

Operation Buchhaltung

Ökonomisch unterscheidet sich ein Spital kaum von einem Hotel. Bloss ist die Abrechnung komplizierter - viel komplizierter.

Von Thomas Schenk

Gleich beim ersten Besuch in Affoltern dämpft der Verwaltungsdirektor Rudolf Wegmann den journalistischen Ehrgeiz, die Ökonomie seines Spitals verstehen zu wollen. «Sie dürfen ja nicht versuchen, in der Spitalfinanzierung eine Logik zu finden. Ja nicht!» Die fehlende Logik ist allerdings nicht eine Affoltermer Eigenheit: Das schweizerische Gesundheitswesen kranke daran, sagt Wegmann, dass zu viele Gruppen mit divergierenden Interessen involviert sind. Dadurch sei mit Kompromissen und Zugeständnissen über die Jahre hinweg ein undurchschaubares System entstanden.

Und zwar ein dynamisches System: der Gesundheitsmarkt boomt. Seit 1985 haben sich die Ausgaben mehr als verdoppelt, auf jährlich über 42 Milliarden Franken. Davon entfällt fast ein Drittel auf die Krankenhäuser. In jedem anderen Markt gälte dies als Erfolgsausweis, nicht so im Gesundheitswesen. Vor allem deshalb nicht, weil für die Spitalkosten nicht die Patienten aufkommen, sondern die Krankenkassen und die öffentliche Hand, also die Prämien- und die Steuerzahler.

Von der ökonomischen Zielsetzung her unterscheidet sich ein Spital kaum von einem Ferienhotel. Hotel- wie Spitaldirektoren streben eine hohe Auslastung an, und beide kämpfen mit Überkapazitäten. Von den Schweizer Hotels gilt ein Viertel der Betriebe als wirtschaftlich gefährdet. In den 400 Spitälern der Schweiz sind rund 5000 der 45 000 Betten überzählig, das behaupten zumindest die Chefs der Krankenkassen, die die Spitalkosten zu tragen haben - die Spitalverwalter sehen das gewöhnlich etwas anders.

Weiter lassen sich die Gemeinsamkeiten nicht strapazieren. Hoteliers haben nur beschränkte Möglichkeiten - hier ein bisschen Werbung, dort ein verbilligtes Arrangement -, die Auslastung ihres Hauses zu steuern. Im Gesundheitswesen ist dieser Spielraum grösser. «Weil weder Medizin noch Pflege exakte Wissenschaften sind», sagt Professor Jürg Sommer, Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik an der Universität Basel. «Im Spital herrscht ein grosser Ermessensspielraum. Das kann die Verantwortlichen dazu verleiten, den Umsatz mit ihren Diagnosen zu steigern.»

Schliesslich sind es die Ärzte, die eine Operation vorschlagen oder entscheiden, wann jemand die Klinik verlassen darf. «Der grösste Teil der Patienten müsste aus medizinischen Gründen nicht im Spital übernachten», kritisiert Sommer. Eine von ihm durchgeführte Analyse in einem Schweizer Spital hat gezeigt, dass man die Hälfte der Patienten problemlos hätte nach Hause schicken können, was selbst die behandelnden Ärzte einräumten. Viele verbrachten die Nacht nur dort, weil sie auf eine Untersuchung warteten. Die Klinik kann Sommer nicht nennen, seine Studie ist nicht für die Öffentlichkeit bestimmt.

Sommer erklärt die besondere Bettendynamik damit, dass in der Spitalfinanzierung falsche Anreize gelten. Die meisten Kantone rechnen die Leistung für allgemeinversicherte Patienten nach Tagespauschalen ab. Je länger also Spitäler Patienten behalten, desto besser schneiden sie finanziell ab. Sommer: «Wer kostenbewusst handelt, die Leute rasch nach Hause schickt, wird im geltenden System bestraft.» Gerade umgekehrt ist die Situation bei den Patienten, die halbprivat oder privat versichert sind; hier wird in der Regel jede einzelne Behandlung in Rechnung gestellt. Folglich fallen bei den Zusatzversicherten die Aufenthalte kürzer aus, dafür werden sie möglichst intensiv behandelt.

