

Wie das geplante Globalbudget Patienten mit falschen Versprechungen täuscht



Dr. phil. Nora Wille

Von der Grundversicherung, in der alle Einwohner und Einwohnerinnen dieses Landes obligatorisch versichert sind, erwartet die Bevölkerung im Wesentlichen zwei Dinge: Erstens soll diese Grundversicherung sicherstellen, dass jeder Patient und jede Patientin im Bedarfsfall die Gesundheitsversorgung erhält, die er oder sie benötigt. Und zweitens soll die Versicherungsprämie möglichst günstig sein.

Die Erwartungen an die mit der Grundversicherung verbundenen Leistungen werden in der Schweiz bislang so gut wie in kaum einem anderen Land erfüllt. Die Bevölkerung ist sehr zufrieden mit dem



Dr. med. Yvonne Gilli

Gesundheitswesen, das regelmässig in internationalen Vergleichen Spitzenplätze belegt. Auch zu hochkomplexen und teuren Untersuchungen und Behandlungen hat jeder und jede Grundversicherte schnell Zugang, wenn sie benötigt werden.

Der Wunsch nach möglichst günstigen Versicherungsprämien wird hingegen weniger gut erfüllt. Aktuell bezahlen die Schweizer Haushalte 6,5% ihres Bruttoeinkommens für die Grundversicherung, im Jahr 1998 waren es noch 4,3%.¹ In Umfragen berichten 11% der Befragten, dass die Krankenkassenprämien für sie ein dauerhaftes Problem darstellen.² Gleich-

zeitig ist die Bevölkerung kaum bereit, bei der Gesundheitsversorgung Abstriche zu machen: Über 70% würden niemals – auch nicht für Prämienreduktionen – eine Kürzung des Leistungskatalogs oder einen eingeschränkten Zugang zu neuen Medikamenten und Behandlungen in Kauf nehmen.³ 50% möchten die Leistungen der Grundversicherung erhalten, 40% würden sie sogar gerne erweitern. Ein guter Zugang zu Gesundheitsleistungen in hoher Qualität wird stärker gewichtet als die Dämpfung der Kosten.

Das Versprechen des Globalbudgets: Unbegrenzte Leistungen bei begrenzten Kosten

Die Gesundheitspolitik befindet sich damit in einem Dilemma: Die Bevölkerung wünscht möglichst niedrige Kosten – gleichzeitig kämen Vorschläge für konkrete Leistungseinschränkungen politischem Suizid gleich. Hierfür haben aktuelle politische Vorstösse einen einfachen Ausweg gefunden. Man verspricht der Bevölkerung einfach beides:

unbegrenzte Leistungen bei begrenzten Kosten. Das vermeintliche Wundermittel heisst Globalbudget, wird in den aktuellen bundesrätlichen Kostendämpfungspaketen aber «Zielvorgabe», «Kostenziele» oder «Massnahmen zur Steuerung der Kosten» genannt.

Das Versprechen der aktuellen Vorstösse ist einfach: Zukünftig soll bereits vorab berechnet und festgelegt werden, welche Kosten für die Gesundheitsversorgung des übernächsten Jahres «gerechtfertigt» sind. Dank eines solchen Budgets sollen die Akteure kostenbewusster handeln und unnötige Leistungen reduziert werden. Doch kann man den korrekten Preis der Gesundheitsversorgung kennen, lange bevor die Patienten in die Praxis kommen? Hilft Kostendruck auf die Akteure die Gesundheitskosten zu dämpfen? Spart ein Budget unnötige Leistungen ein – und auch nur diese? Erfahrungen aus Deutschland – dessen Globalbudget Bundesrat Berset als Modell gedient hat – verheissen nichts Gutes, wie die nebenstehenden Beispiele, oben auf Seite 7, zeigen.

Ein begrenztes Budget zieht immer auch eine Begrenzung der Leistungen nach sich

Die Beispiele aus Deutschland zeigen klar: Das Globalbudget ist ein fauler Zauber. Budgets befördern in der Patientenversorgung Wartezeiten und Unterversorgung und führen «zu einer Rationierung von ärztlichen Leistungen insbesondere bei chronisch kranken Patienten und Patientinnen mit erhöhtem Behandlungsbedarf»¹⁰. Gleichzeitig verursachen sie der Gesundheitsversorgung einen grossen Mehraufwand an Administration und Kontrollen. Sie schrecken auch den ärztlichen Nachwuchs von einer Grundversorgertätigkeit ab, was vor allem ländliche Gebiete betrifft. Eine günstigere Kostenentwicklung wird damit nicht erreicht. Deutsche Arbeitnehmende bezahlen 14,6% ihres Bruttoeinkommens an die Krankenversicherung, und die deutschen Gesundheitskosten steigen vergleichbar mit den schweizerischen – trotz jahrzehntelanger Budgetierung.

