



**Gesundheit  
Institut für Pflege**  
Zur Sache

Ökonomisierung  
des Gesundheitswesens –  
Erkundungen aus  
der Sicht der Pflege

**Das neue Wirtschaftlichkeitsgebot –  
Kostenkorsetts für die Pflege**



Das Institut für Pflege am Departement Gesundheit veröffentlicht in regelmässiger Folge Berichte aus der Hochschulperspektive zu aktuellen und zukunftsgerichteten Themen rund um die professionelle Pflege im schweizerischen Gesundheitswesen.

### **Impressum**

#### **Herausgeber/Verlag**

ZHAW Departement Gesundheit  
Institut für Pflege  
Technikumstrasse 71  
8401 Winterthur

ipf.gesundheit@zhaw.ch  
www.gesundheit.zhaw.ch/pflege

#### **Autorin**

Mascha Madörin, Ökonomin, lic. rer. pol.

#### **Titel**

Ökonomisierung des Gesundheitswesens –  
Erkundungen aus der Sicht der Pflege  
Teil 2: Das neue Wirtschaftlichkeitsgebot –  
Kostenkorsetts für die Pflege

#### **Redaktionelle Mitarbeit/Korrektorat/Lektorat**

Ingrid Essig, Winterthur, vinegar@hispeed.ch

#### **Gestaltung/Titelgrafik**

Driven GmbH, Zürich, www.driven.ch

#### **Druck**

Ziegler Druck- und Verlags-AG, Winterthur,  
www.zieglerdruck.ch

#### **Auflage**

1. Auflage, September 2014

© ZHAW Departement Gesundheit, Institut für Pflege  
ISBN 978-3-9524121-6-9



Hier halten Sie nun den zweiten Teil der Dreierserie Ökonomisierung im Gesundheitswesen mit der neuesten Ausgabe von «Zur Sache» in den Händen. Die Autorin Mascha Madörin erläutert das Krankenversicherungsgesetz (KVG) als Grundlage für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), die Interpretation des KVG, die sich aufgrund später folgender Gesetze und Verordnungen stetig veränderte, sowie die für die Pflege besonders einschneidenden neueren Regulierungen. Die seit Anfang 2012 geltenden Fallpauschalen erweisen sich hierbei als kaum fassbare und problematische Reform. Kaum fassbar, weil das Abrechnungssystem aus unzähligen Einzelkomponenten besteht; und problematisch, weil die diesbezüglichen Effizienzkalküle die Pflege – wenn diese überhaupt berücksichtigt wird – auf einen blossen Kostenpunkt reduzieren und somit die Arbeit nicht mehr als Pflegeleistung einordnen, die zu besseren Resultaten führt. Als Folge davon wird die bereits seit Langem existierende Unterfinanzierung dieses Sektors noch weiter ausgeprägt, was sowohl die Patientinnen und Patienten auf ihrem Weg zur Genesung als auch die Pflegefachleute bei ihrer Arbeit in immer prekärere Situationen manövriert. Als Ökonomin legt Frau Madörin ein besonderes Augenmerk auf die Begrifflichkeiten, die im Zusammenhang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens verwendet werden, beziehungsweise auf die Bedeutungsverschiebung, die diesbezüglich in den letzten dreissig Jahren stattgefunden hat. Die Zuhilfenahme neoklassischer Wirtschaftstheorien für vermeintliche Sparmassnahmen in zahlreichen Bereichen des Gesundheitssystems führt dazu, dass die einzelnen Menschen mit ihren Krankheiten immer mehr aus dem Fokus fallen und an deren Stelle Care- oder Behandlungsprodukte treten. Das Spital wird heute oft sozusagen als Fabrik und die dortige medizinische Behandlung als industrielles Produkt interpretiert. Diese Ausgabe von «Zur Sache» bietet wiederum reichhaltig Anknüpfungspunkte für weiterführende Diskussionen. Notieren Sie sich schon jetzt den 20. November 2014 in Ihrer Agenda. Wir laden Sie erneut ein zu einem regen Austausch am Departement Gesundheit der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre.

Heidi Longenrich  
Leiterin Institut für Pflege

**5 Vorwort**

**6 1 Die gesetzliche Grundlage für die OKP-pflichtigen Leistungen**

6 1.1 Die drei Kriterien des KVG

6 1.1.1 Wirksamkeit

6 1.1.2 Zweckmässigkeit

6 1.1.3 Wirtschaftlichkeit

**8 2 Vom Wirtschaftlichkeitsgebot zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens**

8 2.1 Wirtschaftlichkeit bezogen auf die Behandlung einzelner Patienten

8 2.1.1 Kostengünstigkeit

8 2.1.2 Leistungsfähigkeit/Ergiebigkeit

8 2.2 Wirtschaftlichkeit bezogen auf die Leistungen des Gesundheitswesens in Spitälern oder in einem Land

