sondern bei jeglicher Care-Arbeit.

Um die Besonderheiten der Pflegeprozesse genauer zu verstehen, müsste wohl präziser formuliert werden, wie das Wissen über den lebendigen Körper und seine ihm eigene Dynamik und seine Reaktionen auf Interventionen die Pflegearbeit beeinflusst bzw. inwiefern dieses Wissen vernachlässigt wird. Die Abspaltung der psychischen und sozialpsychologischen Interaktion mit einer pflegebedürftigen Person von der körperlichen Interaktion verführt dazu, dass die Körperpflege nur als handwerkliche Routinetätigkeit verstanden wird, als Anwendung ärztlicher Anordnungen, bei denen es darum geht, medizin-technische Entscheide in Sachen Körperbehandlung zu fällen (Gordon, 2006).

Die hier zitierten Texte zeigen – unabhängig von den darin problematisierten Tendenzen im Selbstverständnis der Pflege – die Schwierigkeit, Tätigkeiten der Pflege genau zu beschreiben. Es ist auch ein Ausdruck dafür, wie wenig die Besonderheiten der Pflegearbeit (und der Care-Arbeit generell) in den Arbeitswissenschaften und der Arbeitssoziologie Eingang gefunden haben, und schon gar nicht in den Wirtschafts- und Betriebswirtschaftstheorien.

1.1.3 Tendenzen der Entindividualisierung

Die Medizin als Wissenschaft liefert unter anderem einen Standard für die wissenschaftliche Erfassung von Behandlungserfahrungen (in der EBM-Forschung) und hat inzwischen ein riesiges kollektives medizinisches Allgemeinwissen geschaffen. Eine kompetente Ärztin in einem Spital muss heute in der Lage sein, die einzelnen Patientinnen und Patienten bestimmten Diagnosekategorien zuzuordnen und zwar, wegen der geltenden Fallpauschalen, möglichst schnell. Das medizinische Allgemeinwissen und standardisierte Tests spielen bei dieser Klassifikation eine zentrale Rolle. Für Allgemeinpraktiker in einer ambulanten Praxis hingegen liefert das medizinische Wissen die Anhaltspunkte dafür, welche Überlegungen sie bei einer Diagnose in einem konkreten Fall anstellen sollten. Es stellt sich letztlich die Frage, wie Besonderheiten des konkreten Falls beurteilt werden können: Dazu gibt es zwei Möglichkeiten: einerseits durch weitere Tests und Messungen, andererseits durch direkte Interaktionen mit Patienten. Letztere können auf sprachlicher Ebene (Gespräche, Krankheitsgeschichte usw.) und auf körperlicher Ebene (Palpieren, Berühren, Bewegen) stattfinden. Tests und Messungen körperlicher Reaktionen werden als Diagnosemethoden für Ärzte immer wichtiger, hingegen verliert die Beurteilung der Situation eines Patienten aufgrund von direkten Interaktionen an Bedeutung.

Die Pflegewissenschaften lehnen sich mit dem Evidence-based Nursing zwar an den wissenschaftlichen Methoden der EBM an (Bartholomeyczik, 2010, S. 135). Auch Evidence-based Nursing geht vom Dreieck systematischer Klassifikation und Erfassung von Diagnosen, pflegerischen Interventionen und Outcome aus und versucht, diese durch Feldforschung statistisch miteinander zu verknüpfen. Aber die Pflegediagnose hängt sehr viel stärker von den Interaktionen mit den einzelnen Patienten ab als im Fall von ärztlichen Diagnosen, jedenfalls wie sie heutzutage vorwiegend praktiziert werden. Die Frage stellt sich dabei, wie Pflegende zu einer guten Diagnose kommen: Welche Interaktionen braucht es dazu, wie oft und wie lange? Einmal mehr ist der Faktor Zeit entscheidend und damit auch die Frage nach der Arbeitsteilung respektive der Betriebsorganisation.

Bei mehreren Gesprächen mit Pflegefachpersonen habe ich immer wieder den Satz gehört: «Wir wissen nicht mehr, wie es unseren Patienten geht.» Auf meine Nachfrage hin, beklagten sie, dass sie zu wenig Zeit hätten für die einzelnen Patientinnen. Bei genauerem Nachfragen stellte sich heraus, dass es nicht nur um die Frage der Zeit, sondern auch um die Frage der Wahrnehmungsräume geht. Eine Pflegefachperson sagte, dass sie früher beim Putzen der Lavabos, beim Einstellen der Blumen oder beim Essenbringen «nebenbei», sozusagen aus den Augenwinkeln heraus, genauer gesehen hätte, wie es den Patienten ginge. Oft habe sie sich noch bei Patientinnen oder Patienten, die traurig oder speziell krank aussahen, genauer erkundigt. Heute seien zwar Gespräche vorgesehen, diese hätten aber einen offiziellen Charakter. Eine wichtige Quelle von Information ist für das Fachpflegepersonal also durch die starke Arbeitsteilung verloren gegangen (Madörin, 2013). Heute verrichten diese Putz- und Versorgungsarbeiten oft niedrig qualifiziert und

schlecht bezahlte Hilfspflegerkräfte. Die heutzutage geltende Arbeitsteilung wird der Vielschichtigkeit der Pflege und ihrer Personenbezogenheit nicht gerecht.⁶¹

Pflege, wie auch ärztliche Behandlung, muss nicht deshalb personenbezogen sein, weil es besonders wichtig ist für deren Qualität: Pflegearbeit ist immer personenbezogen und die Qualität der Pflegediagnose und der Pflege hängt unter anderem von der Art und Qualität der Interaktionen zwischen Pflegendem und Gepflegtem ab. Mit Interaktion sind immer sowohl der Dialog mit dem Körper als auch die Kommunikation auf sprachlicher und emotionaler Ebene gemeint. Aus ökonomischer Sicht ist dies ein wichtiger Punkt, weil damit ein Leistungskatalog nicht nur die Anzahl und Art der Interventionen, sondern auch die Art und Qualität der Interaktionen enthalten müsste. Interaktion als wesentlicher und unvermeidlicher Aspekt ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit kann in einem Leistungs- respektive Interventionskatalog jedoch nur schwer erfasst werden. So wichtig Klassifizierungskataloge für die wissenschaftliche und hermeneutische Kompetenz (Bartholomeyczik, 2010) sowohl der Pflegenden als auch der Ärzte sind, so problematisch werden sie, wenn sie als Grundlage für standardisierte Kostenanalysen und Bezahlungspauschalen verwendet werden, wenn sie sozusagen als Rezepte für die Interventionen dienen (Abholz, 2012). Vor allem bezüglich des Zeitbedarfs besteht die Tendenz, dass dieser im Leistungskalkül zu wenig berücksichtigt wird (s. dazu auch Teil 1, Kapitel 4.3).

Im industriellen Prozess werden, wie schon in der Einleitung beschrieben, die Arbeitsschritte akribisch aufgeteilt, um sie zum Teil maschinell oder mindestens spezialisiert und arbeitsteilig zu organisieren. Diese technischen und strukturellen Vorkehrungen erlauben eine hohe Arbeitsproduktivität und Effizienz. Das Verfahren ist aber in Bezug auf die Pflege, mindestens zum Teil, dysfunktional. Die Frage, was eine effiziente Organisation von Pflege in einem Spital oder bei der Spitex charakterisiert beziehungsweise wie Arbeitsteilung sinnvollerweise organisiert werden kann, muss aus Pflegesicht genauer geklärt werden. Dabei ist die Zeitökonomie, nämlich der Zeitaufwand und die Häufigkeit bzw. Frequenz der Interaktion der Pflegefachkräfte, eine kritische Grösse sowohl für die Relevanz einer Diagnose als auch für das Resultat von Pflegeinterventionen respektive für das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten. Nicht nur die Behandlungsbündel im Fall der DRG-Pauschalen in Spitälern gehen von standardisierten Patienten aus, sondern auch die Zeitvorgaben, wie sie für die Pflegefachkräfte bei ihrer Arbeit in der Spitex und den Pflegeheimen gelten.

⁶¹ Interessante Beispiele, welche die Problematik der Arbeitsteilung für die professionelle Pflege illustrieren, finden sich auch im Artikel von Adam und Nelson (2009).

2. Komplexität, Ganzheitlichkeit und Ungewissheit der Behandlungsprozesse

2.1 Komplexe Flugzeuge – komplexe Krankheiten

Heute besteht ein Auto aus rund 15'000–20'000 Einzelteilen und ein Verkehrsflugzeug ist aus mehr als 2'000'000 Teilen zusammengesetzt. Die Produktion eines Flugzeuges, das am Schluss so gebaut sein muss, dass die Absturzgefahr minimiert ist, verlangt eine sehr ausgetüftelte Organisation nicht nur des Konstruktionsdesigns, sondern auch der Produktion der Einzelteile und ihrer Zusammensetzung. Es ist kein Zufall, dass es Wirtschaftsingenieure der Raumfahrtindustrie waren, die das DRG-Kostenerfassungssystem für Spitäler erfunden haben. Spitäler sind enorm komplexe Organisationen, ebenso das Gesundheitswesen als Ganzes.

Die Flüge des 787 Dreamliner von Boeing wurden Mitte Januar 2013 aus Sicherheitsgründen vorläufig verboten. Dieser neue Flugzeugtyp stellt mehr als eine Weiterentwicklung bisheriger Boeing-Flugzeuge dar. Es wurden neue Technologien angewandt, sowohl was das Material als auch pneumatische, hydraulische und elektrische Systeme anbelangt. Der Dreamliner 787 wurde denn auch als «Flugzeug der Zukunft» angepriesen («The Guardian» online, 18.1.2013)⁶². Das Flugzeug ist bedeutend leichter und leiser als alle anderen Modelle vergleichbarer Grösse und braucht viel weniger Kerosin. Die Verwendung der neuartigen Systeme war nur möglich, weil leistungsfähigere und leichtere Batterien als bisher verwendet wurden. Wie sich nun zu zeigen scheint, sind diese neuen Batterien aber brandgefährdet. Möglicherweise gibt es die Batterietechnologie noch gar nicht, die zum Design dieses Flugzeuges passt. Das ist alles noch nicht klar (Stand Mitte Januar 2014).

Die Entwicklung des Dreamliner hat bis zur Auslieferung der ersten Flugzeuge mehr als zehn Jahre gedauert, die Entwicklung dieses Flugzeuges mit der allseits bewunderten neuen Technologie soll laut Zeitungsberichten geschätzte 32 Milliarden Dollar gekostet haben, viel mehr als ursprünglich geplant. Fachleute und Gewerkschaften monieren, dass das Problem der weit über der Planung stehenden Entwicklungskosten, der länger als geplanten Entwicklungsphase und möglicherweise auch der sich nun zeigenden «Fehler» damit zusammenhängt, dass zu viel der Produktion ausgelagert war: Die Flügelspitzen wurden in Südkorea produziert, die Kabinenbeleuchtung in Deutschland, die Ladetüren in Schweden, die Rettungsrutschen in New Jersey, die Landungsbremsen in Frankreich und die Batterien in Japan. Die Teile, die irgendwo auf der Welt in hoch spezialisierten Hightechfirmen produziert wurden, passten bei der Montage manchmal nicht genau genug zu anderen Teilen des Flugzeugs, was die Produktion des Prototyps stark verzögerte. Es gab Verständigungsprobleme wegen unterschiedlicher Produktionskulturen, Sprachen usw. Managementfachleute sind der Ansicht, das Ganze sei nicht genügend koordiniert und das dazu technische Wissen zu wenig zentralisiert gewesen. Es hätte permanent arbeitende Wissensfabriken zur Entwicklung des laufend nötigen neuen Wissensstandes gebraucht («24-hours knowledge factories»), um alle technischen Probleme, welche die Produktion und die Anpassung von Einzelteilen im Verlauf der Zeit mit sich brachten, angehen zu können («The Guardian» online, 18.1.2013).

Der illustrierte Fall zeigt, dass die Konstruktion eines neuen Flugzeuges mit über zwei Millionen Einzelteilen riesige Anstrengungen in Sachen Koordination, Kommunikation und Wissensproduktion bzw. -management verlangt. Es gibt dabei ein komplexes Ganzheitlichkeitsproblem: Alles muss zusammenstimmen, das Ganze kann an technischen Problemen weniger Teile scheitern.

⁶² Artikel von Dominic Rushe, «Why Boeing's 787 Dreamliner was a nightmare waiting to happen».

Die Debatte zum Grounding des Dreamliner beschäftigt sich unter anderem damit, ob es sich bei den diversen Problemen, die beim Fliegen aufgetaucht sind, um «normale Kinderkrankheiten» handelt oder um Systemfehler, denen ohne grosse Veränderungen an der Konstruktion des Flugzeuges nicht beizukommen ist.

