

Kostendämpfungspolitik: Die Schweizer Gesundheitsversorgung im Fokus von Regulierung und Kostendruck



Dr. med. Yvonne Gilli

Die hohe Kadenz, in der aktuell entscheidende politische Vorlagen zur Regulierung des Gesundheitswesens im Parlament behandelt werden, lässt kaum Zeit

zum Luftholen. Seit der Jahrtausendwende haben sich die gesundheitspolitischen Parlamentsgeschäfte mehr als verfünffacht,¹ und mit den aktuell im Parlament behandelten zwei Kostendämpfungspaketen steigt nicht nur die *Menge* regulierender Gesetze weiter an – es werden auch immer *tiefgreifendere* Eingriffe in die Patientenversorgung geplant.

Die Gesetzestexte wachsen schneller als die Gesundheitskosten

Die Gesetzestexte, die sich in den letzten

zwanzig Jahren mehr als verdoppelt haben, wachsen damit stärker als die Gesundheitskosten,² denen man damit beikommen möchte. Insbesondere der starke politische Fokus auf den praxisambulanten Bereich lässt sich bei einem Blick auf die Kostenentwicklung kaum nachvollziehen. Arztpraxen und ambulante Zentren verursachten 2019 mit 12,6 Milliarden Franken gerade einmal 15% der Gesundheitskosten, und obwohl immer mehr Behandlungen ambulant statt stationär erbracht werden, wiesen sie über die letzten Jahrzehnte einen

deutlich geringeren Kostenanstieg auf als die Spitäler, die mit 30,2 Milliarden aktuell 37% der Gesundheitskosten verursachen (Abbildung 1).³

Neue Gesetze regeln bereits Input und Output der Gesundheitsversorgung

Am Tempo, in dem immer neue Gesetzesvorlagen behandelt werden, irritiert auch, dass die Wirkung der jüngsten Gesetze überhaupt nicht abgewartet wird. Dies verwundert, da doch die bereits beschlossenen, neuen Regulierungen versprochen, Überversorgung und Ineffizienz in der Gesundheitsversorgung zu beenden.

So wird der Bund im Rahmen der Mitte 2020 verabschiedeten **Zulassungssteuerung** zukünftig mit Hilfe eines «nationalen Regressionsmodells» für jede Region und jedes Fachgebiet ein «bedarfsgerechtes Leistungsvolumen» (§ 5 S. 9) berechnen. Kurz: Er ermittelt für jede Region und jedes Fachgebiet, wie viel ambulante ärztliche Versorgung es braucht. Übersteigt die tatsächliche Zahl ambulant tätiger Ärzte und Ärztinnen diesen Bedarf, dient diese Berechnung des EDI als Grundlage kantonaler Höchstzahlen, mit denen die Zulassung weiterer Leistungserbringer verhindert würde. Dieses Instrument wird laut Bund «eine Überversorgung, die Mehrkosten für das System verursacht, verhindern» (§ 5 S. 3). Aber nicht nur der «Input», also das verfügbare Angebot der Gesundheitsversorgung, wird mit der neuen Zulassungssteuerung seit Jüngstem deutlich stärker staatlich reguliert. Auch der «Output», also die erbrachten Versorgungsleistungen, unterliegt seit April 2021 neu dem **Gesetz zur «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit»** (Art 58 KVG). Dieses überträgt dem Bundesrat die Aufgabe der Qualitätssicherung, die «dazu dienen soll, dass die Leistungserbringer sowohl kosten- als auch qualitätsbewusst arbeiten» (§ 5 S. 275). Die erbrachten Leistungen müssen nicht nur von hoher Qualität, sondern vor allem zweckmässig sein. Um dies sicherzustellen, kann der Bundesrat neu auch höhere Hürden für besonders teure medizinische Massnahmen vorsehen (Art. 58h KVG). Die für alle Ärztinnen und Ärzte verbindlichen neuen Regeln zur Qualitätsentwicklung machen jene Leistungserbringer zum Massstab, die Leistungen nicht nur «in der notwendigen Qualität [sondern auch] effizient und günstig erbringen» (Art 58a KVG). Entsprechend kündigte der Bundesrat an, die Grundversicherung würde durch dieses Gesetz «längerfristig in spürbarem