Die Behandlung von Halbprivat- oder Privatpatienten ist für die Spitäler noch aus einem anderen Grund lohnend: Hier lässt sich an den Tarifen, die die Krankenkassen vergüten, gutes Geld verdienen. Für einen Privatpatienten zum Beispiel, der auf der medizinischen Abteilung eines öffentlichen Spitals im Kanton Zürich liegt, bezahlen die Krankenkassen 762 Franken pro Tag, macht bei zehn Tagen 7620 Franken. Zusätzlich werden sämtliche Nebenleistungen verrechnet, für Arztvisite, Benützung des Operationssaals, für Labor- und andere Untersuchungen - zusammen sind diese Kosten oft höher als die Pauschale. Der

zehntägige Aufenthalt eines allgemeinversicherten Patienten kostet die Krankenkasse im Schnitt dagegen bloss 2550 Franken, unabhängig vom tatsächlichen Aufwand und einschliesslich der Nebenleistungen.

Diese enorme Differenz lässt sich nicht damit erklären, dass Privatpatienten in einem Einzimmer liegen und vom Chefarzt behandelt werden. Vielmehr haben die Krankenkassen bei den Zusatzversicherten alle anrechenbaren Kosten zu tragen, bei den Grundversicherten ist der Anteil der Kassen hingegen auf 50 Prozent begrenzt. Das Verhältnis zwischen Grund- und Zusatzversicherten ist für jedes Spital eine betriebswirtschaftliche Schlüsselgrösse; verändert es sich nur geringfügig, geht es sofort ins Geld. Das hat letztes Jahr das Universitätsspital Zürich erfahren. Dort ging die Zahl der Privatpatienten um 10 Prozent zurück, was einen Ertragsausfall in Millionenhöhe zur Folge hatte. Die Zusatzversicherten sind auch für die Ärzte einträglich. Behandeln sie Grundversicherte, so ist das mit ihrem regulären Salär abgedeckt. Bei Zusatzversicherten kann der Arzt hingegen die Hälfte des Honorars, das den Krankenkassen verrechnet wird, in die eigene Tasche stecken.

Das erklärt, weshalb heute öffentliche mit privaten Spitälern um die Zusatzversicherten rangeln. Die 140 Privatkliniken in der Schweiz haben sich auf das ertragreiche Segment spezialisiert, erhalten jedoch auch keine öffentlichen Gelder. Die Hirslanden-Gruppe, die grösste private Spitalbetreiberin der Schweiz, steckt jedes Jahr bis zu 80 Millionen in ihre Kliniken in Aarau, Bern, Lausanne und Zürich - damit die Einnahmequelle nicht versiegt, wird investiert. In diesem Wettbewerb mitzuhalten, fällt den staatlichen Krankenhäusern schwer.

Auch im Bezirksspital Affoltern wächst der Markt. Hier hat sich die Zahl der Spitaleintritte von 1996 bis 2000 um ein Drittel auf jährlich 4120 erhöht. Die Pflageetage nahmen im gleichen Zeitraum nur um 1 Prozent auf 21 170 zu, da zugleich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 8,3 auf 7,6 Tage sank. Die Auslastung der 67 Akutbetten kletterte auf 87 Prozent, für Verwaltungsdirektor Rudolf Wegmann eine positive Entwicklung: «Um die fixen Kosten verteilen zu können, die unabhängig von der Auslastung anfallen, brauchen wir möglichst viele Patienten.»

Dadurch stiegen die gesamten Jahresausgaben bis 2000 um 12 Prozent auf fast 30 Millionen Franken, worin die Kosten für 72 Betten im Krankenhaus und 23 Plätze im Tagesheim eingeschlossen sind. Allein auf die Personalkosten entfallen drei Viertel der Ausgaben - das Spital ist also in erster Linie eine Beschäftigungsmaschine, und zwar für Frauen. Ihr Anteil beträgt über 85 Prozent - nicht beim medizinischen Personal, sondern bei Pflege und Hausdienst.

