

Das Schwundsyndrom

Erhard Taverna

Spitalschliessungen sind etwa gleich populär wie obligatorische Parkplatzgebühren. Das Volk sieht seine Grundrechte bedroht, Gewerkschaften und Parteien wetzen in seltener Eintracht ihre Messer. Die Jungfreisinnigen in Bern fordern unabhängige Studien, ein Walliser Staatsrat befürchtet den Bürgerkrieg, eine grüne Lokalpartei wittert Frauenfeindlichkeit und die Homepage vom Revolutionären Aufbau Schweiz droht mit Arbeitskämpfen.

Vom Allheilmittel ...

Manche Ökonomen und Politiker sehen im Bettenabbau ein riesiges Sparpotential. Sie möchten Überkapazitäten abbauen, Strukturen bereinigen, zusammenlegen, Synergien nutzen und Defizite mit Kooperationsverträgen, Spitalisten und neue Versorgungskonzepte minimieren.

Die Regionalgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP sucht an ihrem zweiten Forum den Durchblick. Ihr Thema: «Das Überangebot im somatischen Akutbereich, sind Spitalsschliessungen und Bettenreduktion die Antwort?» Der Hauptreferent lic. oec. HSG Christian Baer musste lange in Archiven suchen, da einzelne Firmen nicht einmal die Prognosedauer ihrer eigenen Studien überlebt haben. Bereits die Zählung der Spitäler und Betten fördert erstaunlich abweichende Grössen zutage. Vergleicht man die Expertenprognosen der Delphi Studie und der ATAG von 1994/95 mit dem aktuellen Zustand der Betten pro Einwohner, dann ist die Rechnung für das Jahr 2005 bereits im Jahr 2000 aufgegangen. Auch die geschätzte Abnahme der Aufenthaltsdauer ist vorzeitig erreicht, ganz im Gegensatz zur vorausgesagten Kostensteigerung von 10%, die trotz Abbau längst übertroffen ist. Alle Planer benützen ähnliche Vorgaben nach der Formel: $\text{Servicepopulation} \times \text{Hospitalisationsrate in \%} \times \text{Aufenthaltsdauer} / \text{Bettenbelegung (von 85\%)} \times 365 = \text{nötige Betten pro 1000 Einwohner}$ und kommen dabei auf knapp 3 bis max. 6 Betten. Ein Grund für diese Streuung ist die Unklarheit, ob ein teilstationärer Aufenthalt eine Hospitalisation sei oder nicht. Wenn die Kosten trotz erreichter Vorgaben unproportional weitersteigen, dann wird gerne damit gekontert, dass es ohne diese Planspiele noch viel schlimmer herausgekommen wäre. Eine Annahme, die genau so willkürlich ist wie die Berechnungs-

grundlagen. Andere Länder, andere Rechnungen. Die Österreicher definieren minutiös die Strukturqualitäten für jede Fachrichtung, die Holländer legen Spitalgrösse und Erreichbarkeit fest, die Schweden rechnen mit beiden Systemen. Allen gemeinsam sind die weiterhin steigenden Ausgaben, bei steigenden Fallzahlen für den ambulanten und den stationären Bereich.

... zur delegierten Verantwortung

Da ein soziales Gesundheitswesen ein Angebotsmarkt ist, führt jede künstliche Verminderung zu einer Verlagerung in andere Einrichtungen, zum Beispiel von öffentlichen zu privaten. Einerseits ist eine Planung ohne den privaten Sektor untauglich, andererseits behindert die gemeinsame Planung den Wettbewerb. Das Dilemma wird noch grösser, weil die Planwirtschaft, laut Referent, kluge und gute Menschen voraussetze. Fest stehe, dass Planer das Angebot kaum steuern könnten, ob aber der Wettbewerb volkswirtschaftlich sinnvoll sei, habe noch niemand nachgewiesen. Fazit für unser Land: wir haben ein Strukturproblem mit zu vielen unkoordinierten Einheiten (Kantone), die für Planungsregionen zu klein sind. Der Bettenschwund löst das Problem der Kostensteigerung nicht, weil diese durch die Zunahme von medizinischen Leistungen, sprich Ärzte, verursacht wird.

Verschwunden ist auch die Zeit, als Politiker sich mit öffentlichen Spitalern ein Denkmal setzten. Zwei Entsorgungswege zeichnen sich ab: Die Kantone gründen Spitalverbunde und Aktiengesellschaften, sie formulieren Leistungsaufträge und definieren Versorgungszonen mit Globalbudgets. Und sie überlassen der neuen Geschäftsführung mit der strategischen Planung auch gleich die unpopulären Entscheide der Zukunft. Wie es den öffentlichen Spitalern ergehen wird, illustriert das «ranking» made in USA: Reputation, Outcome und Struktur ergeben den Rang. Das Dritte vergleicht unter anderem die technische Ausstattung und das diplomierte Vollzeitpflegepersonal. Die zunehmenden Qualitätsvorgaben der Versicherer haben in der Schweiz die gleiche Wirkung: immer mehr Kliniken werden sich auf immer weniger spezialisieren oder schliessen müssen. Das Schwundsyndrom wird sich bei abnehmenden Ressourcen beschleunigen, leider ohne Bremswirkung auf Steuern und Prämien.