8 2.2.1 Prioritätensetzung

8 2.2.2 Leistungsfähigkeit vergleichen

9 2.3 «Ökonomisierung»: Alles wird in Geld gemessen

9 2.3.1 Die Erfindung eines Produkts und seines Preises

9 2.3.2 Die Illusion von der Optimierung des Behandlungsnutzens

**11 3 Fallpauschalen in Spitälern – ein grundlegend neues Effizienzkalkül**

11 3.1 Standardisierte Leistungen als Voraussetzung einer Kostenkontrolle

12 3.2 Die Definition eines fiktiven Produkts

12 3.3 Vom fiktiven Produkt zum Produktpreis

13 3.4 Das neue Effizienzkalkül in Spitälern – Überlegungen zu Auswirkungen

13 3.4.1 Neue Abgeltungsprinzipien

13 3.4.2 Ein anderes Versicherungsregime

14 3.4.3 Rigide Standardisierung

**15 4 Andere Menschenbilder – neue gesundheitsökonomische Argumente**

15 4.1 Patienten als Konsumenten

15 4.2 Investitionen ins Humankapital

15 4.3 Finanzielles Eigeninteresse und finanzielle Anreize

**17 5 Irreführende Denkmodelle und problematische Tendenzen**

17 5.1 Kostenwettbewerb ohne Markt

17 5.2 Dysfunktionales Tarifsysteem

18 5.3 Privatisierung und Entpolitisierung

**19 6 Überlegungen zur Ökonomisierung der Pflege**

19 6.1 Pflege in Spitälern

19 6.1.1 Pflege als Zwischenprodukt

19 6.1.2 Pflegearbeit als ausführende Arbeit

19 6.1.3 Pauschalen unabhängig vom Pflegebedarf

20 6.1.4 Keine Pflegediagnose vorgesehen

20 6.2 Pflege in Pflegeheimen und in der Spitex

21 6.3 Wie kommt Pflege in der Gesundheitsökonomie vor?

22 6.3.1 Kartesianische Denktraditionen in der Ökonomie und der Medizin

22 6.3.2 Finanzielle Anreize als Motor von Angebot und Nachfrage

22 6.3.3 Pflege inbegriffen

22 6.3.4 Unterordnung unter Leistungs- und Effizienzziele

**23 7 Zusammenfassung und Ausblick**

**24 Glossar**

**26 Referenzen**

# Vorwort

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) finanziert sein sollten. 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 und den Staat einzudämmen, wurden im Verlauf der letzten Jahre die Regulierungen der OKP-pflichtigen Leistungen stark verändert. Diese Veränderungen werden in der öffentlichen Diskussion damit legitimiert, dass die Gesundheitskosten zu hoch seien oder zu stark wachsen würden und auf jeden Fall eingedämmt werden müssen. In Teil 1\* dieser Abhandlung wurde die Debatte zu den angeblich zu hohen Kosten des Gesundheitswesens thematisiert. In diesem Teil (Teil 2 der Studie) geht es nun um die neuen Verordnungen, die dafür sorgen sollen, dass die Gesundheitskosten nicht zu stark wachsen und «besser» gesteuert werden. 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 Wirtschaftstheorien. Diese wurden aufgrund von Erfahrungen 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. In verschiedenen Teilen des Textes 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. Zudem stellt sich auch das Wirtschaftlichkeitsgebot 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. Es wird die Frage behandelt, 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.

Mascha Madörin

\* Die vorliegende Ausgabe von «Zur Sache» umfasst eine gekürzte und leicht veränderte Version von Teil 2. Teil 1 («Der Kostendruck auf das Gesundheitswesen und auf die Pflege») ist leicht gekürzt in «Zur Sache» 3.1. vom März 2014 erschienen. Eine gekürzte Version von Teil 3 («Die Pflege im Schatten von Standardisierung und Effizienzkalkül») wird in «Zur Sache» 3.3 erscheinen. Vollständige Version der Studie mit den Teilen 1 bis 3: Mascha Madörin (2014). Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege. ISBN 978-3-9524121-2-1, [www.gesundheit.zhaw.ch/zursache](http://www.gesundheit.zhaw.ch/zursache)

# 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 Behandlung, das Gebot der Wirtschaftlichkeit. Dieses ist vor allem in den Art. 32 und 56 (s. 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 Fallpauschalen (s. Kapitel 3) 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.»

Art. 25 des KVG beschreibt die OKP-pflichtigen Leistungen. 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.» Da die Ärzte die Diagnose stellen und die Behandlungsentscheide fällen, richten sich die oben aufgeführten Gesetzestexte (vor allem Art. 32) primär an sie. 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 Artikel 49 sind die Regelungen zu den Fallpauschalen und zur Spitalfinanzierung festgehalten.

### 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 beziehungsweise die konkreten Behandlungsziele. Es gibt zwar eine Liste von Leistungen, die in der sogenannten Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) geregelt sind, aber für die überwiegende Mehrheit ärztlicher Diagnosen und Behandlungsentscheide gibt es keine abschliessende Liste von Behandlungsverfahren, die OKP-pflichtig sind. Was immer der Arzt entscheidet – die Diagnose beziehungsweise Behandlung ist krankenkassenpflichtig, falls es im Gesetz nicht anders vorgesehen ist. Diese Handhabung ist allerdings durch das Gesetz zur Einführung der DRG-Pauschalen für die Spitäler in Frage gestellt (Artikel 49 und 49a des KVG, in Kraft seit 1. 1. 2009). Ebenso werfen die neuen Pflegefinanzierungsregelungen neue Fragen auf (s. dazu Kapitel 6.2).

### 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. Wichtig zu verstehen ist, dass sich laut juristischer Interpretation 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 und Patienten (Eugster, 2001, S. 43; SGV Online-Manual «Leistungen», [www.vertrauensaezte.ch](http://www.vertrauensaezte.ch)). Es stellt sich allerdings die Frage, wann soziale oder finanzielle Umstände zu gesundheitlichen werden. In Artikel 56 Abs. 1 des KVG (siehe am Anfang dieses Kapitels) ist zudem vom «Interesse der Versicherten» die Rede: Die Leistungen sollen nicht über das Mass hinausgehen, das im Interesse des Versicherten steht.