Gegenüber den Lohnkosten nehmen sich die übrigen Aufwendungen fast bescheiden aus. Im Jahr 2000 wurden Medikamente im Betrag von 617 000 Franken abgegeben, Blutkonserven und Verbandmaterial für je 100 000 Franken eingesetzt. Die Ausgaben für Lebensmittel betragen 600 000 Franken, wovon am meisten auf Fleisch und Fisch entfielen. Ins Gewicht fällt schliesslich die Wäscherei mit Kosten von über 300 000 Franken, mehr als für Strom, Wasser und Heizung zusammen.

Die Erträge sind in Affoltern ebenfalls gestiegen, von 1996 bis 2000 um 10 Prozent auf 22 Millionen Franken, wovon die Krankenkassen den Grossteil beisteuerten. Doch diese Einnahmen vermögen die Ausgaben nicht zu decken, weder in Affoltern noch in einem anderen öffentlichen Spital. Die Differenz trägt die öffentliche Hand. Im Jahr 2000 wies Wegmann einen Fehlbetrag von rund 7 Millionen Franken aus, wovon der Kanton 54 Prozent übernommen hat, die 14 Trägergemeinden im Bezirk die restlichen 46 Prozent; allgemein ist der Beitrag des Kantons umso grösser, je geringer die Finanzkraft der betroffenen Gemeinden ist.

Die meisten Kantone gleichen das Defizit ihrer Spitäler automatisch aus - was nicht unbedingt ein Ansporn ist, haushälterisch mit dem Geld umzugehen. Der Kanton Zürich hat einen neuen Weg eingeschlagen. In der Absicht, unternehmerische Anreize zu schaffen, arbeitet die Gesundheitsdirektion seit 1998 mit Globalbudgets. Für jedes Krankenhaus hat sie einen Leistungsauftrag definiert, für den jährlich ein bestimmter Betrag eingesetzt wird; die Basis bilden die Kosten der Vorjahre. Beim Kanton sprechen die Vorteile für sich: Die Ausgaben sind nun begrenzt und damit kalkulierbar, allfällige Budgetüberschreitungen tragen fortan die Gemeinden, denn sie haben das Defizit auszugleichen.

Bei Kostenüberschreitungen wird zudem das Spital selbst bestraft, indem das Globalbudget im folgenden Jahr gekürzt wird. Deshalb ist auch in Affoltern das Geschäft mit den Halbprivat- und Privatversicherten wichtig, es bessert die Spitalrechnung auf. «Je mehr Zusatzversicherte wir haben, desto höher ist unser

Kostendeckungsgrad, desto tiefer der Beitrag der öffentlichen Hand», erklärt Wegmann. Mit einem Anteil von rund einem Viertel steht Affoltern im Vergleich nicht schlecht da. Das Bezirksspital hat jedoch einen schweren Stand, diesen Anteil zu halten. Bei den Dienstleistungen brauche Affoltern den Vergleich zwar nicht zu scheuen. Anders sieht es beim Standard der Zimmer aus. Die Schwachstellen im hundertjährigen Haus sind die Nasszellen, nur wenige Zimmer haben Dusche und WC.

Obwohl für Wegmann eine Verbesserung des Angebotes unbestritten ist, hat er bis heute von einer Renovation abgesehen. Zu gross sind seine Bedenken, dass der Baulärm die Patienten vertreiben könnte. «An der Kasse in der Migros wird darüber geredet, wenn bei uns ab sieben Uhr morgens die Handwerker Lärm machen.» So hofft man in Affoltern auf ein neues Bettenhaus. Wegmann schätzt die Baukosten auf 20 bis 30 Millionen Franken. Affoltern ist allerdings von der Zürcher Gesundheitsdirektion auf die Investitionsperiode nach 2005 vertröstet worden, vorher gibt es kein Geld.

