

Das Recht als Bremse oder Katalysator eines neu konzipierten Gesundheitswesens

**„Vorlesungen für alle“ Universität St. Gallen
14. Mai 2007**

Tomas Poledna
Prof. Dr. iur. Rechtsanwalt

poledna@bdp.ch
www.bdp.ch

BDP Zürich
Mühlebachstrasse 32
Postfach 769
8024 Zürich
T +41 44 266 20 66
F +41 44 266 20 70

BDP Lugano
Via Lodovico Ariosto 6
CP 5162
6901 Lugano
T +41 91 911 80 00
F +41 91 911 80 08

Was ist Gesundheitsrecht?

- ▶ Internationales Recht:
 - Z.B. Human Genome Declaration Unesco
 - WHO Framework Convention on Tobacco Control
 - Biomedizinkonvention vom 4. April 1997 Europarat
 - Datenschutz Europarat / EU
 - Bilaterale Verträge (Personenfreizügigkeit)

Was ist Gesundheitsrecht? (2)

▶ Bundesregelungen:

- Sozialversicherungen (ATSG/KVG/UVG/MVG/IVG/AHVG/IVG) inkl. oberste Rechtsprechung
- Privatversicherungen (Zusatzversicherungen, VVG)
- Arbeitnehmerschutz
- Preisüberwachung
- Biomedizin
- Transplantationsgesetzgebung
- Forschung
- Heilmittelwesen, Lebensmittel, Gifte, Betäubungsmittel
- MedBG
- Infektionskrankheiten
- Bundesstatistik
- Datenschutz / StGB usw.

Was ist Gesundheitsrecht? (3)

▶ Kantonale Regelungen

- KVG-Kompetenzen (Spitallisten, Tarifgenehmigung, Bedürfnisklausel nach 55a KVG)
- Gesundheitsversorgung (vornehmlich stationär und Langzeitpflege)
- Sicherstellung und Finanzierung stationäre Versorgung (auch durch KVG vorbestimmt)
- Regelung Zugang zu den Medizinalberufen, MedBG
- Reste Heilmittelgesetzgebung, zumeist nur Vollzug HMG
- Vollzug Sozialversicherungen
- Gerichtsbarkeit
- Berufsregelungen an den kantonalen Einrichtungen (Uni-Spitäler usw.)
- Universitäten (Aus- und Fortbildung)

Was heisst das?

- ▶ drei Ebenen:
 - international
 - national
 - kantonal
- ▶ ergänzt durch verschiedene Verbände, Interessensgruppierungen
- ▶ ein riesiges Netzwerk mit starken horizontalen und vertikalen Abhängigkeiten, „schwarzen Löchern“ und Zentrifugalkräften, ohne zentralen Akteur
- ▶ Niemand fühlt sich verantwortlich – alle fühlen sich verantwortlich
- ▶ Beispiel: Entlohnung Unispitalärzte: Auswirkungen

Wie verhält sich die Bundesverfassung?

▶ Nebeneinander von Wirtschaftsfreiheit, Förderung der Privatwirtschaft und gewährendem, lenkenden und fürsorglichem Sozialstaat

▶ Beispiel:

Art. 94 BV

1 Bund und Kantone halten sich an den **Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit**.

2 Sie wahren die **Interessen der schweizerischen Gesamtwirtschaft** und tragen mit der privaten Wirtschaft zur Wohlfahrt und zur wirtschaftlichen Sicherheit der Bevölkerung bei.

3 Sie sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für **günstige Rahmenbedingungen für die private Wirtschaft**.

4 **Abweichungen vom Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit**, insbesondere auch Massnahmen, die sich gegen den Wettbewerb richten, sind **nur zulässig**, wenn sie in der **Bundesverfassung** vorgesehen oder durch kantonale Regalrechte begründet sind.

Wie verhält sich die Bundesverfassung? (2)

▶ Gegenbeispiel:

Art. 117 BV Kranken- und Unfallversicherung

1 Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.