Wenn die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit bei zwei Varianten der Behandlung gegeben sind, muss die kostengünstigere Lösung gefunden werden (Wirtschaftlichkeitsgebot) (Eugster, 2001, S. 46).

### 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 zum Ergebnis. Wenn auch das Resultat 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 Behandlungsergebnis 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 leistungsfähiger geworden ist (wenn beispielsweise ein teureres, aber wirksameres Medikament eingesetzt wird oder aufwändigere Behandlungen zu grösseren Behandlungserfolgen führen) oder 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.

---

Implizit wird in öffentlichen Debatten oft angenommen, dass die Gesundheitskosten «zu stark» steigen, weil das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht eingehalten wird. So verführerisch dieses Argument sein mag, es ist aus wirtschaftstheoretischer Sicht irreführend:

- Wirtschaftlichkeit der OKP-pflichtigen Leistungen bedeutet noch nicht, dass die Gesamtheit aller Leistungen wirtschaftlich ist (s. dazu Beispiel zu Externalisierung von Kosten in «Zur Sache» 3.1, Kapitel 4).
- Noch weit weniger bedeutet es, dass ein Gesundheitswesen, das eine hohe Wirtschaftlichkeit aufweist, für die Bevölkerung eines Landes günstiger wird. Wie in «Zur Sache» 3.1 (Grafik 3) dargestellt, sind die Behandlungskosten, welche die OKP und der Staat in der Schweiz berappen müssen, im internationalen Vergleich zum BIP relativ tief, hingegen ist der Kostenanteil von den Haushalten im westeuropäischen Vergleich sehr hoch. Wer welche Kosten trägt, ist eine entscheidende Frage.

- Auch wenn das schweizerische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich effizient ist (s. «Zur Sache» 3.1, Kapitel 1.2), so kann trotzdem die Frage nach den Prioritäten gestellt werden: Könnten die Gelder der OKP und der öffentlichen Hand anders verwendet werden? Werden Leistungen bezahlt, die aus bestimmten Gründen nicht OKP-pflichtig sein sollten? Sollten indes Zahnbehandlungen OKP-pflichtig werden? Solche Fragen sind immer wieder Politikum, egal wie das Gesundheitswesen organisiert ist (s. auch Kapitel 2.2.1).
  - In Diskussionen wird fehlende Wirtschaftlichkeit oft mit der Zunahme von Leistungen verwechselt, das heisst: Die Leute gingen zu oft zum Arzt, verlangten zu teure Behandlungen oder verursachten unnötig Gesundheitskosten, weil sie ungesund leben. Solche mutmasslichen Tendenzen sind nicht oder nur auf sehr fragwürdige Art und Weise (s. Kapitel 2.3.2) 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. 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 Wirtschaftstheorie wird in der Regel angenommen, der Markt regle mit Preismechanismen das Zusammenspiel einzelner Produzenten und Konsumenten optimal. Die Wirtschaftlichkeit des Gesamten sei deshalb durch die Einführung von mehr Marktmechanismen 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).

#### 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 schwedischen Pilotprojekt geprüft. Der Staat garantierte ein gleichbleibendes Spitalbudget. Unter den Ärztinnen, Gesundheitsexperten und den Behörden wurde diskutiert, welche Ausgaben wo eingespart und an welcher Stelle sinnvoller eingesetzt werden könnten (Albrecht, 2009). Dieses Beispiel zeigt, dass die Steuerung der Leistungsmengen nicht notwendigerweise durch eine rein finanzielle Effizienzberechnung angegangen zu werden braucht. Der Ansatz der schwedischen Strategie ist nicht die Optimierung knapper Ressourcen wie bei den Effizienzkalkülen, sondern die Priorisierung medizinischer Leistungen.

#### 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 «Zur Sache» 3.1, Kapitel 1.2). Hier stellt sich allerdings die Frage, wie die Leistungsfähigkeit eines ganzen Spitals oder gar des Gesundheitswesens eines ganzen Landes definiert und mit derjenigen eines andern Spitals oder Landes verglichen werden soll. Die dazu benutzten Indikatoren sind meistens sehr grob, 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

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 west-europäischen Ländern (mehr dazu s. Kapitel 5.2).

Solche Vergleichsverfahren, ebenso die Debatte über Prioritäten anhand von Kostenanalysen, können sehr interessant sein und neue Fragen aufwerfen. Aber das Vorgehen ist kompliziert, aufwändig 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 viel einfacher, entsprechende Indikatoren der Wirtschaftlichkeit zu schaffen. Geldgrössen kann man miteinander vergleichen und verrechnen, selbst vergangene oder zukünftige Kosten und Erträge werden auf Grössenordnungen der Gegenwart umgerechnet respektive geschätzt; das Rechnen 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 das Resultat 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, die Wirksamkeit einer Behandlung in Franken zu beziffern. Zum andern deckt sich die medizinisch definierte Wirksamkeit nicht notwendigerweise mit dem, was Patienten als Behandlungsnutzen wahrnehmen. Die Resultate medizinischer Behandlungen sind keine Produkte mit auf Märkten entstandenen Preisen wie im Fall von 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 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 der Behandlungen (Fallpauschale), dann arbeitet das Spital wirtschaftlich. Mit einem Marktpreis hat dies wenig zu tun (mehr dazu s. Kapitel 5.1)

#### **2.3.2 Die Illusion von 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 auf der Basis von Wirtschaftlichkeitsberechnungen beantworten. Es geht dabei um das in der neoklassischen Ökonomie wichtige Konzept des Nutzens.