Mit der neuen Spitalfinanzierung ist der Spitalleitung mehr Eigenverantwortung übertragen worden. Musste Wegmann zuvor jede zusätzliche Stelle vom Kanton absegnen lassen, kann er heute den Personalbestand selbständig festlegen. Auch bei der Gestaltung der Leistungen ist der Spielraum gewachsen. So lässt sich aus diesen Mitteln etwa ein psychotherapeutisches Angebot für Patienten finanzieren. Mit dem Effekt, dass dank dieser Betreuung andere Kosten zurückgehen, auch im ambulanten Bereich, wo sich Arzt- und Medikamentenkosten einsparen lassen. Zumindest deuten erste Daten einer Patientenbefragung darauf hin.

Wegmanns Ziel ist nicht mehr nur eine möglichst hohe Bettenbelegung. Er ist bestrebt, «dass es beim Globalbudget mindestens aufgeht». Noch lieber ist ihm, wenn etwas übrigbleibt, damit er spitalgebundene Rückstellungen machen kann. In den ersten beiden Jahren ist ihm das gelungen, die Reserven mussten aber im Jahr 2000 wieder aufgelöst werden, weil sich das Spitaldefizit erhöht hatte. Wie sich die neue Finanzierung auf die gesamten Kosten ausgewirkt hat, lässt sich nicht präzise ermitteln. «Wir sind allgemein effizienter geworden», meint Wegmann, aber die Zahlen fehlen ihm.

Es stellt sich die Frage, wie effizient ein Kleinspital wie Affoltern wirtschaftet. «Im kantonalen Schnitt stehen wir gut da», sagt Wegmann. Mehr ist nicht zu erfahren, die von der Gesundheitsdirektion erhobenen Daten sind nicht öffentlich. Abgesehen davon lässt sich nicht alles in Zahlen fassen. «Die niedrigeren Gesamtkosten rühren daher, dass in einem regional verankerten Spital viele Kosten gar nicht erst entstehen», sagt Christian Hess, Chefarzt der medizinischen Abteilung in Affoltern. «Weil wir viele Patienten und Hausärzte persönlich kennen, können wir Auskünfte auch telefonisch erteilen, statt die Patienten jedes Mal aufzubieten und hier zu untersuchen. Auch eine Hospitalisierung lässt sich so oft vermeiden. Werden weitere Kleinspitäler geschlossen, wird die Beziehung zu Hausärzten und Patienten anonymer, was zwangsläufig mehr Diagnosen und Untersuchungen nötig macht. Dieser Mechanismus bläht das Gesundheitssystem auf.»

Den finanziellen Effekt der neuen Spitalfinanzierung will auch die Zürcher Gesundheitsdirektion nicht beziffern. Man rechnet für den ganzen Kanton aber mit Einsparungen in Millionenhöhe. Trotzdem beurteilen Gesundheitsökonominnen das Zürcher Finanzierungsmodell kritisch. «Die Chance ist nicht genutzt worden», meint Willy Oggier, selbständiger Berater verschiedener Spitäler und Krankenkassen. «Vielmehr haben viele Spitäler versucht, die Kosten in den teilstationären und ambulanten Bereich zu verlagern.» Damit sind die Fälle gemeint, in denen die Patienten das Spital innert 24 Stunden wieder verlassen; liegen sie dabei ein paar Stunden in einem Bett, gelten sie als teilstationär, sonst als ambulant. Für diese Patienten bezahlt der Kanton nichts.

Das Globalbudget wird dadurch entlastet, und die Mehrkosten tragen die Krankenkassen. Darum führt man zum Beispiel Voruntersuchungen vermehrt ambulant durch statt unmittelbar vor einem Eingriff; das schont die vom Kanton zugeteilten Geldmittel. Die Verlagerung hat aber auch positive Seiten: Dank neuen Operationstechniken verlassen Patienten nach einem Eingriff an der Gallenblase oder nach der Entfernung von Nierensteinen das Spital oft noch am selben Tag.

