

# «Was tun, wenn das Budget aufgebraucht ist?»

Alljährlich begrüsst die BEKAG Vertreterinnen und Vertreter des Grossen Rats im Restaurant «Zunft zu Webern» zur gesundheitspolitischen Mittagsveranstaltung. 2019 geht es um das Massnahmenpaket des Bundes zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen – und die Gefahren des Globalbudgets.

Text: Nicole Weber, Presse- und Informationsdienst  
Fotos: Béatrice Devènes

Es ist eine illustre Gruppe von Politikerinnen und Politikern, die zusammengefunden hat, um sich in der Mittagspause der Session gesundheitspolitisch weiterzubilden. Die Gespräche während der Vorspeise in der «Zunft zu Webern» sind angeregt, Ruhe im Saal ist nicht einfach herzustellen. Doch schliesslich kann der offizielle Teil mit einer guten Nachricht beginnen: Esther Hilfiker, die Präsidentin der BEKAG, erinnert daran, dass die Schweiz nicht einfach ein gutes, sondern das beste Gesundheitswesen Europas hat, wie jüngst der Euro Health Consumer Index (EHCI) 2018 bestätigt hat. Dies gilt es zu verteidigen: «Wir haben etwas zu verlieren!»

Die Massnahmen zur Dämpfung der Gesundheitskosten, die der Bund seit 2016 in verschiedenen Mitteilungen ankündigt, bringen das System in Gefahr. Viele weisen in Richtung Globalbudget – das zulasten der Patienten geht und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beschädigt. Hilfiker ruft die aktuelle Kampagne der BEKAG ins Gedächtnis. Sie definiert die rote Linie, die nicht überschritten werden darf: Der Patient muss darauf vertrauen, dass sein Arzt ihn pflegt, bis er gesund ist, und nicht bis das Budget aufgebraucht ist.

## Kein Brennpunkt Gesundheitskosten

Um das zu vertiefen, übergibt Esther Hilfiker das Wort an Dr. med. Jürg Schlup, Präsident der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

(FMH). Schlup ist von der BEKAG eingeladen worden, um den Politikerinnen und Politikern einen praxisnahen Überblick über die verschiedenen Sparmassnahmen zu geben und die Gefahren eines Globalbudgets aufzuzeigen. Pläne dazu seien im Bundesrat schon sehr weit fortgeschritten – «doch kaum jemand merkt es, und wenige sprechen darüber. Heute will ich darüber sprechen.»

So startet der FMH-Präsident, und er lässt einen Paukenschlag folgen: Die scheinbar unverrückbare Prämisse, dass wachsende Gesundheitskosten eines der grössten Probleme der Schweizer Bevölkerung bedeuteten, sei schlicht falsch. Die Demagogie der politischen Forderung nach weniger Kostensteigerung werde deutlich, wenn man sich die konkreten Zahlen vor Augen führt. Die Prämien sind seit 1997 zwar um rund 1500 Franken gestiegen; die Einkommen aber um rund 18500 Franken, also ein Vielfaches davon. Der Gesundheitsmonitor 2019 (GFS Bern) hat denn auch gezeigt, dass nur 11 Prozent der Schweizer Bevölkerung die Kassenprämien als «dauerhaftes» und 23 Prozent als «gelegentliches Problem» wahrnehmen. Klar sei: «Diese 11 bis 34 Prozent brauchen unsere Hilfe und Unterstützung.» Jedoch: «Deswegen müssen wir nicht das ganze System ändern. Im Moment wird aber das System geändert.»

## Sparen durch mehr Administration?

Mehrere aktuelle Geschäfte, die Gesundheitskosten senken sollen, führen nämlich zu Ende gedacht zu einem Globalbudget (Details zu den verschiedenen Geschäften s. Kasten). Und damit zu der Frage,



