

Hans U. Baer

Der verschwundene Arzt

Die ärztliche Leistung im Schatten der Fallpauschale

Verlag und Bezugsquelle:

SGGP, CH-3000 Bern 8

Telefon +41 (0)31 387 37 39

E-Mail info@sggp.ch

Internet www.sggp.ch

Preis: 42 Fr. für SGGP-Mitglieder, 55 Fr. für Nichtmitglieder.

Herausgeber und Lektoren der Schriftenreihe:

Dres. Eleonore und Jürg Baumberger, Sirnach

In der SGGP-Schriftenreihe werden interessante Texte publiziert, ohne dass die SGGP damit zu deren Inhalt Stellung nimmt.

Des textes intéressants sont publiés dans la collection SSPS, sans que la SSPS ne prenne position quant à leur contenu.

Copyright © (2026) SGGP

ISBN 978-3-85707-146-1

Zu diesem Buch

Auf einer Spitalrechnung stehen ein Betrag und eine Fallgruppe. Was getan wurde, von wem, mit welchem Aufwand und mit welchem Ergebnis, steht nicht darauf. Der Arzt ist in seiner eigenen Leistung nicht mehr sichtbar. Dieses Buch fragt, wie das zustande kommt und was daran zu ändern wäre. Es untersucht die Vergütung nicht als Preis, sondern als Konstruktion: Sie fasst zusammen, was verschieden ist, und wirft die Zerlegung weg, aus der sie entstanden ist. Sieben Kapitel zeigen, was dabei verschwindet — die Leistung selbst, ihre Komplexität, die beteiligten Akteure, der Blick des Patienten, das Ergebnis der Behandlung, der Ort im System und zuletzt der Wille, daran etwas zu ändern. Ein achttes Kapitel zeigt die Alternative: die ärztliche Leistung nach ihren Bestandteilen auszuweisen, statt sie in einem Betrag verschwinden zu lassen. Diese Methode erfüllt vier Funktionen zugleich: Sie analysiert die tatsächlich erbrachten ärztlichen Mehrleistungen korrekt, bildet sie im Honorar präzise ab, macht die Rechnung für den Patienten nachvollziehbar und für den Zusatzversicherer einfach prüfbar. Das Buch ist eine Diagnose, kein Programm; es schliesst mit sieben Vorschlägen, die aus ihr folgen.

Der Autor

Hans U. Baer, Prof. Dr. med., Master of Applied Ethics, ist Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt hepatobiliäre und viszerale Chirurgie. Nach dem Staatsexamen arbeitete er zuerst an der chirurgischen Abteilung des Regionalspitals Wetzikon, danach an der chirurgischen Abteilung der Klinik Waid in Zürich und zuletzt als Oberarzt und stellvertretender Chefarzt an der Viszeralchirurgischen Klinik des Inselspitals Bern, wo er sich auch habilitierte. Von 1999 bis 2026 war er Belegarzt an der Klinik Hirslanden Zürich. Über zwölf Jahre baute er ein Kalkulationssystem für ärztliche Mehrleistungen in der Zusatzversicherung auf — zunächst in einem Tarifbüro der Belegärzte, später als Leitender Geschäftsführer der daraus hervorgegangenen Medicalculis GmbH, aus der er inzwischen ausgetreten ist. Heute beschäftigt er sich weiterhin mit der Entwicklung digitaler Abrechnungssysteme im Gesundheitswesen, insbesondere mit der Analyse und Abbildung ärztlicher Mehrleistungen und Honorare in der Zusatzversicherung. Er lebt mit seiner Frau in Zürich und Freienbach.

Dank

Dieses Buch verdankt sich der Arbeit und der Auskunftsbereitschaft vieler.

Dem Verlag und Guido Schommer danke ich für die Annahme des Manuskripts, Drs. Eleonore und Jürg Baumberger für die professionelle Lektoratsarbeit und die unterstützende Zusammenarbeit.

Die Gespräche mit Belegärzten und Leistungseinkäufern der Zusatzversicherungen haben über viele Jahre mein Verständnis des Systems geprägt. Sie haben mir seine Mechanismen und politischen Spannungen ebenso erschlossen wie die Perspektive der ärztlichen Leistungserbringer und zugleich entscheidende Impulse für neue Abrechnungssysteme gegeben. Vieles von dem, was dieses Buch beschreibt, ist aus diesem Austausch hervorgegangen.

Vor allem aber danke ich Christina, meiner Frau — für ihr Verständnis für die vielen Stunden, die ich am Computer verbracht habe statt mit ihr.