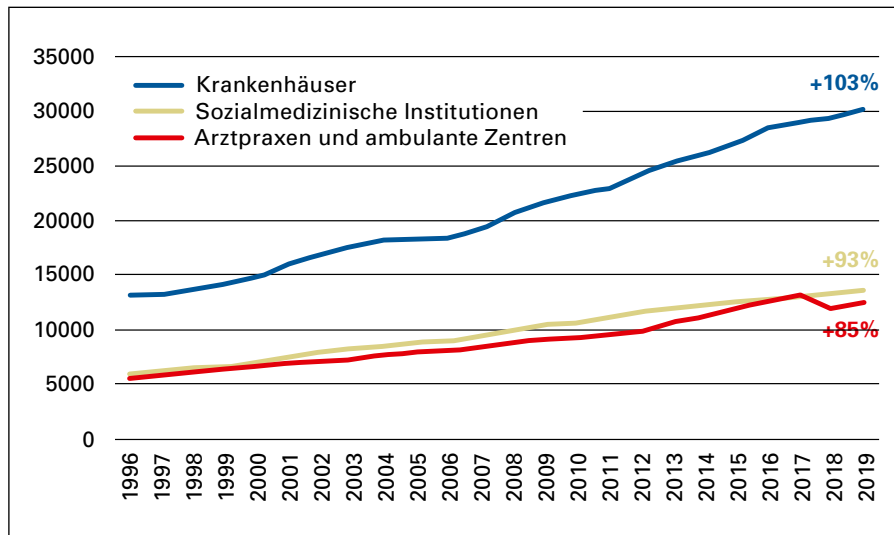


Abbildung 1. Gesundheitskosten ausgewählter Leistungserbringer 2019 in Mio. Fr. und prozentualer Anstieg seit 2000 (Quelle: Bundesamt für Statistik, 27.4.2021)⁴

Ausmass entlastet» (§ 5 S. 301). Bereits durch die Reduktion von «vermeidbaren unerwünschten Ereignissen allein im stationären Bereich» (§ 5 S. 301) seien «Kosteneinsparungen von mehreren hundert Millionen Franken» (§ 5 S. 301) zu erwarten, im ambulanten Sektor und dem Rehabilitations-, Psychiatrie- und Langzeitbereich sei «mit ähnlichen Dimensionen zu rechnen» (§ 5 S. 264). Darüber hinaus führten die Verbesserungen der Qualität «auch zu schlankeren und effizienteren Prozessen» (§ 5 S. 260).

Immer mehr Regelungen – mit fraglichem Mehrwert

Trotz aller Ankündigungen über die grosse Wirksamkeit der jüngsten Gesetze werden immer weiter neue Gesetzesvorlagen behandelt. Die in der Sommersession 2021 beschlossenen Massnahmen des ersten Kostendämpfungspakets lassen einen Mehrwert jedoch fragwürdig erscheinen, wie sich am Beispiel des Experimentierartikels aufzeigen lässt. Hier wurde die Chance vertan, Freiräume für echte Innovationen zu schaffen. Stattdessen gibt das Gesetz eine abschliessende Aufzählung von Themen vor, zu denen Pilotprojekte zulässig sind – und enthält damit ausschliesslich top-down von der Verwaltung zur Kostendämpfung festgelegte Bereiche. Nicht nur dieses Vorgehen, auch die vorgegebenen Themen werfen Fragen auf: Warum sollte mit Einschränkungen der Wahl des Leistungserbringers experimentiert werden, wenn bereits 70% der Versicherten diese Einschränkung freiwillig gewählt haben? Und warum sollten Pilotprojekte mit EFAS experimentieren, wenn doch die Gesetzesvorlage dem Parlament vorliegt?

Qualität und Wirtschaftlichkeit reichen offenbar nicht: nun kommt das Globalbudget