**FMH-Präsident Jürg Schlup warnt: Das Globalbudget wird ernsthaft diskutiert!**

über die niemand spricht: «Was passiert, wenn das Budget aufgebraucht ist?» Dazu schweigt die CVP-Initiative für eine «Kostenbremse», mit der man die Katze im Sack kauft. Und dazu schweigt das Massnahmenpaket des Bundesrats. Darin fordert der Bundesrat, «ungerechtfertigte Erhöhungen» der Gesundheitskosten zu bekämpfen, und benennt eine maximale «Zielvorgabe», wie stark die Kosten steigen dürfen. Globalziele, Kostenbremse, Zielvorgaben, Mengendbudgets, Kostensteuerung – egal, wie man es benennt, gemeint ist immer dasselbe: Ein Globalbudget für das Gesundheitswesen der Schweiz. Oder, pointierter ausgedrückt: «Planwirtschaft und Zielvorgaben wie in Nordkorea.» Und das will die Ärzteschaft, so macht Schlup deutlich, bekämpfen, da es den Patienten nur schaden kann.

Inzwischen sind die Politikerinnen und Politiker beim Hauptgang angelangt, während Schlup am Rednerpult die technischen Details vertieft: Grundsätzlich unterstütze die Ärzteschaft sinnvolle Sparmassnahmen, sofern sie dem Patienten nicht schaden. Von 38 im Jahr 2017 vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen hatte die FMH ganze 25 ausdrücklich als ausgezeichnet bewertet. Umso verständlicher, dass gerade diejenigen vorangetrieben werden, die ein Globalbudget definieren wollen. Zumal das Sparpotenzial gering ist, wie der Blick über die Kantonsgrenze zeigt: Die Kantone Genf, Waadt und Tessin kennen bereits ein Globalbudget im Spitalbereich. Und es sind genau die drei Kantone, wo Versicherte die höchsten Prämien bezahlen.

Zielvorgaben und Mengenziele erfordern Überprüfung: Wer soll entscheiden, was eine «ungerechtfertigte Kostensteigerung» ist und was akzeptabel? Und wie lässt sich das in jeder einzelnen Praxis überprüfen? Dazu müsste die Administration aufgeblasen werden – wie das Beispiel Deutschland zeigt. Deutschland hat seit zwei Dekaden ein Globalbudget für das Gesundheitswesen, dort kommt auf zehn berufstätige Ärzte eine Person, die Budgets verteilt und überwacht. Schlup hat es für die Schweiz nachgerechnet: Analog dazu würde die Bürokratie, die für die Budgetverteilung notwendig ist, in der Schweiz der Grösse dreier Bundesämter für Gesundheit entsprechen. Deutschland schafft es denn auch trotz Globalbudget nicht, dass das Gesundheitswesen einen wesentlich kleineren Teil des Bruttoinlandsprodukts ausmacht (CH: 12,1 Prozent, DE: 11,2 Prozent). Zwar seien die 0,9 Prozent BIP, die Deutschland einspart, gutes Geld; «ich verstehe die Bemühungen», so Schlup. Aber was sind die Folgen?

**Zweiklassenmedizin**

Die wichtigste Frage ist nämlich: Was passiert, wenn die «Zielvorgaben» überschritten werden? Wenn die Politik den Umfang der Patientenversorgung festlegt, müsste der Versicherungsanspruch des Patienten mit dem Budget enden. Eine Kommissionsmotion des Ständerates vom 24.04.2019 hält explizit fest, dass dabei nicht nur die Leistungen, sondern auch die Menge der Leistungen mit den Tarifpartnern verhandelt werden müssen. Schlup bringt es auf den Punkt: «Das heisst also: Es werden noch 13 Leistenbrüche,