Die DRG-Erfinder und -Konstrukteurinnen waren, wie schon in Teil 2 dargestellt, der Ansicht, dass aufgrund des Behandlungsmix verschiedener Spitäler ein Standarddesign festgelegt werden kann, das unabhängig vom Arzt und vom Patienten gültig sein soll (Samuel et al., 2005, S. 257; s. dazu Teil 2, Kapitel 3.1). Die Wirtschaftsingenieure waren überzeugt, dass 80 bis 90 Prozent der Kostenunterschiede ärztlicher Behandlungen auf die persönliche Eigenart von Ärztinnen und Ärzten und ihren Diagnosen und Behandlungen zurückzuführen seien (Samuel et al., 2005, S. 258). In dieser Sicht kommt nur die Subjektivität (bzw. mangelnde Objektivität) der Ärzte vor, nicht aber die Subjektivität der kranken Menschen, deren Körper variantenreiche Eigenarten haben können. Von den Pflegenden ist schon gar nicht die Rede. Die Patienten werden mit ihrer Individualität als nach Gruppen geordnete repräsentative Kranke etikettiert, seltene Eigenarten als statistische Ausreisser behandelt. Die Eigenarten der Ärztinnen und Ärzte wiederum werden durch die Bezahlungsmodi ihrer Leistungen (Fallpauschalen) sozusagen auf einen Behandlungsstandard festgelegt. Ihnen bleibt jedoch die Kompetenz, Diagnosen zu stellen: Im Denkmodell der DRG-Kostenanalyse wird den Ärzten die Rolle der Behandlungsdesigner zugeordnet (zweite Produktionsfunktion, s. Teil 2, Kapitel 3.1). Sie sind aus dieser Sicht die Physikerinnen und Ingenieure, die beim Behandlungsdesign das wissenschaftlich gesicherte medizinische Wissen auf die Diagnose anwenden und die Behandlung koordinieren. Ein Arzt ist aus der Sicht der DRG-Ingenieurinnen und -Ingenieure «no more than an expert technician, similar to a product designer in a manufacturing firm» (Samuel et al., 2005, S. 259). Er ist darauf angewiesen, dass das medizinische Allgemeinwissen in «knowledge factories» produziert wird. Dieses Wissen muss er sich aneignen, um es für die Behandlung einer diagnostizierten Krankheit anzuwenden. Der kompetente Arzt verschreibt dem Patienten die aus wissenschaftlichem Wissen konstruierte Ganzheit der Behandlung und passt das Behandlungsbündel mit Modifikationen dem Patienten an. In diesem Konzept liegt die Komplexität der Behandlung in der technisch-medizinischen Komplexität und Schwere einer Krankheit und nicht darin, dass menschliche Körper an sich komplex sind und eine autonome Eigendynamik entwickeln können.

Bei der von der Raumfahrt inspirierten Ganzheitlichkeit einer medizinischen Behandlung geht es um die Berücksichtigung aller Aspekte eines differenzierten und kompetenten, auf EBM beruhenden standardisierten Wissens. Es setzen sich sozusagen verschiedene Spezialistinnen und Spezialisten zusammen, um den Fall zu beraten. Die andere Ganzheitlichkeit, die heute vorwiegend zum Selbstverständnis der Pflegewissenschaften gehört, besteht darin, dass ein erkrankter Mensch eine Einheit ist, die in sich komplex und in ihrer Dynamik nur sehr begrenzt erkennbar ist. Durch pflegerische Interaktionen (auch durch medizinische, manuelle und psychologische Therapien) werden Wirklichkeiten dieser Ganzheit sichtbar.

Die Komplexität der Behandlung und Pflege von kranken oder gebrechlichen Menschen besteht deshalb nicht nur in der Vielfalt und Komplexität von Krankheiten, deren Mechanismen genauer verstanden werden müssen, sondern vor allem auch in der nicht überschaubaren Vielfalt und Komplexität von Menschen und ihren Erkrankungen und Gebrechlichkeiten.⁶³ Dazu sagte der

⁶³ Abholz (2012) spricht von einer Vielfalt der Biologie, Vielfalt der Seele, Vielfalt in der sozialen Situation und Vielfältigkeit des Austausches zwischen Individuen (z. B. Ärztin–Patient).

Allgemeinmediziner Heinz-Harald Abholz in einem Referat zur Anwendung der Erkenntnisse der EBM in der medizinischen Praxis:

«(...) EBM-Befunde – verstanden als Studienbefunde mit hoher methodischer Qualität – werden so zu den Wahrheiten, den Standards erklärt: Man macht das Richtige, wenn man diese befolgt. Der sehr entscheidende Unterschied zwischen dem Einzelnen und der Gruppe – Letzteres die Basis einer Studienaussage – wird heute in der Regel nicht mehr wahrgenommen.

Dennoch erscheint EBM als Fortschritt in der Verwissenschaftlichung der Medizin: Anstelle des Handelns nach Überliefertem oder nach qua Amt vertretenem Wissen, ist die Notwendigkeit des Studienbelegs gekommen.

Nur ist verwissenschaftlichte Medizin noch nicht taugliche Medizin für den Einzelnen vor mir als Patienten. Denn die unmittelbare und nicht durch das Individuum geformte Anwendung von Studienergebnissen – heute festgehalten in Leitlinien und in Qualitätsindikatoren – ist konzeptionell falsch: Denn, wenn Studienergebnisse einen Nutzen oder auch keinen Nutzen einer Massnahme belegen, dann bezieht sich «Nutzen» immer auf die Gesamtgruppe der Untersuchten, bestenfalls auf ein oder zwei analysierte Untergruppen.» (Abholz 2012)

Während im heutigen Selbstverständnis der medizinischen Wissenschaften die Ärztinnen und Ärzte ihre Entscheidungskompetenz sozusagen mit der industriellen Designerkompetenz von Raumfahrtsingenieuren dank EBM legitimieren können, haben es die Pflegefachpersonen wesentlich schwerer mit ihrer wissenschaftlichen Legitimation. Das pflegerische Wissen, das wesentlich durch Interaktion mit kranken Personen entsteht, wird im Mainstream als rein handwerkliches Können angesehen. Die Möglichkeiten der Pflege, für die medizinischen Wissenschaften relevante Kenntnisse zu generieren, werden ignoriert. Es wird nicht als wissenschaftliches Problem erkannt, dass mit der Nichtbeachtung dieses Wissens medizinisch relevantes Know-how verloren geht.

Hier sei noch angemerkt, dass in den heutigen Vorstellungen über Kosten ärztlicher Behandlungen wesentlich von einer Diagnose am Anfang einer Behandlung ausgegangen wird. Die komplexen Eigenarten kranker Körper verlangen jedoch ein System, das immer wieder ein neues diagnostisches Abwägen im Verlauf der Behandlung erlaubt (Mol 2002/2008)⁶⁴. Aufgrund der unbekanntenen Komplexität jeder kranken Person stellen die Risiko- und Wahrscheinlichkeitsanalysen der EBM für die ärztliche Praxis zwar ein nutzvolles Instrument dar, das aber nur als «über den Daumen gepeilte» Leitlinie verstanden werden sollte. Man muss beispielsweise bezüglich der Risiken von Medikamenten zwischen den Aussagen über die Häufigkeit von bestimmten Behandlungseffekten bei einer grossen Gruppe von Patienten und der Ungewissheit bei der Behandlung eines jeden Patienten unterscheiden.⁶⁵ Die Standardisierung der Behandlungsbündel bei den Fallpauschalen und auch die Zeitvorgaben bei der Pflege abstrahieren von solchen Ungewissheiten.

⁶⁴ Annemarie Mol (et al. 2010, 2008, 2002) ist Professorin für politische Philosophie. Sie hat mehrere ethnografische Studien über Behandlungs- und Pflegepraktiken geschrieben und sich intensiv mit dem dominierenden (sozialwissenschaftlichen) Denken über Medizin und Pflege auseinandergesetzt, das nur sehr bedingt passen will zur medizinischen und pflegerischen Praxis.

⁶⁵ Die Parallelen zu wirtschaftstheoretischen Fragen sind unübersehbar: In der neoklassischen Wirtschaftstheorie ging man, bis zur Finanzkrise jedenfalls, vom rationalen Handeln bezüglich zukünftiger Finanzinvestitionen aus, wobei die Rationalität von der richtigen Risikoberechnung abhängt (sog. rationale Erwartungen). Dafür wurden seit den 1970er Jahren sehr komplizierte mathematische Modelle bezüglich wahrscheinlicher zukünftiger Entwicklungen von Aktienpreisen, Zinssätzen etc. entwickelt und daraus scheinbar risikosichere finanzielle Produkte mit unterschiedlichen Risikoprofilen («strukturierte Produkte») entwickelt. Die Finanzkrise von 2008 konnte so schlicht nicht vorausgesehen werden. Das Grundproblem besteht darin, dass Risiken nur unter Casino-Bedingungen berechnet werden

2.2 Patientinnen und Patienten als Experten

Die Klassifikations- und Standardisierungssysteme, die jeglicher Wissenschaft zugrunde liegen, gehen im Fall der Medizin von der Komplexität eines Körpers aus, die derjenigen eines Flugzeuges in nichts nachsteht. Nur sind die Flugzeuge des gleichen Typs immer gleich und haben die gleichen potenziellen Probleme, während menschliche Körper und Menschen sich unterscheiden, auch wenn sie noch so differenziert in den Studien der EBM in unterschiedliche Gruppen unterteilt werden. Auch das tausendste Flugzeug des gleichen Typus, zusammengesetzt aus zwei Millionen standardisierten Teilen, funktioniert immer etwa gleich. Der Anteil des gesicherten Wissens über das Flugzeug - ist es mal konstruiert, gebaut und verbessert - ist sehr gross, wenn auch nicht absolut lückenlos.

Bei kranken (und gesunden) Menschen ist das anders: Das gesicherte Wissen über einen Menschen, über seinen Körper und dessen komplexe Dynamik ist vergleichsweise gering, auch wenn diesbezüglich sehr viel wissenschaftlich gesichertes Allgemeinwissen existiert. Der menschliche Körper entwickelt letztlich immer unverständliche Eigendynamiken und reagiert auf pflegerische und ärztliche Interaktionen mit ganz eigenen Mustern. Das gilt im hohen Masse für alle lebenden Systeme.⁶⁶ Die standardisierten Behandlungen, die einer Diagnosekategorie zugeordnet werden müssen, gehen von einem standardisierten, sehr komplexen Körper aus, der nur als Denkmodell der medizinischen Wissenschaften existiert. Insofern kann in der Tat von einer «Entkörperlichung» der Medizin gesprochen werden, wie dies Duden (2012) und Gordon (2006) tun. Gordon kritisiert an der Pflege, dass sie keinen Anspruch erhebt auf ihre medizinisch-wissenschaftliche Kompetenz, über die sie dank Körperpflege verfügt. Dieses qualifizierte Wissen der Pflege, so ist zu befürchten, droht zudem verloren zu gehen, wenn Interaktionen in zu hohem Masse arbeitsteilig organisiert sind oder von Personen ausgeführt werden, die nicht in der Lage sind, ihre Wahrnehmungen, die aus der Interaktion mit Patientinnen und Patienten entstehen, in relevante Informationen für pflegerische Diagnosen und professionelles Handeln zu übersetzen.

Die heutigen organisatorischen Massnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens gehen von Arbeits- und Erkenntnisprozessen aus, die sich markant unterscheiden von denjenigen, die einer Diagnose und wirksamen Behandlung und Pflege von Kranken

können, nicht aber bezüglich einer zukünftigen Entwicklung, die Resultat eines unüberschaubaren komplexen Prozesses ist. Investitionsverhalten ausschliesslich aufgrund von Risikoberechnungen zu entwickeln, ist schlicht irrational. Risiken lassen sich genau genommen nur für den Fall des Casinos berechnen; aber selbst da nützen diese Berechnungen beim Setzen auf Schwarz oder Rot nichts. Andere Wirtschaftstheorien wie beispielsweise die keynesianische Wirtschaftstheorie lehnen den Risikobegriff ab und sprechen vom Verhalten von Unternehmern, Konsumenten und Banken bei ungewissen Zukunftsperspektiven. Diese Sichtweise führt zu anderen wirtschaftspolitischen Fragestellungen und Schlussfolgerungen als die neoklassische. Die Risikoberechnungen der EBM haben sehr viele Ähnlichkeiten mit denjenigen der Finanzindustrie respektive der neoklassischen Wirtschaftstheorie. Ginge man von der Eigendynamik und den Ungewissheiten bei den Reaktionen von kranken Menschen auf Medikamente, Behandlung und Pflege aus, dann hätte das auch Konsequenzen bezüglich der Organisation und der Tarifstruktur des Gesundheitswesens (zur Ungewissheit der Behandlung siehe Hart, 2006, S. 138).

