



IMPacts

Health Care

Die Governance des Gesundheitswesens

Kuno Schedler

Die Erbringung öffentlicher Leistungen kann in unterschiedlichen Formen erfolgen. Der Staat selbst kann mit seiner Kernverwaltung aktiv werden; er kann eigene Unternehmen gründen bzw. sich an Unternehmen beteiligen; er kann die Leistungserbringung finanziell unterstützen (Subventionen), sich aber ansonsten zurückhalten; nicht zuletzt kann er als Regulator dafür sorgen, dass private Anbieter Wettbewerbsregeln vorfinden, die eine Leistungserbringung attraktiv machen. All dies sind sogenannte „Governance-Arrangements“, die in ihrer Breite das Instrumentarium des modernen Staates abbilden. Weil der Staat nicht zwingend selbst Leistungen erbringt, sondern vielmehr die Versorgung mit Einsatz unterschiedlicher Instrumente sicherstellt, sprechen wir vom „Gewährleistungsstaat“.

Betrachten wir die Entwicklung im Gesundheitswesen, so ist eine kontinuierliche Veränderung der staatlichen Einflussnahme zu beobachten. Noch bis vor wenigen Jahren versuchte man in der Schweiz, das Gesundheitswesen durch direkte oder zumindest planende Gesundheitspolitik zu steuern. Dabei gibt es unterschiedliche Episoden, die für bestimmte Governance-Formen stehen. Zunächst finden wir in der neueren Zeit die Episode der direkten politischen Führung: Spitäler wurden als staatliche, verwaltungsnahe Gebilde behandelt, die im Budget integriert waren und operativ von der Politik gesteuert wurden. Nicht selten beschäftigten sich parlamentarische (Spital-)Kommissionen mit recht detaillierten Anträgen zu Ersatzinvestitionen, Stellenplänen, Versorgungs- und Beschaffungskonzepten. Die Konsequenz war eine verhältnismässig schwache Spitalleitung und ein starkes Lobbying der Ärzteschaft bei den Parlamentarierinnen und Parlamentariern. Eine andere Konsequenz war, dass keinerlei Notwendigkeit bestand, dass Spitalärztinnen und -ärzte sich mit ökonomischen oder organisatorischen Fragen auseinandersetzen

sollten. Weil hier der Staat (bzw. die Politik) durch operative politische Entscheidungen in die Spitäler eingriff, kann die Governance als stark hierarchisch bezeichnet werden.

Die zunehmende Komplexität und Spezialisierung der Medizin führte mit der Zeit dazu, dass sich im politischen System immer mehr Know-how Defizite offenbarten. Wer im Parlament war noch in der Lage, fundiert über die Anschaffung eines Magnetresonanztomographen in einem Regionalspital zu debattieren? Konsequenterweise wurde immer mehr Kompetenz in die Gesundheitsdirektionen sowie die Krankenhäuser selbst verlagert. Die Finanzierung wurde wenn möglich in Pauschalen verpackt, um sich von Details zu lösen, wobei diese „Abteilungspauschalen“ noch stark an den tatsächlichen Kosten der Kliniken orientiert waren. Die Spitäler wurden dadurch autonomer, mussten aber aus Sicht der Politik gezähmt werden. Daraus entwickelte sich die Episode der Spitalplanung, die durch eine Mischung aus Infrastruktur- und Leistungsplanung gekennzeichnet ist. Auch diese Art der Steuerung sollte sich als ungeeignet erweisen, um die ständig wachsenden Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen: Einschneidende Massnahmen, wie etwa die Reduktion von Überkapazitäten (sprich: Schliessung von Spitälern) waren seltene Ausnahmen. Die Regel blieb eine Schonhaltung und die Vermeidung politischer Schmerzen.

«Obwohl schon die Vorgängermodelle gezeigt haben, dass eine politisch-hierarchische Steuerung des Gesundheitswesens weitgehend wirkungslos ist, wird nun auch das „Marktmodell“ politisch übersteuert und damit fundamental ausgehebelt.»