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 wie jenes eines 90-Jährigen oder einer Person, die an Diabetes leidet und eine schwere Raucherin ist? Wenn die Werte als unterschiedlich betrachtet werden sollen, wie soll das konkret berechnet werden?

---

<p>In Schweden beispielsweise wird die Wertung von Lebensjahren 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</p>	<p>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 bis 3 entspricht der Relevanz (Albrecht 2009).</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

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). Wie die Praxis des Bundesgerichts zeigt, können die Lebenswertberechnungen 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).

Solche Quantifizierungen vom Behandlungsnutzen, der je nach Situation der Kranken gewichtet werden soll, liefern den Schein der Objektivität, den Zahlen immer ausstrahlen. Aber wie obige Argumente zeigen, ist der Weg dazu 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 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 Effizienz kalkül

Historisch betrachtet, haben sich die Wirtschaftlichkeitskonzepte der Gesundheitsökonominnen und -ökonom von den Varianten in Kapitel 2.1 zu den Varianten von Kapitel 2.3 verschoben. Es waren die im Folgenden skizzierten drei Denkbewegungen nötig, bis die Wirtschaftlichkeitskonzepte der Industrie auf die Spitäler angewendet wurden. Die Darstellung dieses jahrelangen Übergangs stützt sich weitgehend auf die Argumentation des 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 eine öffentliche und bundesstaatliche Krankenversicherung – Medicare – einführte, mussten die Ärztinnen beziehungsweise Ärzte und Spitäler in der Folge den Nachweis liefern, wozu welche Leistungen erbracht wurden. Die DRG, die heute als Technik für eine systematische Kosten- und Ertragsrechnung verstanden und verwendet werden, wurden ursprünglich, wie von Ärzten gewünscht, als Grundlage für eine Kosten- und Leistungskontrolle zuhanden von Medicare entwickelt. Führend in der Entwicklung dieser Leistungskontrolle waren der Wirtschaftsingenieur Prof. Robert B. Fetter und seine Mitarbeiterin Jean Freeman von der Yale School of Organization and Management. Sie waren unter anderem auf die Raumfahrtindustrie spezialisiert. Wirtschaftsingenieure sind seit Beginn des 20. Jahrhunderts die Effizienz- und Produktivitätsexperten der Industrie. Die entsprechenden Methoden der Analyse von Arbeitsprozessen und deren Kosten wurden nun auf Spitäler angewendet. Die US-Regierung erhoffte sich von den Leistungsnachweisen eine kostendämpfende Wirkung für Medicare.

Um die Leistungen von Spitälern erfassen zu können, kamen die Wirtschaftsingenieure und -ingenieurinnen auf die Idee, die enorme Komplexität der Arbeit in einem Spital so in Kategorien einzuteilen, dass sie wie ein Produktionsprozess beispielsweise in einer Autofabrik analysiert werden konnte: Rohmaterial und Halbfertigprodukte werden in ein Endprodukt umgewandelt. Für ein Spital heisst das: Saubere Tücher, Laboruntersuchungen, Wundbehandlung, Röntgenaufnahmen und Patiententage werden als Input von Ressourcen angesehen und je nach Diagnose zu Behandlungen gebündelt, ähnlich wie ein Auto eines bestimmten Modells 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 Pflage tage usw.) und aufgrund der 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 und Kranke vor mangelhafter Behandlung geschützt werden konnten? In verschiedenen Forschungsprojekten verglich man medizinische Leistungen miteinander und definierte einen angemessenen medizinischen Standard. Die standardisierte Leistung wurde somit als eine Behandlung verstanden, die mit einer bestimmten Diagnose verbunden und aus einem Bündel von Leistungen zusammengesetzt ist, deren Kosten berechnet und verglichen werden können. In der Folge ermittelte man Ressourcenprofile von Behandlungen (Anzahl Tage im Spital, Mahlzeiten, Medikamente, Röntgenaufnahmen, Aufwand für Operation usw.). Den ärztlichen Diagnosen wurde eine Kombination dieser Zwischenprodukte bzw. der Ressourcen zugeordnet (sog. zweite Produktionsfunktion).

Es zeigte sich aber, 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 mit der Sache selbst, nämlich mit der Individualität und Situation jedes Patienten sowie mit der Komplexität von Krankheiten und deren Behandlung. 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 dann, dies 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 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, 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 zu kontrollieren und zu nutzen. Der nächste Schritt, nämlich 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. Bei dieser Sicht der Kostenanalyse von Behandlungen ist 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 Denkmodell. Der grosse Unterschied zur Autoindustrie ist folgender: Nach der Montage hat man ein Auto mit bestimmten Qualitäten, das man zu einem bestimmten

Preis verkaufen kann. 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 die Wirtschaftsingenieure die medizinische Behandlung zu einem messbaren Produkt gemacht, bei dem die Komplexität der Krankheit des einzelnen Patienten in ein aufwändiges 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 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 in Teil 3 der Studie Madörin, 2014, insbesondere Kapitel 2).

