

Klare Ergebnisse einer spannenden Tagung des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen

## Globalbudget Krankenversicherung: Patentrezept oder Irrläufer?

Die Prämien in der obligatorischen Krankenversicherung steigen und steigen. Und sie steigen in der Regel stärker als die Löhne und Preise. Braucht es hier nicht einen Marschhalt? Einen Deckel drauf, also ein Globalbudget? Wenn ja: Was soll dieses Globalbudget umfassen: Nur die Aufwände der Krankenversicherer oder auch jene der Kantone? Nur den stationären Teil oder auch den ambulanten? Wer soll dieses Budget festlegen und wie soll dies erfolgen? Welche Erfahrungen haben andere Länder mit Globalbudgets gemacht? – Diesen hauptsächlichen Fragen gingen Experten an einer Tagung des IRP in Zürich nach.

Weitere Fragen waren: Welche Folgen hat ein solches Instrument auf das System der schweizerischen Krankenversicherung, welche auf verschiedene Akteure wie Spitäler, Ärzte und Krankenversicherer, welche auf Patienten und Versorgung? Welche begleitenden Massnahmen sind nötig? Gibt es überhaupt Alternativen zum Globalbudget? – Wir picken die Rosinen des höchst interessanten Anlasses heraus und interviewten Prof. Dr. iur. Ueli Kieser, Vizedirektor des IRP. Unsere erste Frage lautete:

**Wie würde eine Globalbudget-Lösung für den stationären Bereich rechtlich aussehen? Und wie im ambulanten Sektor? Ist eine Lösung nur für einen Bereich möglich?**

Prof. Ueli Kieser: Die rechtliche Umsetzung einer Globalbudget-Lösung würde sehr schwierig sein.

Prof. Dr. iur. Ueli Kieser, Vizedirektor des IRP

An sich könnte nur der stationäre Bereich, nur der ambulante oder der Gesamtbereich vom Globalbudget erfasst werden. Die hauptsächliche Schwierigkeit besteht darin, die Grenze festzulegen, die Verteilung der Leistungen zu ordnen und das Verfahren beim Erreichen der Globalbudget-Grenze zu regeln.

**Welche gesetzlichen Anpassungen braucht es bei kantonalen Regelungen, welche, falls landesweit ein solches Unterfangen umgesetzt werden sollte? Wer wäre der Schiedsrichter bei Beurteilungs-, wer bei Streitfragen?**

Wie mit strittigen Fragen im Zusammenhang mit dem Globalbudget umzugehen ist, müsste ebenfalls im Gesetz geklärt werden. Es ist denkbar, dass dafür weiterhin die kantonalen Schiedsgerichte zuständig wären. Sinnvoll wäre allerdings eine schweizerische Instanz einzurichten, welche das Gesamte im Auge behalten kann.

**Gibt es frühere Erfahrungen mit Globalbudgets aus einzelnen Kantonen?**

Es gibt einzelne Kantone, welche im stationären Bereich Globalbudgets eingeführt haben. Hier ist allerdings das Globalbudget leichter umzusetzen, weil die Kantone ohnehin eine Spitalplanung vorzunehmen haben. Es ist zudem wenig ersichtlich, dass mit den bisher eingeführten Globalbudgets echte Kostenersparnisse erzielt wurden.

**Im Frühjahr 2017 wollte eine Mehrheit der nationalrätlichen Gesundheitskommission Globalbudgets für Behandlungskosten**

**einführen, die so funktionieren würden: Liegt das Kostenwachstum in einem Jahr über einem definierten Wert, reduzieren sich die Tarife für ärztliche Leistungen im Folgejahr automatisch um einen im Voraus festgelegten Faktor. Da die Ausgaben nicht plafoniert würden, handelt es sich um ein indirektes Globalbudget. – Wie weit sind wir heute in den Beratungen in beiden Räten?**