Die Folge war eine unausgesprochene Bankrott-

erklärung der (hierarchischen) politischen Steuerung. Nun sollte es – als einzige verfügbare Alternative – der Markt richten, sollte mit seiner „unsichtbaren Hand“ via Wettbewerb die Effizienz des Angebotes herstellen. Dazu brauchte es ein neues Finanzierungsmodell: Die Fallpauschale. Die Grundüberlegung der Fallpauschale ist einfach: Für dieselbe Leistung gibt es denselben Preis. Die

Entschädigung richtet sich nicht mehr nach den strukturell bedingten Kosten des Spitals, sondern die Spitäler passen ihre Kosten an die Entschädigung an. „Target Costing“ nennt das die Betriebswirtschaftslehre, im Jargon der Gesundheitsorganisationen spricht man vom Grundsatz der Trennung von Preis und Struktur. Dadurch wird ein Anreiz geschaffen, die Prozesse effizienter zu gestalten und dem Kostenwachstum entgegenzuwirken. Damit die Kosten nicht zulasten der Qualität gesenkt werden, wird parallel eine Qualitätssicherung notwendig. Das zentrale Steuerungselement ist ein funktionierender Wettbewerb, daher sollten die Kantonsgrenzen fallen, in der ganzen Schweiz dieselben Pauschalen ausbezahlt werden und keine zusätzlichen kantonalen Subventionen ausgerichtet werden, denn die Infrastrukturkosten sind in der Pauschale enthalten. Als angenehmer Nebeneffekt sollen Spitäler, die nicht kostendeckend arbeiten, via „Konkurs“ geschlossen werden – also ohne schmerzhaft politische Entscheidung.

Sonderfall Schweiz

Mit diesem Modell rückt die Governance im Gesundheitssektor deutlich näher an den Markt. Um es noch einmal deutlich zu sagen: Dies ist nicht etwa primär eine ideologisch getriebene Entwicklung (ökonomischer Imperialismus), sondern es ist die fast schon ausweglose Reaktion auf die Wirkungslosigkeit des politischen Hierarchiemodells in unserem demokratischen System. Es versteht sich, dass die wirtschaftsliberalen Kräfte diese Entwicklung mit Genugtuung zur Kenntnis nehmen, entspricht sie doch stärker ihrem Wertesystem.

Die Umsetzung dieses Modells bereitet der föderalen Schweiz allerdings erhebliche Mühe. Ausgerechnet seine Grundbedingungen wollen nicht so recht in die politische Landschaft der weitgehend kantonalen Territorialherrschaft passen, was politische Abwehrreflexe provoziert:

- Die unterschiedlichen Kostenstrukturen in den Spitälern werden durch eine individuell auszuhandelnde Base Rate abgebildet. Damit werden kostenintensive Strukturen in der Spitallandschaft künstlich aufrechterhalten, und das Marktelement wird ausgehebelt.
- Die Kantonsgrenzen werden de facto geschützt, indem die Kantone ihre Spital Listen mehr oder weniger offen formulieren können. Damit lebt das Element der politischen Hierarchie weiter, „H+“ spricht gar von einem kantonalen Protektionismus.
- Nicht zuletzt halten sich viele Kantone nicht an die vereinbarte Zurückhaltung in der Infrastrukturfinanzierung, obwohl diese über die Fallpauschalen abgedeckt sein müssten. Damit wird der Markt massiv verzerrt.
- Eine eigentliche „Schutzklausel“ hält sogar das KVG bereit, indem es einen kantonalen Eingriff aus regionalpolitischen Gründen zulässt.

Mit diesen Regelungen haben es die kantonalen Gesundheitsdirektionen bislang geschafft, eine „harte“ wettbewerbliche Lösung in der Schweiz zu verhindern. Der Gesundheitsökonom Willy Oggier bringt es im „Beobachter“ (9/2015, S. 40) auf den Punkt:

„Der Wettbewerb spielt überhaupt nicht. Was wir sehen, sind Abschottungstendenzen und verdeckte Subventionen über sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen, etwa indem Spitalkapazitäten aus „regionalpolitischen“ Gründen aufrechterhalten werden.“

Wettbewerbs-elemente	Elemente der politischen Steuerung
Freie Wahl der Versicherung (Art 4)	Versicherungspflicht (Art 3)
Freie Wahl des Spitals, sofern dieses auf einer Spitalliste ist (Art 41)	Bewilligung zur Durchführung der Versicherung (Art 13)
Festlegung der Tarife / Preise durch die Vertragspartner (Art 43 Abs 4)	Absicherung bei Zahlungsunfähigkeit durch eigene Stiftung (Art 18)
Einheitliche Tarifstruktur (=Swiss DRG) (Art 42 Abs 5)	Aufsicht durch den Bundesrat (Art 21)
	Umschreibung Leistungsbereich (Art 24 ff.)
	Spital Liste (Art 41)
	Aufnahmepflicht im Standortkanton (Art 41a)
	Tarifgenehmigung durch Regierung (Art 46 Abs 4)
	Ausnahmeregelung für «Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen» (Art 49 Abs 3)
	Qualitätssicherung (Art 58 Abs 1)