---

Das Pflge team 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). Sie agieren in dieser Rolle als spezialisierte Mitglieder des Managements (Samuel et al., 2005, S. 259).

---

### 3.3 Vom fiktiven Produkt zum Produktpreis

Bei der Einführung der DRG in den USA ging es darum, die Rechnungen von (meist privaten) Spitälern, die Medicare-Patienten behandelten, zu kontrollieren und dadurch Kosten zu senken. Später wurde geschätzt, dass Medicare lediglich 1 Promille der Kosten einsparen konnte. Erst viele Jahre nach Einführung der Leistungsnachweise wurden – 1983 – die nach DRG-Kategorien verbuchten Leistungen von Medicare als obligatorisch erklärt und später als Grundlage für Bezahlungspauschalen (Fallpauschalen) gesetzlich bei den Vergütungen durch Medicare eingeführt.

Die Tatsache, dass die DRG-Kostenanalysen nicht kostendämpfend wirkten, rief die Verfechter eines «freien Marktes» auf den Plan. Sie vertraten eine neue These: Der Grund für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen würde nicht nur in der fehlenden Effizienz eines Spitals liegen, sondern auch im fehlenden Markt. Es brauchte aus Sicht dieser Gesundheitsökonominnen und -ökonom 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 das Produkt «Behandlung einer bestimmten Krankheit» zu einer verkäuflichen Ware mit einem Marktpreis werden? Eine Voraussetzung dafür ist, dass das Produkt «Behandlung» einen Preis hat. Die standardisierten Behandlungskosten der DRG wurden für Medicare in Preise für die Bezahlung von Behandlungskosten umgewandelt.

Damit hoffte man, die Spitäler dazu zu animieren, effizienter zu arbeiten, um allenfalls Gewinne zu erzielen. Aus den Kosten ist ein Preis und aus dem Preis ein Ertrag geworden, den die Spitäler nun 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 festgelegt ist und das Spital keine Defizite machen sollte. Bei Entscheidungen über Behandlungen müssen nun gleichzeitig im Voraus festgelegte Behandlungsertrage mitberücksichtigt werden und es geht für die Spitäler nicht mehr nur um die Behandlung von Patientinnen und Patienten, sondern auch um die Erwirtschaftung von Erträgen.

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 ihrer Konzepte. In der Schweiz sind beide «Innovationsschritte» mit der landesweiten Einführung der Erfassung von Leistungen in DRG-Kategorien und der Spitalfinanzierungsgesetzgebung zusammengefallen.

### **3.4 Das neue Effizienz kalkül 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, 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. Die Differenz zwischen real entstandenen und standardisierten Kosten (Fallpauschalen) sind nun das entscheidende Kriterium für die Wirtschaftlichkeit der Spitäler, unabhängig von der Leistungsqualität des Spitals sowie der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Behandlung für die einzelnen Kranken, diese 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.swissdr.org](http://www.swissdr.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 Krankensversicherer 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.*

---

Die Gewinn-Verlust-Rechnung der Spitäler ist im Kern das, was man heute in diesem Bereich als Ökonomisierung bezeichnet. 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 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.

#### **3.4.2 Ein anderes Versicherungsregime**

Gegenüber dem früheren KVG ist auch das Versicherungsregime geändert 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 Behandlungsbndel 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 Behandlungsbndel, 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.

### **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 andern 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 wählt. 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).

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.

## 4 Andere Menschenbilder – neue gesundheitsökonomische Argumente

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 damals auch unter den neoklassischen Ökonomen und Ökonomen noch 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 nichtprofitorientierte 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. Die folgenden Erörterungen sind stark vom Artikel von Samuel et al. (2005: 262 ff.) inspiriert.

### 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 ande-

rem 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 zu wählen.

### 4.2 Investitionen ins Humankapital

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. 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.

### 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 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 müssen. Ausserdem sollten die Patienten zwischen verschiedenen Leistungen der möglichst privat organisierten Krankenkassen, die unterschiedliche Versicherungsvarianten 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 Ärztinnen und Ärzte.

---

Das hinter der Fallpauschale steckende Denkmodell ermöglicht Verträge mit Krankenkassen, die Pauschalverträgen in der Reisebranche ähneln: Die kranken Menschen werden Klienten der Versicherung, die es ihnen erlaubt, bestimmte Behandlungsbündel von bestimmten Anbietern zu beanspruchen und auf sich applizieren zu lassen, eine Leistung, die ihnen sozusagen die Versicherung vermittelt wie ein Reiseunternehmen eine Pauschalreise: ein

Hotelzimmer in einer Auswahl von Hotels, gegebenenfalls mit Palmen und Strand in der Nähe, Anrecht auf einen Saunabesuch, Zugang zum Swimmingpool und 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. Das Ideal wurde in den USA am weitgehendsten realisiert.

---

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. Anstatt Ärzten Leistungsnachweise vorzuschreiben, sollte in Zukunft der Markt die Kontrolle über die Ärzte beziehungsweise die Spitäler ausüben. Das Entscheidungsmonopol der Ärztinnen und Ärzte wurde gebrochen und ein ständiger Kostendruck aufgebaut, der durch scheinbar marktförmige Regulierungen erzeugt wird.

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).

## 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 Pflegetagen (und damit die Lohnsummen der Pflege!) und 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.