⁶⁶ James C. Scott (1998) befasst sich im Buch mit dem Titel «Seeing Like A State. How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed» befasst sich mit Standardisierungen und umfassenden Regulierungen in verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen: mit der Entstehung der Forstwirtschaft, mit dem Social Engineering in der Landwirtschaft, mit der Implementierung von Visionen der Moderne in der Architektur etc. Seine Kernaussage lautet: Komplexe Lebensbedingungen und vielfältige Zusammenhänge werden simplifiziert. Im letzten Kapitel seines Buches untersucht er die Frage, welche Art der Wissenschaft und des wissenschaftlichen Argumentierens denn angesichts der Komplexitäten und Ungewissheiten von Gesellschaften und lebenden Systemen angebracht wäre. In Anlehnung an Charles Lindblom redet er von «the science of muddling through» (Wissenschaft des sich Durchwurstelns), in der praktisches Wissen von zentraler Bedeutung ist (S. 327).

faktisch zugrunde liegen: Sie ignorieren weitgehend die Besonderheiten der Interaktion zwischen Behandelndem und Patienten und übergehen die nicht hintergehbare Intersubjektivität der Behandlungs- und Arbeitsprozesse. Wie sich diese gestalten, ist aber einer der zentralen Punkte der Effizienzfrage. Julian T. Hart (2006), ein früherer Allgemeinpraktiker, bekannter Publizist und Forscher zur Allgemeinmedizin, schreibt dazu:

«About 85% of the evidence used to reach any final medical diagnosis comes entirely from what patients say – from their own stories. Physical examination adds about 7% to this and investigations like X-rays, blood tests and so on add another 7%.⁶⁷ Accurate diagnosis therefore depends overwhelmingly on careful, thoughtful, unhurried talking by patients and listening by professionals to patients' stories. Diagnostic weapons cannot be aimed accurately and economically without a diagnostic hypotheses, which only talking and listening (and sometimes some waiting and seeing) can establish.

(...) These problems⁶⁸ will be much easier to solve when we all accept that EBM as generally understood still lacks a necessary dimension, namely evidence from patients. Substantial progress is probably impossible without it.» (S. 117 und 124)

In einem Forschungsprojekt im Rahmen eines «Expert Patients Programme»⁶⁹ zeigte sich, dass die Ärztinnen und Ärzte, die Pflegenden und auch die Apotheker gegenüber einem Programm, das Patientinnen und Patienten mit Informationen und Schulung hilft, bessere Experten zu werden, sehr skeptisch reagierten. Eine Mehrheit der Befragten befürchtete, dass damit ihre Arbeitsbelastung und die Kosten des Gesundheitswesens zunehmen, dass die Behandlungen anspruchsvoller, schwieriger und zeitintensiver werden würden. Studien haben jedoch das Gegenteil gezeigt: Aufgeklärte Patienten beanspruchten weniger Konsultationen (Hart, 2006, S. 25). Hart schreibt zu den Debatten, die im Zusammenhang mit diesen Studienresultaten diskutiert wurden:

«Typically, the response has been not more vigorous promotion of policies based on evidence, but retreat in the face of stubborn intuitive fears. A BMJ⁷⁰ editorial on the subject welcomed suggestions that Expert Patients should be renamed as Involved Patients, Autonomous Patients, or Resourceful Patients; anything, so long as health professionals did not in practice have to accept that patients have intelligence, information and expertise, which could assist care rather than obstruct it if they were encouraged to have a more active role.» (S. 124–125)

Hart (2006, S. 93 ff.) unterscheidet das Gesundheitswesen als kreatives System von der Industrie und ihrer auf den Markt ausgerichteten standardisierten Produktion von Gütern. Die Kreativität des Systems liegt aus seiner Sicht vor allem in der Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten (dem «intelligenten Patienten») und den Ärzten und Pflegenden, also zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens und zwischen Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig betont er die Wichtigkeit von Gemeinwesen für die Gesundheitsversorgung. Wie soll ein solches kreatives System organisiert sein, wie entstehen Spielräume für die Interaktionen zwischen Patienten und Ärzten/Pflegenden und wie können die Bedingungen geschaffen werden, in denen eine Wissenschaft entstehen kann, die der Kreativität eines Gesundheitswesens entspricht und ihr dienlich ist?

⁶⁷ Hart beruft sich auf medizinwissenschaftliche Publikationen von 1975 und 1992.

⁶⁸ Von EBM, die Hart im Text davor beschreibt; hier nicht wiedergegeben.

⁶⁹ Untersuchungen von 1999 und 2003.

⁷⁰ BMJ British Medical Journal.

3. Pflegeleistung und Geld

Kapitel 1 und 2 dieses Teils der Studie befassen sich mit den Besonderheiten von Behandlungs- und Pflegeprozessen. Dieses Kapitel und das nächste handeln von verschiedenen Tarif- und Leistungserfassungssystemen vor allem im Hinblick auf die Pflegearbeit.

Wenn wir von der Bezahlung von Leistungen reden, so sind damit immer zwei Seiten gemeint: Leistungserbringerinnen und -erbringer werden für ihre Leistung und damit für ihre Leistungsfähigkeit (in unterschiedlichster Weise) bezahlt; Leistungsbezüger bezahlen irgendwie für bezogene Leistungen. Zentral für jede Regelung ist die Frage, wie diese zwei Seiten zusammenspielen sollen, um eine gute Pflege und medizinische Behandlung generell zu ermöglichen und nicht tendenziell zu verhindern. In der Praxis gibt es sehr verschiedene Varianten von Abgeltungssystemen, wie der folgende Abschnitt zeigt. Das Zahlungssystem im Bereich der Pflege hat seine besonderen Charakteristika, die in den Abschnitten 3.3 und 3.4 kurz beschrieben werden.

3.1 Verschiedene Abrechnungssysteme

Dem starren Standard der Fallpauschalen fundamental entgegengesetzt ist der Abrechnungsmodus, der in der folgenden kurzen Geschichte beschrieben wird: Ein Inder, neben dem ich zufällig in einem Zug nach Wien sass, erzählte mir, dass er Atomphysik studiert habe und als Risikomanager von Atomkraftwerken tätig sei. Aber er arbeite seit vielen Jahren jeweils am Freitag und übers Wochenende als homöopathischer Arzt. Er sei dazugekommen, weil seine Mutter über Jahre sehr krank gewesen war und ihr selbst eine aufwendige Behandlung in den USA nichts gebracht habe. Nur die Homöopathie habe ihr letztendlich geholfen. Diese Erfahrung hat ihn dazu gebracht, sich mit Homöopathie zu befassen und sich darin auszubilden. Seine praktischen Erfahrungen überzeugten ihn immer noch, sagte er. Ich fragte ihn, wie denn das so sei, wenn er die Leute behandle: Ist es üblich, einen fixen Betrag für die Behandlung zu bezahlen? Wie viel? Er reagierte auf diese Fragen einer Ökonomin ein wenig empört: Die Leute bezahlen, je nachdem ob die Behandlung geholfen hat oder nicht, und sie bezahlen je nachdem, was sie denken, wie viel Mühe er sich mit der Behandlung gegeben hat. Man könne doch nicht Geld verlangen für medizinische Behandlungen, die nichts nützen oder alles noch schlimmer machen. Patienten bezahlen in diesem Bezahlungsmodus ex post aufgrund der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung und aufgrund ihrer persönlichen Zahlungsfähigkeit. Es geht um die Anerkennung der Anstrengungen eines kompetenten Arztes und der Erfolge der Behandlung. Diese Bezahlungsvariante geht radikal von der Vorstellung aus, dass der Outcome und die Qualität der Behandlung für deren Bezahlung entscheidend sein müssen, und weist somit in eine gegenteilige Richtung als die heutigen Fallpauschalen und Tarifregelungen.

In der Welt der Privatwirtschaft hat das Entschädigungssystem zwei Seiten: Lohnabhängige werden dafür entschädigt, dass sie eine bestimmte Stundenzahl zur Verfügung stehen, um zu arbeiten. Allerdings gibt es immer wieder Versuche meistens gegen den Widerstand der Gewerkschaften, ähnlich wie bei den Fallpauschalen anstatt Stundenlöhne Akkordlöhne zu bezahlen, bei denen Leistungen in Outputmengen gerechnet werden. Der Unternehmer beansprucht die Gewinne, die nach Abzug der Produktionskosten (inklusive Arbeitskosten), Steuern und Abschreibungen übrig bleiben. Aus der Sicht der Lohnabhängigen werden sie für Arbeit (Stücklohn oder Stundenlohn) bezahlt, aus der Sicht der Unternehmer für ihre Fähigkeit, mit ihrer Arbeit rentable Produkte herzustellen. Durch eine rigide Arbeitsorganisation werden sie dazu angehalten, möglichst effizient zu arbeiten. Anders sieht die Entschädigung aus der Sicht des Unterneh-

mers aus: Sein Leistungslohn hängt von der Performance, sprich dem Gewinn, des Betriebs ab. Diese Sichtweise hat sich auch auf das lohnabhängige Management in transnationalen Konzernen in Form von Performance-abhängigen Boni niedergeschlagen.⁷¹

Die OKP-pflichtigen Leistungen werden heute auf die eine oder andere Art aufgrund von Leistungen respektive Leistungskategorien bezahlt und nicht aufgrund von Performance, weil diese nicht gemessen werden kann (s. Kapitel 3.2 und 3.3 in Teil 2 dieser Studie, s. «Zur Sache» 3.2). Aus der Sicht der Pflege stellt sich die Frage, wie und welche Pflegeleistungen bezahlt werden und vor allem was unter einer Pflegeleistung verstanden wird.

3.2 Lücken in den Definitionen pflegerischer Leistungen

Der Pflege ist sowohl in den Regelungen der Fallpauschalen als auch im Gesetz zur Pflegefinanzierung (s. Teil 2) die «Definitionsverantwortung»⁷² (Bartholomeyczik, 2010: 143) weitgehend verweigert worden, obwohl es sich dabei um sehr aktuelle Gesetzgebungen handelt und nicht um solche aus den 1950er oder 1960er Jahren. In den Gesetzen und der bisherigen Praxis wird implizit unter professioneller Pflege fast exklusiv die Umsetzung ärztlicher Behandlungsentscheide und (Teil-)Unterstützung von Patientinnen und Patienten im Umgang mit ärztlichen Behandlungen verstanden. Seit es Ansätze zu pflegewissenschaftlichen Überlegungen gibt, geht das Selbstverständnis der Pflege jedoch sehr viel weiter,⁷³ nämlich insofern, als es nicht zuletzt auch um das Kranksein und dessen Folgen geht, um eine «Beeinträchtigung [bezüglich der Fähigkeit], selbstständig mit dem Leben zurechtzukommen», um die «Aktivitäten des Alltags, die für ein selbstständiges Leben erforderlich sind» (Bartholomeyczik, 2010, 136 ff.)⁷⁴.

Zwischen Pflege- und Care-Arbeit besteht ein enger Bezug. Pflege übernimmt das, was wir, ob es uns passt oder nicht, alle zeitweise brauchen: Care in Situationen von Kranksein, insbesondere Pflege und Sorge um uns selbst, um unsere kranken und gebrechlichen Körper, was ein Können und Wissen voraussetzt, das wir nicht haben. Pflege kann als «informiertes Caring» (SBK-ASI 2011, S. 38) bezeichnet werden.

⁷¹ In einem Interview gegenüber dem «Sonntagsblick» (27.1.2013) äusserte sich Daniel Vasella, ehemaliger Präsident von Novartis, zu seinem hohen Gehalt. Er wurde gefragt, ob er das viele Geld, das er erhalten hat, wirklich wert sei. Vasella dazu: «*Offensichtlich kamen die Entscheidungsträger zum Schluss, ich sei es wert. Es entsprach auch weitgehend dem Markt für Spitzenkräfte. Die Frage muss sein: Was ist der Gegenwert? Fakt ist: Allein zwei Deals, bei denen ich entscheidend eingriff, haben mein gesamtes Gehalt wesentlich übertroffen.*» Frage des Journalisten: «*Dann waren Sie Ihr Geld wert?*» Vasellas Antwort: «*Rational gesehen, ja. Die Reaktionen auf meine Gehälter sind aber emotional.*»

⁷² In der neuen Frauenbewegung wurde ein ähnlicher Begriff verwendet: Definitionsmacht.

