

Angriff auf die medizinische Versorgung: Müssen Ärzte bald Patienten abweisen?

In der Schweiz könnte es bald zu einer grundlegenden Veränderung im Gesundheitswesen kommen. Das Parlament diskutiert über Globalbudgets für Hausärzte. Es wäre eine Rationierung der medizinischen Versorgung durch die Hintertür – und vermutlich ein Verfassungsbruch.

Birgit Voigt

20.11.2021, 21.45 Uhr

Weiss lag der Schnee auf den Tannen, als sich am letzten Wochenende Gesundheitsfachleute in den Bündner Bergen versammelten. Ärzte, die Spitzenleute ihres Verbandes, der Krankenversicherungen und Gesundheitspolitiker fanden sich zu einer Tagung ein. Offiziell ging es um die Qualität der Versorgung.

Doch de facto hielten sie, umgeben von imposanter Naturkulisse, in Davos eine Art Kriegsrat ab. Thema: die Zukunft des Gesundheitswesens. Genauer gesagt, die Frage: Wer entscheidet künftig, wie ein Patient behandelt wird?

Bisher war es allein der Arzt, aber das könnte sich bald ändern. Denn was die Fachleute in Davos beim Abendessen und während der Pausenapéros durchkauten, sind brisante Vorschläge von Gesundheitsminister Alain Berset. Der SP-Bundesrat plant in leisen Schritten nichts weniger als einen Systemwechsel. Geht es nach ihm und seinen Beratern aus dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), sind es künftig staatliche Stellen, die über das Ausmass der Behandlungen bei den Hausärzten und Spezialisten entscheiden. Ihr Hebel ist das Geld.

Der Bundesrat soll die maximale Summe bestimmen können, die im Gesundheitswesen zur Verfügung steht. Ist sie ausgegeben, müssen Patienten auf Eingriffe warten, auf Leistungen verzichten oder sich mit günstigen, medizinisch vielleicht schlechteren Lösungen abfinden. Aber dafür sollte – so hoffen es die Berater um Berset – der ständige Prämienanstieg vorbei sein.

Die Folge allerdings wäre eine Rationierung der medizinischen Versorgung, eingeführt durch die Hintertür und abgewickelt über die Ärzte. Jeder Mediziner bekäme künftig pro Jahr ein wie auch immer festgelegtes Globalbudget für alle Behandlungen im ambulanten Bereich gesprochen. Ist das Budget ausgeschöpft, hat der Arzt kaum noch Handlungsspielraum.

Benötigt also zum Beispiel eine Patientin nach einem Sturz im Dezember eine Röntgenuntersuchung und das Budget des Arztes ist bereits aufgebraucht, wäre er gezwungen, ihre Untersuchung auf den Januar zu verschieben. Der Mediziner geriete unter Druck, eine Triage vorzunehmen und zu entscheiden, welche Patienten er angesichts der beschränkten Ressourcen noch behandeln will und wie.

Plan für Staatsmedizin?

Berset, heisst es unter vielen Ärzten und Gesundheitspolitikern, strebe damit eine planwirtschaftliche Staatsmedizin an. In der anstehenden Wintersession dürften wichtige Weichenstellungen erfolgen. Die Ständeräte sollen darüber beraten, ob sie dem Bund die Werkzeuge in die Hand geben sollen, die der Gesundheitsminister gerne hätte. Ob sie also Grenzen für die Kostenentwicklung im Gesetz verankern und damit indirekt die Anzahl oder die Art der Behandlungen beschränken.

Die Begriffe für diese Massnahmen variieren: Mal heissen sie «Kostendach», mal «Zielvorgabe». Gemeint ist immer dasselbe: eine finanzielle Einschränkung mit Auswirkungen auf Patienten, die das Pech haben, ausgerechnet dann krank zu werden oder sich zu verletzen, wenn die Finanzlimite erreicht ist. Der Nationalrat hat den Gesetzesvorschlag nur knapp abgelehnt.

Wie ein Schreckbild geistert das deutsche Modell durch die Debatten unter den Schweizer Ärzten. Beim nördlichen Nachbarn haben Allgemeinpraktiker für die Behandlung ihrer Patienten eine solche Ausgabengrenze, und das seit nunmehr 20 Jahren.