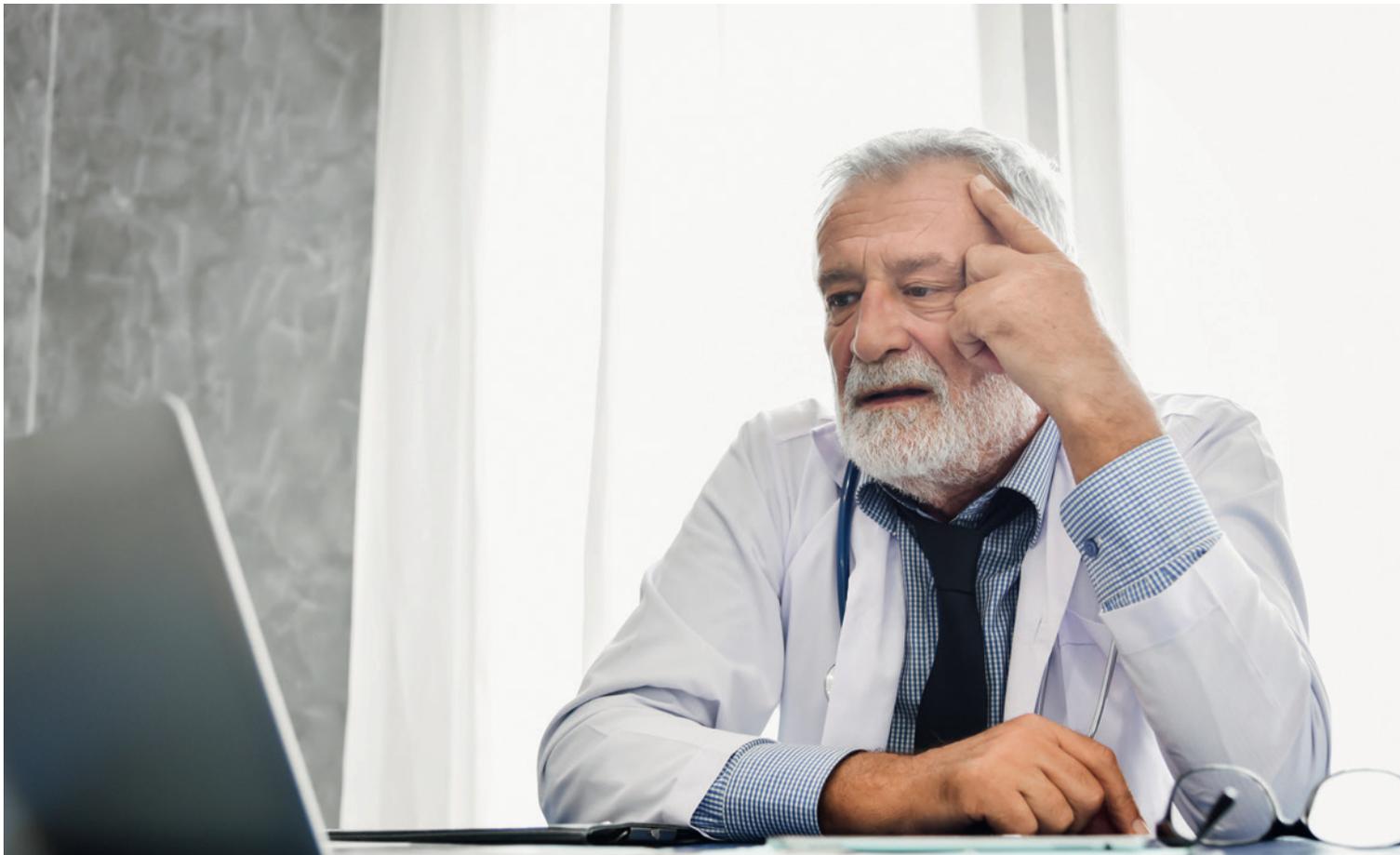
Wie das Parlament bezogen auf das Globalbudget entscheiden wird, ist gegenwärtig offen. Im Parlament sind die entsprechenden Beratungen sistiert worden. Das Parlament will abwarten, bis der Bundesrat seine eigenen Vorstellungen genauer formuliert hat.