Editorische Notiz

Ich danke Claude, dem Sprachmodell von Anthropic, und ChatGPT von OpenAI mit denen dieses Buch über viele Monate hinweg entstanden ist. Sie haben Quellen gesucht und die Originale geprüft, Widersprüche in meiner Argumentation benannt, Fassungen verglichen und den Anmerkungsapparat geführt. Geschrieben und zu verantworten habe ich das Buch selbst; die Fragen, die die Werkzeuge mir gestellt hat, haben es besser gemacht.

Die Fallpauschale kennt den Fall
Sie kennt nicht den Arzt
Sie kennt das Ergebnis
Sie erklärt nicht die Leistung

Inhalt

Sieben Vorschläge für eine transparente und nachvollziehbare ärztliche Leistung..... 9

Einleitung 11

- I. Die Beobachtung 11
- II. Was dieses Buch fragt 12
- III. Was dieses Buch nicht ist — und woher es spricht..... 13
- IV. Der Gang der Argumentation..... 14
- V. Was die Leser erwarten dürfen — und was nicht..... 15

1 WAS – Die Leistungssubstanz 17

- 1.1 Die unbeantwortete Grundfrage..... 17
- 1.2 Anatomie der chirurgischen Leistung..... 31
- 1.3 Warum Pauschalen immer lügen 40
- 1.4 Strukturell dekomponierende Vergütung als Antwort 56
- 1.5 Was Leistungssubstanz nicht ist..... 62

2 Die Komplexität als Frage des Schweregrads 73

- 2.1 Eröffnung — Was Komplexität nicht ist 73
- 2.2 Die drei Dimensionen der Komplexität 80
- 2.3 Die Pauschalen-Antwort und ihre Grenze..... 88
- 2.4 Die dekompositive Antwort 95
- 2.5 Drei Grenzfälle..... 102
- 2.6 Komplexität über Eingriffsklassen hinweg 109
- 2.7 Verdichtung 117

3 Von wem – Die Akteurslandschaft der ärztlichen Leistung 123

- 3.1 Eröffnung — Ein Fallbeispiel aus der Operations-Realität 123
- 3.2 Die Akteurslandschaft als Mehr-Ebenen-System..... 128
- 3.3 Wie die Pauschale die Akteurslandschaft behandelt..... 135
- 3.4 Die KVG-VVG-Trennung und das Belegarzt-Machtgefälle..... 150
- 3.5 Die dekompositive Antwort auf die Akteursfrage..... 161
- 3.6 Grenzfälle..... 171
- 3.7 Die dritte Aggregation 179

4 Wovor steht der Patient – Die Patientenperspektive 185

- 4.1 Ein Fallbeispiel 185
- 4.2 Der Patient, der sich selbst nicht sehen kann 190
- 4.3 Zwei Transparenzen 194
- 4.4 Die dekompositive Antwort 198
- 4.5 Grenzfälle..... 202
- 4.6 Die umgekehrte Blickrichtung 206

5 Was daraus geworden ist.....	211
5.1 Ein Fallbeispiel: Leistung und Ergebnis.....	211
5.2 Was „Ergebnis“ heisst.....	214
5.3 Wie die Pauschale das Ergebnis behandelt.....	217
5.4 Die dekompositive Antwort	221
5.5 Grenzfälle.....	225
5.6 Vier Dienste einer Anatomie	229
6 Wo das alles sitzt – Das System	233
6.1 Der Weg eines Falls durch das System.....	233
6.2 Die Anatomie des Systems	235
6.3 Wo die Dekomposition schon existiert — und verschwindet.....	238
6.4 Die dekompositive Antwort auf der Systemebene	242
6.5 Grenzfälle — Die Bruchlinien des Systems.....	246
6.6 Verdichtung und Übergang	250
7 Der gebrochene Wille	253
7.1 Woran es liegt.....	253
7.2 Das Interesse am Verborgenen	255
7.3 Die Pauschalisierung des VVG — das letzte Fenster schliesst sich	258
7.4 Die berechtigten Befürchtungen	264
7.5 Die Trägheit und die fehlende Trägerschaft.....	268
7.6 Die echte sachliche Schwierigkeit	272
7.7 Die Anatomie des Widerstands.....	276
8 Die Gestalt der Alternative.....	281
8.1 Die zwei Gallenblasen, ein zweites Mal	281
8.2 Was eine Alternative überhaupt leisten müsste.....	282
8.3 Was die Dekomposition verlangt — fünf Prinzipien und eine Folgerung.....	282
8.4 Die Zerlegung ist nicht utopisch	284
8.5 Was diese Gestalt nicht ist — und woher sie gesehen wird	285
8.6 Keine Utopie	286
8.7 Schlusswort — Die Wahl	287
Anhang I Sieben Vorschläge für eine transparente und nachvollziehbare	
 ärztliche Leistung	293
Vorschlag 1 – Offenlegung des ärztlichen Kostenanteils je DRG	
durch die SwissDRG AG	293
Vorschlag 2 — Der Patient soll eine Rechnung erhalten, die er lesen kann	294
Vorschlag 3 — VVG-Mehrleistungsnachweis mit Referenzwert und	
Abweichungsbegründung.....	295
Vorschlag 4 — DRG-verknüpfter Qualitäts- und Outcome-Spiegel,	
risikoadjustiert.....	295
Vorschlag 5 — Mindesttransparenz in Belegarzt- und Spitalarztverträgen.....	296
Vorschlag 6 — Beobachtungspflicht für ärztliche Sichtbarkeit unter	
TARDOC und Ambulanten Pauschalen	298