⁷³ Die Begriffe Pflege und professionelle Pflege werden in vielfältigster Weise verwendet. Als Mitglied des ICN (International Council of Nurses) übernimmt und unterstützt der SBK dessen Definition von professioneller Pflege: «*Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.*» (Offizielle Übersetzung von Berufsverbänden Deutschlands, Österreichs und der Schweiz)

⁷⁴ Eine interessante Beschreibung der pflegewissenschaftlichen Konzepte – auch deren Ausweitung – von Pflege seit Beginn des 20. Jahrhunderts findet sich bei Bartholomeyczik (2010, S. 136 ff.).

Dieser Aspekt der Sorge- und Versorgungsarbeit (Care-Arbeit) bei der Pfl egetätigkeit, wie Bartholomeyczik in ihrem Artikel zur aktuellen professionellen Pflege in Deutschland darstellt (Bartholomeyczik 2010, S. 136 ff.), wurde von den Pflegewissenschaften und von internationalen Organisationen und Verbänden im Laufe der Zeit unterschiedlich umschrieben, mehr oder weniger betont, aber immer genannt. Er läuft aber, so die hier vertretene These, immer wieder Gefahr, zu verschwinden: aus der öffentlichen Debatte und im Fall der Schweiz vor allem aus den Bestimmungen über die OKP-pflichtigen Leistungen. Er passt nicht in die industriellen Traditionen des Denkens bezüglich Leistung und Fortschritt in der Produktion. Dies zeigt sich beispielsweise an den massiven Unterschieden zwischen den Tarifen für medizinische Pflege und Grundpflege (s. Kapitel 4.2 in diesem Teil) und auch daran, dass bei den OKP-pflichtigen Leistungen viele dieser informierten Caring-Tätigkeiten wie Betreuung und Begleitung von Patientinnen und Patienten nicht enthalten sind. Damit werden Grenzen zwischen qualifizierter professioneller Pflege, nicht so ganz qualifizierter professioneller Grundpflege und als «Nicht-Pflege» definierter Pfl egetätigkeit gezogen, die zu dysfunktionalen Arbeitsteilungen zwingen. Mit diesen Unterscheidungen ist die Arbeitsteilung bei der Pflege der Spitex und in den Pflegeheimen stark vorgespurt. Gegenwärtig wird heftig um diese Pfl egedefinitions-Grenzen mit wechselhaften Verordnungen und politischen Debatten gekämpft. Wie aus der Sicht der Pflege diese Grenzen, sprich Grenzen bei der Arbeitsteilung, sinnvollerweise gezogen werden sollten, wird ignoriert.⁷⁵

3.3 Traditionell tiefe Einkommen für pflegerische Leistungen

3.3.1 Eine Frauengeschichte

Pflege ist seit mehr als hundert Jahren ein Frauenberuf: Berufe und ihre Entlohnung haben eine lange Geschichte, so auch die Pflege. Es brauchte eine lange Zeit, bis die Pflege als Berufstätigkeit mit entsprechender Ausbildung anerkannt, und noch länger, bis das Lohnniveau auf dasjenige vergleichbarer Berufsgruppen angepasst wurde (Bischoff, 1986; Mühlherr, 2007; Wiederkehr, 2009).

Es gibt zwei kultur- und geschlechtergeschichtliche Faktoren, die bis heute einen Einfluss auf das Einkommensniveau und den Berufsstatus von Pflegenden haben:

- Haushaltsnähe (Bischoff, 1986, S. 23)
- Körpernähe ist Teil einer Lohnformel, die wie folgt lautet: «high-touch, low-status job» (McDowell, 2009, S. 162)

Das «Geschlecht der Pflege» (Appelt, Heidegger, Preglau und Wolf [Hrsg.], 2010: Einleitung S. 12, s. auch Artikel Teil 1) ist überall vorwiegend weiblich. Nur sind je nach Land die Übergänge zwischen unbezahlter, schlecht bezahlter und halbwegs anständig bezahlter Pflege sehr unterschiedlich organisiert. Die Schweiz zeichnet sich dadurch aus, dass im Unterschied zu anderen westeuropäischen Ländern wie den Niederlanden und den skandinavischen Ländern der unbezahlte Teil der Pflege und Betreuung einen sehr hohen Anteil ausmacht. Ähnliches gilt auch für die Betreuung von Kindern (Madörin 2010b). In der Schweiz ist der Anteil der Frauen bezüglich Volumen sowohl der unbezahlten als auch der professionellen Arbeit bei der Langzeitpflege und bei der Pflege, Betreuung und Unterstützung gebrechlicher und pfl egebedürftiger alter Menschen hoch, höher als bei anderen bezahlten und unbezahlten Care-Arbeiten.

⁷⁵ Einer dieser Konfliktfelder ist die Debatte um die notwendige Ausbildung für Langzeitpflege.

3.3.2 Eine moralisch-ethische Geschichte

In Europa gibt es eine lange Geschichte der Moraldebatte darüber, was bezahlt werden darf und was nicht. Die Arbeiten des Mediävisten⁷⁶ Jacques Le Goff zum Ökonomieverständnis (Le Goff, 2008) und zu den Intellektuellen (Le Goff, 1985) im Mittelalter zeigen beispielsweise, wie anders im 12. und 13. Jahrhundert die Wertvorstellungen darüber waren, was bezahlt werden sollte und was nicht. Zinsen für Darlehen wurden im Mittelalter nicht nur als Diebstahl an Eigentum, sondern auch als Diebstahl an Zeit angesehen. Da die Zeit keinem anderen gehört als Gott, ist der Wucherer ein Dieb des Eigentums Gottes. Diese Sünde ist in ihrer Schwere nur vergleichbar mit derjenigen von Prostituierten und Gauklern (Le Goff, 2008, 52/53). Als ähnlich schlimm wurde lange Zeit von der Kirche die Bezahlung der Intellektuellen gesehen: Auch sie wurden für etwas bezahlt, was ein Geschenk Gottes war: das Wissen und die Wissenschaften, die göttliche Wahrheit sozusagen. Mit der Bildung von Städten im 13. Jahrhundert entstanden zunehmend Zentren des Unterrichts und der Wissenschaft ausserhalb der Klöster und Kirchen. Die Frage stellte sich, wovon die säkularen Professoren und Studenten auf den Universitäten leben konnten, ob und wie Professoren bezahlt werden sollten: mit Lohn, Honoraren oder Renten. Die Kirche propagierte, dass Unterricht gratis sein muss und die Unterrichtenden im Rahmen der Kirche ihren Lebensunterhalt garantiert haben sollten. Es entstand ein langer Streit zwischen den abhängigen, das heisst in die Kirche eingebetteten, und den säkularen, unabhängigen Intellektuellen (Le Goff, 1985, Einl. S. II und S. 104 ff.). Das Argument «Gottes Geschenk» hat sich bis heute erhalten: Heutige Zeitzeugen berichten, dass man Heilerinnen und Heilern im Jura, die sehr oft bei starken Schmerzen konsultiert wurden, unter keinen Umständen mit Geld bezahlen durfte. Möglich war, Honig, Wein oder sonst ein kleines Geschenk zu bringen. Auch hier galt das Argument, dass die Fähigkeit des Heilens ein Geschenk Gottes ist.⁷⁷

Eine andere Argumentation dreht sich um das Ideal der Würde des Menschen und die Gefahr der Korruption durch Geld. Der Philosoph Immanuel Kant (1724–1804) formulierte: «Würde ist, was keinen Preis hat.» (zit. in Neckel, 1995, S. 10). Noch im 16. Jahrhundert konnte im deutschen Sprachraum «jeder bezahlte Dienst einer Person mit dem Ausdruck «Hurerei» bezeichnet werden, weil hier etwas bezahlt wurde, was nur in Gegenseitigkeit getauscht werden sollte und viel mit Menschenwürde zu tun hat, die nicht käuflich sein kann.» (Neckel, 1995, S. 10).

Auch die neoklassische Ökonomie knüpft an diese alten Vorstellungen über die Besonderheiten von Care-Arbeit und den Dienst an und für Menschen an: Es wird zwischen zwei verschiedenen Anreizen unterschieden, die Menschen dazu veranlassen, zu arbeiten und Leistungen zu erbringen: zwischen intrinsischen Anreizen,⁷⁸ die nicht durch Geldanreize «verdorben» werden sollen, und extrinsischen, äusseren Belohnungssystemen vor allem in Form von Geld, aber auch Ruhm und sozialem Status. In diesem Denkmuster gibt es zwei Argumente, die tiefere Löhne in der Pflege und anderen Care-Berufen rechtfertigen:

1. Noch 2005 hat das «Journal of Health Economics» einen Artikel des britischen Ökonomen Anthony Heyes veröffentlicht, der argumentierte, dass die Motivation für «gute Pflege» nicht Bezahlung, sondern «Berufung» sein muss. Die Erhöhung der Löhne würde mehr Leute der

⁷⁶ Mediävistik ist die Wissenschaft des europäischen Mittelalters.

⁷⁷ Mündliche Information einer Bekannten, die als Pfarrerin im Jura arbeitete. Heiler und Heilerinnen zum Beispiel in Tansania gehen sehr unterschiedlich um mit der Frage der Entschädigung mit Geld. Einige behandeln, ohne Geld zu verlangen, andere wiederum verlangen regelmässig Geld oder eine bestimmte Zahl von Hühnern etc. (mündlich gegebene Information eines Bekannten, der in Tansania lebt).

⁷⁸ Den Menschen innewohnende Werte und Motivationen wie beispielsweise Nächstenliebe und Mitgefühl.

«falschen Sorte», nämlich nicht altruistisch motivierte, animieren, in den Beruf einzusteigen. Eine Kritik dieses Artikels, den zwei bekannte US-Ökonominen, Nancy Folbre und Julie A. Nelson, daraufhin verfassten, wurde von der Zeitschrift nicht veröffentlicht (Adams et al., 2009, S. 9). Die Frage der adäquaten Bezahlung der Pflegearbeit wird sozusagen abgewälzt auf eine ethische Frage der richtigen Motivation in der Pflege. GesundheitsökonomInnen gehen offenbar für die Pflegenden von einem anderen, nämlich moralischen statt monetären Anreizsystem aus, nicht jedoch für die Ärztinnen und Ärzte, denen von den Markttheoretikern finanzielle Eigeninteressen, die ihre Behandlungsentscheide dominieren, unterschoben werden. Diejenigen, die entscheiden, das heisst in der Regel die Ärzte, verfolgen nach dieser Sicht Eigeninteressen. Diejenigen, welche die Entscheidungen der Ärzte ausführen, die Pflegefachkräfte, brauchen eine hohe Dosis an Selbstlosigkeit respektive altruistischer Motivation, um gute Pflege zu gewährleisten. Dies soll nicht mit besseren Löhnen «verdorben» werden.

2. Ähnlich lautet das andere Argument: Zusätzlich zum vergleichsweise tiefen Lohn kommt die berufliche Befriedigung (der Frauen) hinzu, sich um andere kümmern zu können (Folbre, 2006, S. 22). Der schlechte Lohn wird sozusagen mit dem Sinn der Arbeit aufgebessert.

Bezahlung und gesellschaftliche Anerkennung sind nicht dasselbe – jedenfalls nicht im Fall des Pflegeberufs, das zeigen auch die immer noch gängige Unterscheidung zwischen intrinsischen und extrinsischen Motivationen und die Vorstellung darüber, was bezahlt werden soll. Pflege geniesst hierzulande als Gesundheitsberuf ein hohes Ansehen, dennoch vertritt die Öffentlichkeit nicht vorherrschend die Meinung, Pflege erfordere eine gute Bezahlung und eine gute Ausbildung.

Die Pflegefachfrau und Ökonomin Valerie Adams und die Ökonomin Julie A. Nelson sind der Frage von Anerkennung und Bewertung genauer nachgegangen. Sie stellen in einer Tabelle die verschiedenen Tätigkeiten der Pflege und die damit verbundene Anerkennung (Recognition) und Bezahlung (ökonomische Belohnung; Reward) für die gegenwärtige Situation (in den USA und in Australien) dar:

Current status of recognition and economic reward

	Mind ⁷⁹	Body
Knowledge (medical, interactions)	Recognition: mixed	Recognition: no
	Reward: yes	Reward: no
Virtue (help, assisting)	Recognition: yes	Recognition: mixed
	Reward: no	Reward: minimal

Adams und Nelson, 2009, S. 18, Tab. 3

Adams und Nelson stellen die Frage, wann es den Pflegenden wohl gelingen werde, beides, sowohl Anerkennung als auch Belohnung, für alle Aspekte der Pflege zu erhalten (S. 19). Sie schildern in ihrem Artikel vertrackte Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten, in denen sich Pflegendende befinden, wenn es um Anerkennung und Bezahlung von Pflegetätigkeiten geht: Bestimmte Pflegetätigkeiten, vor allem Körperpflege, finden keine oder wenig Anerkennung, werden zwar bezahlt, allerdings nur schlecht, und haben einen niedrigen Status in der Hierarchie der Pflegetätigkeiten. Sie sind aber, wie jede Pflegende weiss, wichtiger Teil der Pflege. Andere Tätigkeiten

⁷⁹ Adams und Nelson beziehen sich hier auf die kartesianische Dichotomie von Geist/Seele und Körper.