Der Ökonom Mathias Binswanger (2012) beschreibt in seinem Buch «Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren», dass Wettbewerb ohne Markt und Marktpreise nicht notwendigerweise zu mehr Effizienz, sondern oft zu dysfunktionalen Leistungsanreizen führe, die an den Bedürfnissen der Menschen vorbeiziele. 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 Effizienzsteigerung 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 (s. Kapitel 5.3).

### 5.2 Dysfunktionales Tarifsysteem

Im Fall der USA hat die Einführung der Bezahlung aufgrund von DRG-Tarifen nicht zu einer Eindämmung der Gesundheitskosten geführt, ganz im Gegenteil. In keinem wirtschaftlich weit entwickelten Industrieland sind die Gesundheitskosten so stark angestiegen wie in den USA (s. dazu «Zur Sache» 3.1, Grafik 1). Zwei Aspekte dieser Entwicklung seien nachfolgend 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 Basis-tarif 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 unter anderem daran, dass die Kosten von Leistungen mancher Diagnosegruppen sehr knapp, andere jedoch grosszügiger bemessen wurden. In den USA hatte das zur Folge, dass einige spezialisierte Spitäler und Abteilungen sich 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 (Chilingirian, 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. 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) betont. Der Journalist Fareed Zakaria interviewte Vasella zu dieser Studie und fragte ihn, welche Rolle die Regierung in der Verbesserung des Gesundheitssystems spielen müsse. Vasella antwortete: «*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 aus den USA importierten gesundheitsökonomischen Denkmodellen sein, wenn grundlegende Thesen der Modelle sich als nicht realistisch beziehungsweise als falsch erwiesen haben. 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 ihrer Empfehlungen zur Eindämmung der Gesundheitskosten in den USA offensichtlich erfolglos war? Die Autoren vermuten einen Grund darin, dass die Öffentlichkeit davon überzeugt worden ist, das Gesundheitswesen sei zu teuer. 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. Es wird suggeriert, dass es möglich ist, das Wachstum der Gesundheitskosten einzudämmen, ohne Leistungsabbau und ohne Verschlechterung der Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals. Die Antwort auf die Frage, wie denn die Gesundheitskosten eingedämmt werden können, ist immer die gleiche: 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.

### **5.3 Privatisierung und Entpolitisierung**

Die aktuell neuen Regelungen in der Schweiz lassen vermuten, dass die Privatisierungstendenz im Gesundheitswesen noch 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. 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 sowie 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.

## 6 Überlegungen zur Ökonomisierung der Pflege

Inwiefern betrifft die 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.

### **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 jedoch schwer in die Praxis umzusetzen. 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). 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 sowie 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 oder zum Beispiel Prioritäten in der Behandlung im konkreten Fall anders zu setzen, 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 dadurch zu problematischen Patienten, weil sie finanzielle Verluste verursachen. 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. 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)

#### **6.1.3 Pauschalen unabhängig vom Pflegebedarf**

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. 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 Umsätze und Erträge der Spitäler beeinflussen.

#### **6.1.4 Keine Pflegediagnose vorgesehen**

Im heutigen Verständnis von Wirtschaftlichkeit wird zwischen Behandlungsprodukt und behandeltem Mensch unterschieden. 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. Es stellt sich zudem das Problem des Aufwandes für die Datenerhebung, welche die Kostenkontrolle erfordern. Je komplexer Arbeitsabläufe sind, desto aufwändiger 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 «Zur Sache» 3.1, Kapitel 4.3). Es stellt sich dabei die Frage des Nutzens dieser Art von aufwändigen 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 «Zur Sache» 3.1, 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 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 Bundesamtes für Gesundheit BAG, festgelegt.

Die heutigen Tarifregelungen und 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 (im Kanton Baselland), 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 an den Arbeitsprozessen der Behandlung orientieren (s. dazu Teil 3, Onlineversion der Studie, Madörin, 2014).

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) 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. Die Definitionsverantwortung (Bartholomeyczik, 2010, 143) ist der Pflege damit weitgehend aus der Hand genommen, nur auf andere Art als in den Spitälern.

Im September 2011 publizierte der Preisüberwacher (WBF, 2011) in dem er sich sehr besorgt über die Missstände bei der Finanzierung der Pflegeleistungen zeigte. 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.

### **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 Behandlungsentscheide fällen, sondern innerhalb des Konzepts der DRG-Pauschalen nur Behandlungen ausführen, interessieren sie die Mainstream-Gesundheitsökonomien 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.

### **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 Adams (2009), eine australische Registered Nurse und Ökonomin, und Julie A. Nelson, eine bekannte US-amerikanische feministische Ökonomin, 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. [...] 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. [...]*» (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 kostenanalytischen Ökonomen und Wirtschaftsingenieure mit den diagnostizierenden Ärztinnen und Ärzten einerseits und den ausführenden Handwerkern/Arbeitern beziehungsweise Pflegefachkräften andererseits.

### **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. 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, jedenfalls, was den Zugang zu medizinischen Behandlungen anbelangt. Wesentlich schwieriger ist es, Grundbedürfnisse an Care-Arbeit, an Diensten am und für Menschen anzuerkennen und danach zu fragen, was dies für die Organisation des Gesundheitswesens und insbesondere der Pflege und deren Finanzierung bedeutet.

### **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 im später folgenden Teil 3; siehe auch Onlineversion der Studie, Madörin, 2014).

### **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 Fachkräften – 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.

## 7 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. Wirtschaftliche Effizienz lässt sich auf verschiedene Arten definieren, analysieren und regulieren.

