

Einführung des Globalbudgets «normal» oder durch die Hintertür?

Kostendämpfungsmassnahmen durch die Einführung eines Globalbudgets, für einige ein grossartiger Gedanke. Ein Thema voller Widersprüche. Eigentlich sollte es besser «Widersprüche» heissen, denn ein weiteres Mal – eben wieder! – ist ein Themenbereich aus dem Gesundheitswesen so voller Widersprüche. Gehen wir dieser Frage einmal auf den Grund! Beschäftigen wir uns einmal mit den möglichen beziehungsweise zu erwartenden Folgen. Jeder aus der Ärzteschaft kennt wenigstens ein eindrückliches Fallbeispiel, wenn nicht mehrere. Gestatten Sie mir, hier ein solches einleitend zu schildern!

Ich war in meiner hundert Meter vom Bahnhof Luzern entfernten Praxis gerade mit einem Notfall beschäftigt, als man einen mir bisher unbekanntem Patienten in die Praxis brachte. Dieser war auf der Rolltreppe des Bahnhofs gestürzt und hatte sich multiple Riss- und Quetschwunden zugezogen. Wegen des anderen Notfalls konnte ich ihn nicht betreuen, setzte ihn in ein Taxi und meldete ihn im Notfall des Luzerner Kantonsspitals an. Als er dort auf die Behandlung wartete, fragte ihn ein junger Arzt, ob er ihn «zwecks Training» untersuchen dürfe. Unter anderem kultierte er das Abdomen des Patienten aus (was ich in diesem Falle nicht getan hätte), hörte ein «verdächtiges» Geräusch und suchte Hilfe beim Oberarzt und anschliessend bei einem Kardiologen. Nach den sofort durchgeführten diagnostischen Abklärungen wurde das vor einer Ruptur stehende abdominale Aneurysma drei Stunden nach seinem Treppensturz operiert. Alles ging gut. Wenn ich für diesen Mann «Zeit gehabt» und ihn genäht hätte, hätte er wahrscheinlich nicht überlebt. Bei einem weit entfernten Verwandten wurde in einem Land, das mehr oder weniger faktisch ein Globalbudget im Gesundheitswesen eingeführt hatte, zwar die gleiche Diagnose korrekt gestellt, er musste jedoch eineinhalb Jahre auf die entsprechende Operation warten – glücklich, dass es inzwischen nicht zu einer Ruptur kam. Wäre er vorher wegen des Aneurysmas gestorben – ein gar nicht unwahrscheinliches Szenario –, hätte er unfreiwillig als Opfer des Globalbudgets zur Kostendämpfung beigetragen.

Von Herbert Widmer



Steigen die Gesundheitskosten wirklich?

Angesichts der vielen Zahlen und Statistiken würde es schwerfallen, einen signifikanten Kostenanstieg im schweizerischen Gesundheitswesen abzustreiten. Vor etwas mehr als 20 Jahren waren es noch rund 30 Milliarden Franken, heute betragen die Gesundheitskosten mehr als 80 Milliarden pro Jahr. Auch der Anstieg des prozentualen Anteils am BIP ist eindrücklich. Wenn dem so ist, müsste eigentlich jeder daran interessiert sein zu wissen, weshalb denn die Kosten ansteigen. Im Berset-Bericht (Expertenbericht Frau Verena Diener) steht ganz klar: «Wir wissen es nicht.» Im Gegensatz dazu schreibt eine bürgerliche Bundesratspartei in einem Positionspapier «Kampf den hohen Gesundheitskosten»: «Die Ursachen des Kostenwachstums sind hinlänglich bekannt und liegen im medizintechnischen Fortschritt, in der demografischen Entwicklung, in der Mengenausweitung, in der Anspruchshaltung der Versicherten und nicht zuletzt in den nachhaltig falschen Anreizen bei der Finanzierung und der Tarifierung.» Eine «tiefergehende Analyse» des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen habe ich nicht gefunden. Irgendwann habe ich gelernt, dass eine saubere Analyse von Ursachen und möglichen Wirkungen eine der Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie darstellt. Da liegt nun der Lösungsvorschlag sehr nahe, eine Deckelung dieser Kosten, eine Kostenbremse einzuführen, zum Beispiel im Sinne eines Globalbudgets. Dazu kommt eine «normale politische» Lösung infrage oder ein Weg durch die Hintertür. Hätte eine «normale» politische Lösung in der heutigen Situation überhaupt eine Chance? Eine interessante, überlegenswerte Frage.