(z. B. medizinische Pflege) werden regulär bezahlt, aber die damit verbundene professionelle Kompetenz findet nur eine beschränkte Anerkennung.

3.3.3 Diskriminierung im Vergleich zu anderen Berufen

1996 reichten 47 Klägerinnen aus dem Gesundheitsbereich im Kanton Zürich eine Lohnklage ein, die sich auf das Lohndiskriminierungsverbot im eidgenössischen Gleichstellungsgesetz berief. Verglichen wurden dabei die Löhne der klagenden Pflegefachfrauen, Ergotherapeutinnen, Physiotherapeutinnen und Berufsschullehrerinnen für Pflege mit denjenigen von Polizeisoldaten. Das Verwaltungsgericht entschied im Jahr 2001, dass die Lohnklassen für die genannten Gesundheitsberufe um zwei Lohnklassen hinaufgestuft werden müssen. Der Kanton musste rückwirkend rund 280 Millionen Franken an Lohnsumme nachzahlen. Nach dieser Gerichtsentscheid wurden Lohnklagen auch in anderen Kantonen eingereicht (Wiederkehr, 2009: 96–99), die aber nicht überall erfolgreich waren. Bei den Lohnklagen wurde nicht mit den Pflegeleistungen an und für sich (wie bei Adams und Nelson) argumentiert, sondern mit einem vergleichbaren Beruf⁸⁰, was Ausbildung, Stress und Komplexität anbelangt. Wie der Artikel von Wiederkehr zeigt, scheint es innerhalb der Gesundheitsverwaltungen eine schier unaufhaltsame Regulierungsmanie zu geben, die trotz Gerichtsurteilen erneut darauf abzielt, irgendwie Lohnkosten im Pflegebereich zu senken, sei es durch die Erfindung neuer Berufsausbildungen, durch neue Lohnskalenregelungen im öffentlichen Bereich oder sei es durch Einführung der DRG-Pauschalen.

⁸⁰ Nämlich mit der Arbeit von Polizistinnen und Polizisten.

4. Zeitmessung von Pflegeleistungen

Eines ist klar: Wie auch immer die Abrechnungssysteme für die Pflege ausgestaltet sind, stellt sich primär die Frage, welche Pflegetätigkeiten als OKP-pflichtig gelten und wie viel Zeit dafür berechnet ist. Eine Stunde professionelle Pflege zu einem regulären Lohn zu bezahlen, das können sich auf die Dauer auch Leute mit einem Mittelklasseeinkommen nicht leisten, wenn nicht ein grosser Teil durch Transfers (via Staat, Krankenkassen) finanziert wird. Zentral ist deshalb, wie die Regelungen für die OKP-pflichtige Pflege ausgestaltet sind. In der Schweiz sind zudem in der Pflege nur sehr enge ökonomische Spielräume vorgesehen, vor allem in der ambulanten Pflege und in Pflegeheimen (s. dazu Teil 1: 3.3; Teil 2: 6.2). Ebenso wichtig für die Rahmenbedingungen ist der Zusammenhang zwischen Zeitaufwand und Tarifen. Es geht also um verschiedene Aspekte: Ist eine Behandlung OKP-pflichtig, welche Leistungen der Behandlung werden als OKP-pflichtig angesehen, wie viel Zeit wird für sie eingeräumt und wie ist die Zeit in Tarifen bewertet?

4.1 Sichtbar machen und bewerten

Um sich als Profession von den Ärztinnen und Ärzten abzugrenzen, aber auch um die grossen Leistungen sichtbar zu machen, die mit Pflege einhergehen, haben Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler begonnen, Listen von Pflegeinterventionen zusammenzustellen. Ihre Erarbeitung ist, zusammen mit Diagnose- und Outcomeklassifikationen, grundlegend für die wissenschaftliche Arbeit und Systematisierung der Erfahrungen in der Pflege (Bowker und Star, 2000, S. 229–254).

Bisher unsichtbare Tätigkeiten können auf verschiedene Art und Weise sichtbar gemacht werden:

- indem sie bezeichnet und klassifiziert werden. Die wissenschaftliche Klassifikation gibt den definierten und mit einem Begriff bezeichneten Tätigkeiten der Pflege ein besonderes Gewicht. Bowker et al. (2000) haben im Kapitel zur Entstehung der Nursing Intervention Classification (NIC) in den USA einen treffenden Titel gewählt: «What a Difference a Name Makes – The Classification of Nursing Work» (S. 229 ff.).
- indem ihr zeitlicher Aufwand erhoben wird. An der UNO-Frauenkonferenz von 1985 stand erstmals die Forderung zur Debatte, dass unbezahlte Arbeit statistisch erfasst werden soll. Dazu gibt es denn jetzt auch internationale Datensammlungen, allerdings nicht für alle Länder. In der Schweiz existieren solche Datensätze seit 1997; sie werden alle drei bis vier Jahre erhoben. In der Pflege wird, um die Dimensionen der Pflegearbeit darzustellen, den einzelnen Pflegeleistungen ein zeitlicher Aufwand zugeordnet (z. B. LEP).
- indem ihr Wert in monetären Grössen berechnet wird. In einem Artikel über die monetäre Bewertung der unbezahlten Arbeit in der Schweiz und über die Berechnung eines «erweiterten Bruttoinlandprodukts» titelte die NZZ am 28. September 2012: «Unbezahlt heisst unsichtbar.»

Der Fall von gut bezahlten Managern zeigt, dass die (öffentliche) Bewertung respektive Anerkennung nicht unbedingt davon abhängt, dass in einer langen Liste aufgezählt wird, was die Manager alles tun, wenn sie am Morgen ins Büro eintreten, und wie viel die von ihnen geleisteten Arbeitsminuten wert sind. Weder ist klar, was sie arbeiten, noch wie viele Stunden und Minuten sie es tun. Niemand verlangt von ihnen Auskunft darüber, wie viele Sekunden Zeit sie im Durchschnitt

dafür brauchen, wenn sie am Morgen im Büro das Fenster öffnen, sich hinsetzen, die Agenda durchsehen und den Generalsekretär anrufen und ihn fragen, wie es ihm geht und was dringend zu besprechen sei. Manager und Managerinnen machen auch sehr viel Beziehungsarbeit in Sitzungen, in Gesprächen mit Angestellten, Fachleuten usw. Doch der Aufwand dafür wird nicht erfasst, ebenso wenig gibt es eine Tarifregelung für diese Arbeit. Das Pflichtenheft des Managers besteht nicht darin, was er tun muss, sondern wofür er zuständig ist. Diese Auffassung gilt für viele qualifizierte und verantwortungsvolle Berufe. Sie ist auch noch als Grundidee in den Formulierungen des KVG bezüglich der Kriterien von OKP-pflichtigen Leistungen enthalten (s. Teil 1, Kapitel 1 und 2).

Heute ist das jedoch für Ärztinnen und Ärzte anders (auf die Pflege wird im nächsten Kapitel eingegangen), jedenfalls wenn es sich um OKP-pflichtige Leistungen handelt. Via Tarmed legen heute die Ärztinnen und Ärzte Rechenschaft für jede OKP-pflichtige Leistung ab. Ihre Entschädigungen werden aufgrund von komplizierten Taxpunktordnungen festgelegt. Auf der Website der FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) ist dazu zu lesen:

«Jeder Leistung ist je nach zeitlichem Aufwand, Schwierigkeit und erforderlicher Infrastruktur eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet. Dabei unterscheidet TARMED zwischen der ärztlichen und der technischen Leistung.» (www.fmh.ch)

Nebst den Kriterien zeitlicher Aufwand, Schwierigkeit und Infrastrukturkosten gibt es ein weiteres Kriterium bei Tarmed: die «Dignität:»

«Ärztinnen und Ärzte, die ihre Leistungen zu Lasten der Sozialversicherungen abrechnen, benötigen dafür eine bestimmte qualitative Dignität. Damit ist die fachliche Qualifikation gemeint – d. h. die in der Weiterbildungsordnung geregelten Facharztstitel, Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise. Diese qualitative Dignität ist bei jeder einzelnen Leistung des Tarifwerks TARMED vermerkt. Die vertragliche Grundlage dazu bildet das Dignitätskonzept.» (www.fmh.ch)

Das Wort Dignität kann als Referenz zum früheren hohen Status von Ärzten gelesen werden. Synonyme für Dignität sind nebst Bildungsgrad auch Ansehen, Vornehmheit, hohes Amt, hohe Würde, eine mit Amt und Ehrenstellung verbundene Würde. Heute bedeutet der Begriff Dignität im genannten Zusammenhang nur noch Aus- und Weiterbildung als Fachärztinnen und Spezialisten. So kann eine Ärztin mit einer Spezialistenausbildung für die gleiche Leistung höhere Taxpunkte geltend machen als ein Arzt ohne Facharztstitel. Gewisse Leistungen dürfen zudem ohne Facharztausbildung und Spezialisierung nicht erbracht werden.

4.2 Unterschiedliche Massstäbe für Pflegeleistungen und ärztliche Behandlungen

Die Pflorgetarife sind zwar auf den ersten Blick gesehen nach ähnlichem Prinzip wie Tarmed gestaltet. Genauer besehen, gibt es jedoch wesentliche Unterschiede:

- Jeder Leistungstarif enthält implizit eine Vorstellung darüber, wie viel Zeit eine Leistung braucht und wie hoch diese Zeit in Geld bewertet wird. Dies gilt auch für Tarmed. Was aber die (ambulante) Ärztin konkret tut, ist nicht vorgeschrieben. Der OKP-pflichtige Zeitaufwand ist in der Pflege jedoch festgelegt und standardisiert: sei dies im Spital (durch die Fallpauschalen), sei es in Pflegeheimen oder in der Spitex. Bei der Spitexpflege muss im Zeitrhythmus von zehn respektive fünf Minuten abgerechnet werden. Die Leistung, zum Beispiel Wundpflege, darf nicht mehr Zeit beanspruchen als vorgesehen, und es dürfen nicht zusätzliche Leistungen erbracht werden, die nicht vorgesehen sind. Bei der

Grundpflege sind pro Tag nicht mehr als drei Stunden und vierzig Minuten des Grundtarifes OKP-pflichtig und bei länger andauernder Pflege wird nur die Hälfte des vorgesehenen Stundentarifs bezahlt. Je pflegebedürftiger eine Person ist, desto schlechter fallen die Leistungen der OKP aus und desto höher ist der Anteil, den die Patientin oder der Patient (bzw. die Angehörigen) bezahlen muss. Man könnte in diesem Zusammenhang Harts These vom «umgekehrten Care-Gesetz» (Inverse Care Law) sprechen, das er bezüglich armer Quartiere oder Gemeinden (communities) formuliert hat: Je mehr eine Gemeinwesen eine gute medizinische Versorgung braucht, desto weniger hat sie Zugang dazu (Hart, 2006, S. 67). Oder: Je mehr Pflege jemand in der Schweiz braucht, desto kleiner ist der Anteil, den die Sozialversicherung für Pflege bezahlt.

- Pflgetarife sind in der Spitex in drei Klassen unterteilt: Der höchste Tarifansatz ist für die Bedarfsabklärung und die Planung der notwendigen Massnahmen (zusammen mit Ärzten) sowie die Koordination und die Kontrolle vorgesehen. Der mittlere Tarif für die medizinische Pflege (Untersuchung und Behandlung) und der niedrige Tarif für die Grundpflege. Die für 2013 gültige Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) legt fest, dass der hohe Tarifansatz 46 Prozent höher ist als der Grundpflegeansatz und 22 Prozent höher als der Ansatz für die medizinische Pflege. Dies ergibt ein starkes Gefälle, das zu Arbeitsteilung, auch wenn sie dysfunktional ist, geradezu zwingt⁸¹ (KLV vom 1.1.2013, Art. 7 und 7a). Dabei handelt es sich um Bundesvorschriften. Wie Kantone am Schluss die Abrechnungssysteme zusätzlich regeln, variiert sehr stark. Die Bundesvorschriften wurden zudem in den letzten Jahren mehrmals geändert.
- Während bei den Ärzten Praxiskosten in die Tarmed-Tarife eingehen, sind die vollen Kosten der Pflege, die auch die Fixkosten enthalten, in den Tarifen nicht abgedeckt. Dies gilt sowohl für die Pflegeheime als auch für die ambulante Pflege. Letzteres zeigen die Tarife für die freiberuflichen Pflegekräfte klar. Sie sind von einer bemerkenswerten Willkür geprägt: Sie müssen jährlich ausgehandelt werden und die Tarife unterscheiden sich von Kanton zu Kanton beträchtlich.⁸² Oder anders gesagt: Die Tarife, die für die Pflegeleistungen von der OKP bezahlt werden müssen, sind zu tief.

