

**Standpunkt****Machen Fehlanreize das Gesundheitssystem krank?**

Zürich, im Juni 2020

*In den Diskussionen rund um die Kosten im Gesundheitssystem taucht immer wieder die Frage auf, ob es Fehlanreize gibt, die kostentreibend und damit kontraproduktiv wirken. In diesem Zusammenhang taucht auch immer wieder die Frage auf, zur Honorierung von Ärztinnen und Ärzten. Ich möchte auf den folgenden Zeilen auf die Zusammenhänge eingehen und aufzeigen, warum es in dem stark verflochtenen Gesundheitssystem schwierig ist, eine Lösung zu finden, die allen Anforderungen gerecht wird. Zudem möchte ich Ihnen Wege aufzeigen, wie man das Gesundheitssystem effizienter gestalten kann, ohne dabei die gute medizinische Versorgung unnötig aufs Spiel zu setzen.*

**Sachkonflikte erschweren die Lösungsfindung**

Von Fehlanreizen zu sprechen ist falsch. Es geht vielmehr um Zusammenhänge, die in der Privatwirtschaft erfolgsversprechend sind, im Spitalbetrieb aber zu Sachkonflikten führen. Wie alle Sachkonflikte, kann man sie nicht einfach beseitigen, weil jeder Eingriff mit Vor- und Nachteilen verbunden ist.

Der erste Konflikt betrifft die finanziellen Vorgaben im Gesundheitswesen: es ist die Aufgabe eines Spitals, eine EBITDA Zielgrösse von 10% zu erreichen. Damit stellt es unter anderem sicher, dass man Liquidität erwirtschaftet, die für Investitionen und Erneuerungen gebraucht werden können. Um das zu erreichen, kann man die Einnahmen- und Kostenseite optimieren. Man kann also Prozesse optimieren, um schlanker und effizienter zu arbeiten. Das wird bereits heute gemacht, zum Beispiel durch die Digitalisierung von Information und Abläufen. Wie in jedem Betrieb sinken die Stückzahlkosten mit zunehmender Menge, folglich liegt in der Erhöhung der Quantität auch Potenzial, um effizienter und damit wirtschaftlicher zu arbeiten.

**Skaleneffekte spielen auch im Spitalbetrieb**

Das Total der Einnahmen steigt, während die Kosten pro Fall sinken. Bei einem privatwirtschaftlichen Unternehmen werden diese Skaleneffekte gezielt angestrebt. Im Spitalbetrieb führen sie zu einer Steigerung der Totalkosten, die der Kanton und die Prämienzahler tragen müssen. Auf der anderen Seite führen tiefere Behandlungszahlen dazu, dass die Kosten pro Fall steigen, der einzelne Eingriff oder die einzelne Behandlung also für ein Spital teurer wird.

**Mindestfallzahlen fördern Mengendenken**

Das Tarifsystem ist so ausgelegt, dass pro Behandlung eine Pauschale oder fixe Tarifpositionen abgerechnet werden. Mehr Einnahmen können folglich nur über eine grössere Anzahl behandelter und operierter Patienten generiert werden, sei es via die vereinbarten Fallpauschalen im stationären Bereich oder via Tarifpositionen im ambulanten Bereich.

Auch die Leistungsaufträge sind an Minimalfallzahlen und damit an Mengenvorgaben gebunden. Damit ein Spital weiterhin sein Spektrum an Behandlungen anbieten kann, muss es eine bestimmte Menge an Patienten operieren. Man will mit den Minimalfallzahlen unter anderem sicherstellen, dass das Spital über genügend Erfahrung verfügt – was wiederum dem Patienten zugutekommt. Das auf der einen Seite durchaus sinnvolle System führt dazu, dass das Spital angehalten ist, möglichst viele Fälle zu behandeln oder operieren. Macht es das nicht, werden ihm die Beiträge gestrichen und es muss sich zwangsläufig aus diesem

Behandlungsbereich zurückziehen oder sich auf Privatpatienten konzentrieren, die gewillt sind, selbst zu zahlen, was heute kaum noch der Fall ist.