Was ist nun ein «Globalbudget»?

Im Gesundheitsmonitor 2018 definiert das Meinungsforschungsinstitut gfs.bern den Begriff mit folgender Aussage: «Mit einem Globalbudget darf zum Beispiel ein Spital oder ein Arzt ein festgelegtes, fixes Budget nicht überschreiten. Wenn ein Arzt sein Budget ausgeschöpft hat, darf er keine Leistungen mehr über die Grundversicherung abrechnen. Die Patienten könnten sich dann zwar immer noch behandeln lassen, aber sie müssen die Behandlung entweder selbst be-



Foto: © Bumble Dee – fotolia.com

zahlen oder müssen warten, bis der Arzt wieder ein neues Budget zugesprochen bekommt.» Noch Fragen? Nun, dies wäre das eine, verkompliziert werden die entsprechenden Ideen – oder sind es Visionen? – dadurch, dass man Sanktionen vorschlägt, wenn das gesprochene Globalbudget nicht eingehalten oder zu stark überschritten wird.

Einführung eines Globalbudgets auf normalem politischem Weg (durch die Vordertür)

Wir können nicht ausschliessen, dass das Bundesparlament, wie es sich zurzeit parteipolitisch zusammensetzt, einen entsprechenden Bundesratsbeschluss oder parlamentarischen Vorstoss mehr oder weniger durchwinken und unterstützen würde. Das stimmberechtigte Volk aber würde mit grosser Wahrscheinlichkeit eine solche Idee ablehnen. Dies lässt sich nicht unschwer aus den Resultaten des Gesundheitsmonitors 2018 schliessen.

54 Prozent der Befragten sind der Ansicht, dass die Einführung eines Globalbudgets nicht zu niedrigeren Prämien führen würde, 31 Prozent sind gegenteiliger Ansicht. Sehr gross sind bei den Umfrageteilnehmern die Befürchtungen, dass ein Globalbudget zu einer schlechteren medizinischen Versorgung führen würde: 91 Prozent sehen längere Wartezeiten für notwendige Eingriffe und Therapien auf sich zukommen, da im vierten Quartal (nach Ausschöpfung des Globalbudgets) nicht mehr alle Behandlungen angeboten werden könnten. Ebenfalls 91 Prozent befürchten eine Einschränkung der freien Arztwahl, da ihr Vertrauensarzt vielleicht vor Ende Jahr «sein» Glo-

balbudget aufgebraucht haben könnte. 86 Prozent sind der Ansicht, dass ein Globalbudget zu einer schlechteren Qualität im Gesundheitswesen führen würde, und 74 Prozent erwarten, dass dann nicht mehr jeder Patient die notwendigen Medikamente erhalten würde.

Und wie sollte dieser normale politische Weg denn aussehen?

In einem ersten Massnahmenpaket zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen hat der Bundesrat auf die Einführung eines Globalbudgets verzichtet – vorläufig! Er will erst verbindliche Zielvorgaben prüfen und sich wohl überlegen, welche Sanktionen bei Nichteinhaltung der Ziele «sinnvoll» wären. Einige weniger umstrittene Massnahmen, die aber auch gut beobachtet werden sollten, hat der Bundesrat beschlossen, wie zum Beispiel die Einführung eines Tariffbüros für den ambulanten Bereich, zuständig für die Weiterentwicklung des Tarmed oder eines Referenzpreissystems bei Medikamenten mit abgelaufenem Patentschutz. Bis Ende 2018 plant der Bundesrat eine Aussprache zum Globalbudget, mit der drohenden Möglichkeit, dieses im Jahre 2019 zu starten. Gegen einen solchen Entscheid könnte wohl ein Referendum ergriffen werden. Einen anderen Weg will die CVP Schweiz einschlagen. Sie will im Herbst 2018 mit der Unterschriftensammlung für eine Initiative beginnen, mit dem Namen «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen». Die Verfassung soll wie folgt geändert werden:

Art. 117 Abs. 3 und 4 BV (neu)

² Der Bund regelt zusammen mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern die Kostenübernahme der obligatorischen Krankenversicherung so, dass sich dank wirksamer Anreize die Kostensteigerung entsprechend der Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickelt. Er führt eine Kostenbremse ein.

⁴ Das Gesetz regelt die Einzelheiten.

