

Zielvorgaben und Erstberatungsstellen sind die falschen Ansätze



Josef Widler

Zielvorgaben

Die Idee, mit Budgetierung von medizinischen Leistungen die Gesundheitskosten zu senken, ist international gescheitert, denn Kosteneinsparungen sind mit vergleichbaren Massnahmen in anderen Ländern nie in der beabsichtigten Form eingetreten. So auch in der Schweiz nicht. Aufgrund der während der LeiKoV gewonnenen Erfahrungen und deren Auswirkung auf die ambulante Versorgung sind mittelfristig folgende vom Bundesrat vermutlich nicht geplanten Effekte zu erwarten:

«Entfremdung des Arztberufs»: Verlagerung der Erbringung ambulanter Leistungen von ärzteigenen Praxen in von Investoren betriebene ambulante Institutionen (siehe aktuelles negatives Beispiel der Kette «Mein Arzt»). Eine Reduktion von Leistungskosten durch weitere Tarifsenkungen wird dadurch kaum eintreten, eher eine – kurzfristige – Erhöhung von Leistungsmengen und Kosten aufgrund der ökonomischen Ziele der Investoren.

Verlagerung der Erbringung ambulanter Leistungen vom arztabulanten in den spitalambulanten Sektor: Spitäler bieten bereits jetzt durch die Strategie «ambulant vor stationär» gezielt mehr ambulante Leistungen an und bauen ihre Ambulatorien weiter aus. Ihre Betriebskosten sind erwiesenermassen höher als in Arztpraxen und werden bereits heute mit Steuermitteln quersubventioniert.

Wenn die Taxpunktwerte der spitalambulanten Leistungen weiter sinken, wird es keine Kostendämpfung, sondern eine Verlagerung der Finanzierung der Kosten vom Prämien- zum Steuerzahler geben. Zur Erreichung der Kostenziele ist nur das Instrument der Tarifsenkung vorgesehen. Die AGZ hat in den Verhandlungen mit Krankenversicherern seit dem Jahr 2015 erfahren, dass diese nicht daran interessiert sind, über Alternativen zur gescheiterten Kostendämpfungsstrategie via Preissenkungen zu verhandeln.

Kostensituation wird unvollständig interpretiert

Das Schweizer Gesundheitssystem kostet nicht viel mehr als andere Gesundheitssysteme. Die Schweiz hat zwar auf den ersten Blick mit einem Ausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 12% eines der teuersten Gesundheitssysteme. Betrachtet man aber nur die staatlichen und obligatorischen Gesundheitsausgaben, beträgt der Anteil am BIP allerdings nur 7,8%; die Schweiz ist damit gleichauf mit Österreich und Belgien und hat geringere obligatorische Ausgaben als das Vereinigte Königreich (8,0%), die Niederlande (8,2%), Dänemark (8,4%), Norwegen (9,0%), Japan (9,3%), Schweden (9,3%), Frankreich (9,4%), und Deutschland (9,9%). Einen beträchtlichen Anteil der Gesundheitsausgaben zahlen die Menschen in der Schweiz aus der eigenen Tasche. Es ist deshalb unredlich, dass der Bundesrat bei seinem Kostendämpfungsziel auf den 12%-Anteil der Gesamtgesundheitskosten am BIP abstellt. Ehrlicherweise müsste er sich auf die 7,8% Pflichtkosten beziehen. Damit liegt die Schweiz aber nicht an der Spitze, sondern im Mittelfeld. Der These einer Anspruchsmentalität der Grundversicherten zulasten der Versichertengemeinschaft steht die Realität eines relativ hohen Eigenfinanzierungsanteils der konsumierten Gesundheitsleistungen respektive der Bereitschaft und der Kapazität eines grossen Teiles der Bevölkerung zu dieser Eigenfinanzierung gegenüber. In Deutschland machen die staatlichen und obligatorischen Ausgaben für das Gesundheitssystem mit fast 10% am BIP erstens deutlich mehr und zweitens fast alle Gesamtausgaben aus, die bei 11,7% liegen.

Reiche Volkswirtschaften geben mehr für ihre Gesundheitsversorgung aus – nicht nur absolut, sondern auch in Relation zum Einkommen. Das weist nicht auf einen Missstand hin, sondern ist Folge davon, dass der Gesundheit neben anderen Konsumausgaben mit zunehmendem Wohlstand ein grösserer Stellenwert zukommt und die Gesundheitsversorgung zugänglicher und qualitativ besser ist. Die Annahme, die Entwicklung der Gesundheitskosten müsse sich parallel zur wirtschaftlichen Entwicklung bewegen, ist somit falsch und wird der steigenden Nachfrage von Gesundheitsleistungen in einer reichen Volkswirtschaft nicht gerecht.

Zielvorgaben beseitigen Ineffizienzen nicht, sondern rationieren Leistungen

Das Kostendämpfungspaket enthält keine Massnahmen zur gezielten Beseitigung der angeblich grossen Ineffizienzen. Anstelle eines gezielten Angehens von postulierten Ineffizienzen werden mit Kostenzielen alle Leistungen über einen Kamm geschoren. Damit können aber keine Ineffizienzen beseitigt werden, sondern notwendige medizinische Leistungen werden rationiert. Das bedeutet, die knappen Ressourcen können aufgrund unvollständiger Information nicht sinnvoll am medizinischen Bedarf ausgerichtet werden. Medizinisch notwendige Leistungen werden nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden können bzw. in die nächste Budgetperiode verschoben werden. Die Folge ist, dass immer mehr Leistungen vorenthalten werden müssen, und lange Wartezeiten mit den damit verbundenen Folgekosten.