Wettbewerb vs. politische Steuerung im Gesundheitssektor

Aus Sicht der Public Governance wird deutlich, dass die beabsichtigte Ablösung der politisch-hierarchischen Steuerung durch eine stärker wettbewerbliche Lösung nicht im angekündigten Ausmass erfolgt ist. Oder mit anderen Worten: Obwohl schon die Vorgängermodelle gezeigt haben, dass eine politisch-hierarchische Steuerung des Gesundheitswesens weitgehend wirkungslos ist, wird nun auch das „Marktmodell“ politisch übersteuert und damit fundamental ausgehebelt. Dies kann man natürlich als Indiz werten, dass der Wettbewerb im Gesundheitssektor nicht spielen kann, dass also das Ausweichen auf den Governance-Typus des Marktes per se ein Fehler war. Meines Erachtens wäre dies aber ein voreiliger Schluss, der nur unter den Vorzeichen zu verstehen ist, dass das Marktmodell in der Schweiz nie eine wirkliche Chance bekam.

Wie steuert man kantonale Spitäler?

Auf einem anderen Blatt steht die Frage nach der geeigneten Form der Steuerung staatlicher Spitäler. Im Rahmen der sogenannten „Public Corporate Governance“ haben sich mittlerweile fast alle Kantone Richtlinien gegeben, wie sie ihre staatseigenen Unternehmen zweckmässig steuern möchten. Dazu gehören auch die kantonalen Spitäler. Obwohl sich die Kantone in der Formulierung dieser Richtlinien stark aneinander und am Bund orientieren, besteht gerade bei den Spitälern eine grosse Heterogenität. Während etwa der Kanton Thurgau seine Spitäler in einer privatrechtlichen AG zusammenfasst, hat man im Kanton Zürich explizit darauf verzichtet. Aber auch andere Fragen werden je Kanton sehr unterschiedlich beantwortet. Für die Höhe der „Base Rate“ (das ist der Referenzwert für die Entschädigung pro Fall, der je Spital festgelegt wird) ist beispielsweise zentral, ob ein Spital seine Immobilien über die Fallpauschale finanzieren muss oder nicht. Eine direkte Finanzierung der Immobilien durch den Kanton erlaubt es, die Base Rate statistisch tief zu halten, da diese Zahlungen im Investitionsbudget des Kantons erscheinen anstatt bei den laufenden Beiträgen an die Fallpauschalen. Von solchen Zuschüssen profitieren letztlich die Krankenkassen bzw. die Prämienzahlenden – und die zusätzlich finanzierten Spitäler sind im interkantonalen Wettbewerb im Vorteil.

	Exekutive im VR	Exekutive nicht im VR
Kantonale Immobilien	AI, GE	
Miete durch Spital	ZG, SH, SG, VD	UR, OW, SO, VS
Immobilien Spital	LU, NW, GL, TI, FR, ZH	AG, BE, SZ, BS, BL, GR, AG, NE, JU

Governance-Strukturen der kantonalen Spitäler in der Schweiz

Ein Thema, das vor allem die Politik immer wieder intensiv beschäftigt, ist die Einsitznahme von Exekutivmitgliedern im Verwaltungsrat kantonalen Spitäler. Wie die Tabelle zeigt, wird diese Frage in der Schweiz sehr unterschiedlich beantwortet. Die juristische Perspektive weist darauf hin, dass sich eine Gesundheitsdirektorin oder ein -direktor in einem Interessenkonflikt befindet, wenn sie oder er sowohl im Verwaltungsrat des Spitals wie in der Exekutive Entscheidungen fällt. Entscheidungen zur Spital Liste dürfte sie/er dann beispielsweise nicht mitfälen, da sie eine direkte Auswirkung auf die Konkurrenzsituation des eigenen Spitals haben. Ebenso ist es problematisch, in der Regierung eine Base Rate zu genehmigen, die man als Verwaltungsrätin/-rat des Spitals selbst (mit)ausgehandelt hat. Die Standard-Antwort auf solche Mehrfachfunktionen ist eine Ausstandsklausel, die aber wiederum dann wenig Sinn macht, wenn das Fachwissen in der Regierung aktiv eingebracht werden muss.

Wie kann das Gesundheitsdepartement im Ausstand sein, wenn Gesundheitsthemen traktandiert und entschieden werden? Solche juristischen Überlegungen können in der Praxis jedoch nur eine Orientierungshilfe für die Governance-Diskussion sein, die letztlich durch eine politische Entscheidung gelöst werden muss.