Vorschlag 7 — Patientenseitige Vertretung in Tarif- und Aufsichtsgremien	298
Anhang II Vertiefungen	301
Vertiefung I — Die DRG-Geschichte als methodischer Spiegel.....	301
Vertiefung II — Vier internationale Vergütungsarchitekturen im Vergleich	307
Vertiefung III — Komplexitäts-Erfassung in internationalen Klassifikationssystemen	314
Vertiefung IV — Internationale Akteurslandschaften: Wer rechnet die ärztliche Leistung ab?	320
Vertiefung V — Die KVG-VVG-Trennung: Entstehung und Erosion der Komplementarität	326
Vertiefung VI — Die rechtliche und die empirische Grundlage des Verstehens	333
Vertiefung VII — Die Kosten-Anatomie im Detail: REKOLE, ihre Funktionsweise und ihre Grenzen	337
Vertiefung VIII — Die Mechanik des VVG-Umbaus: Mehrleistung, FINMA und die Wahl zwischen Zerlegung und Pauschale	344
Vertiefung IX — Der Taxpunkte-Deckel: die Aggregation erreicht den ambulanten Tarif	350
Glossar	353
Literatur	363
Die Schriftenreihe der SGGP / Les cahiers d'étude de la SSPS.....	369
Gesundheitspolitische Informationen GPI / Politique de la santé : Informations GPI	377

Sieben Vorschläge für eine transparente und nachvollziehbare ärztliche Leistung

Dieses Buch ist eine Diagnose. Was aus ihr folgt, steht am Schluss — sieben Vorschläge für eine transparente und nachvollziehbare ärztliche Leistung, die hier vorweggenommen werden. Sie sind keine Forderungen, sondern Konsequenzen aus der Analyse. Die Vorschläge werden im Anhang I (S.293ff) im Einzelnen erläutert, wo auch der Verweis auf ihre Verankerung in den einzelnen Kapiteln dieses Buches zu finden ist.

1 Offenlegung des ärztlichen Kostenanteils je DRG durch die SwissDRG AG

Der ärztliche Anteil wird bereits erhoben; er soll je Fallgruppe veröffentlicht werden.

2 Der Patient soll eine Rechnung erhalten, die er lesen kann

Der Patient soll eine Rechnung erhalten, aus der hervorgeht, welche ärztlichen Leistungen tatsächlich erbracht und verrechnet wurden: nach Bestandteilen gegliedert statt in einem summarischen Betrag zusammengefasst.

3 VVG-Mehrleistungsnachweis mit Referenzwert und Abweichungsbegründung

Wer eine ärztliche Mehrleistung verrechnet, soll die tatsächlich erbrachten Leistungsbestandteile gegenüber einem definierten Referenzwert ausweisen und Abweichungen nachvollziehbar begründen.

4 DRG-verknüpfter Qualitäts- und Outcome-Spiegel, risikoadjustiert

Qualität und Behandlungsergebnis sollen mit der erbrachten ärztlichen Leistung verknüpft und unter Berücksichtigung des individuellen Risikos vergleichbar gemacht werden.

5 Mindesttransparenz in Belegarzt- und Spitalarztverträgen

Verträge sollen offenlegen, nach welchen Regeln der ärztliche Anteil bemessen wird.

6 Beobachtungspflicht für Sichtbarkeit ärztlicher Leistung unter TARDOC und ambulanten Pauschal

Beim Übergang in neue ambulante Tarife soll beobachtet werden, ob die ärztliche Leistung sichtbar bleibt.

7 Patientenseitige Vertretung in Tarif- und Aufsichtsgremien

Dort, wo über Tarife entschieden wird, soll die Sicht der Behandelten vertreten sein.

Wer einzelne Argumentationslinien des Buches weiterverfolgen möchte, findet im Anhang II (S.301ff) vertiefende Diskussionen zur Akteursfrage und Systemebene, zur KVG–VVG-Logik, zur Patientenperspektive, zum Machtgefälle zwischen Belegarzt und Spital, zur kategorialen Substitution unter TARDOC und ambulanten Pauschalen sowie zu Qualität und Outcome.