Der sächsische Landarzt Günter Krause schilderte in seiner Lokalzeitung die bürokratischen Kämpfe. Er hatte wegen seiner vielen alten Patienten offenbar sein Budget öfter überzogen. Er habe deshalb bei wiederholten Überprüfungen durch die Krankenversicherungen schriftlich darlegen müssen, «warum die Stützstrümpfe, die Physiotherapie oder die verschriebenen Tabletten für Patientin X nötig waren». Er zahle zum Teil Behandlungen aus eigener Tasche, weil es keine Vergütung mehr gibt.

Die Schweizer Kritiker solcher von oben verordneten Kostenziele beschwören ähnliche Szenarien in hiesigen Arztpraxen. Einer, der sich vehement gegen die Vorschläge aus Bern stemmt, ist der Hausarzt Felix Huber. Als Gründer des Ärztenetzwerks Medix hat er Pionierarbeit bei der Entwicklung kostengünstiger Hausarztmodelle geleistet.

Der Idee von generellen Budgets für alle kann er aber nichts abgewinnen. «Solche Versuche der Kostensteuerung durch eine Bundesbehörde führen nur zu endlosen Verteilungsdiskussionen, Blockaden und ungerechter Zuteilung der finanziellen Mittel», sagt Huber. «Das taugt zur Beruhigung der Politiker, löst aber das Problem der Überbehandlung nicht.»

Das Schweizer Gesundheitswesen ist zweifellos an einem Punkt, an dem es Veränderungen braucht. Es geht um viel Geld. 85 Milliarden Franken fließen jedes Jahr in diesen Sektor. Wobei die Krankenkassenprämien inzwischen gut 32 Milliarden davon ausmachen.

Massive Prämienlast

Die Summe hat sich über die letzten 25 Jahre hinweg fast verdreifacht. Viele Familien können die monatlichen Abgaben an die Kassen kaum noch tragen. Trotzdem: Mit der Versorgung ist die Bevölkerung sehr zufrieden – insbesondere schätzen die Menschen die Freiheit, ihr Versicherungsmodell wählen zu dürfen.

Wer sich für die freie Arztwahl bei einem tiefen Selbstbehalt entscheidet, kann ohne Einschränkungen medizinische Leistungen beanspruchen und Spezialisten frei auswählen. Dafür aber bezahlt man ziemlich hohe Prämien. Günstiger fährt, wer zwingend zuerst ein medizinisches Callcenter oder den Hausarzt konsultiert. Fast 70 Prozent der Bevölkerung setzen mittlerweile auf ein Versicherungsmodell, das die freie Arztwahl einschränkt.

Ziel dieser Einschränkung war immer, den Zugang zu Spezialisten zu erschweren und damit den ungebremsten Konsum von medizinischen Leistungen. Trotzdem wächst die Nachfrage. Damit begründen das BAG und der Gesundheitsminister die Notwendigkeit für mehr staatliche Eingriffe: «Die Kosten im Gesundheitswesen steigen nicht nur wegen des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts, sondern auch wegen einer medizinisch nicht zu begründenden Mengenzunahme stetig an.»

Vor allem auf diese «medizinisch nicht zu begründende» Mengenausweitung zielen nun die systemverändernden Vorlagen, die Bundesrat Berset seit 2019 als Kostendämpfungspakete I und II in den politischen Prozess eingespeist hat. Die Vorschläge erwiesen sich als derart komplex, dass beide Pakete jeweils in die Teile A und B aufgetrennt wurden. Die Teilstücke zirkulieren wie in einem Flipperkasten durch die politische Mühle. Erledigt wurde bisher erst der am wenigsten umstrittene Teil des ersten Pakets.

Konkret geht es im Ständerat am 9. Dezember nun um den Entwurf des Artikels 47c. Grundsätzlich sollen die Tarifpartner – die Ärzte und die Kassen – maximale Ausgabengrenzen vereinbaren. Einigen sie sich nicht, darf der Bundesrat eine obere Grenze festsetzen.

Mit der dadurch erreichten Einschränkung der verfügbaren Leistungen würde der Artikelentwurf allerdings gegen die Bundesverfassung verstossen. Zu diesem Schluss kommt jedenfalls ein Gutachten des Rechtsprofessors Ueli Kieser von der Universität Zürich.

Das in der Verfassung festgeschriebene Recht der Versicherten, im Bedarfsfall eine angemessene medizinische Versorgung zu erhalten, sei nicht mehr gewährleistet. Das BAG reagiert darauf gelassen und qualifiziert Kiesers Analyse als parteiliches Gutachten.