Zielvorgaben senken die Kosten nicht

Die Kantone Genf, Waadt und das Tessin kennen bereits Zielvorgaben im Spitalbereich. Ein dämpfender Effekt auf das Ausgabenwachstum kann dort nicht bestätigt werden. Zielvorgaben führen zu Folgekosten wegen unterlassener Behandlungen. Wenn beispielsweise eine ältere Patientin aufgrund einer Knie-Operation nur ein halbes Jahr länger selbstständig wohnen kann, ist die Operation für die Gesellschaft bereits günstiger.

Unwirtschaftliche Leistungen werden bereits kontrolliert und nicht vergütet

Eine mögliche Überlegung des Bundesrats hinter der Einführung von Zielvorgaben ist, dass Ärztinnen und Ärzte unter einem Kostenziel unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen weglassen. Das unterstellt den Ärztinnen und Ärzten, mit vollem Bewusstsein unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen zu erbringen. Das ist nicht der Fall, denn es gibt bereits heute Kontroll- und Sanktionsmechanismen bei unwirtschaftlicher Leistungserbringung (Wirtschaftlichkeitsverfahren) und bei falscher oder auffälliger Tarifierung (Tarifcontrolling). Krankenversicherer kontrollieren heute systematisch die Kosten, Leistungserbringung und Tarifierung und fordern Vergütungen zurück. Der Spielraum für die unwirtschaftliche oder exzessive Anwendung von Leistungen ist daher bereits heute gering.

Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ist die sinnvollere Alternative

Durch diese gesetzlich verankerte, umfassende Qualitätsstrategie werden sich alle Ärztinnen und Ärzte an Qualitätsmessungen und Massnahmen zur Qualitätsentwicklung beteiligen. Diese Massnahmen werden ab dem Jahr 2022 in Qualitätsverträgen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer verbindlich vereinbart werden (Art. 58a KVG). Qualitätsmassnahmen wie bspw. Smarter Medicine oder die Stärkung fachspezifischer Qualitätsstandards haben einen kostendämpfenden Effekt, bei gleichzeitiger Erhaltung und Förderung der Versorgungsqualität.

Erstberatungsstellen

Die Massnahme «Erstberatungsstelle» schränkt die Wahlfreiheit der Patienten

unnötig ein, ist versicherungsökonomisch unsinnig, führt zu unnötigen Mehrleistungen und zusätzlichem Aufwand und stärkt die Grundversorgung nicht.

Die Bevölkerung will die freie Wahl

Bei der «Erstberatungsstelle» handelt es sich um eine krasse Form der Einschränkung des freien Zugangs zu Leistungserbringern. Eine verpflichtende Erstberatungsstelle hebt die freie Arztwahl auf. Kein Bürger soll mehr direkt den Leistungserbringer seiner Wahl aufsuchen können. Das entspricht nicht dem Willen der Bevölkerung.

Gleichwohl haben sich heute schon über drei Viertel (77%) der Deutschschweizer Versicherten freiwillig für eine Grundversicherung mit einem alternativen Versicherungsmodell (Hausarztmodell, Telmed-Modell, HMO-Modell) entschieden (INFRAS 2019). Und laut INFRAS-Studie* (INFRAS 2019) suchen 97% der Versicherten mit Hausarztmodell und 99% der Versicherten mit HMO-Modell immer oder meistens zuerst ihre Erstberatungsstelle auf. Auch die Standardversicherten konsultieren in 80% der Fälle zuerst ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt. Insgesamt suchen 89% der Patientinnen und Patienten ungeachtet des Versicherungsmodells für die Erstkonsultation immer oder meistens den persönlichen Hausarzt oder die eigene HMO-Praxis auf.

Eine verpflichtende Erstberatungsstelle ist versicherungsökonomisch unsinnig

Versicherte, die sich für die Standardversicherung entschieden haben, zahlen höhere Prämien und tragen also die allfälligen Mehrkosten, die ihre Versicherungsform verursacht, selbst.

7% der Versicherten wählen heute den direkten Weg zum Spezialisten. Der

Besuch der Erstberatungsstelle wird also ein notwendiges Übel sein und führt bei den Grundversorgerinnen und -versorgern lediglich zu höherem Aufwand und vollen Wartezimmern.

Pro-Kopf-Pauschalen für die Erstberatung führen zu falschen Anreizen

Bei knappen Ressourcen sind Ärztinnen und Ärzte gezwungen, sich auf ein möglichst gesundes Patientengut zu konzentrieren und komplizierte Fälle mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf so gut es geht zu vermeiden. Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des «Modells Erstberatungsstelle» sind ausreichende und gut ausgebildete Hausärztinnen und Hausärzte, qualitativ gute Netzwerke von Hausärzten und Spezialisten und ein Tarifsystem, das vor allem den Zeitbedarf für eine Erstberatung und die weitere Koordination des Behandlungsprozesses angemessen abbildet.

Fazit

Durch Zielvorgaben wird keine Kostensenkung erreicht, sondern eine Verschlechterung der Versorgungsqualität. Eine obligatorische Erstberatungsstelle belastet die Grundversorgung unnötig und führt zu einer weiteren Verknappung der Verfügbarkeit von Grundversorgerinnen und zu vollen Wartezimmern.

Dr. med. Josef Widler

*Siehe auch Studie AGZ.

Dr. med. Josef Widler ist Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich