

Der Gesetzesentwurf über das Universitätsspital Zürich: eine Deregulierungsvorlage

Vernehmlassung der Vereinigung Unabhängiger AerztInnen (VUA)

1. Ausgangslage

Im Gesetzesentwurf über das Universitätsspital wird dessen Verselbstständigung (§1) vorgeschlagen. Das USZ würde somit ein selbständiges Unternehmen, welches über ein Grundkapital sowie Vermögen (Betriebseinrichtungen) verfügt.

Die Finanzierung erfolgt über ein Globalbudget (§6), welches vom Kantonsrat bewilligt wird. (Obwohl diese Finanzierungsform bereits existiert, soll sie in den nachfolgenden Ausführungen in die Kritik am Gesetzesentwurf einbezogen werden.)

Die operative Geschäftsführung unterläge der Spitaldirektion, welche der Aufsicht eines Spitalrates unterstellt ist, in welchem die Gesundheitsdirektion beratende Stimme hat. (§7)

Das USZ könnte mit anderen Leistungserbringern gemeinsame Dienstleistungsbetriebe führen, Betriebsbereiche in rechtlich eigenständige Einheiten überführen und Tochtergesellschaften gründen sowie sich an anderen Unternehmen beteiligen. (§4)

2. Die Oekonomisierung und deren Folgen im Gesundheitswesen

Wie in allen Bereichen des Service Public hat auch im Gesundheitswesen in den letzten Jahren eine Tendenz zur Oekonomisierung eingesetzt. Damit ist gemeint, dass immer mehr fachlich - medizinische und ethische Entscheidungen und Handlungen zuerst und vor allem oekonomisch begründet werden. Dabei geht es um die Frage, ob eine konkrete medizinische Massnahme vom Standpunkt des konkreten Leistungserbringers rentabel ist oder nicht. Damit ist keineswegs wirtschaftliche Rationalität gemeint, im Gegenteil kann zum Beispiel die Verschiebung von Kosten aus dem ambulanten in den stationären Sektor für den konkreten Leistungserbringer rentabel, im grösseren wirtschaftlichen Zusammenhang aber irrational sein.

Diese Oekonomisierung steht in einem direkten Widerspruch zur Tatsache, dass Gesundheit bzw. Krankheit aus folgenden Gründen nicht den Charakter einer "marktfähigen Handelsware" hat (1):

- Bei Gesundheit handelt es sich um ein lebensnotwendiges Gut. Es ist ein kollektives und öffentliches Gut, ähnlich wie Bildung, Atemluft, Trinkwasser und Rechtssicherheit.
- Auf Gesundheit kann nicht wie auf Konsumgüter verzichtet werden. Gesundheit ist ein konditionales Gut zur Erreichung der Lebensziele.
- Der Patient befindet sich durch sein Kranksein in einer Position der Unsicherheit, Schwäche, Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit in Verbindung mit Angst und Scham.

Fallpauschalen und Globalbudget sind die Standardinstrumente der Oekonomisierung. Durch sie wird das wirtschaftliche Risiko der Versorgung vom Staatshaushalt auf die betroffenen Spitäler übertragen.

Der Gesundheitssoziologe Hagen Kühn (2) hat in einem internationalen Vergleich u.a. folgende Tendenzen der Oekonomisierung des Gesundheitswesens herausgearbeitet:

Unterversorgung und Qualitätsminderung:

Da Gewinne nur möglich sind, wenn die Kosten unterhalb der fixierten Pauschalen oder Budgets liegen, wird in erster Linie der Ressourceneinsatz minimiert. Möglichkeiten die Ressourcen zu minimieren sind: Personalabbau, Qualitätsminderung, Risikoselektion (Abweisung schlechter Risiken), zu frühe Entlassung und ähnliches.

Verbetrieblichung der medizinischen Arbeit:

Weil bei allen diagnostischen oder therapeutischen Überlegungen Geld im Sinne der Rentabilität für den Leistungserbringer im Spiel steht, wird die medizinische Arbeit in Schemas, Guidelines etc. standardisiert. Durch die Verknüpfung mit den betriebswirtschaftlichen Daten entstehen die Kriterien zur Steuerung der ärztlichen Entscheidungen bei Diagnose, Therapie, Pflege, Überweisung, Entlassung usw.

Dadurch entsteht eine Vielzahl von Instrumenten zum betrieblichen Management der Arzt/Patienten-Beziehung. Die medizinischen Dienstleistungen werden dadurch zunehmend formalisiert und bürokratisiert, die patientenbezogenen Tätigkeiten nehmen zugunsten von Management und Verwaltung ab.