Zwar wird heute der zeitliche Pflegeaufwand akribisch quantifiziert und bewertet. Insofern ist er sehr gut sichtbar, jedenfalls, was die OKP-pflichtigen Leistungen anbelangt. Aber die Bewertung enthält gleichzeitig eine Art «Abwertungsskala», die nicht den Einsichten der Pflegewissenschaften über die Komplexität, Breite und die notwendige Qualifikation der Pflege entspricht. Die Werturteile, die hinter diesen Tarifen und Skalen stecken, enthalten immer noch etliche Rückstände der patriarchalen Gesellschaften des 19. Jahrhunderts. Dazu kommt die wichtige Frage: Wie viel Zeit wird den Leistungen zugeordnet? Und nicht nur das: Den Zeitbudgets liegen letztlich lineare Vorstellungen über die Zeitökonomie von Pflege zugrunde. Je kleiner die Zeiteinheit, in der abgerechnet werden muss, desto weniger Schwankungen darf es geben beim Zeitaufwand für pflegerische Interventionen. Das Fünf-Minuten-Regime ist ausserordentlich starr.

⁸¹ Hier handelt es sich um Bundesvorschriften. Wie Kantone am Schluss die Abrechnungssysteme zusätzlich regeln, variiert sehr stark.

⁸² Die Tarifregelung für freiberufliche Pflegefachkräfte ist von einer bemerkenswerten Willkür geprägt: Sie müssen jährlich ausgehandelt werden und die Tarife unterscheiden sich von Kanton zu Kanton beträchtlich (www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/3freiberufliche_pfleger/pdf/20140101_Restfinanzierung-de.pdf, Zugang 14.2.2014). In den meisten Kantonen sind die Abgeltungen zu tief und decken die Vollkosten faktisch nicht.

4.3 Problematische Zeiterfassung

Bei der Ermittlung des Pflegebedarfs ist die Einschätzung des Zeitbedarfs zentral sowohl für die Arbeitsorganisation der Pflege als auch für ihre Qualität. Bartholomeyczik (2007a) äusserte sich 2007 in einem Referat in Wil (St. Gallen) zur Pflegezeitmessung sehr kritisch. Sie sieht aufgrund ihrer eigenen Forschungsarbeiten zu Zeitmessungen folgende Probleme:

Je nach Erhebungssystem kann der für bestimmte Leistungen gemessene zeitliche Aufwand sehr unterschiedlich ausfallen. Das Leistungserfassungssystem in der Pflege (LEP) dokumentiert, was für den Patienten getan und wie viel Zeit dafür aufgewendet wurde. Das schweizerische LEP kommt aber im Vergleich zum deutschen PPR (Pflegepersonalregelungen) für die stationäre Pflege auf deutlich höhere Zeiten. In der Schweiz wird mehr Zeit für die Pflege eingeplant als in Deutschland. Ebenso unterscheidet sich der Zeitaufwand für die gleiche Patientengruppe in fünf verschiedenen Ländern Nordamerikas und Mitteleuropas. Diese Zeitmessungssysteme (wie PLAISIR, PNR) können sich pro Pfl egetag und Patient gemessen um bis fast das Doppelte unterscheiden. Alle, so Bartholomeyczik, «beanspruchen, zuverlässige Systeme zur Personalbemessung darzustellen. Meist wird auch behauptet, dass die hinterlegten Normzeiten aufgrund empirischer Ergebnisse entwickelt wurden» (Bartholomeyczik, 2007a).

Bei der Entschädigung der OKP-pflichtigen Leistungen geht es in der ambulanten Pflege und in den Pflegeheimen auch um die Frage, wie hoch der Pflegebedarf einer Patientin oder eines Patienten ist. Bartholomeyczik war an der Forschung dazu beteiligt und weist auf drei Probleme hin, die vor allem die Grundpflege betreffen: a) die unterschiedlichen Zeiten, die Patienten beispielsweise beim Ankleiden brauchen, b) Multitasking (Füsse waschen und gleichzeitig Mahlzeiten besprechen) und c) die Tatsache, dass eingespielte Teams weniger Zeit brauchen als solche, die neue Patienten pflegen.

Wie wird der Zeitaufwand gemessen, den es braucht, bis sich alle – die Gepflegten, die pflegenden Angehörigen und die professionelle Pflege – aneinander gewöhnt haben? Am Anfang braucht es viel mehr Zeit, als wenn alle eingespielt sind. Die Interaktionszeiten sind nicht linear.

Bartholomeyczik (2007a) hält die Zeitmessungen aus den oben erwähnten Gründen für sehr problematisch:

«Auch wenn man von vielen Dingen Zeiten erfassen kann, halte ich Zeitmessungen nicht für das geeignete Instrument, Personalplanung zu betreiben, zumindest nicht für das ausschliesslich Wichtige! Ich verstehe auch nicht, warum das ständig und immer wieder in der Pflege diskutiert und als notwendig angesehen wird, während die Finanzierung ärztlicher Leistungen ganz anders verläuft. In Deutschland wird nach einem Punktesystem refinanziert, bei dem zwar teilweise auch Zeitvorstellungen eingehen, aber in sehr unterschiedlichem Masse. Die Komplexität der Pflegesituationen, die Anforderungen an die unterschiedlichen Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegenden und die Qualität der pflegerischen Leistungen müssen einbezogen werden. (...) Anforderungen an pflegerische Leistungen können bekanntermassen sehr unterschiedlich sein, was sich aber nicht unbedingt in Zeiten, sondern vielmehr in erforderlichen Kompetenzen niederschlägt.»

Es gibt zwei Punkte, die noch zusätzlicher Erwähnung bedürfen: die Präsenzzeiten und die unabhärbaren Zeitrhythmen von Genesung und Krisen der Patienten (hier: Patientenzeiten). Beim ersten Punkt geht es um die Präsenzzeiten (passive Care) als zusätzliches Zeitmessungsproblem. Untersuchungen in Australien haben beispielsweise gezeigt, dass wenn zu der Zeit der direkten

Betreuungsarbeit⁸³ auch Multitasking⁸⁴ und die Präsenzzeiten (Passive Care)⁸⁵ zusammengezählt werden, der gesamte Zeitaufwand für Kinderbetreuung auf etwa das Vierfache der Zeit steigt, die gemessen wird, wenn nur die direkte Betreuungsarbeit erfasst wird (Ironmonger, 1996, S. 56). Ähnlich dürfte es sich bei sehr pflegebedürftigen Menschen verhalten, die nicht einfach allein gelassen werden können. Die Zeitmessungen, die «nur» Pflegeinterventionen messen, unterschätzen die effektiv notwendige Pflegezeit je nach Situation vermutlich beträchtlich. Die Schwankungen bei den «Patientenzeiten» erschweren eine genaue Zeitplanung. Manchmal haben Patientinnen und Patienten eine Krise und brauchen mehr Zeit. Einige haben lange Anfangszeiten, bis es ihnen besser geht, oder sie erholen sich lange nicht, obwohl es anfänglich anders ausgesehen hat usw. Die «Patientenzeiten» sind ein wesentlicher Teil der pflegerischen Interaktion. Die lineare Zeitmessung, ihre Einteilung in Fünf-Minuten-Einheiten wie auch die Hierarchisierung der Pflege und der damit verbundenen beruflichen Kompetenzen schaffen Voraussetzungen, die eine effiziente und effektive Pflege erschweren.

Es könnte auch anders, nach anderen Kriterien abgerechnet werden. Das zeigt das folgende Beispiel aus den Niederlanden:

Beispiel Buurtzorg in den Niederlanden

In den Niederlanden rechnen Homecare-Organisationen in der Regel gegenüber den Versicherungen ähnlich ab wie in der Schweiz: mit definierten Pflegeleistungen, die in einer bestimmten Zeit erbracht werden müssen und denen unterschiedliche Tarife zugeordnet sind. Das war Anlass zur Gründung einer neuen, inzwischen ausserordentlich erfolgreichen Spitexorganisation namens «Buurtzorg», die Leistungsabgrenzungen, Tarifunterschiede und die bisherigen Tarifaufrechnungen bei der ambulanten Pflege ablehnt. Sie rechnet nach Zeit ab und stellt möglichst viele Fachpflegepersonen ein (gegenwärtig hat etwa die Hälfte der Angestellten eine Bachelorausbildung). Über einen der Initiatoren des Projekts ist Folgendes zu lesen:

«Jos de Blok was originally a district nurse and, until 2006, worked for regular homecare organizations. He also had management functions in those organizations. I entered the healthcare sector out of passion and compassion. I very much wanted to add something to the lives of others. District nurses don't have a job, they are their job. Over the past few years, that has seemed to disappear. Providing care had become something entirely different. It was suddenly all about production, protocols and administration. It was heading in the wrong direction.»⁸⁶

De Blok geht von der Überzeugung aus, dass die Arbeitspraxis entscheidend dafür sein muss, wie eine Organisation strukturiert ist.

- Teams von Pflegerfachkräften vernetzen sich (in einem Quartier oder einer Region in Gruppen von maximal 12 Personen) und organisieren ihre Arbeit eigenständig, ebenso die Kontakte zu den Ärztinnen, zu anderen Therapeuten usw.

⁸³ z. B. Windeln wechseln, mit ihnen spielen, Hausaufgaben machen, nicht enthalten ist dabei die zusätzliche Hausarbeit, die Kinder verursachen.

⁸⁴ z. B. Kochen, Kinder spielen in der Küche.

⁸⁵ z. B. Zeitung lesen, während Kinder im Nebenzimmer spielen, oder Präsenz am Abend.

⁸⁶ Eine Darstellung (in englischer Sprache) des sehr interessanten Projekts kann bei Google unter dem Stichwort «Buurtzorg» oder unter www.nieuworganiseren.nu/cases/buurtzorg-nederland/ aufgerufen werden. Das obenstehende Zitat stammt aus letzterer Quelle. In der Schweiz hat anlässlich einer Tagung der AGGP (Aktion Gsundi Gsundheitspolitik, www.aggp.ch) in Zürich am 4. Februar 2012 Jos de Blok über die Erfahrungen von Buurtzorg referiert. Die Zahlen zum Personalbestand stammen aus einem Referat der Buurtzorg-Mitarbeiterin Yvonne Koopman (30. November 2013 in Essen, Deutschland).

- Der Pflegebedarf von einzelnen Patienten wird (organisationsintern) als globale Zeitgrösse berechnet und nicht nach Leistung oder Tarifgruppe. Die Überzeugung ist, dass die Pflegefachkräfte dazu ausgebildet sind, zu beurteilen, was jeweils notwendig ist und wie oft. Es sind Pflegeteams, welche die Pflege selbst koordinieren, und nicht eine zentrale Koordination und es sind die Pflegefachpersonen, die ad hoc entscheiden, was es bei einem Besuch bei Patienten gerade braucht. Aufgrund der ärztlichen Verordnungen werden nur generelle Zeitrichtlinien eingehalten.
- Es werden zwar höhere Löhne bezahlt als bei den anderen Spitexorganisationen, aber dank der Selbstorganisation der Pflegefachkräfte können hohe Lohnsummen für Management und Administration gespart werden, so dass die Organisation insgesamt günstiger und besser arbeiten kann.

2006 startete eine Gruppe von vier Pflegefachpersonen mit dem Projekt, im Juli 2013 arbeiteten 7000 Personen bei Buurtzorg, davon waren nur 30 Personen mit administrativen Arbeiten beschäftigt. Bei anderen Spitexorganisationen macht die Administration im Durchschnitt 25 Prozent der Kosten aus, bei Buurtzorg acht Prozent. Das heisst, es bleibt mehr Geld für die Pflege. Buurtzorg hat noch nie Werbung zur Anstellung von Pflegefachkräften gemacht, sie melden sich von selbst, weil die Arbeit attraktiv ist. Insgesamt kommen selbst den Versicherungen die Leistungen von Buurtzorg letztlich billiger zu stehen als diejenigen von den regulären Spitexorganisationen, die nach tariflich festgelegten Leistungen und festen Zeiteinheiten abrechnen.