**Die Stimmung im Publikum war während der ganzen Mittagsveranstaltung hochkonzentriert.**

16 Lungenentzündungen in dieser oder jener Region pro Jahr vergütet!«

An dieser Stelle kommt Unruhe im Saal auf. Schlup bestärkt: Die Ärzteschaft würde auf jeden Fall das Referendum ergreifen. «Wir würden das Globalbudget umsetzen müssen, wir würden uns nicht weigern. Aber wir wollen die Volkslegitimation, denn wir sind dann die Bösen.» Auch das verdeutlicht der Blick nach Deutschland: Hat ein Arzt dort sein Kontingent erfüllt, nimmt er eine weitere Behandlung nicht an. Manche Praxen schliessen gar ganze Tage, um das Budget nicht zu überschreiten. Patienten müssen dadurch teils zu fremden Ärzten wechseln, Terminverschiebungen ins Folgequartal sind längst Usus. In Nordrhein-Westfalen zum Beispiel warten Kassenpatienten – also öffentlich Versicherte – auf einen Termin beim Kardiologen ganze 71 Tage; Privatpatienten dagegen nur 19. Die Folgen sind absehbar. Wer es sich leisten kann, lässt sich privat versichern und wird vom System privilegiert. Schlup macht ganz deutlich: Das ist eine Zweiklassenmedizin. Und er zitiert die beängstigende Einschätzung des Gesundheitsökomen Volker Ulrich: «In einem Globalbudget arbeitet derjenige wirtschaftlich, der es schafft, sich von der Versorgung kranker Menschen fernzuhalten».

**«Sparen zuerst bei den Strukturen, zuletzt bei den Patienten»**

Schlups Erläuterungen sitzen. Die Stimmung im Publikum war bis zum Schluss hochkonzentriert, nun folgt beim Dessert eine angeregte Diskussion. Besonders die Gefahr einer Zweiklassenmedizin

beschäftigt die Grossrätinnen und Grossräte. FDP-Grossrat Hans-Peter Kohler fasst unter breiter Zustimmung zusammen: «Jeder, der viel Geld hat, kommt immer zur nötigen Behandlung, aber diese Zweiklassenmedizin haben wir in der Schweiz nicht und wollen wir auch nicht.»

Bei der gemeinsamen Suche nach Alternativen kommen weitere Brennpunkte der Gesundheitspolitik zur Sprache. Grossrätin Anne Speiser-Niess (SVP) spricht das Problem eines Stadt-Land-Grabens und einer Über- bzw. Unterversorgung an. Das kann Schlup relativieren: Damit habe das Prämienwachstum kaum etwas zu tun. Die Verteilung der Ärzte – Genf hat die grösste Ärztedichte, Appenzell Innerrhoden die geringste – ist seit 1860 gleich geblieben. Wenn man von Überversorgung spreche, dann sei aber die Infrastruktur relevant: Die Schweiz hat 280 Spitäler und es wird von Versorgungsengpässen gesprochen – während Schweden, ein knapp 1600 Kilometer langes Land mit derselben Einwohnerzahl wie die Schweiz, nur gut 50 Spitäler hat. Für Schlup ist klar: «Zuerst sollte bei den Strukturen gespart werden, zuletzt bei den Patienten.» Zuerst sollte man infrastrukturelle Probleme ansprechen, bevor man Globalbudgets einführt.

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) wäre auch eine sinnvolle und prämiensparende Lösung, die nicht auf Kosten der Patienten geht. Die FMH fordert sie seit Jahren, und verschiedene Berechnungen gehen von bis zu 3 Milliarden Franken möglicher Einsparungen aus. Dennoch ist diese Lösung politisch im

eidgenössischen Parlament seit 2003 nicht umsetzbar. Wie Schlup deutlich macht, ist das wenig überraschend. Die Kantone könnten mit EFAS nämlich weniger Steuern sparen. Momentan können und tun sie es, indem sie Behandlungen von stationär auf ambulant auslagern.

Eingriffe, die ambulant durchgeführt werden, kosten oft weniger, als wenn sie stationär erfolgen. Aber für die Prämienzahler wird es teurer: Stationäre Leistungen werden mehrheitlich über Steuern finanziert, ambulante aber vollumfänglich durch Prämien – ohne EFAS führt ambulant vor stationär zu einer Prämiensteigerung bei gleichzeitiger Entlastung der Steuerzahler. «Das ist sozialpolitischer Zündstoff!» Mit EFAS würden die Einsparungen «ambulant vor stationär» dem Prämienzahler zugutekommen.