2 Er kann die Kranken- und die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.

Konflikte: Lokalisierung und Charakterisierung

1. Vielzahl der Regelungsschichten
2. Vielzahl der Akteure
3. Faktische enge Verzahnung Privatwirtschaft und Staatswirtschaft
4. Starke Dominanz der Sozialversicherungen
5. Sozialversicherungen werden als „totale“ Monopole des Bundes verstanden
6. Wirtschaftspolizeiliche Anliegen geraten zu Strukturerehaltungen
7. Abschottung gegenüber dem Ausland
8. Gesundheit ist politisch und emotional stark befrachtet
9. Abgrenzung service public und weiter gehende Leistungen
10. Staat in vielfältigen Funktionen aktiv (Finanzierer, Regulator, Leistungserbringer, Versicherer)

Wo ist anzusetzen?

- ▶ Stufe Bundesverfassung
- ▶ Zentralisierung der Kompetenzen
- ▶ Öffnen nach Aussen
- ▶ Einführung von Strukturprinzipien, z.B. Gewährleistungsfunktion, Subsidiaritätsprinzip, Qualität mit in den Mittelpunkt stellen
- ▶ kein Vorrang eines bestimmten Wirtschaftsprinzips (Lenkung oder Wettbewerb), vielmehr Ergänzung und Harmonisierung
- ▶ Harmonisierung des Sozialversicherungs- und Fürsorgewesens

Stossrichtungen

- ▶ Ausbau der Bundeskompetenzen
- ▶ Abbau von Konflikten (Bund – Kantone, Leitbilder, Ziele, Demokratie – Rechtsschutz)
- ▶ Harmonisierungen der Gesetzgebungen
- ▶ Festlegung von Inhalten (was? welche Qualität? wer? wie?)
- ▶ Berücksichtigung internationale Entwicklungen, Öffnung der CH
- ▶ Gesundheit als Entwicklungsprozess

Ansatz Verfassung

▶ Verfassungsänderung (siehe Anhang)

Art. 118 Gesundheitswesen

- 1 Der Bund regelt das Gesundheitswesen. Er gewährleistet die genügende, rechtsgleiche, qualitativ gesicherte und allen zugängliche Grundversorgung von Kranken, Verunfallten und Invaliden. Er berücksichtigt dabei den Gesundheitsschutz und die Gesundheitsvorsorge. Er sorgt für eine international hochstehende Gesundheitsversorgung.
- 2 Er sorgt insbesondere für:
 - a. eine Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen und achtet dabei auf die unabhängige Wahrnehmung der Aufgaben und Interessen;
 - b. die Sicherstellung der Grundversorgung, soweit diese nicht im Rahmen der wettbewerblichen Ordnung bereitgestellt wird;

Ansatz Verfassung (2)

- ▶ c. Rahmenbedingungen für eine möglichst weitgehende privatwirtschaftliche Leistungsbereitstellung und -erbringung und fördert diesbezügliche Innovationen;
- ▶ d. eine Krankenversorgung, die sich an den Grundsätzen der Leistungsorientierung, Qualität, wirtschaftlichen Tragbarkeit und Eigenwirtschaftlichkeit ausrichtet;
- ▶ e. die Harmonisierung und Vernetzung des Gesundheitswesens mit anderen Lebens- und Rechtsbereichen, insbesondere den Sozialversicherungen, dem Bildungswesen und der Wettbewerbspolitik;
- ▶ f. die Koordination und Gestaltung der Gesundheitspolitik und Gesetzgebung nach den Kriterien der Effektivität, Effizienz, Transparenz, Qualitätsorientierung und -kontrolle;
- ▶ g. umfassenden Zugang zum gerichtlichen Rechtsschutz;
- ▶ h. Berücksichtigung internationaler Entwicklungen;
- ▶ i. Attraktivität der Schweiz als Forschungsplatz und Standort der medizinischen Leistungserbringung.
- ▶ 3 Der Bund setzt eine unabhängige Regulierungsinstanz ein.