Evaluationen zeigen, dass Buurtzorg in den Niederlanden die beliebteste Spitexorganisation ist, sowohl bei den Pflegenden als auch bei den Patienten. Buurtzorg ist wirtschaftlicher als eine Pflege, die nach Leistungs- und festen Zeitbudgetprinzipien, wie sie in der Schweiz auch gelten, organisiert ist. Sie ist wirtschaftlicher, nicht weil Leistungsmengen abgebaut werden, sondern weil die Logik der Pflege und ihre Arbeitsprozesse adäquat berücksichtigt werden, das heisst, die Arbeit und die Arbeitsteilung im Sinne der Pflege organisiert sind. Vor allem wurde die Fragmentierung der Pflegearbeit stark reduziert. Das war nur möglich, weil das (dysfunktionale) Tarifsysteem durch die interne Arbeitsorganisation von Buurtzorg «unterlaufen» wurde.

Allerdings muss bei diesem vorbildlichen Beispiel festgehalten werden, dass in der niederländischen Pflegeversicherung wesentlich mehr Pflegeleistungen obligatorisch versichert sind als in der Schweiz.

Zusammenfassung und Ausblick

Die heutigen Tarifregelungen für die Pflege enthalten einerseits strikte Zeitvorgaben und Zeitrhythmen, die den Anforderungen der Pflege nicht gerecht werden, und andererseits Tarifierarchien, die zu einer dysfunktionalen Arbeitsteilung zwingen. Das ist das Fazit dieses Teils.

Während in Teil 2 die problematischen Konzepte ökonomischer Regulierungen thematisiert sind, wie sie den Fallpauschalen und heute generell den Debatten zum Gesundheitswesen zugrunde liegen, dreht sich dieser Teil um die Erkundung des Unterschieds zwischen Güterproduktion und Pflegearbeit. Es geht dabei einerseits um die Frage der Strukturierung der Pflege durch Tarifordnungen und Krankenversicherungsgesetzen und andererseits darum, welche «Logik» die Pflegearbeit charakterisiert. Letztlich kommt es darauf an, wie die erforderliche Flexibilität in der Pflege, die Nichtlinearität der Zeitökonomie, die Komplexität der Pflegeprozesse und die Ungewissheiten, welche die Pflegearbeit mit sich bringt, in den Abrechnungssystemen berücksichtigt werden. Sowohl die Abrechnungssysteme als auch die Regelungen, welche Leistungen OKP-pflichtig sind, strukturieren die Zeiträume, in denen Pflege stattfinden kann.

Kostenkontrolle aufgrund des Vergleichs mit dem standardisierten Aufwand für verschiedene Leistung (Benchmarking) ist eine Sache. Sie ist nicht unproblematisch, vor allem auch im Hinblick auf den hohen zeitlichen Aufwand für deren Erfassung. Eine ganz andere Sache ist - mit schwerwiegenden Auswirkungen - ein Tarifsystem, das zwingend auf diesem Benchmarking basiert, so wie bei den Fallpauschalen in Spitälern und – auf andere Art – beim Tarifsystem für Spitex und Pflegeheime. Solche Systeme sind schlicht dysfunktional.

So wie von Bartholomeyczik (2007a) als Alternative vorgeschlagen, könnten Tarife für die ambulante Pflege und in Pflegeheimen⁸⁷ mit dem Schwierigkeitsgrad und den Kompetenzanforderungen gewichtet werden wie mit Tarmed bei den Ärztinnen und Ärzten. Diese Variante hätte den Vorteil, dass die Pflegeleistungen im Voraus nicht rigid definiert sind wie bei den gegenwärtigen Abrechnungssystemen für Spitex und Pflegeheimen, wo die OKP-pflichtigen Leistungen durch enge Zeit- und Pflegeleistungsdefinitionen begrenzt sind. Nur die Pflegenden selbst können effektiv den momentanen Bedarf jeweils abschätzen und entsprechend ihre Arbeit verrichten – so wie die Ärzte auch. Gegen ein System, wie es Bartholomeyczik vorschlägt, sprechen jedoch mindestens zwei Gründe: Zum einen stellt sich das Problem des damit verbundenen sehr grossen Zeitaufwands für die Erfassung der Pflegeleistungen, soll sie die Komplexität der Pflegeleistungen adäquat abbilden. Zum anderen spricht die Logik der Pflegearbeit, wie in Kapitel 1 und 2 dieses Teils dargestellt, gegen solche Leistungsabrechnungen: Die Abbildung von Pflegearbeit in Leistungseinheiten lässt sich wegen der Personenbezogenheit, Komplexität, Vielschichtigkeit und Vielfältigkeit und nur beschränkter Planbarkeit schlicht nicht so standardisieren, dass sie als gute Grundlage von Abrechnungen dienen könnten.

Bartholomeyczik (2007a) wendet sich gegen eine Bedarfsabklärung von Pflege in Form von festen Zeitvorgaben. Eine Alternative bestünde darin, den *effektiven* Zeitaufwand zu bezahlen. Das

⁸⁷ Für Pflegeheime und die Spitex müssen wegen anders gearteter institutioneller Bedingungen und wegen unterschiedlicher Aufgaben der Pflege andere Lösungen gesucht werden als für Spitälern. In den Spitälern stellt sich das geschilderte Problem auch, nur setzen die DRG andere Massnahmen voraus, beispielsweise der Miteinbezug einer Pflegediagnose in das DRG-Kalkül, ebenso Berechnungen für den Pflegeaufwand, die eine andere Betriebsorganisation der Pflege ermöglichen. Allerdings stellt sich trotzdem die Frage, ob die DRG, auch wenn eine Pflegediagnose in den Fallpauschalen berücksichtigt wird, ein geeignetes Mittel sind, OKP-pflichtige Leistungen von Spitälern «effizient» zu steuern. Die Überlegungen in Teil 2 und 3 dieser Abhandlungen sprechen dagegen.

heisst nicht, dass der Zeitaufwand und die damit verbundenen Kosten der OKP-pflichtigen Leistungen nicht durch ein Benchmarking kontrolliert werden oder dass durch Abschätzungen des Pflegebedarfs nicht eine provisorische Grenze für die OKP-pflichtigen Leistungen definiert werden könnte, bei der die Möglichkeit besteht, diese aufgrund neuer Pflegediagnosen und Bedarfsabschätzungen zu erweitern⁸⁸. Der Fall von Buurtzorg (s. Kasten im vorherigen Kapitel) zeigt, dass ein solches Abgeltungssystem, in dem die Zeitvorgaben nur pauschal gegeben sind, nicht unwirtschaftlicher zu sein braucht, ganz im Gegenteil. Eine wichtige Voraussetzung dafür wäre allerdings eine Entscheidungskompetenz, die Pflegefachkräfte in der Spitex und in Pflegeheimen hierzulande gegenwärtig nicht haben.

Letztlich ist entscheidend, ob die Tarifsysteme und die damit verbundenen Betriebsorganisationen den Realitäten und der Logik der Pflegearbeit entsprechen. Diesbezügliche Konzepte können nur in Zusammenarbeit mit Pflegekräften und aufgrund der Erforschung der jeweiligen Pflegepraxis und -erfahrungen entwickelt werden.

Was die Schweiz anbelangt, muss allerdings betont werden, dass die Pflege durch die Sozialversicherungen insbesondere in Pflegeheimen und Spitex eindeutig unterfinanziert ist. Der Verwirklichung des Rechts auf eine gute Pflege sowohl für die Pflegekräfte als auch für die Gepflegten sind heute in der Schweiz enge finanzielle und institutionelle Grenzen gesetzt.

⁸⁸ Die Frage stellt sich allerdings, wer über eine solche Verlängerung entscheidet. Heute haben Krankenkassen in dieser Hinsicht ein zu weit gehendes Entscheidungsrecht.

Referenzen

(ohne in Fussnoten erwähnte Zeitungsartikel)

Abholz, H.-H. (2012). *Die Verdrängung des Individuums aus der Medizin*. Referat vom 10. November 2012 in Essen (D), Tagung «Standardisiert & verarmt: wie Kranke und Pflegende profitabel gemacht werden», Arbeitskreis im Genarchiv/Impatientia e.V.
www.impatientia-genarchiv.de/index.php/id-01_abholz.html (Zugang 14.2.2014).

Adams, V. & Nelson, J. A. (2009). The Economics of Nursing: Articulating Care. *Feminist Economics* 15 (4), 3-29.

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Strömseng Sjetne, I., Smith, H. L. & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344: e1717. doi:10.1136/bmj.e1717, 1-14.

Appelt, E., Heidegger, M., Preglau, M. & Wolf, M. A. (Hrsg. 2010). *Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich. Eine geschlechterkritische Perspektive*. Innsbruck/Wien/Bozen: Studien Verlag.

Aranda, S. & Brown, R. (2006). Nurses Must Be Clever to Care. In: Nelson, S. & Gordon, S. (ed.) (2006): *The Complexities of Care. Nursing Reconsidered* (pp. 122-142). Ithaka/London: Cornell University Press.

BAG Bundesamt für Gesundheit. (2012). *Allgemeine Informationen zum Krankenversicherungsgesetz (KVG)*. Bern, 27. April 2012. www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/index.html?lang=de (Zugang 26.6.2014).

Bartholomeyczik, S. (2010). Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer S. (Hrsg.) *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert* (S. 133-154). Göttingen: V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück.

Bartholomeyczik, S. (2007). Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. Langfassung des Artikels aus *Dr. med. Mabase*, Nr. 166, März/April 2007. Online nicht mehr verfügbar, heruntergeladen am 15.1.2013.

Bartholomeyczik, S. (2007a). *Pflegezeitbemessung unter Berücksichtigung des Beziehungsprozesses*. Referat anlässlich des 6. Symposiums für Pflegebeziehung: Beziehungsarbeit – Eine wertvolle Billiglinie? Psychiatrische Klinik Wil, 11.5.2007. Schriftliche Version online verfügbar via Google. Zugang 14.2.2014.

Baumol, W. J. (2012). *The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. Mit Beiträgen von de Ferranti, D., Malach, M., Pablos-Méndez, A., Tabish, H. & Gomory Wu, L. New Haven & London: Yale University Press.

BFS Bundesamt für Statistik. (2009). Erwerbsmodelle, Arbeitsteilung und Kinderbetreuung in Paarhalten. Einige Aspekte der Vereinbarkeit von Beruf und Familie: Die Schweiz im internationalen Vergleich. *BFS Aktuell, 20 Wirtschaftliche und soziale Situationen der Bevölkerung*, September, Neuchâtel. Online: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/05/blank/key/int_vergleiche.html

Binswanger, M. (2012). *Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren*. Freiburg/Basel/Wien: Herder.

Bischoff, C. (1986). Krankenpflege als Frauenberuf. In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, 8 (S. 13-27). Berlin: Argument-Verlag.

Bowker, G. C. & Star, S. L. (2000). *Sorting Things Out. Classification and Its Consequences*. Cambridge, Massachusetts / London, England: The MIT Press.

Burckhardt, L. (1995). *Design = unsichtbar*. Hrsg. von Höger, H. für den Rat für Formgebung. Ostfildern b. Stuttgart: Cantz.