Einleitung

Die vier Sätze, die diesem Buch vorangestellt sind, sind keine These. Sie sind eine Beobachtung. Die Fallpauschale, die seit gut einem Jahrzehnt die stationäre Versorgung in der Schweiz vergütet, kennt den Fall — die Diagnose, den massgeblichen Eingriff, die Komorbiditäten, die Verweildauer. Sie kennt den Arzt nicht — nicht in dem Sinn, dass sie ihn übersähe (die Kostenträgerrechnung führt ihn als eigenen Posten), sondern indem, dass sie seinen Anteil an dem, was geschehen ist, in einem aggregierten Gewicht aufhebt. Sie kennt das Ergebnis — sie ordnet jedem Fall ein Kostengewicht zu, und an die Aggregate liessen sich Aussagen über Outcomes anschliessen. Sie erklärt die Leistung nicht — die innere Gestalt dessen, was am Patienten oder der Patientin getan wurde, mit welcher Geschicklichkeit, gegen welchen Widerstand, in welcher Geistesgegenwart. An dieser Schiefe — Fall ja, Arzt nein; Ergebnis ja, Leistung nein — arbeitet das Werk.

I. Die Beobachtung

Eine Beobachtung wird nicht zur Frage, weil sie auffällig wäre. Sie wird zur Frage, weil sie nicht weggeht, wenn man sie länger ansieht. Die Schiefe der Pauschale — sie sieht den Fall, aber nicht das ärztliche Tun in ihm — ist seit über einem Jahrzehnt da, und sie ist eingelassen, nicht aufgelegt. Sie ist in die Bauweise des Systems eingebaut.

Die Bündelung ist an sich nicht zu verwerfen. Sie hat ihre Vorzüge: Sie macht die Vergütung handhabbar, sie vermeidet die Endlosigkeit der Einzelleistungsabrechnung, sie schützt notwendige, aber unrentable Leistungen durch ihre Unschärfe. Wer sie aufgäbe, ohne ihre Lasten anders zu tragen, riskierte Schaden. Das Buch wird dies an mehreren Stellen anerkennen, ohne den Anerkennnis-Gestus zur Floskel werden zu lassen.

Doch was in der Pauschale zusammengefasst wird, geht in ihr nicht nur auf, sondern auch verloren. Was die ärztliche Leistung im einzelnen Fall ausmacht — die Wahl der Methode, die Geschicklichkeit ihrer Ausführung, das Urteil im Augenblick, die Bewältigung des Unerwarteten — wird in der einen Zahl unsichtbar. Sie ist nicht weggerechnet; sie ist im inneren Rechnen vorhanden, aber auf der Ebene der Veröffentlichung nicht ausgewiesen. Der Arzt ist im Datensystem verzeichnet und in der publizierten Tarifstruktur

verschwunden. Daher der Titel dieses Werks. Er meint nicht, dass der Arzt fehlte oder dass seine Tätigkeit gering geschätzt würde; er meint, dass das, was er tat, in der Sprache, in der das System mit sich selbst spricht, nicht mehr zu Wort kommt.

Diese Unsichtbarkeit ist nicht ein Nebeneffekt. Sie ist die Form, in der die Bündelung Bündelung ist. Eine Pauschale, die das Innere ihrer Bestandteile zeigte, wäre keine Pauschale mehr. Und doch hat das Innere sein Eigenrecht. Was der Arzt tut, hat eine *Anatomie* — eine Schichtung, eine Tiefe, eine Variation. Wenn diese Anatomie verschwindet, verschwindet mehr als nur eine Information. Es verschwindet die Möglichkeit, die Leistung zu beurteilen, zu vergleichen, zu rechtfertigen, zu verteidigen und, wo sie schwächer ist, zu stärken. Das ist nicht nichts.

II. Was dieses Buch fragt

Die Frage dieses Buches ist nicht, ob die Fallpauschale fair sei. Sie ist nicht, ob Ärztinnen und Ärzte genug verdienten. Sie ist nicht, ob das System mehr Geld brauchte. Diese Fragen sind nicht falsch; sie sind nur nicht die hier zu stellenden. Wo sie gestellt werden, fallen sie in den Streit der Akteure und in den Wettbewerb der Forderungen — ein Schauplatz, auf dem zu argumentieren das Werk sich nicht eignet.

Die Frage des Werks ist eine andere. *Was wird aus einer Leistung, wenn ihre Anatomie nicht mehr benannt wird?* Was wird aus dem Wissen vom Tun, wenn nur sein Ergebnis sichtbar bleibt? Was wird aus der Verantwortung, wenn die Bestandteile, an denen Verantwortung sich verteilte, in einer Pauschale aufgehoben sind?