### **Gemeinsam stark**

Über die Schädlichkeit des Globalbudgets sind sich bei diesem aussergewöhnlich konzentrierten Mittagessen alle einig. Was vorherrscht, ist Unverständnis für das bisherige Vorgehen der Politik. SVP-Grossrätin Sabina Geissbühler-Strupler wirft die Frage auf, wieso es überhaupt so weit gekommen ist. Wieso konnten sich die Ärztinnen und Ärzte nicht schon im Voraus durchsetzen? «Ich verstehe das nicht – weil ich Sie jetzt sehr gut verstehe!» Hier muss sich Schlup verteidigen: Verhandlungspartner wäre natürlich der Bundesrat. Er hat diese Expertenberichte bestellt und publiziert. Die FMH habe bisher jede Gelegenheit zur Vernehmlassung wahrgenommen. «Wir setzen uns mit diesem politischen Thema auseinander, andere haben dies noch nicht getan.»

Mit viel Applaus verabschiedet sich Schlup pünktlich zum Kafi von den Grossräten. Rainer Felber, Vizepräsident der BEKAG, ergreift das Wort zum Abschied – «damit Sie nach dieser schweren Kost ein Dessert bekommen, das Ihnen das Herz ein bisschen leichter machen wird.» Das Beispiel des Programms «Praxisassistenz» zur Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern zeige nämlich: Gemeinsam können Politik und Ärzteschaft viel erreichen. Das Programm wurde 2008 ins Leben gerufen, um den Hausärztemangel zu bekämpfen. Und wie auch in der vorletzten Ausgabe des doc.be (2/19) berichtet wurde, ist das Programm im Kanton Bern ein riesiger Erfolg. Über 80 Prozent der Teilnehmenden sind bereits Hausärzte geworden oder äussern die klare Absicht, dies zu werden. Der erzielte Effekt des PA-Programmes zur Erhaltung der ärztlichen Versorgung im Kanton Bern hat die Erwartungen sogar übertroffen. Der Grosse Rat hat dieser Massnahme vor etwas mehr als 10 Jahren zugestimmt – was zeigt, dass jeder seinen Teil im Lokalen beitragen kann. «Sie sehen meine Damen und Herren: Es gibt grossartige Möglichkeiten – das Globalbudget ist keine davon».

Damit brechen die Grossrätinnen und Grossräte wieder in die Session auf. Sie werden heute Nachmittag viel zu verdauen haben.

### **Vier unterschiedliche Geschäfte, viermal das Globalbudget**

Viele aktuelle politische Vorlagen fordern ein Globalbudget. Was dies genau für die Versorgung bedeutet, führen die Vorlagen nicht aus. Die Gemeinsamkeiten: Neu legt die Politik den Umfang der Patientenversorgung fest. Der Versicherungsanspruch des Patienten endet mit dem Budget. Und versprochen werden schmerzlose Einsparungen – aber bei wem eingespart würde, bleibt undefiniert.

- Volksinitiative «Kostenbremse»: Initiative CVP. Die Entwicklung der Löhne steuert die Kosten. Liegt die Kostensteigerung der obligatorischen Grundversicherung zwei Jahre nach Annahme der Initiative mehr als ein Fünftel über der Steigerung der Nominallöhne, ergreift der Bund «Massnahmen zur Kostensenkung fürs kommende Jahr».
- Massnahmenpaket I des Bundesrats: Tarif steuert Menge. Zur Steuerung der Kosten sollen Massnahmen eingeführt werden, die «ungerechtfertigte Erhöhungen der Mengen und der Kosten von Leistungen» korrigieren.
- Massnahmenpaket II des Bundesrats: Zielvorgabe. Im Expertenbericht 2017 wird festgehalten, dass das OKP-Wachstum einer verbindlichen Zielvorgabe entsprechen soll. Die Ausgestaltung ist noch unklar, aber einen Hinweis gab es am 6. April 2019 im Radio SRF: «Was man will, ist, dass die Gesundheitsausgaben nur etwa um 2,5 % pro Jahr wachsen.»
- Kommissionsmotion des Ständerats vom 24.04.2019: «Berücksichtigung der Mengenausweitung bei Tarifverhandlungen». Nicht nur die Kosten, sondern auch die Anzahl von Behandlungen soll geregelt werden. «Der Bundesrat wird beauftragt, eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vorzulegen, um zu gewährleisten, dass die Tarifpartner bei den Tarifverhandlungen nicht nur die Preise, sondern gleichzeitig auch die Menge verhandeln.»