- Chilingerian, J. (2008). Origins of DRGs in the United States: a technical, political and cultural story. In: Kimberly J. R., de Pouvourville G. & D'Aunno, T. (eds.). *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care* (pp. 4-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Clarke, S. (2006). Research on Nurse Staffing and Its Outcomes. The Challenges and Risks of Grasping at Shadows. In: Nelson, S. & Gordon, S. (eds.). *The Complexities of Care. Nursing Reconsidered* (pp. 161-184). Ithaka/London: Cornell University Press.
- Duden, B. (2012). *Entkörpernde Daten – Zur Wirkungsmacht der Statistik in der Medizin*. Referat vom 10.11.2012 in Essen (D), Tagung «Standardisiert & verarmt: wie Kranke und Pflegenden profitabel gemacht werden», Arbeitskreis im Genarchiv/Impatientia e.V.
www.impatientia-genarchiv.de/index.php/id-06_duden.html (Zugang 14.2.2014).
- EBG Eidg. Büro für Gleichstellung von Frau und Mann. (2010). *Care-Arbeit. Anerkennung und Aufwertung der Care-Arbeit. Impulse aus gleichstellungspolitischer Sicht*. Bern. Kann auch gratis bestellt werden. Online: www.ebg.admin.ch/themen/00008/00465/index.html?lang=de
- Eugster, G. (2001). Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 56 Abs. 1 KVG, in: R. Schaffhauer/U. Kieser (Hg.): *Wirtschaftlichkeitskontrolle in der Krankenversicherung* (S. 9-70). Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis Hochschule St. Gallen.
- Folbre, N. (2006). Demanding Quality: Worker/ Consumer Coalitions and «High Road» Strategies in the Care Sector. In: *Politics & Society*, Vol. 34, No.1, March, 11-31.
- Fraisse, G. (2011). Dienen und Versorgen. *Le Monde diplomatique*. September.
Online: www.monde-diplomatique.de (Archiv).
- Fraisse, G. (2011a). Eternelles invisibles. Mirage des services à la personne. *Le Monde diplomatique*, September. Online: www.monde-diplomatique.fr/2011/09
- Frey, M., Liechti, D. & Feer, M. (2011). Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte. Out-of-Pocket-Zahlungen und Kostenbeteiligungen in der Schweiz und im internationalen Vergleich. *Obsan Dossier 17*, Neuchâtel. Online: www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=4523
- Gordon, S. (2006). The New Cartesianism: Dividing Mind and Body and Thus Disembodying Care. In: Nelson, S. & Gordon, S. (eds.). *The Complexities of Care. Nursing Reconsidered* (pp. 104-121). Ithaka/London: Cornell University Press.
- Hart, J. T. (2006). *The political economy of health care. A clinical perspective*. Bristol: The Policy Press University of Bristol.
- Hartwig, J. (2008). What drives health care expenditure? Baumol's model of "unbalanced growth" revisited. *Journal of Health Economics*, 27, 603-623.
- Hartwig, J. (2007). Can Baumol's Model of Unbalanced Growth Contribute to Explaining the Secular Rise in Health Care Expenditure? *KOF Arbeitspapier 178*, November. Zürich: KOF Konjunkturforschungsstelle der ETH.
- Hartwig, J. (2006a). Sind unsere gesamtwirtschaftlichen Probleme überhaupt lösbar? *Diskussionspapier der Keynes-Gesellschaft 3/2006*. www.keynes-gesellschaft.de/ (Zugang 14.2.2014).
- Hartwig, J. (2006b). Productivity Growth in Service Industries – Has "Baumol's Disease" Really Been Cured? *KOF Arbeitspapier 155*, November. Zürich: KOF Konjunkturforschungsstelle der ETH.
- Ironmonger, D. (1996). Counting Outputs, Capital Inputs and Caring Labour. Estimating Gross Household Product. *Feminist Economics*, 2 (3), 37-46.
- Jochimsen, M. A. (2003). *Careful Economics. Integrating Caring Activities and Economic Science*. Boston/Dordrecht/London: Kluwer Academic Publishers.

- Keighley, T. (2006). From Sickness to Health. In: Nelson, S. & Gordon S. (eds). *The Complexities of Care. Nursing Reconsidered* (pp. 88-103). Ithaka/London: Cornell University Press.
- Kirchgässner, G. & Gerritzen, B. (2011). *Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich*. Gutachten zuhanden des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO, überarbeitete Fassung vom 5.4.2011 (online: via Google).
- Kirchgässner, G. (2009). Das schweizerische Gesundheitswesen: Kostenentwicklung und grundsätzliche Probleme. *Die Volkswirtschaft. Das Magazin für Wirtschaftspolitik*, 11/2009, 4-8.
- Le Goff, J. (2008). *Wucherzins und Höllenqualen. Ökonomie und Religion im Mittelalter*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Le Goff, J. (1985). *Les intellectuels au Moyen Age*. Paris: Ed. du Seuil.
- Lindqvist, R. (2008). From naïve hope to realistic conviction: DRGs in Sweden. In: Kimberly, J. R., de Pouvourville, G. & D'Aunno, T. (eds.). *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care* (pp. 73-91). Cambridge: Cambridge University Press.
- Madörin, M., Schnegg, B. & Baghdadi, N. (2012). Advanced economy, modern welfare state and traditional gender regimes: political and social economy of care in Switzerland. In: Razavi, S. & Staab, S. (eds.). *Global Variations in the Political and Social Economy of Care: Worlds Apart* (pp. 43-60). New York: United Nations Research Institute for Social Development UNRISD/Routledge.
- Madörin, M. (2013). Die Logik der Care-Arbeit – eine Annäherung. In: Gurny, R. & Tecklenburg, U. (Hrsg.). *Arbeit ohne Knechtschaft. Bestandesaufnahmen und Forderungen rund ums Thema Arbeit* (S. 128-145). Zürich: edition 8.
- Madörin, M. (2011). Das Auseinanderdriften der Arbeitsproduktivitäten: Eine feministische Sicht. In: *Denknetz Jahrbuch*, 2011, S. 56-70.
Online: www.denknetz-online.ch/spip.php?page=denknetz&id_rubrique=46&design=1&lang=de
- Madörin, M. (2010a). Care Ökonomie – eine Herausforderung für die Wirtschaftswissenschaften. In: Bauhardt, C., Çağlar, G. (Hg.). *Gender and Economics. Feministische Kritik der politischen Ökonomie* (S. 81-204). Wiesbaden: VS Verlag.
- Madörin, M. (2010b). Weltmarkterfolg auf Kosten der Frauen. Steuerpolitik, Care- und Genderregimes in der Schweiz. In: *Widerspruch*, Heft 58, Jg. 30, 1. Halbjahr, 97-108.
- McDowell, L. (2009). *Working Bodies. Interactive Service Employment and Workplace Identities*. Chichester/Oxford/Malden: Wiley-Blackwell.
- Mol, A., Moser, I. & Pols, J. (2010). Care: putting practice into theory. In: Mol, A., Moser, I. & Pols, J. (ed.): *Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms* (pp. 7-19). Bielefeld: transcript Verlag.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. London/New York: Routledge.
- Mol, A. (2002). Cutting Surgeons, Walking Patients: Some Complexities Involved in Comparing. In: Law, J. & Mol, A. (ed.): *Complexities. Social Studies of Knowledge Practices* (pp. 218-257). Durham/London: Duke University Press (Text auch online via Google verfügbar).
- Mühlherr, L. (2007). Arbeit-Beruf-Profession: der Weg zur Fachhochschule. Zentrale Ereignisse der Berufsbildung in der Krankenpflege zwischen 1850 bis 2006. Winterthur: ZHAW Institut für Pflege. Online: www.zhaw.ch/fileadmin/php_includes/popup/hop-detail.php?hop_id=1456203721 (Zugang: 14.2.2014).
- Neckel, S. (1995). Der unmoralische Tausch. *Kursbuch*, Heft 120, Juni, 9-16.
- Nelson, S. & Gordon, S. (eds.) (2006). *The Complexities of Care. Nursing Reconsidered*. Ithaka/London: Cornell University Press.
- OECD. (2011). *OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz*. OECD/World Health Organization: Paris. Deutschsprachiger Bericht: Bundesamt für Gesundheit Schweiz (beim BAG gratis erhältlich).

- OECD. (2011a). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Policy Brief*. OECD May 2011. Online verfügbar: www.oecd.org/els/health-systems/ (Zugang 14.2.2014), s. Dokumente unter «Help Wanted».
- Samuel, S., Dirsmith, M. W. & McElroy, B. (2005). Monetized medicine: from the physical to the fiscal, *Accounting, Organizations and Society*, 30 (2005), 249-278.
- Santésuisse. (2010). Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1.1.2012, Positionspapier vom 8.9.2012. www.santesuisse.ch (Zugang 14.2.2014).
- SBK-ASI. (2011). Professionelle Pflege in der Schweiz. Perspektive 2020. Positionspapier des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. Bern. www.sbk-asi.ch
- Schön-Bühlmann, J. (2005). Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten, *Soziale Sicherheit*, CHSS 5/2005, S. 274-280.
www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00096/03270/index.html?lang=de
- Schleinger, R. (2006). Der Wert des Lebens aus ökonomischer Sicht: Methoden, Empirie, Anwendungen. Bericht im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG. Winterthur: ZHAW.
www.sml.zhaw/de/management/institute-und-zentren/fwp/publikationen.html (Zugang 14.2.2014).
- Scott, J. C. (1998). *Seeing Like a State. How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. New Haven / London: Yale University Press.
- SGV Schweiz. Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte. (o. J.). Manual der Schweizer Vertrauens- und Versicherungsärzte (online). www.vertrauensaeerzte.ch (Zugang Dez. 2012).
- SVPL Schweiz. Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter. (2009). SBK-ASI (Hrsg.). Projekt SwissDRG und Pflege. Quantitative Analyse Pflegeaufwand.
www.sbk.ch/de/politik/fallpauschalen-drg.html (Zugang Dez. 2012).
- SwissDRG AG. (o. J.). Fallpauschalen in Schweizer Spitälern, Basisinformationen für Gesundheitsfachleute. www.swissdrg.org (Zugang Dez. 2012).
- Telser, H. (2012). Kosten-Nutzen-Bewertung im Gesundheitswesen – Rationierung als Königsweg? RVK-Forum (des Verbandes kleinerer und mittlerer Krankenkassen, PPP, Tagung vom 25.4.2012). www.rvk.ch/forum (online Dez. 2012, via Google verfügbar am 14.2.2014)
- Theobald, H. (2009). Restrukturierung informeller, familiärer Versorgung und Ungleichheitsdynamiken. Ergebnisse im internationalen Vergleich. *Femina Politica*, 1/2009, S. 59-72.
- Thiele, G. (2004). *Ökonomik des Pflegesystems*. Dissertation. Heidelberg: Economica Verlag.
- UBS (2012). *Preise und Löhne. Ein Kaufkraftvergleich rund um die Welt*. Hrsg. von CIO Wealth Management, erscheint jährlich. Online via Google oder UBS verfügbar oder gratis bei UBS erhältlich.
- Vasella, D. (2012). The lesson from abroad: spending more doesn't always lead to better care. *Boston Globe*, 22. Juni (online verfügbar via Google oder via www.bostonglobe.com, Zugang 14.2.2014).
- Wiederkehr, S. (2009). Lohngleichheit – eine Farce! Eine Geschichte ohne Ende. In: *Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten*. Olympe, Heft 30/2009, 96-106.
Online: www.frauenarchivostschweiz.ch/f/olymp/olymp_30.pdf
- Wittwer, M. (2009). Einführung der SwissDRG 2012. PPP vom 16.3.2009.
www.notfallpflege.ch/drg.pdf (Zugang 14.2.2014).
- Zakaria, F. (2012). Curbing the cost of health care, *Washington Post*, 5. Juli. Online via Google oder www.washingtonpost.com verfügbar (Zugang 14.2.2014).

Wichtige statistische Quellen bezüglich Kosten und Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitswesens

Das Bundesamt für Statistik BFS (www.bfs.admin.ch) behandelt Kosten des Gesundheitswesens im statistischen Thema 14 (Gesundheit). Das BFS gibt für jedes Jahr Statistiken zu den Kosten des Gesundheitswesens heraus. Ebenso hat das BFS eine spezielle Abteilung für die Auswertung von Daten und Studien zum Thema Gesundheit und Gesundheitswesen: www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01.html. Das Bundesamt für Gesundheit ist auch eine wichtige Quelle für Studien und gesetzgeberische Dokumente.

OECD-Statistiken und Berichte (www.oecd.org/health/). Die OECD baut die Analysen und Statistiken zu den Gesundheitswesen aus. Da die Schweiz Mitglied der OECD ist, sind die Daten der Schweiz in den internationalen Studien enthalten und vergleichbar mit anderen Ländern. Die Daten der OECD werden von den Mitgliedsländern erhoben und geliefert. Zudem erstellt die OECD periodisch eigene Berichte über einzelne Länder, so auch beispielsweise zum Thema Gesundheitswesen. Es existiert auch eine Dokumentation über zukünftige Herausforderungen der Langzeitpflege (OECD 2011a). In der OECD ist Deutsch keine Amtssprache, hingegen Englisch und Französisch. Die OECD-Berichte werden in der Schweiz zum Teil ins Deutsche übersetzt.

Eurostat (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database). Der statistische Apparat der Europäischen Union verarbeitet und systematisiert die Statistiken ihrer Mitgliedsländer und verfügt auch über viele statistische Daten zur Schweiz. Es gibt zwei Themen (zum Anklicken), die im Zusammenhang mit der Finanzierung und den Leistungen des Gesundheitswesens Informationen enthalten: Gesundheit, Soziale Sicherheit. Die Eurostat-Website ist auch in Deutsch verfügbar.

Weitere Datenquellen:

Health Consumer Powerhouse (www.healthpowerhouse.com) gibt den jährlichen Bericht «Euro Health Consumer Index» heraus, in dem auch die Schweiz vorkommt. HCP ist eine private Organisation, arbeitet laut Website mit der EU-Kommission zusammen und wird von «Stakeholdern» finanziell unterstützt. Sie versteht sich als Unternehmen, das sich für Konsumentenschutz und Patientenrechte einsetzt.

The Commonwealth Fund (www.commonwealthfund.org), «A Private Foundation Working Toward a High Performance Health System», ist stark auf die USA ausgerichtet, aber gibt auch Studien mit internationalen Vergleichen heraus, die aus gesundheitsökonomischer und -politischer Perspektive interessant sind und in denen die Schweiz als eines von 13 Ländern vorkommt. Zum Beispiel: Squires, David (2010). International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, June 2010.