Doch Kieser erhält Unterstützung von amtlicher Seite, und zwar aus einem anderen Departement, geführt von der FDP-Bundesrätin Karin Keller-Suter. Das Bundesamt für Justiz hat sich ebenfalls mit dem Gesetzesartikel 47c befasst. Grundsätzlich sei er zwar mit der Verfassung vereinbar, schreiben da die Juristen als Fazit.

Aber der Artikel müsse so ausgestaltet werden, dass er «dem Auftrag, den Zugang zu ausreichender medizinischer Grundversorgung von hoher Qualität zu gewährleisten, Rechnung trägt». Trotz Kostendach dürfe die Leistung nicht abfallen. Sollte die angestrebte «Korrekturregel» die Leistungen in der Grundversicherung einschränken, wäre das eine Verletzung der Verfassung.

Mit anderen Worten: Nur wenn das Parlament ein wirkungsloses Gesetz verabschiedet, ist es verfassungskonform. Die anvisierten Leistungseinschränkungen bei Budgetüberschreitung hingegen sind nicht zulässig.

Kein einziger Politiker der Schweiz befürwortet im Grundsatz die Einführung von Rationierungen für Gesundheitsleistungen. Aber alle reden über die hohen Prämien der Krankenkassen und fordern Kostendämpfungsmassnahmen – ohne klar zu sagen, dass man sie nicht schmerzfrei umsetzen kann. Aus der Prämiendiskussion lässt sich eben politisches Kapital schlagen.

In knapp zwei Jahren stehen die nächsten Parlamentswahlen an, die ersten seit Ausbruch der globalen Corona-Pandemie. Die Gesundheit dürfte das bestimmende Thema sein. Schon jetzt positionieren sich deshalb die Parteien.

Die SP will bald mit der «Prämien-Entlastungs-Initiative» den Bund zur Übernahme eines Grossteils der Prämien zwingen. In der kommenden Wintersession muss sich der Nationalrat aber erst einmal mit der Volksinitiative «Kostenbremse» der Mitte-Partei sowie einem indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates beschäftigen. «Der Prämienanstieg ist die Sorge Nummer eins der Bevölkerung», begründet Erich Ettlín die Initiative seiner Partei, welche die Gesundheitskosten an die Entwicklung der Nominallöhne koppeln will.

Der Ständerat aus Obwalden ist ein gut vernetzter Gesundheitspolitiker. Im Nebenjob sitzt er bei der grossen Krankenversicherung CSS im Verwaltungsrat. «Wir wollen vor allem da wegnehmen, wo es die Behandlung nicht braucht», versucht Ettlín zu beruhigen. Auf keinen Fall will die Mitte als Partei wahrgenommen werden, die der Rationierung den Weg bereitet. Doch genau das tut die Initiative in den Augen des Bundesrates.

Zwei Pferde im Rennen

In ihrer Botschaft zerpfückte die Regierung vorletzte Woche die Kostenbremse-Initiative. Sie sieht die «Gefahr, dass die starre Ausgabenregel je nach Umsetzung eine Rationierung der Leistungen zur Folge hat und in eine Zweiklassenmedizin führt». Gerhard Pfister sieht es genau umgekehrt: «Mit unserer Kostenbremse-Initiative wollen wir endlich die Leistungserbringer im Gesundheitssystem mit in die Pflicht nehmen», sagt der Präsident der Mitte-Partei.

Selbstverständlich will auch er von Rationierung und Globalbudgets nichts wissen und kritisiert seinerseits den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates: «Er fördert nur das Silodenken der Leistungserbringer und enthält planwirtschaftliche Ansätze.»

Was Pfister nicht sagt: Die Initiative seiner Partei liefert Bundesrat Berset eine Steilvorlage, um noch wesentlich einfacher in die ärztliche Behandlungsfreiheit einzugreifen, als es mit Artikel 47c schon vorgesehen ist. Der vorgelegte indirekte Gegenvorschlag gäbe dem Bund ganz direkt die Möglichkeit, einen Kostendeckel zu setzen. «Die Kostenziele werden vom Bundesrat und den einzelnen Kantonen festgelegt», heisst es in der Mitteilung.

Somit hat Alain Berset zwei Pferde im Rennen, die dem Bund die Möglichkeit geben sollen, massiv in die Steuerung der Gesundheitskosten einzugreifen.

Und das ruft die Kritiker auf den Plan. FDP-Ständerat Damian Müller befürchtet eine Planwirtschaft, die er abblocken will: «Die Zielvorgabe hat einen hohen Preis. Das dämpft die Kosten nicht, sondern befeuert die Bürokratie.» Nicht einmal die Krankenkassen befürworten von oben verordnete Globalbudgets, obwohl sie immer für Kostensenkungen zu haben sind.