"Die amerikanischen empirischen Studien zeigen überwiegend, dass Erfolge bei der institutionellen Kostenreduzierung entweder nicht oder in nicht messbarer Größenordnung auf eine tatsächlich höhere Wirtschaftlichkeit zurückgehen, sondern sich überwiegend drei Gründen verdanken

- der Vermeidung von Patienten mit überdurchschnittlich hohem ökonomischen Krankheitsrisiko.
- der Drosselung der Inanspruchnahme...
- dem Preisdruck auf die Leistungserbringer. " (3)

Eine Studie zum Vergleich des britischen National Health Service mit der amerikanischen Medizin lautete bereits Ende der 80er Jahre:

"Als Resultat der neuen marktorientierten Politik sind die amerikanischen Ärzte heute die am meisten mit Prozessen überhäufteten, begutachteten und mit Papierarbeit überfrachteten Ärzte in den westlichen Industrieländern." (4)

3. Rückzug der öffentlichen Hand aus der medizinischen Grundversorgung

Gerade weil Gesundheit keine Ware ist und nicht dem Mechanismus von Angebot und Nachfrage überlassen werden kann, hat der Staat im bisherigen Selbstverständnis der westlichen Sozialsysteme seine Aufgabe darin gesehen, dafür zu sorgen, dass im Krankheitsfalle alle Bürger die gleichen Behandlungschancen haben. Der Gesetzesentwurf wird dieser öffentlichen Schutzfunktion nicht gerecht: im Aufsichtsorgan namens Spitalrat soll die Gesundheitsdirektion nur noch beratende Stimme haben und würde sich somit praktisch vollständig aus der Leitung des USZ zurückziehen.

Wir sind keine Juristen und auch keine Staatsrechtler. Aber wir stellen uns die Frage, ob sich hier nicht ein neues Staatsverständnis abzeichnet, welches mit dem Auftrag zur Garantieung gleicher Chancen für alle im sensiblen Bereich der medizinischen Versorgung kollidiert.

4. Personalrechtliche Aspekte

Im Vorschlag der Gesundheitsdirektion soll das Personal der Kantonsspitäler auch in Zukunft öffentlich-rechtlich angestellt sein. Aus unseren obigen Ausführungen, geht jedoch hervor, dass durch die Verselbstständigung / Deregulierung ein weiterer Druck auf die Arbeitsverhältnisse des Pflegepersonals zu erwarten ist. Möglicherweise geht es im Gesetzesentwurf um eine abstimmungstaktische Aussage, welche schon bei der nächsten Gesetzesrevision gekippt werden könnte. (5)

5. Zusammenfassung

Beim vorliegenden Gesetzesentwurf geht es um die **Deregulierung** der öffentlichen medizinischen Versorgung. Auf dem Hintergrund dieser prinzipiellen Stossrichtung ist die Unterscheidung Verselbstständigung versus Privatisierung zweitrangig.

Das neue Gesetz über das USZ wird im öffentlichen Diskurs mit der Notwendigkeit zur Marktorientierung begründet, ohne welche die medizinische Versorgung nicht mehr in befriedigendem Ausmasse garantiert werden könne.

Eine Analyse der Situation in anderen Industriestaaten, wo die Oekonomisierung des Gesundheitswesens schon fortgeschritten ist, zeigt hingegen, dass **Marktorientierung und Kommerzialisierung den staatspolitischen Auftrag zur medizinischen Grundversorgung für alle gefährdet.**

Insbesondere ist zu befürchten, dass durch das neue Gesetz

- die Kriterien der Rentabilität die fachlich- medizinischen Entscheide zunehmend beeinflussen
- Ressourcen in "rechtlich eigenständige Einheiten" (§4) zur Betreuung kaufkräftiger Patienten des Privatversicherungs-Bereichs verschoben werden und dadurch der Zweiklassenmedizin weiter Vorschub geleistet wird
- die Qualität der medizinischen Versorgung im Bereich der Grundversorgung sich verschlechtern wird
- der Druck auf die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals und der AssistenzärztInnen weiter zunehmen wird

Noch ist im öffentlichen Gesundheitswesen der Schweiz der Schweregrad einer Krankheit und das medizinisch Notwendige **das** Kriterium für ärztliches Handeln. Damit dies so bleibt, darf sich der Staat nicht aus seiner Verantwortung für gleiche Versorgungschancen für alle schleichen, wie er das mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf zu tun gedenkt.

Wir lehnen deshalb den Gesetzesentwurf über das Universitätsspital ab.

Literatur:

- 1) Hans-Ulrich Deppe: Kommerzialisierung oder Solidarität? (VSA-Verlag 2002)
- 2) Hagen Kühn: Fünf Tendenzen der Oekonomisierung des Gesundheitswesens
Referat am IPPNW-Kongress "Medizin und Gewissen" am 25.5.2001, zit. nach
Soziale Medizin, März 2002
- 3) ebenda
- 4) ebenda
- 5) vgl. auch "Pierre Gobet/ Ruedi Spöndlin: Spital AG- Deregulierung, Privatisierung,
Ausgliederung?" (Verlag edition 8)