

«Zwang hat noch nie zu etwas Gutem geführt.»

Die Delegiertenversammlung der BEKAG am 15. Oktober 2020 konnte dank eines rigorosen Schutzkonzepts vor Ort durchgeführt werden. Hochkarätige Referenten diskutierten mit den Delegierten der BEKAG über die neuen Sparpläne des Bundesrats.

Text: Nicole Weber, Presse- und Informationsdienst (PID)

Fotos: Marco Zanoni

Der nötige Abstand kann im grossen Saal «Szenario 1 und 2» des Berner Kursaals bei weitem eingehalten werden, dennoch tragen sämtliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Delegiertenversammlung der BEKAG am 15. Oktober 2020 ihre Gesichtsmasken auch am Platz. Für Wolfram Strüwe, Leiter Gesundheitspolitik Helsana, der den Nachmittag eröffnet, ist es der erste Vortrag überhaupt mit Maske, wie er einleitend lachend bemerkt. Die Präsenz der nahenden zweiten Corona-Welle unterstreicht noch die Absurdität der Lage: Dass der Bundesrat ausgerechnet jetzt, mitten in der Krise, so rigide neue Sparpläne für das Schweizer Gesundheitswesen vorschlägt.

Ungeeignete Massnahmen

Wolfram Strüwes Ausführungen über das zweite Massnahmenpaket des Bundesrats zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen lassen keinen Zweifel: Die Krankenversicherer stehen im Kampf gegen die

geplanten Massnahmen an der Seite der Ärzteschaft. Grundsätzlich seien die Ziele des Staates, Kosten zu sparen, nachvollziehbar; fast jeder werde im Massnahmenpaket denn auch irgendetwas finden, was er nicht ablehnt und durchbringen möchte.

Doch Strüwe ist überzeugt: Die vorgeschlagenen Massnahmen sind gar nicht geeignet, Sparziele zu erreichen. Kritisch sieht er, wie auch die Ärzteschaft, insbesondere die zwei Kernanliegen des Bundesrats: Dass feste Kostenziele für die OKP definiert werden sollen, und dass eine obligatorische Erstberatungsstelle geplant ist – ein Frontalangriff auf die freie Arztwahl.

Kostenentwicklung ist nicht planbar

Über die geplanten Zielkosten ärgert sich Strüwe aus mehreren Gründen. Das Problem werde grösser gemacht, als es ist: Das angegebene Wachstum der OKP-Ausgaben von durchschnittlich 4,5% in den letzten 20 Jahren sei in der Vorlage gar nicht durch die Angabe von Kosten belegt. Die Wachstumsrate der Nettoversicherungsleistungen pro Kopf habe sich in den letzten fünf Jahren nur auf 2,7% belaufen.



Dank eines rigorosen Schutzkonzeptes fand die Herbst-Delegiertenversammlung der BEKAG vor Ort statt.

Vor allem aber sieht Strüwe praktische Schwierigkeiten beim Festlegen der Zielvorgaben. Für die Versicherer gehöre die Festlegung der Prämien fürs nächste Jahr zum Kerngeschäft – «und ich sage Ihnen, das ist gar nicht so einfach!» Er erinnert an schwierig einschätzbare Neuerungen der Spitalfinanzierung 2012; auch dieses Jahr sei wegen Corona kaum abzusehen, wie sich die Gesundheitskosten 2021 entwickeln würden. Obwohl die Kosten erst 6 Monate vor Beginn des neuen Jahres festgelegt werden, können sie so über- oder unterschätzt werden. «Wir müssen schätzen. Deswegen sind Prämien selten zielgenau.» Und dennoch wolle der Bundesrat, der nicht über diese Expertise verfügt, anhand seiner Prognosen feste Kostenziele ganze 12 Monate vor Beginn des neuen Kalenders festlegen!

«Leistungserbringer wie Patienten werden finanzielle und medizinische Opfer erbringen müssen.»

Eine Hürde dafür sei zudem die kantonale Organisation des Gesundheitswesens: Die vielen Aargauer zum Beispiel, die in Zürich arbeiten und dort medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen, treiben die Kosten in Zürich in die Höhe; dennoch wird sich auch der Aargau nicht bereit erklären, die Kosten zu übernehmen, weil es sich ja um Zürcher Leistungserbringer handelt. Statt kantonalen Angebote,

Versorgung und Leistungen müssten ganze Versorgungsregionen angeschaut werden. «Wenn die Versorgung überkantonal erfolgt, können Kostenziele kein adäquates Instrument sein, um die Versorgung zu beeinflussen.» Ein administratives Chaos – mit welchem Ertrag? Da der Sparzwang ja nicht dazu beiträgt, dass tatsächliche Doppelspurigkeiten entdeckt werden, würde höchstwahrscheinlich am falschen Ort gespart. «Leistungserbringer wie Patienten werden finanzielle und medizinische Opfer erbringen müssen.»

Freiwilligkeit ist zentral

Ein Opfer, das die Patienten erbringen müssten, ist bereits im Massnahmenpaket festgeschrieben: Die freie Arztwahl soll faktisch abgeschafft werden. Jeder Patient müsste sich bei Beschwerden zunächst an eine Erstberatungsstelle wenden, die entscheidet, ob er zu einem Spezialisten, einer Spezialistin weiterverwiesen wird oder nicht. Eine Massnahme, die auch aus Sicht der Krankenversicherer unsinnig ist. Nicht nur, weil sich das Stimmvolk ja bereits 2012 überdeutlich für die freie Arztwahl ausgesprochen hat, als die Managed-Care-Vorlage mit 76 % abgeschmettert wurde. Zudem würde die Tarifautonomie damit abgeschafft, und die Grundversorger, die sowieso schon am Limit sind, würden zusätzlich belastet: «Die Ärzte haben gar nicht die Zeit, das alles zu koordinieren!»