Die jüngst in Kraft getretenen und beschlossenen Gesetzesrevisionen sowie die damit in Aussicht gestellten Wirkungen könnten vermuten lassen, dass die Kostendämpfung im Gesundheitswesen bereits wirksam angegangen wurde: Das Zulassungsgesetz verhindert eine ambulante ärztliche Versorgung über den Bedarf hinaus, das Gesetz für Qualität und Wirtschaftlichkeit stellt effiziente und günstige Leistungserbringung in der notwendigen Qualität sicher. Doch die Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit reicht einigen politischen Kräften nicht aus. Obwohl mit keinem der neuen gesetzlichen Steuerungsinstrumente bislang Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung gesammelt werden konnten, werden weitere Gesetzesrevisionen vorgelegt, die ebenfalls die Kosten reduzieren sollen. Die einschneidendsten Gesetzesvorlagen planen eine Budgetierung der Gesundheitsversorgung. Wir Ärztinnen und Ärzte sollen zukünftig also nicht nur sicherstellen, dass unsere Patienten mit hoher Qualität und zweckmässig behandelt werden. Darüber hinaus sollen wir sicherstellen, dass eine politisch vorab definierte Kostengrenze eingehalten wird. Dies verlangt nicht nur die sogenannte «Zielvorgabe», mit der der Bundesrat künftig top-down vorgeben möchte, wie viel die Gesundheitsversorgung im übernächsten Jahr kosten darf. Auch der in der kommenden Herbstsession im Parlament traktandiertere **Artikel 47c** des ersten Kostendämpfungspakets fordert eine solche Budgetierung: Die Tarifpartner sollen unter Berücksichtigung

tigung behördlicher Vorgaben «Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten» festlegen müssen. Was zunächst unverständlich klingt, hat einen entscheidenden Haken: Wer «ungerechtfertigten Erhöhungen» beikommen möchte, muss zunächst wissen, welche Erhöhungen denn «gerechtfertigt» wären. Es muss also – wie auch bei der Zielvorgabe – lange im Voraus ein **Kostendeckel** festgelegt werden, bis zu dem die Patientenversorgung zulässig ist und bei dessen Überschreiten Ärzte und Ärztinnen finanziell sanktioniert werden.

Eine solche Budgetierung sollte nach der jüngsten Gesetzgebung insbesondere zu Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht nur überflüssig sein. Sie widerspricht sogar den gesetzlichen Ansprüchen an die Versorgungsqualität: Durch Budgetdeckel würden Ärztinnen und Ärzte zukünftig finanzielle Sanktionen riskieren, wenn sie ihre Patienten wie medizinisch erforderlich qualitativ hochstehend versorgen. Entscheidend wären nicht mehr die medizinische Beurteilung und der Wille

des Patienten, sondern das Jahre zuvor festgelegte Budget.

Auch dies war ein entscheidender Grund, warum ein sozialrechtliches Gutachten der Universität St. Gallen zu dem Schluss kam, dass die mit der Zielvorgabe, aber auch die mit dem Artikel 47c geplante Budgetierung verfassungswidrig ist. Budgetierungen heben den Versicherungsanspruch des Patienten auf – es bleibt zu hoffen, dass spätestens hier die schweizerische Regulierungs- Gesetzgebungs- maschinerie eine Notbremsung einleitet.

Dr. med. Yvonne Gilli

- 1 Fridolin Marty, 28.5.2020, Zwei grosse Schritte in Richtung Staatsmedizin; URL: <https://www.economiesuisse.ch/de/artikel/zwei-grosse-schritte-richtung-staatsmedizin>
- 2 Gemäss BFS stiegen die Ausgaben pro Kopf und Monat von 498 (2000) auf 798 (2019) Franken, was einem Anstieg von 60% entspricht. Tabelle Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens seit 1960; BFS-Nummer je-d-14.05.01.01; URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/gesundheitsausgaben.assetdetail.16944797.html>
- 3 BFS, 2021. Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens, provisorische

Daten 2019. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kostenfinanzierung.html> (abgerufen am 6.7.2021)

- 4 Die zugrundeliegenden Daten des BFS zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (BFS-Nummer px-x-1405000000_101) sind abrufbar unter URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kostenfinanzierung.assetdetail.16824907.html> (6.7.2021); Tabellen mit den interessierenden Merkmalen lassen sich zusammenstellen unter URL: https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-1405000000_101/px-x-1405000000_101/px-x-1405000000_101.px (6.7.2021)
- 5 Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Bundesamt für Gesundheit BAG; Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich (Umsetzung der Änderung vom 19. Juni 2020 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von Leistungserbringern); Inkrafttreten: 1. Juli 2021; Wortlaut und Kommentar; Bern, 23. Juni 2021
- 6 Schweizerische Eidgenossenschaft; 4. Dezember 2015; Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit); 15.083

Dr. med. Yvonne Gilli ist Präsidentin der FMH.