Ansatz Verfassung (3)

- ▶ Art. 117 Kranken- und Unfallversicherung
 - 1 Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.
 - 2 Er kann die Kranken- und die Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären.
 - 3 **Die Kranken- und Unfallsversicherung steht im Einklang mit den Zielen der Gesundheitspolitik und der Wettbewerbsordnung und achtet die Autonomie des Privatversicherungsbereichs.**

Umsetzung auf Ebene Gesetz – Modell „Leu/Poledna“

- ▶ Verbreitete Unzufriedenheit mit Teilen der Vorlage Spitalfinanzierung des Ständerates
- ▶ Stark divergierende Auffassungen im Parlament, wie das Gesundheitssystem ausgestaltet werden sollte
- ▶ Im Zentrum stehen die **PatientInnen**, die **Qualität** der Leistungen und ihre **Wirtschaftlichkeit**
- ▶ Das Modell kann in zwei Etappen umgesetzt werden
 - ▶ - Übergang zur Leistungsfinanzierung
 - ▶ - Umsetzung der übrigen Modellelemente

Im Mittelpunkt: Qualität

- ▶ Bevölkerung will qualitativ hochstehende Leistungen
- ▶ Systematische Qualitätsmessung zeigt regelmässig grosse Unterschiede
- ▶ Systematische Qualitätsmessung führt regelmässig zu Verbesserungen der Qualität
- ▶ Schweiz bezüglich Qualitätsmonitoring im Hintertreffen (OECD, 2006)

Anteil Patienten, die nach Herzinfarkt 180 Tage nicht überlebten, schlechteste 20 Spitäler in Holland, in Prozent

▶ Spital 1	14.5	▶ Spital 11	16.4
▶ Spital 2	14.6	▶ Spital 12	18.3
▶ Spital 3	14.7	▶ Spital 13	18.3
▶ Spital 4	15.1	▶ Spital 14	19.3
▶ Spital 5	15.2	▶ Spital 15	23.5
▶ Spital 6	15.4	▶ Spital 16	24.6
▶ Spital 7	16.0	▶ Spital 17	24.7
▶ Spital 8	16.2	▶ Spital 18	26.8
▶ Spital 9	16.3	▶ Spital 19	28.6
▶ Spital 10	16.3	▶ Spital 20	32.8

Low-Risk-Operationen

1 Cholezystektomie

1.1 Anteil laparoskopischer Gallenblasenentfernungen mit OPS 5-511 in DRG H11/H12/H13/H14 (ohne Tumorfälle)	> 90 % ⁸⁾
1.2 Anteil Umstieg von laparoskopischer auf offene Gallenblasenentfernung mit OPS 5-511 in DRG H11/H12/H13/H14 (ohne Tumorfälle)	< 3 % ⁸⁾
1.3 Verweildauer bei unkomplizierten Gallenblasenentfernungen in DRG H13B+H14B (Tage)	< 3 ⁸⁾
1.4 Anteil Todesfälle bei Gallenblasenentfernungen mit OPS 5-511 in DRG H11/H12/H13/H14	< 0,4 % ⁸⁾

2 Herniotomie

2.1 Verweildauer bei Leisten-, Schenkel-, Bauchwand- und Nabelhernie in DRG G09+G24+G25 (Tage)	< 3 ⁸⁾
2.2 Anteil Todesfälle bei Leisten-, Schenkel-, Bauchwand- und Nabelhernie in DRG G09+G24+G25	< 0,13 % ⁵⁾

High-Risk-Operationen

3 Kolorektale Operationen

3.1 Anteil Todesfälle bei kolorektalen Operationen bei Karzinom 2003 bis 2004	< 6 % ⁷⁾
---	---------------------

4 Aortenaneurysma

4.1 Anteil Todesfälle bei nicht rupturiertem Aortenaneurysma 2002 bis 2004	< 5 % ⁷⁾
--	---------------------

Schwere Krankheitsbilder mit beeinflussbarer Sterblichkeit

5 Herzinfarkt

5.1 Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt	< 11,1 % ⁶⁾
---	------------------------