Die zwei wesentlichen Anforderungen der Schweizer Bevölkerung an ihre

Grundversicherung würden mit Budgets nicht besser, sondern schlechter erfüllt: Die bedarfsgerechte Versorgung wäre nicht mehr in jedem Fall gewährleistet, wenn der Versicherungsanspruch mit dem Budget endet. Gleichzeitig werden die Kosten nicht gedämpft – das Geld wird nur anders ausgegeben: für mehr Administration und weniger Versorgung. Es bleibt darum zu hoffen, dass das Parlament eine solche Verschlechterung unseres Gesundheitswesens verhindert – und stattdessen zielführendere Vorstösse wie EFAS¹¹ vorantreibt, die wirklich geeignet sind, den Erwartungen der Schweizerinnen und Schweizer an ihre Grundversicherung gerecht zu werden, indem sie Kosten ohne Versorgungseinbussen dämpfen.

Dr. phil. Nora Wille und Dr. med. Yvonne Gilli

¹ Wille N, Schlup J. Prämienbelastung der Schweizer Haushalte – die aktuellsten Zahlen. Wie entwickelt sich die Prämienbelastung der Haushalte? Veröffentlichung: 16.9.2020; Schweiz Ärztesg. 2020;101(38):1174–1180; URL: <https://saez.ch/article/doi/saez.2020.19207>

Ständiger Papierkrieg, weil das Budget nicht für alle Patienten reicht

Beispiel Dr. med. Krause, Landarzt in Sachsen

Über Dr. Krause, der als Landarzt viele Patienten und Pflegeheime betreut, berichtete die deutsche Presse: «Zur Behandlung seiner Patienten (...) verfügt Krause über ein Budget. Das Budget orientiert sich an Durchschnittswerten und schreibt vor, wie viel er verschreiben und was die Behandlung kosten darf. Bei den planwirtschaftlichen Vorgaben kommt es häufig vor, dass die «geplanten Ausgaben» für ein Jahr bereits aufgebraucht sind und er das Budget überschreitet, weil sich die Erkrankungen der Patienten nicht immer nach den wirtschaftlichen Vorgaben richten. Behandelt Krause seine rund 1100 Patienten trotzdem weiter, statt seine Praxis zu schliessen, trägt er die Behandlungsmehrkosten selbst», denn seine Ausgaben werden «bis zu vier Jahre rückwirkend» geprüft. In diesen Prüfungen muss Dr. Krause schriftlich begründen, «warum die Stützstrümpfe, die Physiotherapie oder die verschriebenen Tabletten für Patientin X nötig waren». Kann er nicht beweisen, «dass Behandlungen oder Medikamente in der Form nötig waren, fordert die Kasse das Geld zurück. «Ich bezahle Behandlungen, die ich vor dreieinhalb Jahren durchgeführt habe, jetzt aus eigener Tasche», wird Dr. Krause zitiert. «Ich verschreibe Medikamente doch nicht zum Spass.» Nach mehreren Kassenprüfungen im Jahr ist sein Fazit: «Wir verschwenden unsere Zeit für die Bürokratie» – und die Versorgung der Patienten leidet.⁴

Eingeschränkte Verfügbarkeit von Arztterminen und eingeschränkte Behandlungen

Beispiel Dr. med. Andreas Gassen, Orthopäde in Nordrhein-Westfalen

«Wir wollen einfach nur, dass jeder Besuch eines Patienten honoriert wird», sagte der deutsche Orthopäde Mitte 2018 dem Magazin «Der Spiegel». Da dies aber nicht der Fall sei, könne er gut verstehen, wenn Kollegen «dreimal überlegen», ob sie noch Patienten annehmen, «wenn das Budget schon ausgeschöpft ist».⁵ Wie eine deutsche Studie kürzlich zeigte, sinken die Chancen auf einen Arzttermin insbesondere beim Hausarzt mit dem Quartalsende erheblich – während gleichzeitig der ärztliche Bereitschaftsdienst deutlich häufiger gerufen wird. Menschen, die keinen zeitnahen Arzttermin erhalten, weichen auf diesen Dienst aus, der eigentlich nur dringende Behandlungen ausserhalb der Sprechzeiten auffangen soll.⁶ Doch nicht nur die Verfügbarkeit von Terminen, auch die Behandlungen werden durch das Budget beeinträchtigt. Im «Praxisalltag führen die starren Budgets tatsächlich dazu, dass ein Arzt genau rechnen muss, was er verordnen und wie viele Patienten er sich leisten kann», berichtet Dr. Gassen. So könne z.B. die Verordnung von Massagen gegen Spastiken oder schmerzhafte Muskelerkrankungen am Budget scheitern, weil «ein Arzt zwangsläufig darauf achten [muss], ob er mit einer Verordnung sein Budget überschreitet – und damit auch für die Behandlung aller anderen Patienten keine Leistungen mehr verordnen kann».