Pius Zängerle leitet den Krankenkassenverband Curafutura. Er sieht den Artikel 47c «als nicht zielführend sowie in der Praxis nicht umsetzbar». Der Ansatz werde zu «Blockaden der Tarifpartner» führen, also zum Streit vor allem zwischen Ärzten und Krankenversicherungen. Tatsächlich legt es der Gesetzesentwurf geradezu auf diese Nichteinigung an.

Sie wird dem Bundesrat die Rechtfertigung liefern, von oben die Kostenziele festzusetzen. Der zweite Krankenversicherungsverband, Santésuisse, bezeichnet hingegen den Vorschlag der Mitte als untauglich: «Die Idee einer generellen Zielvorgabe, wie es die Kostenbremse-Initiative verlangt, wirft bei der praktischen Umsetzung zentrale Fragen auf und ist mit erheblichen Risiken verbunden.»

Hört man sich diese Stimmen an, fällt auf: Jeder Vorschlag fällt durch und führt in den Augen der Fachleute direkt in ein bürokratisches Verteilchaos. Deshalb stellt sich zum Schluss die Frage: Ist der Kostendruck wirklich so gross, dass man den Schritt nun machen muss? Zeigen denn die verschiedenen Gesundheitsreformen der letzten Jahre (siehe Kasten Seite 23) gar keine Wirkung bei den Kosten?

Curafutura liefert dazu eine überraschende Antwort. Gemäss den Zahlen des Krankenversicherungsverbandes sind die durchschnittlichen Nettoausgaben pro Versichertem in den letzten 10 Jahren nur noch um 2,5 Prozent pro Jahr angestiegen.

Das Bundesamt für Gesundheit hingegen argumentiert in seiner Botschaft für den Gegenvorschlag mit einem durchschnittlichen jährlichen Ausgabenanstieg von 4,5 Prozent für die Krankenversicherungen. Wie erklärt sich diese Diskrepanz? Es ist relativ einfach. Das BAG zieht für sein Argumentarium die absoluten Zahlen heran und lässt dabei das beträchtliche Bevölkerungswachstum ausser acht.

Doch die absolute Entwicklung der Gesamtausgaben ist für die Prämienentwicklung nicht entscheidend. Relevant ist das Ausgabenwachstum pro Kopf. Hier ist mit einem Anstieg von 2,5 Prozent pro Versichertem jedoch schon eine zentrale Forderung erreicht, die 2017 ein Expertengremium in einem vielbeachteten Bericht zum Schweizer Gesundheitswesen aufstellte.

Dieser Bericht bereitete den Boden für die ganzen Diskussionen um die Einführung von Globalbudgets. Die Experten kamen damals zum Schluss, als Ultima Ratio müsse man solche Globalbudgets ins Auge fassen, um das Wachstum für die Gesundheitskosten auf einen akzeptablen Wert von rund 2,7 Prozent zu begrenzen.

Es scheint, dass die schon durchgesetzten Veränderungen der letzten Jahre mehr Wirkung zeigen, als bisher in breiten politischen Kreisen realisiert. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist, so wie es aussieht, gar keine mehr. Ob die Politiker das zum Anlass nehmen, sich bei den Rationierungsübungen zurückzunehmen?

Es wäre ein kleines Wunder von Bern – und ist eher unwahrscheinlich. Welcher Politiker will aus dem regulatorischen Wahnsinn aussteigen, wenn sich damit so gut Wahlkampf betreiben lässt? In Davos macht man sich am Ende eines Tagungstages wenig Illusionen. Doch einer der Ärzte sagt in Richtung Bern: «Dagegen kämpfen wir bis zum Schluss.»

Reformen im Schweizer Gesundheitswesen

Anders als von vielen Politikern dargestellt, hat das Gesundheitswesen in den letzten Jahren schon eine Reihe von tiefgreifenden Reformen erfahren. Sie haben zu klaren Verbesserungen bei den Kosten geführt. Hier die Zusammenfassung, was geschah und noch in der Pipeline steckt.