**Bei der Umsetzung würde uns wohl entweder eine Tarifsteuerung (im Folgejahr) und/oder sogar eine Rationierung ins Haus stehen? Wie beurteilen Sie das? Welche Kriterien wären bei einer Rationierung der Leistungen vorstellbar?**

Es ist eigentlich gar keine überzeugende Lösung für den Fall erkennbar, dass die Globalbudget-Grenze erreicht wird. Dies zeigt ja auch gerade, dass das Globalbudget in einem Versicherungssystem ein völliger Fremdkörper ist. Jede einzelne versicherte Person kann zudem beim Bestehen eines Globalbudgets ihren eigenen Leistungsanspruch durchsetzen. Um die Auswirkungen des Globalbudgets wirklich erkennbar zu machen, wäre wohl die Leistungsrationierung der spürbarste Weg.

**Wie sähe die rechtliche Situation der Patienten bei einer Rationierung aus?**





Globalbudgets haben sich in diversen Ländern als sehr bürokratisch erwiesen. Sollen unsere Ärzte also unter noch mehr Administrativem ächzen oder sich lieber um ihre Patienten kümmern?

### **Würde Sie «nur» die OKP-Patienten treffen? Welche Rekursmöglichkeiten bei Rationierungsentscheiden hätten die Patienten?**

Auf Patientenseite kann das Globalbudget nicht bedeuten, dass der gesetzlich gegebene Leistungsanspruch nicht trotzdem durchgesetzt werden könnte. Betroffen sind jedenfalls nur grundversicherte Personen; Zusatzversicherungen könnten Leistungen weiterhin finanzieren. Über strittige Fragen hätte auf Beschwerde der versicherten Person hin das kantonale Versicherungsgericht zu entscheiden.

**santésuisse nannte seinerzeit den Vorschlag eine «Rasenmäher-Methode mit undifferenzierter Wirkung». Belohnt würden die Ärzte, die ihre Behandlungen steigerten, um die tieferen Tarife zu kompensieren. Dies geschehe zulasten korrekter Mediziner. – Wie sehen Sie das?**

Ich teile diese Auffassung, weil auch ich dem Globalbudget gegenüber kritisch eingestellt bin. Das Globalbudget hat im schweizerischen Krankenversicherungssystem einfach keinen Platz.

**Werfen wir einen Blick auf Deutschland: Dort kennt man kein Globalbudget im Sinn einer festen Ausgabenbegrenzung über alle Versorgungsbereiche hinweg, sondern den «Grundsatz der Beitragssatzstabilität», eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik, die dadurch charakterisiert ist, dass pro Kalenderjahr in einem bestimmten Ausgabenbereich für alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung nur eine Geldmenge ausgegeben werden darf, die derjenigen des Vorjahres entspricht und um den Prozentsatz der Grundlohnsummensteigerung angepasst werden kann. – Das beruht auf dem Sachleistungsprinzip im Gegensatz zum Kostenerstattungsprinzip wie wir es kennen. – In Deutschland beklagen aber viele Akteure eine Zweiklassenmedizin mit langen Wartelisten für schlechter Versicherte. Wie beurteilen Sie das deutsche Prinzip?**

Ich kann mich zum deutschen System nicht fundiert äussern. Das deutsche System zeigt allerdings, wie schwierig es ist, im Krankenversicherungssystem Lösungen zu finden. Wir müssen

im Gesundheitssystem unbedingt berücksichtigen, dass die Wiederherstellung der Gesundheit zentral auch für die Volkswirtschaft selber ist. Es ist wenig sinnvoll, hier Kosten zu sparen und dadurch die Gesundheit der Versicherten gegebenenfalls einzuschränken.

**In der ambulanten Versorgung haben wir ja in der Schweiz de facto seit Längerem bereits ein Globalbudget. Die Wirtschaftlichkeitsverfahren der Krankenkassenverbände dienen seit über 30 Jahren der Prävention von hohen Kosten in der Arztpraxis, dort wirkt das Globalbudget ab 30 Prozent über dem Kostendurchschnitt der Vergleichsgruppe. Könnte das auch einen vereinfachten Ansatz im stationären Bereich darstellen?**

Die Wirtschaftlichkeitsverfahren der Krankenkassen setzen das Ziel der Wirtschaftlichkeit der Behandlung um. Es steht schon heute der Weg offen, solche Wirtschaftlichkeitsverfahren auch im stationären Bereich durchzuführen. Allerdings ist naturgemäss sehr schwierig, mit rein statistischen Methoden die Unwirtschaftlichkeit überhaupt belegen zu können.

**Wären nicht Einschränkungen im Leistungskatalog der Grundversicherung und ein Ausbau der Hausarzt-Modelle oder spezielle Hausarzt-Modell-ähnliche Versicherungsangebote auch im stationären Bereich eine Alternative zu einer generellen Globalbudget-Lösung?**

Es müsste im Parlament grundsätzlich geprüft werden, wie mit den steigenden Kosten im Gesundheitssystem umzugehen wäre. Es wäre ein denkbarer Weg, den Versicherten im Rahmen der Eigenverantwortung höhere Kosten anzulasten, wobei aber berücksichtigt werden muss, dass sehr viele Einschränkungen der Gesundheit gar keinen Bezug zur Eigenverantwortung haben. Es würde also weniger um eine medizinische Eigenverantwortung, sondern um eine finanzielle Eigenverantwortung gehen. Hier wäre wiederum zwingend, dass ökonomisch schlechter gestellte Schichten trotzdem uneingeschränkt Zugang zu den Leistung hätten. Es müsste also im Krankenversicherungssystem so oder so ein Solidaritätsgedanke im Vordergrund stehen.

**Eine eindeutige Rationierung**

«Ein Globalbudget stellte eine klar definierte Risikoneuverteilung dar», urteilte FMH-Präsident Dr.med. Jürg Schlup in seinen Ausführungen hart, «der Arzt rationiert oder wird sanktioniert. So wird die Therapiefreiheit zum Loyalitätskonflikt zwischen Plansoll und Patient. Die komplizierten und immer wieder auch als ungerecht empfundenen Verteilungsmechanismen wie

Fallzahl- und Quartalsorientierung und damit einhergehende Optimierungsstrategien auf allen Seiten führen zu fatalen Fehlanreizen im System.» Sehr kritisch das Folgende: «In einem Globalbudget arbeitet derjenige wirtschaftlich, der es schafft, sich von der Versorgung kranker Menschen fernzuhalten!»

**Die Versorgung auf dem Lande droht zusammenzubrechen**

Dr.med. Jürg Schlup zitierte einen Landarzt: «Wir verschwenden schon heute unsere Zeit für die Bürokratie und streiten uns ständig mit den Krankenversicherern herum. Ich befürchte, dass die medizinische Versorgung durch Landärzte bald zusammenbricht.» Da sei ein Globalbudget gerade noch der Deckel drauf.

Der FMH-Präsident präsentierte weiter einen «Spiegel»-Artikel, worin der deutsche Kassenärzte-Chef Dr.med. Andreas Gassen unter dem bezeichnenden Titel «Das ist eine Tortur» meint: «Bei gesetzlich Versicherten muss ein Arzt zwangsläufig darauf achten, ob er mit einer Verordnung sein Budget überschreitet – und damit auch für die Behandlung der anderen Patienten keine Leistungen mehr verordnen kann. (...) Im Praxisalltag führen die starren Budgets tatsächlich dazu, dass ein Arzt genau rechnen muss, (...) wie viele Patienten er sich leisten kann.» Eine Aufhebung des Budgetdeckels würde laut Gassen in Deutschland zu lediglich 2 Milliarden Euro Mehrkosten führen, das bei total 374 Milliarden pro Jahr, also lediglich ein halbes Prozent.