Diese Frage hat mehrere Schichten. Sie hat eine epistemische: Was lässt sich überhaupt wissen über die ärztliche Leistung, wenn die Strukturen, an denen Wissen ansetzte, geschlossen sind? Sie hat eine ökonomische: Was lässt sich noch bezahlen, wenn das Wofür nicht mehr beschrieben ist? Sie hat eine politische: Was lässt sich noch verteilen, wenn die Verteilung sich selbst nicht zeigt? Und sie hat eine ethische: Wer ist verantwortlich für das, was niemand mehr im Einzelnen sieht?

Das Werk behandelt diese vier Schichten nicht als getrennte Themen, sondern als Aspekte derselben Frage. Es nähert sich ihnen, indem es die Leistung selbst zum Gegenstand der Untersuchung macht — anatomisch, wie ein Arzt es täte: Schicht für Schicht, ohne den Versuch, das Ganze sogleich in eine Formel zu bringen.

III. Was dieses Buch nicht ist — und woher es spricht

Es ist nötig, die Negationen ebenso klar zu setzen wie die Affirmationen, weil das Feld voll von Verwechslungen ist.

Dieses Buch ist nicht eine Klage über die Pauschale als solche. Pauschalen haben ihre Vorzüge, und das Werk wird sie nennen, wo sie zu nennen sind. Es ist nicht eine Standesschrift der Ärzteschaft; es nimmt die berechtigten Interessen aller Akteure ernst, einschliesslich der Versicherer, der Spitäler und, im Mittelpunkt, die der Patientinnen und Patienten. Es ist nicht eine Prognose; es sagt nicht voraus, was geschehen wird — und es will dies nicht.

Was sein Hauptteil ist, lässt sich mit einem Wort sagen: eine *Diagnose*. Eine Beschreibung dessen, was ist, in seinen wirkenden Teilen. Eine Untersuchung der Konstellation, an der das System sich übt, und der Schwerpunkte, an denen diese Konstellation auseinanderdriftet oder zusammenhält. Diagnose ist nicht Prognose, und Diagnose ist nicht Therapie. Sie schweigt zur Frage, was zu tun sei, weil das, was zu tun ist, von Akteuren zu entscheiden ist, die das Werk nicht ersetzen kann. Aber sie redet zur Frage, was ist — und sie redet so, dass das Was zu einem Worauf wird.

Dem Hauptteil schliesst sich ein Anhang an, in dem der Verfasser Handlungsvorschläge formuliert. Sie sind kein politischer Forderungskatalog und keine Verfügungen an bestimmte Akteure; sie sind das, was sich aus der Diagnose nicht widerwillig, aber auch nicht zwangsläufig ergibt: konkrete Anregungen für Stellen, an denen die im Werk beschriebenen Schiefen begradigt werden könnten. Sie stehen im Anhang, nicht im Haupttext, damit der diagnostische Charakter der sieben Kapitel und des Schlussworts gewahrt bleibt.

Aus welcher Stellung das Werk spricht, gehört zu seiner Ehrlichkeit. Der Verfasser ist hepatobiliärer Chirurg und hat seine berufliche Tätigkeit über viele Jahre als Belegarzt ausgeübt — in den Strukturen, deren Architektur er hier

beschreibt. Darüber hinaus hat er über zwölf Jahre ein Kalkulationssystem für ärztliche Mehrleistungen im VVG aufgebaut, im Dialog mit Belegärzten und mit Einkäufern der Zusatzversicherer, schrittweise an den Befunden und Korrekturen der Versorgungspraxis weiterentwickelt. Den Rahmen bildete zunächst ein von ihm angestossenes Tarifbüro zur Vertretung der selbständigen Belegärzte, mit offiziellem Auftrag der Hirsmednet Genossenschaft, der Vertretung der Belegärzte der Klinik Hirslanden Zürich; aus ihm ging später die Medicalculis GmbH hervor, deren Leitender Geschäftsführer er war. An dieser Firma war er nicht finanziell beteiligt; aus ihr ist er inzwischen ausgetreten. Er steht heute ausserhalb der unmittelbaren wirtschaftlichen Verflechtung, in der das Kalkulationssystem entstanden ist. Eine Form gegenwärtiger Verbindung bleibt jedoch zu nennen: Der Verfasser ist beratend für ein Unternehmen tätig, das an einem Dekompositionsprojekt arbeitet. Diese Verbindung ist weder Eigentum noch Anstellung; sie ist beratende Tätigkeit, und sie liegt auf derselben Linie, auf der das Werk argumentiert. Wer das Buch liest, soll sie kennen. Mit der Distanz, die der Wechsel der Stellung erlaubt, präsentiert der Verfasser hier seine Analysen und im Anhang seine Vorschläge zur Weiterentwicklung der Kalkulationssysteme.