Art. 197 Ziff 12 (Übergangsbestimmung zu Art. 117 Abs. 3 und 4 BV)

Liegt die Kostensteigerung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwei Jahre nach Annahme der Initiative mehr als ein Fünftel über der Entwicklung der Nominallohne, so ergreift der Bund zusammen mit den Kantonen Massnahmen zur Kostensenkung für das nachfolgende Jahr.

Lösungsansatz	+	-
Globalbudget Spitäler		☹☹☹☹☹ ☹☹☹☹☹ ☹☹☹☹☹
Globalbudget Ärzte		☹☹☹☹☹ ☹☹☹☹☹ ☹☹☹☹☹
Kostenbremse	😊😊😊😊	☹☹☹☹☹ ☹
Prämientlastungsinitiative	😊😊😊😊	☹☹☹☹
Smarter medicine	😊😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊😊	
HTA (Health Technology Assessment)	😊😊😊😊😊	
Mehr Behandlungsleitlinien	😊😊😊😊😊😊 😊	
Lockerung Regulierungen	😊😊😊😊	
Zweitmeinung fördern	😊😊	☹☹
Rechnungskontrolle stärken	😊	☹☹☹☹
Verständliche Patienten-Rechnungskopie	😊😊😊😊😊😊😊 😊	☹☹☹☹☹☹ ☹☹
Ambulante Behandlungen fördern	😊😊😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊😊😊	
Einheitliche Finanzierung stationär und ambulant	😊😊😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊😊😊	☹☹☹☹
Pauschalen fördern	😊😊😊😊😊	☹☹☹☹
Steuerung Kosten durch Tarifpartner	😊	☹☹
Skaleneffekt in Tarifstruktur		☹☹☹☹☹☹ ☹☹
Koordinierte / integrierte Versorgung fördern	😊😊😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊😊😊 😊😊	
Regionale Planung / Zusammenarbeit	😊😊😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊😊😊	
Zulassungsbeschränkung	😊	
Experimentierartikel	😊😊😊😊😊😊	☹☹☹☹☹
Franchise erhöhen	😊😊	☹☹☹☹☹
Medikamente	😊😊😊😊	☹☹☹☹☹☹
Mehrfachrolle Kantone vermindern	😊😊😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊😊😊	☹☹☹☹☹☹ ☹☹☹☹
Falsche Anreize eliminieren	😊😊😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊😊😊	

Abbildung: Bewertung der Ansätze für mögliche Lösungen zur Kostendämpfung (5. Luzerner Dialog Gesundheitspolitik)

Interessant bei der Vorstellung der Initiative war aber, dass dabei nicht ein Leistungsabbau akzeptiert, sondern das Niveau (Qualität) gehalten werden soll! Die CVP zitiert Studien, die aussagen, dass sechs Milliarden Franken ohne Qualitätsverlust eingespart werden könnten. Daneben unterstützt die Partei auch andere Massnahmen wie die einheitliche Finanzierung, den verstärkten Einsatz neuer Tech-

nologien (Digitalisierung) sowie die Senkung der hohen Medikamenten- und MiGel-Preise.

Es dürfte für die Initianten schwierig sein, den Kostenanstieg durch den von ihnen erkannten medizintechnischen Fortschritt, die demografische Entwicklung, die Anspruchshaltung der Versicherten und durch die «nachhaltig falschen Anreize bei der Finanzierung und Tarifierung» zu beziffern, sind für diese doch die sogenannten Leistungserbringer, die durch die geplanten Sanktionen alleine getroffen würden, nicht verantwortlich. Die Ausführungen betreffend die Lancierung der Initiative gipfeln in folgendem Satz: «Die Kostenbremse ist damit ein Mittel, die Ineffizienzen und Fehlanreize im Gesundheitswesen auszumerzen und damit die geschätzten 20 bis 30 Prozent der heute nutzlos eingesetzten Mittel einzusparen.» Ob dies die abstimmungsberechtigte Bevölkerung auch so sehen wird?

Anlässlich des 5. Luzerner Dialogs Gesundheitspolitik vom 16. Mai 2018 wurden die eingeladenen Vertreterinnen und Vertreter von Spitälern, Ärzteorganisationen, Krankenkassen, IV, Apothekerverein, Pflegedienst, Spitex und so weiter gebeten, eine ganze Anzahl von Kostensenkungsmassnahmen zu bewerten. Die Idee von Globalbudgets im stationären oder ambulanten Bereich erhielt nicht einen einzigen grünen (bejahenden) Punkt (Abbildung).

