

## «Wirtschaftlich ist, wer sich von kranken Menschen fernhält»

Aus der Politik und aus den Medien kommt die **Forderung nach Globalbudgets in der Medizin**. Welche Auswirkungen hat das Globalbudget auf Patienten? Und auf die Ärzte?

Text: Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst SSO  
Foto: Bruno Kesseli, Chefredaktor Schweizerische Ärztezeitung

Es ist eine erstaunliche Veranstaltung, die der Gesundheitsökonom Willy Oggier hier moderiert. Für einmal finden die Ärzteorganisation FMH, der Krankenkassenverband Santésuisse, die Pharmaorganisationen, die Spitäler und nicht zuletzt die Schweizerische Patientenorganisation zu einem gemeinsamen Seminar zusammen – und sind sich

im wesentlichen Punkt einig: Flächen-deckende Globalbudgets bergen schwerwiegende Nachteile. Der Jurist Rainer Hess, der seit bald vier Jahrzehnten im deutschen Gesundheitssystem tätig ist, berichtet über die Erfahrungen seines Landes mit gedeckelten Budgets. Zwar habe Deutschland kein Globalbudget im Sinne einer «festen

Ausgabenbremse über alle Versorgungsbereiche hinweg». Mit dem «Grundsatz der Beitragssatzstabilität» versuchte man aber, die Menge der erbrachten Leistungen in den Griff zu bekommen, was nicht gelang. Dafür habe sich eine grauenhafte Kultur entwickelt: «Der Arzt guckt durch die ökonomische Brille – viel schlimmer, als dies je zuvor



Ulrich Kieser: «Der Leistungsanspruch des Patienten darf nicht begrenzt werden.»

## Globalbudget

Ein Globalbudget ist definitorisch eine feste Ausgabenbegrenzung über alle Versorgungsbereiche hinweg. Oft spricht man auch von «gedeckelten Budgets». Ein Globalbudget wird ex ante, also im Voraus nach Kriterien wie Demografie, Bedarfsschätzungen, Einkommens- und Wirtschaftswachstum oder Region festgelegt. Es soll dazu dienen, die Menge der abgerechneten Leistungen in den Griff zu bekommen. Leistungserbringer, die das Budget überschreiten, werden dafür sanktioniert: Ihre Vergütung wird entsprechend gekürzt. Bewegen sie sich aber unter dem vereinbarten Budget, so können sie dafür finanziell belohnt werden. Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass gerade letzterer Punkt zu ethischen Diskussionen führt.

der Fall war. Patienten mussten teils zu wildfremden Ärzten. Auch Terminverschiebungen ins Folgequartal sind ein gängiger Mechanismus in solchen Systemen.» Deutschland liege bei vielen medizinischen Eingriffen weltweit an der Spitze – ohne dass diese medizinisch indiziert wären. Für Hess klar eine Folge der Ökonomisierung des Gesundheitssystems. Indikationsausweitungen würden aus Budgetgründen gemacht. Dies seien typische Fehlentwicklungen, die die Schweiz tunlichst vermeiden sollte. Nachvollziehbar legt Hess dar, dass es ein homogenes System brauche, damit ein Globalbudget funktionieren könne. Die Schweiz mit ihren enormen regionalen Unterschieden, ihren städtischen Agglomerationen und ländlichen Regionen ist dazu wenig prädestiniert. Kommt hinzu, dass in der Schweiz die Kantone die Gesundheitspolitik immer noch wesentlich prägen, und dass die Stadt- und Landkantone jeweils sehr unterschiedliche Interessen verfolgen.

Der Bayreuther Finanzwissenschaftler und Gesundheitsökonom Volker Ulrich räumt offen ein, dass man ohne irgendeine Form der Mengensteuerung die Kosten wohl nicht in den Griff bekomme. Jegliche Referenzgrößen für das Globalbudget bergen aber Tücken und Gefahren. Koppelt man das Budget an das Wirtschaftswachstum, dann schlägt eine Rezession voll auf das Gesundheitswesen durch. Und warum soll Gesundheit überhaupt nur in jenem Masse wachsen wie die Wirtschaft? Es ist ein falsches, aber *faute de mieux* der Not geschuldetes Kriterium. Denn differenziert man, wie in Deutschland, nach geografischen Kriterien, so machen die süddeutschen Länder geltend, dass sie Versorgungsstrukturen für Patienten aus ganz Deutschland eingerichtet haben. Die Bayern sagen: «Es stimmt ja, dass wir die jüngeren und gesünderen Leute haben als Mecklen-

burg-Vorpommern, dafür haben wir aber ganz andere Versorgungsstrukturen!» Lässt man sich auf solche regionalen Vergütungen ein, so riskiert man, ineffiziente Strukturen zu erhalten. Schwerer wiegt aber jene Kritik am Globalbudget, die in Form eines bösen Spruchs kursiert: «Das Globalbudget führt dazu, dass derjenige wirtschaftlich ist, der es schafft, sich von der Versorgung kranker Menschen fernzuhalten.»