Diese Lage hat einen Vorteil: die Vertrautheit mit den Bestandteilen, die das Werk zu zerlegen versucht. Sie bringt zugleich eine Verantwortung: die der offenen Stellung. Beides — den Vorteil wie die Verantwortung — versucht das Werk durch Genauigkeit einzulösen, durch das Bemühen, die Struktur zu sehen, nicht aus persönlicher Sicht.

IV. Der Gang der Argumentation

Das Werk geht in sieben Schritten vor, und jeder Schritt ist ein Kapitel. Die Schritte sind nicht beliebig; sie folgen der Anatomie ihres Gegenstands.

Das erste Kapitel legt die *Anatomie der Leistung* frei: ihre Schichtung, ihre Tiefe, das Verhältnis von Tun und Variation. Es ist der Grund, auf dem alles Weitere beruht. Das zweite Kapitel vertieft die Komplexität, indem es zwei Schichten unterscheidet, die im weiteren Verlauf des Buches tragend werden: die variable Schicht (was am Eingriff anders ist) und die patientenseitige Risiko-Schicht (was am Patienten anders ist). Beide Schichten sind sachlich vorhanden, beide werden vom System unterschiedlich behandelt, und ihre

Vermengung gehört zu den hartnäckigsten Fehlern in der öffentlichen Diskussion.

Das dritte Kapitel führt die Akteure ein — Erbringer, Versicherer, Kantone, Tarifpartner —, deren Konstellation entscheidet, was sichtbar wird und was nicht. Das vierte Kapitel stellt den Patienten an seinen Platz: als den *doppelt Abhängigen* — auf das Vertrauen des Erbringers und auf den Schutz des Versicherers angewiesen. Und es beschreibt, warum gerade seine Stimme im Feld die schwächste ist. Das fünfte Kapitel greift den Ausgang auf: das *Zurechnungsproblem*, das ärztliche Ergebnis ist dem einzelnen Beitrag im Letzten nicht zuzurechnen — und die Folgerung daraus, dass Qualität zwar nicht *kaufbar*, aber *kenntlich zu machen* ist. Das sechste Kapitel schildert das System, das den Apparat für die Zerlegung bereit hält, ohne die Zerlegung zu publizieren — die *Lücke nicht der Daten, sondern des Zwecks*. Das siebte Kapitel schliesslich untersucht den Widerstand gegen die Schliessung dieser Lücke: vier Gestalten — das Interesse, das verhüllt; die Furcht, die warnt; die Trägheit samt der fehlenden Trägerschaft; und die echte sachliche Schwierigkeit.

Das Schlusswort benennt die Wahl, die aus alldem hervorgeht: zwischen einer *Aggregation*, die das System bisher gegangen ist, und einer *Dekomposition*, die es an einzelnen Stellen schon geht. Das Werk trifft die Wahl nicht für das System. Es stellt sie in das Licht, in dem sie als Wahl erkennbar wird.

In Anhang II sind ferner *Vertiefungen* zusammengestellt, die technische Fragen ausführlicher behandeln — etwa zur Erosion der Komplementarität von Grund- und Zusatzversicherung, zur Methodik der Wirkungsmessung, zu REKOLE als Kostenrechnungssystem und, am ausführlichsten, zur Mechanik des VVG-Umbaus nach dem Eingriff der FINMA. Die Vertiefungen sind lesbar mit dem Haupttext, aber sie sind für die Hauptargumentation nicht erforderlich. Wer sie überspringt, verliert ihre Tiefe, nicht die Linie.

V. Was die Leser erwarten dürfen — und was nicht

Erwarten dürfen die Leser einen sorgfältigen, gegliederten Aufbau, der seine Zeit nimmt; konkrete Beispiele aus der ärztlichen Praxis und aus der Architektur des Systems; das Bemühen, jedem Beteiligten — auch dem, dessen Position das Werk im Letzten nicht teilt — sein Bestes zuzubilligen; und eine

zurückhaltende Diktion, weil die Sache Sorgfalt verlangt und keine Aufregung.

Nicht erwarten dürfen die Leser eine Liste von Reformen; eine Vorhersage über den Gang des Systems; eine einfache Seite zum Beitritt; und einen polemischen Ton, der das Werk zu einem anderen, leichteren machen würde. Es ist in massvoller Prosa geschrieben, weil das Mass die Sache ist, um die es geht.