Für Schlup ist es daher klar, auf diese beschriebene Tortur zu verzichten: «Das Globalbudget ist ein Irrläufer, denn

- das Kostenwachstum wird nicht gedämpft.
- Budgets werden an sachfremden Parametern (wie z.B. Lohnentwicklung) festgemacht, nicht an der Morbidität.
- Planer können den Versorgungsbedarf nicht besser beurteilen als die behandelnden Ärzte.
- Zu knappe Budgets verursachen verdeckte Rationierung.
- Der Versicherungsanspruch verliert an Gültigkeit.
- Sektorielle Budgets stehen nicht nur Leistungsverchiebungen und integrierter Versorgung im Wege: Ohne Detailkenntnisse führen sie ausserdem zu Wartezeiten, mit Detailkenntnissen führen sie zu etwa identischen Kosten.»

**Keine plausible Erklärung zur Wirksamkeit von Globalbudgets**

Von Behördenseite äusserte sich Thomas Christen, Vizedirektor, Mitglied der Geschäftsleitung des BAG, zum Thema: «Der Kostenanstieg im OKP-Bereich, dessen Begrenzung die Expertengruppe im Auge hatte, ist bedingt durch die demografische Entwicklung, den medizintechnischen Fortschritt und medizinisch nicht begründbare Mengenausweitungen.» Ob nun ein allerdings ein Globalbudget das Mittel der Wahl dagegen sei, betrachtet Christen als nicht unbedingt stichhaltig. Zwar zeigten bisherige kantonale Erfahrungen in Genf, der Waadt und im Tessin, dass zwischen 2005 und 2011 mit einem Jahreskostenwachstum von 0.8% (restliche Kantone 2.6%) und zwischen 2012 und 2015 mit 0.2% (0.4%) etwas an Kosten gespart werden konnte. Plausible Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen dem Globalbudget und Unterschieden in der Ausgabenentwicklung seien daher wohl in der ersten Periode auszumachen, es sei jedoch keine definitive kausale Aussage möglich.

Der Bund sehe deshalb vor, den Kantonen weiterhin zu erlauben, Globalbudgets zu handhaben. Dabei sollen jedoch verbindliche Zielvorgaben inklusive Korrekturmassnahmen die Kostensteuerung aus einer Gesamtsicht regeln. Es dürfe dabei keine grundsätzliche Umgestaltung des heutigen Gesundheitssystems respektive der Grundversicherung stattfinden. Christen: «Am regulierten Wettbewerb, an den aktuellen Kompetenzen und Zuständigkeiten sowie an den Finanzierungsregelungen soll so wenig wie möglich, aber doch so viel wie nötig geändert werden. Hier geht es vor allem um Anreizverbesserungen.»





Die eidgenössischen Räte warten für die weitere Behandlung kostendämpfender Massnahmen im Gesundheitswesen auf Vorschläge des Bundesrates. Was wird uns da wohl ins Haus schneien?

BAG-Vize Christen fasste zusammen:

1. Das Kosten- und damit das Prämienwachstum stossen mit durchschnittlich über 4% pro Jahr an Grenzen. Darum braucht es Massnahmen zur Kosteneindämmung.
2. Gesundheitspolitik ist nicht nur Kosteneindämmungspolitik. Aber auch. Daher braucht es nun konkrete Einzelmassnahmen. Der Bundesrat wird sein Vorgehen im Frühling festlegen.
3. Es braucht aber auch eine ernsthafte Auseinandersetzung mit dem übergeordneten Instrument der Zielvorgabe. Damit das gesamte Kostenbewusstsein gestärkt wird.
4. Zu dieser ernsthaften Auseinandersetzung gehören die Berücksichtigung der internationalen Erfahrungen, die Bewältigung der Herausforderungen beim Festlegen von Globalbudget-Kriterien und Korrekturmassnahmen.
5. Alle Akteure stehen in der Pflicht, das ihnen Mögliche zu einer optimalen Allokation der Ressourcen beizutragen.