6 Herzinsuffizienz

6.1 Anteil Todesfälle bei Herzinsuffizienz in DRG F62A	< 38,0 % ⁵⁾
6.2 Anteil Todesfälle bei Herzinsuffizienz in DRG F62B	< 13,9 % ⁵⁾
6.3 Anteil Todesfälle bei Herzinsuffizienz in DRG F62C	< 9,9 % ⁵⁾
6.4 Anteil Todesfälle bei Herzinsuffizienz in DRG F62D	< 8,8 % ⁵⁾

7 Pneumonien

7.1 Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie Altersgruppe <15 Jahre	< 0,14 % ⁶⁾
7.2 Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie Altersgruppe 15-44 Jahre	< 1,65 % ⁶⁾
7.3 Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie Altersgruppe 45-64 Jahre	< 6,81 % ⁶⁾
7.4 Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Pneumonie Altersgruppe 65-84 Jahre	< 14,12 % ⁶⁾

8 Schlaganfall

8.1 Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose intrazerebrale Blutung (ICD I61)	< 23,1 % ⁶⁾
8.2 Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD I63)	< 7,97 % ⁶⁾
8.3 Anteil Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall n.n.bez. (ICD I64)	

Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für Peer-Review)

9 Beatmung

9.1 Anteil Todesfälle bei Beatmung > 24 Stunden	< 35 % ⁶⁾
---	----------------------

10 Sepsis

10.1 Anteil Todesfälle bei Sepsis in DRG T60	< 25,7 % ⁵⁾
--	------------------------

Rang	Spital	Anzahl Fälle	Rang	Spital	Anzahl Fälle	Rang	Spital	Anzahl Fälle	Rang	Spital	Anzahl Fälle
1	Spital	1'326	46	Spital	230	91	Spital	115	136	Spital	46
2	Spital	813	47	Spital	226	92	Spital	113	137	Spital	44
3	Spital	722	48	Spital	220	93	Spital	109	138	Spital	43
4	Spital	607	49	Spital	220	94	Spital	107	139	Spital	40
5	Spital	576	50	Spital	209	95	Spital	107	140	Spital	33
6	Spital	570	51	Spital	208	96	Spital	107	141	Spital	31
7	Spital	550	52	Spital	206	97	Spital	106	142	Spital	31
8	Spital	504	53	Spital	206	98	Spital	105	143	Spital	30
9	Spital	489	54	Spital	203	99	Spital	104	144	Spital	27
10	Spital	465	55	Spital	202	100	Spital	103	145	Spital	25
11	Spital	460	56	Spital	200	101	Spital	103	146	Spital	23
12	Spital	436	57	Spital	200	102	Spital	101	147	Spital	22
13	Spital	418	58	Spital	200	103	Spital	100	148	Spital	21
14	Spital	411	59	Spital	197	104	Spital	96	149	Spital	21
15	Spital	408	60	Spital	193	105	Spital	95	150	Spital	21
16	Spital	408	61	Spital	188	106	Spital	93	151	Spital	18
17	Spital	400	62	Spital	188	107	Spital	91	152	Spital	18
18	Spital	396	63	Spital	186	108	Spital	86	153	Spital	15
19	Spital	364	64	Spital	183	109	Spital	85	154	Spital	12
20	Spital	363	65	Spital	182	110	Spital	85	155	Spital	11
21	Spital	359	66	Spital	180	111	Spital	84	156	Spital	11
22	Spital	350	67	Spital	176	112	Spital	80	157	Spital	9
23	Spital	349	68	Spital	172	113	Spital	77	158	Spital	6
24	Spital	339	69	Spital	170	114	Spital	77	159	Spital	6
25	Spital	339	70	Spital	168	115	Spital	77	160	Spital	4
26	Spital	312	71	Spital	167	116	Spital	75	161	Spital	3
27	Spital	311	72	Spital	166	117	Spital	73	162	Spital	2
28	Spital	311	73	Spital	159	118	Spital	73	163	Spital	1
29	Spital	309	74	Spital	156	119	Spital	72			
30	Spital	308	75	Spital	155	120	Spital	71			
31	Spital	305	76	Spital	153	121	Spital	68			
32	Spital	304	77	Spital	147	122	Spital	68			
33	Spital	296	78	Spital	141	123	Spital	66			
34	Spital	285	79	Spital	141	124	Spital	65			
35	Spital	281	80	Spital	138	125	Spital	64			
36	Spital	273	81	Spital	137	126	Spital	63			
37	Spital	259	82	Spital	137	127	Spital	63			
38	Spital	258	83	Spital	134	128	Spital	63			
39	Spital	256	84	Spital	134	129	Spital	61			
40	Spital	244	85	Spital	125	130	Spital	58			
41	Spital	243	86	Spital	124	131	Spital	56			
42	Spital	241	87	Spital	124	132	Spital	53			
43	Spital	234	88	Spital	118	133	Spital	52			
44	Spital	234	89	Spital	117	134	Spital	49			
45	Spital	232	90	Spital	115	135	Spital	47			