Und die Hintertür?

Mit meinen oben genannten Ausführungen habe ich die Beweisführung versucht (ich habe mich allerdings auch schon getäuscht), dass die Einführung eines Globalbudgets auf einem «normalen politischen Weg» sehr schwierig, wenn nicht unmöglich sein dürfte. Es wäre aber gefährlich und vermessen zu glauben, dass dies nicht auch den Befürwortern des Globalbudgets bekannt ist und sie somit alles daransetzen werden, dieses durch die Hintertür einzuführen. Die ersten Schritte haben sie mehr oder weniger erfolgreich getan. Gestatten Sie mir, einige dieser Schritte zu nennen.

Gefährlich sind vor allem Massnahmen im Bereich der Tarifpartnerschaft. Zugegeben, den ersten Anlauf zur Verbesserung der Tarmed-Situation haben auch wir Ärztinnen und Ärzte «vergeigt». Wir haben im Verlauf der jetzigen Verhandlungen aber bewiesen, dass uns eine Einigung innerhalb und ausserhalb der Ärzteschaft sehr am Herzen liegt. Wie schon im Projekt des Berset-Expertenberichts wird unser Berufsstand bei der Durchführung von Pilotprojekten weitgehend übergangen und nicht einbezogen. Die fünf den ambulanten Tarif betreffenden Vorschläge der Expertengruppe werden keineswegs dazu benutzt, uns wieder in die entsprechenden Verhandlungen zu integrieren, sondern dienen dazu, dem Bund noch weitere Kompetenzen als «Anpassungs- und Fest-

legungsbehörde» zuzuschancen. Staatliche Zuständigkeiten (zer-)stören die Tarifpartnerschaft aber zunehmend. Dies führt auch dazu, dass diese «ein Scheitern von Verhandlungen für einzelne Beteiligte sehr attraktiv machen» (Jürg Schlup; SAeZ 2018, 603).

Das EDI geht aber noch viel weiter, indem es versucht, sowohl die Verantwortung für eine Steuerung der Kosten den Tarifpartnern aufzuhalsen – und damit diesen auch eine Schuld für eine mögliche Rationierung aufzubürden – als auch den gleichen Leistungserbringern die Schläge bei Nichterfüllung der Kostengrenze durch Sanktionen zu garantieren. Die Tarifpartner sollen gesetzlich verpflichtet werden, «in den Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen vorzusehen, um das Kostenwachstum zu bremsen». Sollte die «Politik» in Zukunft der Ansicht sein, dass die Tarifpartner ihre Aufgabe zur Steuerung der Kosten nicht nach ihrer Vorstellung erfüllen, würde der Staat jederzeit das Steuer in die Hand nehmen. Da warnen wir vor dem Versuch einer Quadratur des Kreises: «Kosten senken beziehungsweise deren Anstieg bremsen ohne Einschränkung der notwendigen Behandlungen bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität» – ob dies nicht einem Verschaukeln der Bevölkerung durch das EDI und der Wählerschaft durch Parteien gleichkommt? Hütet euch vor offenen Hintertüren!

Zum Schluss noch dies...

«Die machen sichs einfach!» dürfte ein zutreffender Ausruf sein. Denn was bedeutet der Begriff «Sanktionen» in den Augen des EDI und der politischen Visionäre? Ihre Idee geht dahin, bei Überschreiten der Gesundheitskosten über ein zuvor festgelegtes Mass – abhängig von Teuerung, Lohnanstieg und so weiter – die Tarife der Leistungserbringer im folgenden Jahr entsprechend zu senken. Welch glücklicher Staat, der den medizintechnischen Fortschritt, die demografische Entwicklung, neue Therapiemöglichkeiten, neue Medikamente und vieles mehr auf diese einfache Weise, nämlich auf dem Buckel der «blauen Berufe und Institutionen», finanzieren kann! Oder wird man sich doch noch bemühen, die Ursachen zu analysieren und zu quantifizieren und entsprechend zu berücksichtigen? Wird sich doch noch jemand der Frage widmen, ob nicht andere Massnahmen wie «smarter medicine», einheitliche Finanzierung, integrierte Versorgung, regionale Zusammenarbeit und so weiter zwar vielleicht «mühsamer», aber weit effizienter sein könnten? **X**

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Herbert Widmer
Innere Medizin FMH
6006 Luzern