Es bleibt eine Bitte, die sich aus dem Genre ergibt: dass die Leserinnen und Leser dem Buch erlauben, langsam vorzugehen. Die Bündelung, an der es arbeitet, hat sich über Jahre vollzogen; ihre Anatomie ist in Sprüngen nicht zu sehen. Das Werk versucht, sie in dem Tempo zu zeigen, in dem sie da ist.

Die erste Frage, die der weitere Gang stellt, ist die nach der Anatomie der ärztlichen Leistung selbst — der Schichtung, die in der Pauschale verschwindet. Ihr wendet sich das erste Kapitel zu.

1 WAS – Die Leistungssubstanz

1.1 Die unbeantwortete Grundfrage

Zwei Operationen, beide in derselben Klinik, beide an einem Vormittag, beide von demselben Operateur durchgeführt.¹ Die erste: eine elektive laparoskopische Cholezystektomie bei einem 42-jährigen Mann ohne nennenswerte Begleiterkrankungen, ohne intraoperative Komplikationen, mit einer Operationsdauer von rund fünfundvierzig Minuten. Die zweite: eine laparoskopische Cholezystektomie bei einer 71-jährigen Frau mit akut entzündlicher Cholezystitis, intraoperativ erforderlicher Cholangiographie und einer notwendigen Exploration des Ductus choledochus zur Steinsanierung, mit einer Operationsdauer von zwei Stunden zwanzig Minuten. Die Zuordnung zu einer DRG berücksichtigt Diagnosen und Prozeduren.² Die einzelnen ärztlichen Arbeitsschritte werden in der Fallpauschale jedoch nicht gesondert ausgewiesen.

Diese Gleichbehandlung ist nicht ein Versehen des Tarifsystems. Sie ist seine konsequente Anwendung. Wer dem Krankenversicherungsgesetz³ und der geltenden Tarifstruktur folgt, behandelt zwei in handwerklicher, kognitiver und zeitlicher Hinsicht radikal unterschiedliche Leistungen als dieselbe

1Die folgende Falldarstellung ist ein analytisch konstruiertes Fallbeispiel, das typische klinische Konstellationen aggregiert. Sie dient der konzeptuellen Verdeutlichung und entspricht nicht einem konkreten Einzelfall. Die Codes K80 und H08B sind authentische Klassifikationscodes (siehe Anm. 2 und 4).

2Die Fallpauschale H08B — im Katalog schlicht „Laparoskopische Cholezystektomie“ — war in der frühen SwissDRG-Version 6.0 (Abrechnungsversion 2017) die Standard-Fallgruppe der MDC 07 (Krankheiten und Störungen des hepatobiliären Systems und Pankreas) für die laparoskopische Cholezystektomie ohne komplizierende Begleitumstände, mit einem Kostengewicht von 0,797. Im aktuellen SwissDRG-System 15.0 / Abrechnungsversion 2026 wird die Cholezystektomie unter anderem in den Fallgruppen H07A bis H07D abgebildet, die nach Schweregrad und Begleitkonstellation unterscheidet. H08B dient hier als historischer Vergleich; damit wird keine identische Gruppierung der beiden konstruierten Fälle behauptet: Auch innerhalb der heutigen H07-Gruppen besteht die in 1.2 beschriebene Variations-Anatomie fort. Quelle: SwissDRG AG, Fallpauschalenkataloge der Versionen 6.0/2017 und 15.0/2026.

3Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10, Art. 49. Die Norm regelt die Vergütung stationärer Leistungen über schweizweit einheitliche, leistungsbezogene Pauschalen, vereinbart zwischen Versicherern und Leistungserbringern mit einer durch den Bundesrat genehmigten nationalen Tarifstruktur.

Leistung — weil sie aus der Perspektive der diagnostischen Fallgruppe dieselben sind. Und genau an dieser Stelle lässt sich eine Frage stellen, die in der Schweizer Gesundheitsdebatte über Jahrzehnte aufgeworfen, aber nie sauber beantwortet wurde: Was hat das System hier eigentlich vergütet?

Drei Antworten bieten sich auf den ersten Blick an, keine davon trägt. Erstens: Das System hat die Diagnose vergütet. Beide Fälle gehören zur Diagnosegruppe K80, Cholelithiasis.⁴ Sie erklärt die Hospitalisation, nicht die ärztliche Leistung. Zweitens: Das System hat den Eingriff vergütet. Aber der Eingriff ist in seiner Verrichtungstiefe völlig unterschiedlich; die erste Operation ist ein standardisierter, gut planbarer Routine-Eingriff, die zweite ist ein zeit- und entscheidungsintensives Operieren am entzündlich veränderten Gewebe mit erhöhtem Komplikationsrisiko und zusätzlichen technischen Schritten. Drittens: Das System hat den Spitalaufenthalt vergütet. Aber auch der Aufenthalt unterscheidet sich; Liegedauer, Pflegebedarf, Medikamentenaufwand und Nachbehandlung sind in der zweiten Konstellation regelhaft höher.