## **Dem Leistungsauftrag verpflichtet**

Ein dritter Sachkonflikt ist die Vorgabe der Bettenbelegung: Wenn die Bettenauslastung nicht stimmt, hat ein Spital keine Existenzberechtigung, ergo wird ein Spital alles daransetzen, dass die Betten gefüllt sind und möglichst viele Patienten im Spital behandelt werden.

## **Allgemein versicherte Patienten kaum kostendeckend**

Viertens ist die Vergütung so, dass die Tarife für allgemein versicherte Patienten kaum kostendeckend sind, ein Spital ist also – wenn es Gewinn machen, respektive die Vorgabe von 10% EBITDA erreichen will – auf zusatzversicherte Patienten angewiesen. Diese wiederum kommen hauptsächlich dann, wenn ein Chefarzt oder Klinikdirektor eine entsprechende Reputation hat.

Aus allen diesen genannten und gut gemeinten Gründen ist jedes Spital daran interessiert, möglichst viele Patienten zu behandeln, insbesondere zusatzversicherte Patienten und wird seine Klinikdirektoren oder Chefarzte auch dazu auffordern. Legt man diese Überlegungen um auf ein leistungsgebundenes Lohnsystem entstehen sowohl für eine Spitalleitung als auch für einen Arzt Anreize, Mengenansätze zu incentivieren.

## **Mehr Freiraum für sinnvolle Lösungen**

Allerdings sind gerade bei der Entlohnung schon heute auch andere Leistungsvereinbarungen als nur die Menge der Behandlungen möglich und werden teilweise tatsächlich auch so vereinbart. Diese Beispiele zeigen, dass es sinnvolle Lösungen gäbe, wenn man den Spitälern genügend Freiraum lässt, um sinnvolle Lösungen einzuführen.

Dass Forschung und Lehre in diesem System wenig Wert haben, finde ich übrigens auch einen grossen Fehler. Das sollte als strategische Vorgabe anders gewichtet werden können.

## **Unternehmerisches Denken gefragt**

Die vorgegebenen Gewinnziele können nur erreicht werden, wenn ein Spital unternehmerisch arbeitet. Dieser Ansatz ist auch für einen qualifizierten Klinikdirektor oder Chefarzt interessant. So lassen sich qualifizierte Fachkräfte gewinnen, welche letztlich auch dem Spital und den Patienten zugutekommen. Unternehmerische Ansätze bei Klinikdirektoren und Chefärzten brauchen Freiräume und klare Rahmenbedingungen. Bei den Rahmenbedingungen müssen auch klinisch spezifische Zielvorgaben berücksichtigt werden. Es sollte also nicht nur die Gewinnbilanz des gesamten Spitals betrachtet werden, welche infolge administrativer Belange, möglicher Bauvorhaben oder ganz aktuell politischer Vorgaben bezüglich Vorhalteleistungen in der Corona-Krise unter Umständen deutlich verringerte Erträge ausweisen könnte.

## **Aufsicht und Kontrollpflicht**

Unternehmerisches Denken, ausgeprägtes Verständnis für die komplexen Zusammenhänge und das Einhalten ethischer Grundsätze sind ganz zentral, damit alle Anliegen gleichermaßen erfüllt werden können. Im Weiteren braucht es natürlich auch eine strikte Kontrolle. Da unterscheidet sich das Spital nicht von anderen Betrieben. Der Spitalrat ist nicht nur für die strategische Ausrichtung zuständig, sondern muss auch als Kontrollinstanz engagiert handeln und ein griffiges Kontrollsystem etablieren und umsetzen. Um das komplexe System eines

Spitals zu verstehen, braucht es die dazu notwendige Erfahrung, nur so kann man Fehlverhalten bereits im Ansatz erkennen und rechtzeitig kritische Fragen stellen.