Ob aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen oder auf Grund der medizinischen Entwicklung: Die Zusammensetzung der Kundschaft verändert sich markant. So hat sich in Affoltern allein die Zahl der teilstationären Patienten zwischen 1996 und 2000 mit 1500 fast verdreifacht; gleichzeitig wurden bloss 6 Prozent mehr stationäre Patienten behandelt. Dadurch konnte die öffentliche Hand sparen, im Gegenzug steigt die Belastung der Krankenkassen und damit der Prämienzahler.

Zusätzlich versucht der Kanton Zürich mit Kunstgriffen, die eigenen Kosten zu begrenzen. Vor zwei Jahren regelte die Gesundheitsdirektion die Verlegung von Patienten neu. Zuvor war ein Patient, der nach ein paar Stunden in eine andere Klinik transferiert werden musste, stets auch im ersten Spital als stationär registriert worden. Jetzt wird differenziert: Wer grundversichert ist, wird erst im neuen Krankenhaus stationär geführt, die Kosten für die ambulante Behandlung im ersten Spital werden elegant auf die Krankenkassen überwält. Die Behandlung von Zusatzversicherten hingegen ist wegen der Tarifstruktur lukrativ, weshalb diese wie bisher von Anfang an als stationär gelten.

So betrachtet, heisst Ökonomie im Gesundheitswesen bis heute vor allem eines: jeder schaut für sich selbst. Kosten werden nicht eingedämmt, wie man gehofft hatte, sondern verlagert. Willy Oggier sieht hier ein generelles Problem. «Die Akteure im Gesundheitswesen agieren meistens nicht so, wie es ökonomische Denkmodelle nahelegen. Sie verhalten sich zwar, bezogen auf ihren Betrieb, durchaus rational, indem sie dem Druck ausweichen. Aber für das Gesamtsystem ergeben sich dadurch eher unerwünschte Mengenausweitungen statt Entlastungen.»

Geht es nach dem Willen des Bundesrates, soll das ein Ende haben. Mit der zweiten Revision des Krankenversicherungsgesetzes möchte der Bund die Spitalfinanzierung ändern. In Zukunft soll auch der Staat Beiträge an die Spitalbehandlung der Zusatzversicherten leisten, im Gegenzug beteiligen sich die Krankenkassen an den Investitionen der Spitäler. Den Weg vorgespurt hat das Eidgenössische Versicherungsgericht: Ein Urteil von Ende November 2001 verpflichtet die Kantone dazu, sich künftig auch bei Halbprivat- und Privatpatienten an den Kosten der Grundversicherung zu beteiligen.

Dass sich damit die Kosten senken lassen, darf bezweifelt werden. Viele Fachleute sind davon überzeugt, dass wir im Gegenteil erst am Anfang der Kostenexplosion im Gesundheitswesen stehen. Nicht nur wegen falscher ökonomischer Anreize, sondern wegen der demographischen und medizinischen Entwicklung. Die Leute werden älter, gleichzeitig nehmen die Möglichkeiten zu, sie auch zu behandeln. Wenn es neue Operationsmethoden und Fortschritte in der Anästhesie ermöglichen, dass selbst bei 80- und 90-jährigen Patienten Herzerarterien entstopft und neu gelegt werden können, dann greifen manche Chirurgen auch vermehrt zum Messer.

Der Einwand, die hohen Kosten des Gesundheitswesens seien dadurch gerechtfertigt, dass bei uns mehr Leute Zugang zu qualitativ hochstehender Medizin haben, wird von einer noch unveröffentlichten Studie der Universität Basel widerlegt. Ein europäischer Vergleich der Behandlung von Herzinfarkt- und Diabetespatienten hat ergeben, dass unser Land zwar bezüglich Kosten durchwegs an der Spitze liegt, bei den tatsächlich durchgeführten Eingriffen und Therapien - die als Massstab für die medizinische Qualität genommen werden - aber bloss im Mittelfeld.

Thomas Schenk ist freier Wirtschaftsjournalist. Er lebt in Zürich.