### Globalbudget wesensfremd für eine Versicherung

Der St. Galler Rechtswissenschaftler Ulrich Kieser bringt einen fundamentalen Aspekt in die Debatte ein. Artikel 117 der Bundesverfassung verpflichtet den Bund, eine Krankenversicherung einzurichten. Und eine Versicherung zeichnet sich juristisch dadurch aus, dass sie eine bestimmte Leistung bei Eintritt des befürchteten Ereignisses erbringt. In diesem Sinne sei ein Globalbudget «wesensfremd» für eine Versicherung. Kieser zieht ein erstes Fazit: «Das Globalbudget kann die Leistungspflicht nicht einschränken.» Dies sei vom Bundesgericht auch immer wieder so bestätigt worden. Was wäre denn die Folge, wenn das Globalbudget ausgeschöpft ist? Der Leistungsanspruch des Patienten darf jedenfalls nicht begrenzt werden. Also müsse eine Korrektur über die Entschädigung der Leistungserbringer erfolgen. Dies wiederum dürfe aber nur im Rahmen des Rechtsgleichheitsgebots und des Willkürverbots geschehen. Rechtlich öffnet sich hier ein weites Feld!

Einen Kontrapunkt bringt Oliver Peters, stellvertretender Generaldirektor am CHUV, dem Uni- und Kantonsspital des Waadtlandes. Aus seiner Sicht hat sich am CHUV das Globalbudget «eher bewährt». Vergleiche man die Kostenentwicklung mit Bern, so liege man darunter. Peters

wertet das Globalbudget als nützliches Instrument, um das Mengenwachstum zu kontrollieren. Damit es wirksam sei, müssten aber alle Leistungserbringer einbezogen werden. Drohende Rationierungseffekte liessen sich beispielsweise durch einen Aufnahmezwang verhindern.

Zu einer gerade gegenteiligen Einschätzung kommt Christian Camponovo, Direktor der Clinica Luganese Moncucco in Lugano. Seiner Meinung nach habe das Globalbudget im Tessin zu keiner Kostenreduktion geführt, aber viele zusätzliche Probleme für Patienten und Leistungserbringer geschaffen. Mit Blick auf Lausanne fügt er scharfzüngig an: «Je näher ein Spital dem Kanton steht, umso einfacher sind die Budgetverhandlungen...»

### Falsche Prämisse führt zu Forderung nach Globalbudget

Welches Fazit lässt sich ziehen? Sowohl die Forderung nach einer Deckelung der Gesundheitsausgaben via Globalbudget wie auch die Volksinitiative der CVP für eine Kostenbremse im Gesundheitswesen gehen von derselben Prämisse aus: Sie unterstellt, dass wir uns in der Schweiz die steigenden Gesundheitsausgaben nicht mehr leisten können. Das ist falsch, wie es beispielsweise die beiden Gesundheitsökonom Pius Gyger und Fridolin Marty in der NZZ (5.5.2017) darlegten: «Ein steigender Anteil der Gesundheitsleistungen am BIP ist aus Sicht der Finanzierbarkeit (...) nicht besorgniserregend. Wir können es uns gut leisten.» Das heisst nun nicht, dass das System keine Reformen benötigt. Aber es gibt schlechte Reformvorschläge, und ein Globalbudget mit all seinen rechtlichen, sozialen und ökonomischen Unsicherheiten gehört in diese Kategorie. Die Erfahrungen der anwesenden Experten legen nahe, dass die Effekte des Globalbudgets auf die Gesamtkostenentwicklung nicht belegt sind. Aber die Fehlsteuerungen sind offensichtlich. Und an die Leistungserbringer gerichtet hält Jürg Schlup, FMH-Präsident, fest: «Sie müssen dann das Globalbudget umsetzen. Nicht die CVP und nicht der Bundesrat.»

*Dieser Artikel entstand im Anschluss an ein Seminar der FMH und weiterer Organisationen zum Globalbudget, im Rahmen einer Kooperation von SDJ und doc.be, dem Magazin der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern.*