### **Tarifsystem auf Qualität ausrichten**

Raum für Verbesserungen bietet in jedem Fall auch das Tarifsystem. Es muss so ausgestaltet sein, dass auch Qualität und nicht nur Quantität honoriert wird. Das ist ansatzweise beim CMI der DRGs der Fall. Auch EFAS geht in die richtige Richtung. Die Tarife sind vielfach aber noch sehr praxisfremd und verursachen einen hohen administrativen Aufwand.

### **Honorarkommission in der Verantwortung**

Die öffentlich-rechtlichen Spitäler müssen sich bereits heute an relativ enge Vorgaben halten. Am USZ müssen Kaderärzte bei Privatpatienten 55% der Honorare dem Spital abgeben und können die anderen 45% in den Klinikpool einzahlen. Dieser Pool wird dann im Verhältnis von maximal 40% für den Chefarzt zu minimal 25% für jeden weiteren Kaderarzt unter allen Kaderärzten aufgeteilt, nachdem die Honorarkommission das klinikinterne Honorarsystem gutgeheissen und überprüft hat – diese Aufteilung der Poolgelder erfolgt unabhängig davon, welcher Kaderarzt wie viele Privatpatienten selbst betreut hat. Das heisst, dass Kaderärzte mit zusätzlichen Behandlungen ihr eigenes Honorar bereits heute nur sehr geringfügig verbessern können.

Die paritätische Honorarkommission besteht aus dem Finanzdirektor, dem ärztlichen Direktor am USZ, je einem Vertreter der Chefärzte, leitenden Ärzte, Oberärzte sowie der Chefin der Honorarbuchhaltung sowie eventuell noch weiteren Personen aus der Finanzabteilung. Diese Kommission fasst ihre Tätigkeit jährlich in einem Bericht zuhanden der Spitalleitung zusammen. Kurz, das Entlohnungssystem der Chefärzte ist schriftlich festgelegt. Ob und wieso der Spitalrat und die Spitalleitung ihre Kontrollpflichten nicht wahrgenommen haben, ist abzuklären. Es ist wichtig, allfällige Systemfehler bei der Kontrolle zu korrigieren, alles andere wäre fahrlässig.

### **Überregulierung verteuert das System**

Als liberal denkende Person finde ich, dass Klinikdirektoren nicht durch ausufernde Auflagen eingeschränkt werden dürfen. Es braucht wenige, aber zielführende Rahmenbedingungen. Diese sollten nicht nur finanzielle, sondern vermehrt auch qualitative Aspekte beinhalten. Konkret können dies klinikinterne Indikationsboards und Tumorboards sein. Solche Boards finde ich persönlich sehr gut. Sie dürfen aber nicht dazu führen, dass die Verantwortung dem Patienten gegenüber verwässert wird und sie müssen für kleinere Kliniken und Spitäler im Rahmen ihrer Möglichkeiten durchführbar sein. Weiter sind das Critical Incident Monitoring und Beurteilungen durch Peers wichtig und wertvoll. Ebenso kommt dem Erstellen von Guidelines oder eines State of the Art bei Behandlungspfaden eine grosse Rolle zu. Das alles ist aber nicht gratis und im Tarifsystem nur ungenügend abgebildet. Dennoch sind es wichtige Pfeiler, welche eine grosse Freiheit für unternehmerisches Handeln der Klinikdirektoren ermöglichen.

### **Verlust von qualifizierten Fachärzten**

Bereits heute sei gemäss einer Studie der GD der durchschnittliche Lohn der Kaderärzte nur halb so hoch wie dies in Privatspitälern möglich wäre. Das wird von den Kaderärzten so toleriert, weil die Arbeit in einem universitären Umfeld interessant ist, es eine Möglichkeit gibt, die Medizin wirklich zu gestalten und weiterzubringen. Irgendwann ist aber die Schmerzgrenze erreicht, insbesondere wenn nicht nur der Lohn, sondern generell die Freiheit von Klinikdirektoren beschnitten wird.