Bereits jetzt verzichtet eine grosse Mehrheit der Bevölkerung – aktuell 73 % – in Hausarztmodellen freiwillig auf die freie Arztwahl. Dafür sparen



Wolfram Strüwe, Leiter Gesundheitspolitik Helsana, ist überzeugt: Sollte das Massnahmenpaket II des Bundesrats zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen durchkommen, würde das für Patienten wie für Leistungserbringer finanzielle und medizinische Opfer mit sich bringen.

sie Prämien. Die freie Arztwahl habe so für die wenigen Versicherten, die darauf bestehen, heute bereits einen Preis; eine Freiwilligkeit, die Strüwe gerade im Gesundheitswesen für zentral hält. «Zwang hat noch nie zu etwas Gutem geführt».

«Berset wird mit seiner Vorlage Schiffbruch erleiden.»

Auch NZZ-Journalist Simon Hehli äussert in seinem Referat grosse Zweifel daran, ob die Vorlage des Bundesrats politisch überhaupt durchsetzbar wäre. Allzu deutlich habe die Bevölkerung damals die Managed-Care-Vorlage abgelehnt. Zwar sieht er einige mögliche Vorteile, die die neuen Massnahmen bringen könnten. So könne man zum Beispiel das «Ärztelhopping» einzelner Patientinnen und Patienten, das hohe Kosten verursachen kann, mit einer Erstberatungspflicht eventuell besser in den Griff bekommen. Zudem sei zumindest keine «Staatsmedizin» geplant und es seien sinnvolle Ausnahmen, z.B. für Augenärzte oder Gynäkologen, vorgesehen.

«Die Vorlage gefährdet das Vertrauensverhältnis zwischen Hausärzteschaft und Patienten».

Doch die negativen Aspekte überwiegen deutlich, wie Hehlis Überblick zeigt: Es handle sich um eine paternalistische Lösung, die nicht vom mündigen

Patienten ausgeht. Die Vorlage gefährde so sogar das Vertrauensverhältnis zwischen Hausärzteschaft und Patienten, wenn Arzt und Patient unterschiedliche Auffassungen über weitere Behandlung haben. Freie Arztwahl wäre Geschichte, es gäbe keine Möglichkeit mehr, sich diesen «Luxus» zu erkaufen mit einer Prämie, die die Mehrkosten abdeckt. Und Krankenversicherer, die Modelle mit integrierter Versorgung vorangetrieben haben, würden möglicherweise zurückgebunden.

Auch Hehli wirft die Frage auf, ob das Wachstum der Gesundheitskosten vonseiten des Staates nicht überdramatisiert werde: «Wie gross ist der Anteil der unnötigen Mengenausweitung an den Kostensteigerungen – und wie entscheidend sind die Alterung der Gesellschaft und der medizinische Fortschritt?» Die vorgeschlagenen Neuerungen seien allem voran ein Bürokratiemonster, das vielleicht sogar mehr Kosten verschlingen wird, als es einspart. Seine Prognose: «Berset wird mit seiner Vorlage Schiffbruch erleiden.»

Der Lohn der Grundversorger: Mehr Zeit mit den Patienten

Hehli möchte im Anschluss an seinen Vortrag von den anwesenden Ärztinnen und Ärzten wissen, wieso sie eigentlich von der Vorlage so wenig begeistert seien – zumindest für die Grundversorger garantierte sie ja Klientel. Der Kinderarzt Stefan Roth, Delegierter und Co-Präsident des Vereins Berner Haus- und KinderärztInnen VBHK, scheint mit seiner Antwort für die meisten Anwesenden zu sprechen: Seine Praxis sei schon lange



Der NZZ-Journalist Simon Hehli zweifelt an der politischen Durchsetzbarkeit der bundesrätlichen Vorlage.

ausgelastet, durch die neuen Massnahmen hätte er damit finanziell keinen Vorteil. «Mein grösster Lohn ist es, genug Zeit für die Patienten zu haben.»

«Die Ziele einer besseren Koordination, der Beseitigung von Ineffizienzen und der Kosteneinsparung sind löblich, aber beim zweiten Massnahmenpaket geht es gar nicht darum.»

Auch darüber hinaus zeugt die anschliessende Diskussion unter den Delegierten von Einigkeit – und klarer Übereinstimmung mit dem Fazit, das Wolfram Strüwe am Ende seines Vortrags zieht: «Die Ziele einer besseren Koordination, der Beseitigung von Ineffizienzen und der Kosteneinsparung sind löblich, aber beim zweiten Massnahmenpaket geht es gar nicht darum. Es geht allein um mehr Staatseinfluss. Und zwar auf Kosten der Versicherten, Patientinnen und Patienten sowie der Tarifpartner.»

Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2

Das zweite Massnahmenpaket des Bundesrats zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, das Alain Berset im August 2020 vorgestellt hat, ist der indirekte Gegenvorschlag zur Volksinitiative der CVP «Für tiefere Prämien». Die Vernehmlassungsfrist dauerte bis am 19. November 2020, die BEKAG hat den Bundesrat in ihrer Antwort dringend darum ersucht, die Vorlage grundlegend zu überarbeiten (www.berner-aerzte.ch/aerztegesellschaft/vernehmlassungen). Gegen zwei besonders problematische Punkte setzt sich die Ärzteschaft entschieden zur Wehr: Die anhaltende Bestrebung vonseiten des Staats, fixe Zielvorgaben für die Kostenentwicklung in der OKP zu definieren, sowie den frontalen Angriff auf die freie Arztwahl durch die Einführung obligatorischer Erstberatungsstellen. Falls das Parlament solchen Lösungen zustimmt, müsste sich das Stimmvolk dazu äussern können.