- 2012 startet die Einführung von fallbezogenen Pauschalen für Schweizer Spitäler. Der Effekt: Lange Aufenthalte und überflüssige Behandlungen im stationären Bereich lohnen sich für die Spitäler nicht mehr.
- 2015 wird das Prinzip «Ambulant vor stationär» etabliert. Die Idee dahinter: Viele Behandlungen können ambulant massiv günstiger durchgeführt werden als hospitalisiert. Da die Kantone die Vorgaben nur sehr schleppend umsetzen, verfügt der Bund ab 2019 in sechs Therapiebereichen die Durchsetzung des Prinzips. Bei konsequenter Anwendung könnten jährlich Kosten von einer Milliarde Franken vermieden werden.
- 2020/2021 hat das Parlament den ersten Teil des Kostendämpfungspakets I verabschiedet. Damit erhalten die Kantone dauerhaft die Möglichkeit, die Zahl der Ärzte im ambulanten Bereich zu begrenzen. Dazu gilt neu auch ein sogenannter Qualitätsartikel, der die medizinischen Leistungen im ambulanten Bereich verbessern helfen soll. Die Versicherungen könnten theoretisch Ärzte, die systematisch sehr teuer behandeln, sanktionieren.
- Seit 2009 steht die einheitliche Finanzierung des Schweizer Gesundheitswesens zur Diskussion. Insgesamt finanzieren die Steuerzahler (über die Kantone), Krankenversicherungen und Patienten (über den Selbstbehalt) jährlich Gesundheitsausgaben in Höhe von inzwischen mehr als 85 Milliarden Franken. Die Kantone und Krankenversicherungen teilen sich dabei die Kosten einer Spitalbehandlung etwa je zur Hälfte, den ambulanten Bereich decken die Versicherungen allein. Diese getrennte Finanzierung führt zu zahlreichen Fehlanreizen und Effizienzverlusten. Eine Studie bezifferte die Kosten dieser Verschwendung mit rund 3 Milliarden Franken jährlich. Dazu rüsten viele Schweizer Spitäler mit Investitionen in die Infrastruktur auf. Geschätzt sollen mindestens 15 Milliarden Franken neu verbaut werden. Eine Koordination wäre da schon sehr sinnvoll. Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist deshalb eine dringende, aber auch monumentale Reform. Gesundheitsfachleute jeder Couleur sehen sie inzwischen unbestritten als die sinnvollste Anpassung, um endlich das Angebot effizienter zu gestalten, ohne gleichzeitig damit massive Beschränkungen bei den Leistungen einführen zu müssen. 2019 hat der Nationalrat den Umbau gutgeheissen – zehn Jahre nachdem die Aargauer Nationalrätin Ruth Humbel (Mitte) eine parlamentarische Initiative dazu eingereicht hatte. Die ständerätliche Gesundheitskommission hatte es bisher aber nicht eilig, die nächste Etappe zu traktandieren. Immer noch stemmen

sich viele Kantone gegen die Anpassung. Entsprechend zögern ihre Ständeräte.

- Seit fast 10 Jahren ist die hängige Erneuerung des Arzttarifs Tarmed blockiert, obwohl die bestehende Tarifstruktur völlig veraltet ist. Insgesamt geht es um rund 12 Milliarden Franken, die über Tarmed jedes Jahr abgerechnet werden. Der Ärzteverband FMH hat zusammen mit dem Krankenversicherungsverband Curafutura zwar ein neues Vertragswerk namens Tardoc erarbeitet. Doch der neue Ärztetarif wird vom Spitalverband H+ – der zeitweilig daran mitarbeitete – und dem zweiten Krankenversicherungsverband Santésuisse abgelehnt. Vergangenen Mittwoch kam es nun zu einem aussergewöhnlichen Treffen, wie die «NZZ am Sonntag» erfahren hat. Der Gesamtbundesrat liess sich in einer rund 90 Minuten andauernden Klausur von den obengenannten vier Verbänden ausführlich informieren. Dass sich der Gesamtbundesrat so viel Zeit nimmt, ist ungewöhnlich. Es deutet darauf hin, dass die Regierung beunruhigt ist über den Stillstand der Verhandlungen. Als Präsident von Curafutura nahm der Urner Ständerat Josef Dittli an der Sitzung teil. Er hofft jetzt auf einen Durchbruch. «Wenn der Bundesrat erneut Nein sagt, ist Tardoc wohl gestorben. Dann muss der Bundesrat aber auch die Verantwortung dafür übernehmen», hält Dittli fest.

Copyright © Neue Zürcher Zeitung AG. Alle Rechte vorbehalten. Eine Weiterverarbeitung, Wiederveröffentlichung oder dauerhafte Speicherung zu gewerblichen oder anderen Zwecken ohne vorherige ausdrückliche Erlaubnis von Neue Zürcher Zeitung ist nicht gestattet.