#### Das schlägt der Preisüberwacher vor

Preisüberwacher Dr. Stefan Meierhans wagte sich an einen konkreten Forderungskatalog zur Kostendämpfung. Er zählte dabei 11 Punkte auf:

1. Aufhebung des Territorialprinzips, z.B. bei Medikamenten, Hilfsmitteln sowie Arzt- und Spitalbehandlungen
2. Gate-Keeping-Pflicht
3. Förderung der integrierten Versorgung
4. Spitalversorgungsplanung zwecks Abbau von Überkapazitäten
5. TARMED: jährliche Anpassungen zur Begrenzung des Mengenwachstums

6. Einführen des Festbetrags- oder Referenzpreissystems im patentabgelaufenen Bereich von Pharmazeutika
7. Reduktion der Medikamenten-Vertriebsmargen
8. Jährliches Prüfen der Medikamentenpreise
9. Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips bei der Medikamentenpreisregulierung
10. Einführung eines Antrags- und Beschwerderechts für die Krankenversicherer bei den Medikamentenpreisen
11. Reduktion des Governance-Konflikts der Kantone rund um die kantonalen OKP-Tarife – generell oder zumindest bei den Spitaltarifen

Es gelte jetzt zu handeln – Meierhans: «Es ist fünf für zwölf!»

#### Akute Gefahr eine Mogelpackung

Gewissermassen einen pragmatischen Mittelweg Christen-Meierhans bot der frühere BAG-Direktor Prof. Dr. Thomas Zeltner, der sich namentlich gegen Globalbudgets aussprach und zum vorsichtigen Abwägen von Massnahmen riet: «Es besteht die Gefahr eine Mogelpackung, denn die Komplexität im Umsetzen von Globalbudgets wird unterschätzt und durch die geteilte Steuerungskompetenz in der Schweiz (Bund/Kantone) zusätzlich erhöht. Es besteht auch ein Mangel an Evidenz zur Wirksamkeit von Globalbudgets. Eine dadurch drohende Kantonalisierung des Gesundheitswesens wäre – aller Vorteile des Föderalismus' zum Trotz – kein Fortschritt. Es bestehen zur Zeit auch keine konkreten Modelle für ein Globalbudget. Solche Budgets und die Leistungssteuerung widersprechen grundsätzlich der «DNA» des KVG. Der Verlust traditioneller Grundwerte könnte die Folge

davon sein. Die Schlussfolgerung des Expertenberichts könnte abgeändert daher auch so lauten: «Aufgrund der Unsicherheiten von Kostensteuerungsansätzen sind die bekannten effizienzsteigernden Massnahmen vordringlich umzusetzen und bis auf Weiteres ist auf Kostendämpfungsziele zu verzichten.»

#### Globalbudgets sind leichtfertige Experimente zu Lasten der Patientinnen und Patienten

Zu diesem Schluss gelangte nämlich bereits Ende Oktober 2017 eine vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eingesetzte Expertengruppe. Sie schlägt dem Bundesrat verschiedene Massnahmen vor, um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu dämpfen. Der für die Bevölkerung folgenschwerste Vorschlag ist die Einführung von umfassenden Globalbudgets zur Deckelung der Gesundheitsausgaben.

Die Beispiele Deutschlands und der Niederlande zeigen jedoch, dass vor allem die Nebenwirkungen zu Lasten Patienten ansteigen: Während Rationierung und Zweiklassenmedizin zunehmen, leidet die Qualität. FMH, H+, Interpharma, pharmaSuisse, die Schweiz. Patientenorganisation SPO und santésuisse lehnen undifferenzierte Eingriffe mit absehbar negativen Folgen für die Patientinnen und Patienten ab. Stattdessen soll das vorhandene Sparpotenzial durch die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen realisiert werden.

Die Expertengruppe beschäftigte sich über ein Jahr lang mit verschiedenen Modellen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Die Experten stützten sich bei dieser Empfehlung auf Modelle, die in Deutschland und den Niederlanden angewendet werden: Steuerung über Budgets bzw. die Menge der zu erbringenden Leistungen.