Modell mit drei Säulen

- ▶ Einführung eines Regulators auf Bundesebene
- ▶ Leistungsvergleich bezüglich Qualität und Kosten (pro Fallkategorie)

Vertragszwang für landesweit beste Spitalabteilungen und Spitäler, die zur Mindestversorgung (definiert vom Regulator) notwendig sind.

Übrige Spitalabteilungen: Vertragsfreiheit

- ▶ Zugang aller Patienten zu den qualitativ besten und kostengünstigsten Spitälern in der ganzen Schweiz (Binnenmarkt).

Vergleich zu Vorlage Ständerat

Vom Ständerat übernommen werden

- Vergütung der Leistungen mittels diagnose-spezifischen Fallpauschalen (Vollkosten inkl. Investitionen)
- Anteilsmässige Übernahme der Vergütungen durch Kantone und Versicherer (Aufteilung für das Modell ohne Bedeutung)

Nicht übernommen wird

- Ausdehnung der Spitalplanung

Zugang und Aufnahmezwang

- ▶ Versicherte haben schweizweit Zugang zu den besten und effizientesten Spitälern
- ▶ Aufnahmezwang für alle dem Vertragszwang unterstehenden Spitäler
- ▶ Zusätzliche kantonale Vorschriften zur Mindestversorgung werden von Kantonen über Leistungsaufträge separat finanziert

Gemeinwirtschaftliche Leistungen

- ▶ Notfall wird wie bisher von den Kantonen über Leistungsaufträge organisiert und finanziert
- ▶ Universitäre Lehre und Forschung werden vom Kanton organisiert und finanziert

Finanzierung

Anteilsmässige (duale) Finanzierung der Fallpauschalen durch Kantone und Kassen.

Gilt für alle Spitalabteilungen, die dem Vertragszwang unterstehen.

Übrige: Grundbeitrag nach Vertrag mit Versicherer, höchstens aber Anteil wie bei Finanzierungszwang. Kantone können Sockelbeitrag ganz oder teilweise bezahlen.

Kantone können über Mindestversorgung hinausgehende Leistungen durch Leistungsaufträge bereitstellen und finanzieren.

Qualitätsindikatoren

Harte und weiche Indikatoren

Indikations-, Prozess- und Ergebnisindikatoren

Für den Leistungsausgleich sind harte Indikatoren unabdingbar (z.B. Reoperationsraten, Mortalität, Druckgeschwüre, Spitalinfekt)

In 3-5 Jahren können für etwa 25% der Diagnosen harte Indikatoren ermittelt werden.

Indikatoren werden von Facharztgesellschaft erarbeitet.

Doppelter Leistungsvergleich

- ▶ Qualität
 - z.B. 90% der „Besten“

und

- ▶ Preis
 - z.B. 85% der „Günstigsten“