Strafzahlungen für die Betreuung Sterbender und Hausbesuche

Beispiele von Dres. med. Silvia Steinebach, Marei Schoeller und Nils Wagner-Praus, Landärzte in Hessen

Dr. Steinebach liebt ihren Beruf und dennoch: «Belastend sind die Bestimmungen, Regeln und Vorschriften, mit denen meine Kolleginnen und ich überschüttet werden», berichtet sie dem Spiegel. Besonders frustrierend war für sie die «Post von der Prüfstelle der Ärzte und Krankenkassen in Hessen. Die hatten statistisch ermittelt, dass ich 2015 und 2016 zu oft Sterbebegleitung in der Häuslichkeit abgerechnet hatte. Zu oft, das heisst: häufiger als der Durchschnitt der Hausärzte in Hessen.»⁷ Ihr Vergehen: sie hat in zwei Jahren 94 palliative Patienten am Lebensende begleitet. Dieser fortwährende Kostendruck auf die Ärzteschaft bleibt nicht ohne Folgen. Deutschlandweit ist die Zahl der Hausbesuche deutlich zurückgegangen. Als Grund vermutet man «die Angst der Hausärzte vor einem Regress».⁸ Wie ein solcher Regress aussehen kann, erlebte die Doppelpraxis von Marei Schoeller und Nils-Wagner-Praus, die wegen zu vieler Hausbesuche 55 000 Euro zurückzahlen musste. Auch ihnen wurde zum Verhängnis, dass die Zahl ihrer Hausbesuche vom Durchschnitt abwich. Ihre Praxis liegt in einer ländlichen, dünn besiedelten Gegend ohne ÖV und betreut u.a. ein Hospiz mit grossem Einzugsgebiet.⁹ Hätten dieselben Ärzte nur Patienten angenommen, die mobil und nicht todkrank sind, hätten sie wohl keine Probleme.

2 Bieri U, et al. Das Wichtigste in Kürze zum Gesundheitsmonitor 2019. Qualität vor Kosten, sinkende Bereitschaft zu Verzicht. gfs.bern. Interpharma, 2019, Basel. URL: https://www.interpharma.ch/wp-content/uploads/2020/02/iph_gesundheitsmonitor_2019_d.pdf

3 Bieri U, et al. Das Wichtigste in Kürze zum Gesundheitsmonitor 2021. Gesundheitssystem erfüllt Bewährungstest, Leistungsportfolio im Zentrum, Rolle Pharma wohlwollend anerkannt; URL: https://www.interpharma.ch/wp-content/uploads/2021/06/IPH.01.21.001-Gesundheitsmonitor-2021_web_d.pdf

4 Artikel von Mari Heinke, 29.10.2017; Landarzt will seine Zulassung verbrennen; URL: <https://www.saechsische.de/landarzt-will-seine-zulassung-verbrennen-3805657.html>

5 Interview mit Andreas Gassen im Spiegel 7/2018, S. 65–66; «Das ist eine Tortur»

6 Hamburg Center for Health Economics, Andrea Bükow, 11. Januar 2018; Studie: Weniger Arzttermine am Quartalsende – Anstieg beim ärztlichen Bereitschaftsdienst; URL: <https://www.hche.uni->

[hamburg.de/aktuelles/news/weniger-arzttermine-am-quartalsende.html](https://www.hche.uni-hamburg.de/aktuelles/news/weniger-arzttermine-am-quartalsende.html)

7 Artikel von Armin Himmelrath, 17.7.2018 im Spiegel, «Ich liebe meinen Job – aber die Umstände sind unerträglich»; URL: <https://www.spiegel.de/karriere/hessen-eine-landaerztin-erzaehlt-von-ihrem-alltag-a-1217842.html>

8 Deutsches Ärzteblatt, 13. Juni 2018, Ärzte machen weniger Hausbesuche; URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95839/Aerzte-machen-weniger-Hausbesuche>

9 Hessische/Niedersächsische Allgemeine (HNA), 14.3.2018, Fünfstelliger Betrag. Zu viele Hausbe-

suche: Ärzte der Hochlandpraxis Gilserberg müssen zahlen URL: <https://www.hna.de/lokales/schwalmstadt/gilserberg-ort99723/hochlandpraxis-gilserberg-aerzte-muessen-straefe-zahlen-9692478.html>

10 Artikel von Britta Beeger, 3.5.2018, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Das Leid der Landärzte, nachgedruckt in der Schweiz Ärztztg. 2019;100(42):1380-1381; URL: <https://saez.ch/article/doi/saez.2019.18267>

11 Siehe für weitere Informationen auch www.pro-efas.ch

Dr. phil. Nora Wille, Psychologin mit Masterabschlüssen in Public Health und Epidemiologie, arbeitet seit 2013 für die FMH und ist persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der FMH-Präsidentin.

Dr. med. Yvonne Gilli ist Präsidentin der FMH.