Wirtschaftlichkeitsindikatoren lassen sich nun bei Spitälern zwar genau berechnen, aber das, was berechnet wird, bildet die Wirksamkeit einer Behandlung nicht ab. 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.

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 «Zur Sache» 3.1, Kapitel 3). Dieser Trend, so die hier vertretene These, wird durch das industrialistische Leistungsverständnis, das sowohl den DRG-Pauschalen als auch den engen Definitionen von OKP-pflichtigen Leistungen in Pflegeheimen und in der Spitex zugrunde liegt, verstärkt.

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 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.

Die in diesem Teil beschriebene systemimmanente Logik und die Dynamik der industriellen Wirtschaftlichkeitskonzepte werden in Teil 3 Studie Madörin (2014) 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.

# Glossar

**DRG-/Fallpauschalen für Spitäler:** siehe Spitalfinanzierungsgesetz

**Humankapital:** 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 Gesundheit von Kranken beschleunigen und dazu beitragen, die Patienten schnell wieder zu Erwerbsarbeit zu befähigen.

**KLV Krankenpflege-Leistungsverordnung:** 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 (EKLK) entscheidet. Der grösste Teil der Leistungen sind aufgrund der Entscheide von Ärztinnen und Ärzten OKP-pflichtig.

**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/](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/)). Dazu kommen implizit im KVG sowie in anderen Gesetzen zum Gesundheitswesen (z. B. Spitalfinanzierungs- und Pflegeversicherungsgesetze) und in Sozialversicherungsgesetzen weitere Regelungen zu den Beiträgen des Staates.

**Neoklassische Wirtschaftstheorie:** Bei der neoklassischen Ökonomie handelt es sich um eine wirtschaftstheoretische Denktradition, in deren Zentrum die Analyse von Märkten steht. Nach Auffassung neoklassischer Markttheoretikerinnen und -theoretikern führen freie Märkte zu optimaler respektive effizienter Produktion. 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 Wirtschaftlichkeits-

rechnungen sowohl von Produkthanbieterinnen als auch Käufern 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 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 bisher «soziale» Bereiche wird in der politischen und soziologischen Fachliteratur «Ökonomisierung des Sozialen» genannt.

Andere, nicht der Tradition der neoklassischen Ökonomie verpflichtete Wirtschaftswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler (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 unter anderen die Besonderheiten des Arbeitsprozesses, die medizinische und pflegerische Leistungen charakterisieren (s. dazu Teil 3 der Studie Madörin 2014). In der neoklassischen Theorie kommen die Besonderheiten von Arbeitsprozessen nicht vor, auch nicht die Verhältnisse, in denen beispielsweise Pflegearbeit 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.

**New Public Management (NPM):** Beim NPM handelt es sich um eine Reform der Verwaltung und der Staatsorganisation, in der die drei M – Markets, Managers, Measurements – eine zentrale Rolle spielen (s. interessante Einträge in Wikipedia in Englisch und Deutsch).

**Nutzen:** 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 eines 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 x 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 (s. Glossar «Produkt – fiktives Produkt» und «Neoklassische Wirtschaftstheorie»). 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 mein Hunger zwar so weit gestillt ist, das Sandwich aber nicht sonderlich gut geschmeckt hat. Der Preis ist mir nun zu hoch im Vergleich zur Qualität des Sandwichs, das heisst, er 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 kleine Verbesserungen der Befindlichkeit weniger Nutzen bringen als kleine Verbesserungen bei leichter Erkrankung – eine fragwürdige Annahme.

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

**Produkt – fiktives Produkt:** In der neoklassischen Markttheorie gibt es einen grundlegenden Unterschied zwischen den Produktionskosten eines Salatkopfes und dessen Verkaufspreis, der nicht nur von den Produktionskosten, sondern unter anderem auch davon abhängt, ob der Salat verkauft werden kann und zu welchem Preis. Der Preis kommt zustande aufgrund einer Kosten-Ertrags-Rechnung eines Anbieters (des Salatproduzenten) und aufgrund einer Kosten-Nutzen-Rechnung der Käuferin oder des Käufers. Der Theorie liegt die Annahme zugrunde, dass ein Produkt als fertiges

Ding zum Verkauf angeboten wird und die Käufer über die Beschaffenheit des vorliegenden Produkts und des Produkts der Konkurrenz sowie deren Preise informiert sind. Das ist eine zentrale Annahme für die These der Optimierung der Produktion durch freie Märkte und des damit verbundenen Wettbewerbs. Diese Annahme ist im Fall der Leistungen eines Spitals nicht gegeben. Weder handelt es sich dabei um ein fertiges Produkt, noch können die Patienten über die Resultate der Leistungen informiert sein, bevor sie sie beanspruchen. Deshalb ist in der Studie die Rede von einem «fiktiven» Produkt, für das es keinen Marktpreis gibt.

**Spitalfinanzierungsgesetz:** Über das heute geltende Spitalfinanzierungsgesetz wurde im Parlament separat befunden (2007), es ist aber Teil des KVG (Art. 49 «Tarifverträge mit Spitälern» und 49a «Abgeltung der stationären Leistungen»). Es handelt sich um die Gesetzesparagrafen, die entscheidend sind für die Einführung der Fallpauschalen in den Spitälern. Das Gesetz trat 2009 in Kraft und sah die obligatorische Einführung in allen Kantonen ab 2012 vor. Die hauptsächlichen Änderungen werden vom Bundesamt für Gesundheit wie folgt umschrieben: «Übergang von der Finanzierung des Spitalbetriebes zu einer Finanzierung der Leistungen eines Spitals; Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen basieren; Einbezug der Investitionskosten in die Ermittlung der Pauschalen; die Finanzierung der Pauschalen durch die Kantone und die Versicherer, wobei der kantonale Anteil an den Pauschalen mindestens 55 Prozent beträgt; Erlass von einheitlichen Planungskriterien basierend auf Qualität und Wirtschaftlichkeit durch den Bundesrat; Einführung der freien Wahl des Spitals oder des Geburtshauses.» (zit. in: BAG 2012, S. 5–6)

**Staatssozialistische Planungssysteme:** Der Begriff Staatssozialismus bezieht sich auf die früheren sozialistischen Ländern des Warschauer Paktes und auf China. Der Staat hatte weitgehend das politische Monopol der Planung der Wirtschaft.

# Referenzen

- Adams, V. & Nelson, J. A. (2009). The Economics of Nursing: Articulating Care. *Feminist Economics* 15 (4), 3–29.
- Albrecht, H. (2009). Frisch gewichtet. Wie Schweden in der Medizin neue Schwerpunkte setzte. In *Die Zeit* Nr. 51 vom 10. 12. 2009. Heruntergeladen von [www.zeit.de/2009/51/M-Schweden](http://www.zeit.de/2009/51/M-Schweden) am 14. 2. 2014. Weitere Informationen zu der Arbeit des Prioritätszentrum findet sich unter [www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum?l=en](http://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum?l=en)
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2012). *Allgemeine Informationen zum Krankenversicherungsgesetz (KVG)*. Bern, 27. April 2012. Heruntergeladen von [www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/index.html?lang=de) am 14. 2. 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.
- Binswanger, M. (2012). *Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren*. Freiburg/Basel/Wien: Herder.
- Chiliingerian, 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.
- 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 Pflegende profitabel gemacht werden», Arbeitskreis im Genarchiv/Impatientia e. V. Heruntergeladen von [www.impatientia-genarchiv.de/index.php/id-06\\_duden.html](http://www.impatientia-genarchiv.de/index.php/id-06_duden.html) am 14. 2. 2014
- Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF, 2011. Heruntergeladen von [www.preisueberwacher.admin.ch](http://www.preisueberwacher.admin.ch)
- 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.
- 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. Heruntergeladen von <http://www.seco.admin.ch>
- Madörin M. (2014). Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege. ISBN 978-3-9524121-2-1. [www.gesundheit.zhaw.ch/zursache](http://www.gesundheit.zhaw.ch/zursache)
- Samuel, S., Dirsmith, M. W. & McElroy, B. (2005). Monetized medicine: from the physical to the fiscal, *Accounting, Organizations and Society*, 30 (2005), 249–278.
- Schleiniger, 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. Heruntergeladen von [www.sml.zhaw.de/management/institute-und-zentren/fwp/publikationen.html](http://www.sml.zhaw.de/management/institute-und-zentren/fwp/publikationen.html) am 14. 2. 2014
- SGV Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (o. J.). *Manual der Schweizer Vertrauens- und Versicherungsärzte*. Heruntergeladen von [www.vertrauensaeerzte.ch](http://www.vertrauensaeerzte.ch) im Dezember 2012
- SVPL Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (2009). SBK-ASI (Hrsg.). *Projekt SwissDRG und Pflege. Quantitative Analyse Pflegeaufwand*. Heruntergeladen von [www.sbk.ch/de/politik/fallpauschalen-drg.html](http://www.sbk.ch/de/politik/fallpauschalen-drg.html) im Dezember 2012
- SwissDRG AG. (o. J.). *Fallpauschalen in Schweizer Spitälern, Basisinformationen für Gesundheitsfachleute*. Heruntergeladen von [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) im Dezember 2012
- Telser, H. (2012). Kosten-Nutzen-Bewertung im Gesundheitswesen – Rationierung als Königsweg? RVK-Forum (des Verbandes kleinerer und mittlerer Krankenkassen), Präsentation an der Tagung vom 25. 4. 2012. Heruntergeladen von [www.rvk.ch/forum](http://www.rvk.ch/forum) am 14. 2. 2014
- Vasella, D. (2012). The lesson from abroad: spending more doesn't always lead to better care. *Boston Globe*, 22. Juni. Heruntergeladen von [www.bostonglobe.com](http://www.bostonglobe.com) am 14. 2. 2014
- Wittwer, M. (2009). Einführung der SwissDRG 2012. Präsentation vom 16. 03. 2009. Heruntergeladen von [www.notfallpflege.ch/drg.pdf](http://www.notfallpflege.ch/drg.pdf) am 14. 2. 2014
- Zakaria, F. (2012). Curbing the cost of health care, *Washington Post*, 5. Juli. Heruntergeladen von [www.washingtonpost.com](http://www.washingtonpost.com) am 14. 2. 2014



Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften

# Gesundheit

Institut für Pflege  
Technikumstrasse 71  
Postfach  
CH-8401 Winterthur

E-Mail [ipf.gesundheit@zhaw.ch](mailto:ipf.gesundheit@zhaw.ch)  
Web [www.gesundheit.zhaw.ch/pflege](http://www.gesundheit.zhaw.ch/pflege)