Keine dieser drei Antworten erklärt die identische Vergütung. Sie zeigen vielmehr, dass die Frage falsch gestellt ist — oder genauer: dass das System eine Vorfrage nie offen beantwortet hat. Wofür wird ein Vergütungssystem eingerichtet? Welcher Gegenstand der Behandlung soll mit welchem Geldbetrag verknüpft werden? Diese Vorfrage ist nicht trivial. Sie entscheidet darüber, welche Aspekte ärztlicher Tätigkeit in der wirtschaftlichen Wirklichkeit eines Gesundheitssystems sichtbar werden — und welche nicht.

Dieses Kapitel beginnt damit, die Vorfrage explizit zu machen und zu zeigen, dass alle vier in der Schweiz heute wirksamen Tarifsysteme — SwissDRG für den stationären Bereich, TARDOC und die Ambulanten Pauschalen für den ambulanten Bereich seit dem 1. Januar 2026 sowie die privatrechtlichen Pauschalentarife der VVG-Zusatzversicherung — diese Vorfrage durch unterschiedliche, aber systematisch verwandte **Substitutionen** ersetzen. Statt zu

⁴Die International Classification of Diseases (ICD), in der Schweiz in der Version ICD-10-GM zur Anwendung kommend, klassifiziert in der Gruppe K80.- die Cholelithiasis (Gallensteinleiden), mit Untergliederungen je nach Lokalisation und Komplikation. Bundesamt für Statistik, ICD-10-GM, Klassifikation für die Schweiz.

beantworten, was vergütet wird, vergüten sie etwas anderes, das technisch leichter zu messen, statistisch leichter zu aggregieren und politisch leichter zu administrieren ist. Diese Substitutionen sind weder Versehen noch Notlösungen — sie sind, wie sich im Folgenden zeigen wird, eine Eigenschaft der hier untersuchten Vergütungsarchitekturen.

Um zu verstehen, weshalb die Vorfrage in der heutigen Architektur unbeantwortet bleibt, lohnt sich ein Blick auf die historischen Stationen, an denen die einzelnen Substitutionen jeweils eingeführt wurden. Vier Stationen lassen sich identifizieren, jede für sich nachvollziehbar, in ihrer Summe aber eine Verkettung, die das Vergütungssystem von seiner ursprünglichen Frage immer weiter entfernt hat.

Yale, 1970er Jahre. Die diagnostische Substitution. Die Diagnosis Related Groups, kurz DRG, entstanden an der Yale University durch Robert B. Fetter und John D. Thompson.⁵ Die DRGs wurden als Klassifikations- und Management-Werkzeug entwickelt; bereits die Veröffentlichung von 1980 nennt auch die prospektive Vergütung als Anwendung. Patienten mit ähnlichen Diagnosen, so die Arbeitshypothese, beanspruchen ähnliche Spitalressourcen; wenn man Fälle nach diagnostischer Verwandtschaft zu Gruppen zusammenfasst und für jede Gruppe einen Durchschnittsbetrag fixiert, entsteht ein berechenbares System der Spitalfinanzierung. Das DRG-System wurde unter dieser Prämisse entwickelt und 1983 mit dem Social Security Amendments Act in das Medicare-System der USA eingeführt.⁶ Fetter selbst hat die Logik seines Systems 1986 unmissverständlich benannt: Das Spital sei ein Dienstleistungsunternehmen, und seine *products* seien die konkreten Leistungsbündel, die einzelne Patienten erhielten; die Diagnosis Related Groups seien das System, das diese *products* definiere.⁷ Die Wortwahl ist nicht beiläufig —

⁵Fetter, Robert B., Shin, Youngsoo, Freeman, Jean L., Averill, Richard F., Thompson, John D.: Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. In: Medical Care, Bd. 18, Nr. 2, Supplement, Februar 1980, S. iii, 1–53. PMID 7188781. — Die kanonische Erstpublikation der DRG-Methodik.

⁶Social Security Amendments of 1983 (Public Law 98-21), USA. Das Gesetz führte das Prospective Payment System (PPS) auf DRG-Basis für Medicare-Spitalleistungen ein; das PPS galt für die ab 1. Oktober 1983 beginnenden Rechnungsperioden der Spitäler.

⁷Fetter, Robert B., Freeman, Jean L.: Diagnosis related groups: product line management within hospitals. In: Academy of Management Review, Bd. 11, Nr. 1, Januar 1986, S. 41–54. PMID 10311457. — Die Zusammenfassung der Arbeit im Wortlaut: „The hospital is viewed as a human service enterprise