#### Wirkung von Globalbudgets ist umstritten

Die Einführung von Globalbudgets in Deutschland und den Niederlanden hat zu keiner Dämpfung des Kostenwachstums geführt, so die Kommission. Dies belegen Zahlen der OECD, welche die Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts BIP zeigen. Im Jahr 2013 wiesen Deutschland mit 11.0%, die Niederlande mit 11.1% und die Schweiz mit 11.1% einen gleich hohen Anteil auf. Seit Einführung des Globalbudgets in den Niederlanden haben sich die Ausgaben in den Niederlanden denjenigen der Schweiz angenähert.

## Globalbudgets führen zu Wartezeiten, Rationierung und Zweiklassenmedizin

Globalbudgets führen gemäss Expertengruppe zu gravierenden Nebenwirkungen: «Bei einem gedeckelten Budget ist es nicht möglich, alle notwendigen Leistungen gegenüber allen Patienten zu erbringen. Besonders ältere, chronisch und polymorbide kranke Patienten würden darunter leiden. Es wäre die Abkehr vom solidarisch gelebten Gesundheitssystem in der Schweiz. Wenn das Budget aufgebraucht ist, werden Leistungen zeitlich hinausgeschoben (Wartezeiten), möglicherweise sogar ins nächste Jahr – oder einfach in andere, nicht gedeckelte, Bereiche verlagert.

Diese verdeckte Rationierung von Leistungen führt letztlich zu höheren Kosten bei schlechterer Qualität und damit zu einem Anstieg der Gesundheitskosten insgesamt. Auch bedeutet dies unweigerlich eine Akzentuierung der Zweiklassenmedizin, weil Zusatzversicherte oder Privatpatienten keiner Begrenzung unterliegen.»

## Globalbudgets sind nicht qualitätsorientiert

Für die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen setzen Globalbudgets falsche Anreize. Unter dem starren finanziellen Korsett eines Globalbudgets leidet die Qualität der medizinischen Versorgung. Haben die Leistungserbringer pro Jahr ein festgelegtes Budget, so steht nicht die Qualität der erbrachten Leistung im Vordergrund. Mit Globalbudgets werden wirkungslose Experimente auf Kosten der Patientensicherheit durchgeführt, so das unmissverständliche Verdikt der Experten.

## Kostenwachstum mit der einheitlichen Finanzierung dämpfen

Aufgrund des medizinischen Fortschritts können immer mehr Behandlungen ambulant durchgeführt werden. Da ambulante Behandlungen kostengünstiger sind, kann der Anstieg der Gesundheitskosten mit «ambulant vor stationär» gedämpft werden. Mit einer einheit-

lichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen wird der ambulante Bereich als kostendämpfende Versorgungsform gefördert, was ein enormes Sparpotenzial mit sich bringt – ohne Rationierung und Qualitätsverlust.

Das Fazit der Expertengruppe ist eindeutig: «Weitere gezielte Massnahmen der Tarifpartner wie die sachgerechte Gesamtrevision des ambulanten Tarifs TARMED oder die Einführung von Pauschalen für bestimmte ambulante Leistungen sind effizient und qualitätsorientiert. Systemumwälzende, globale Eingriffe in unser bewährtes, freiheitliches Gesundheitssystem hingegen hätten absehbar negative Folgen für die Patientinnen und Patienten.»

Zusammenfassung und Interview: Dr. Hans Balmer



# healthy+

## KnowledgeBase & ergänzende Services

Stellen Sie das Know-how Ihrer Unternehmung allen Mitarbeitenden jederzeit und überall zur Verfügung. Die healthy+ KnowledgeBase macht es möglich.

- + Know-How verwalten
- + Wissen vermitteln
- + Prozesse optimieren
- + Vernetzung fördern
- + Beratung
- + Schulung
- + Workshops
- + Projekte

**healthy+ AG**  
Kirchbergstrasse 23  
3400 Burgdorf

034 420 16 13  
info@healthyplus.ch  
www.healthyplus.ch



+ knowledge. learning. communication.