Ökonomie ist der Umgang mit knappen Mitteln. Je knapper die Ressourcen im Gesundheitswesen werden, umso eher greift ökonomische Rationalität in die Entscheidungen der Spitalleitung ein. Sie konkurrenziert damit eine Vielfalt existierender Rationalitäten: die biomedizinische der Ärzteschaft, die sozial-medizinische der Pflege, die gesundheitspolitische des Eigners. Der zunehmende ökonomische Druck macht die Entscheidungsfindung nicht einfacher – im Gegenteil: Nicht selten werden neue Konfliktlinien sichtbar, werden alte Gewissheiten hinterfragt und müssen sich neue Spielregeln entwickeln. Mehr denn je ist multirationale Kompetenz der Spitalleitung gefordert, damit die jeweiligen Stärken der verschiedenen Sinngemeinschaften in ihren Rationalitäten zur Geltung kommen, gleichzeitig aber die Organisation entscheidungs- und handlungsfähig bleibt. Hier können eine klare Eignerstrategie der Exekutive sowie die Unternehmensstrategie des Verwaltungsrates wichtige Referenzpunkte für die Spitalleitung sein. Der gemeinsame Erfolg des Spitals liefert die Handlungsnotwendigkeiten für die verschiedenen Sinngemeinschaften und damit die übergeordnete „Systemrationalität“, an der sich die Spitalleitung orientieren kann.

Die Governance im Gesundheitswesen stellt zusammenfassend zwei grundlegende Fragen. Erstens, wie soll die Leistungserbringung im gesellschaftlichen Feld der Gesundheit organisiert sein, dass sie möglichst optimal erfolgen kann? Zweitens, wie soll die Führung und Steuerung der staatlichen Spitäler organisiert sein, dass diese ihre Aufgabe im komplexen Konzert der Anbieter von Gesundheitsleistungen erfüllen können? Beide Fragen lassen keine einfachen Antworten zu. Wenn sich die Schweiz allerdings für einen Governance-Typus entscheidet (wie im Moment für das Marktmodell), so hat dies Konsequenzen sowohl für die Public Governance (Ebene Umfeld) wie auch die Public Corporate Governance (Ebene Spital). Es erscheint vor dem Hintergrund eines wachsenden, wettbewerbslichen und ausdifferenzierten Gesundheitswesens zunehmend schwierig, die eigenen staatlichen Spitäler vor dem Markt zu schützen, ohne gleichzeitig erhebliche Summen an Steuermitteln dafür aufzuwenden. Andererseits zeichnen sich schon heute kreative Lösungen ab, wie beispielsweise das Zusammengehen des Spital Netz Bern mit dem Inselspital, das eine verbesserte Aufgabenteilung und Spezialisierung der einzelnen Organisationen möglich macht. Vermutlich braucht die Umstellung auf das neue Governance-Modell noch mehr Zeit – und Beispiele erfolgreicher Umsetzung. Kreative Lösungen sind gefordert.

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. Pietro Beritelli

Titular-Professor für Tourismus, Forschungszentrum Tourism and Transport

Simone Gutzan

Wiss. Mitarbeiterin, Forschungszentrum Organization Studies

Samuel Heer

Wiss. Mitarbeiter, Forschungszentrum Tourism and Transport

Prof. Dr. Christian Laesser

Direktor IMP-HSG, Leiter Forschungszentrum Tourism and Transport

Dr. Matthias Mitterlechner

Projektleiter, Forschungszentrum Organization Studies

Dr. Stephan Reinhold

Wiss. Mitarbeiter, Forschungszentrum Tourism and Transport

Prof. Dr. Johannes Rüegg-Stürm

Direktor IMP-HSG, Leiter Forschungszentrum Organization Studies

Prof. Dr. Kuno Schedler

Direktor IMP-HSG, Leiter Forschungszentrum Public Management and Governance

Dr. Roland Scherer

Direktor IMP-HSG, Leiter Forschungszentrum Regional Science

Dr. Roger W. Sonderegger

Projektleiter, Forschungszentrum Public Management and Governance

Michelle Tschumi

Studentische Mitarbeiterin, Forschungszentrum Organization Studies

Prof. Dr. Harald Tuckermann

Assistenzprofessor, Vizedirektor IMP-HSG, Leiter Forschungsprogramm HealthCare Excellence

Dr. Ralf-Eckhard Türke

Projektleiter, Forschungszentrum Public Management and Governance

Dr. Kristina Zumbusch

Projektleiterin, Forschungszentrum Regional Science

Bildnachweis

iStockphoto.com © skynesher: S. 24

www.pixabay.com: Titelbild; S. 4; S. 8;
S. 12; S. 15; S. 16; S. 19; S. 27; S. 28

IMPRESSUM

ISSN 2235-3844

**Institut für Systemisches
Management und Public
Governance IMP-HSG
Universität St. Gallen**

Dufourstrasse 40a
CH - 9000 St. Gallen
Fon +41 71 224 25 25
Fax +41 71 224 25 36
www.imp.unisg.ch

Nächste Ausgabe

erscheint im

Dezember 2015

zum Thema

„Wirkung“