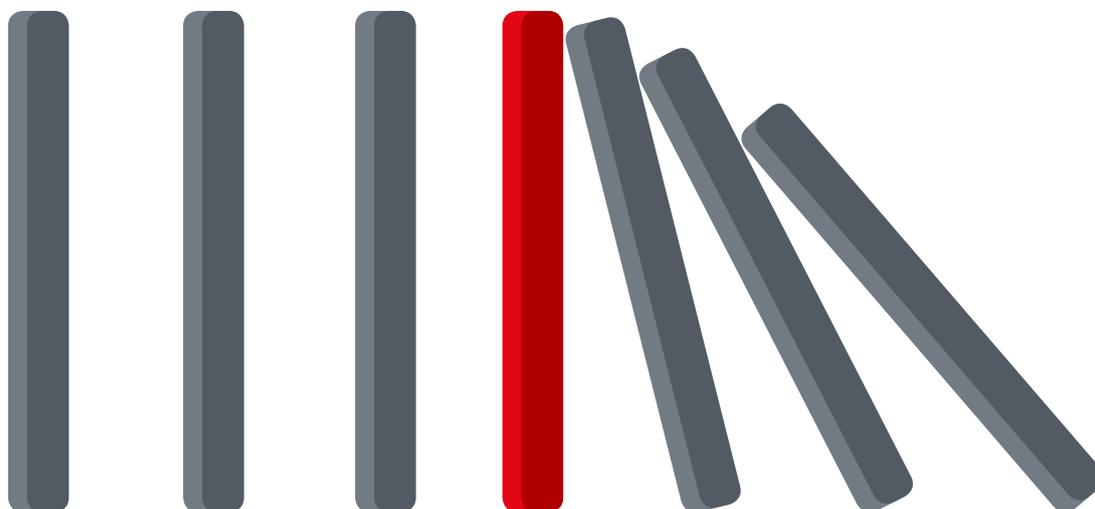


Den Kostenanstieg ausbremsen Seite 4

«Keine andere Zwangsabgabe wird  
einfach so erhöht» Seite 10



# Wenn das System kippt

Im Fokus: Kostenbremsen im Detail

Susanne Hochuli

## Weg mit den Scheuklappen

«Sobald irgendein Vorschlag kommt, wissen alle, warum er sicher nicht umgesetzt werden kann.»

Präsidentin der Stiftung für Patientenschutz,  
SRF, 12.7.2018

Oliver Peters

## Bloss keine Angst

«Das Globalbudget, so wie wir es kennen, hat keine einzige Patientenbehandlung verunmöglicht.»

Stellvertretender Direktor des  
Universitätsspitals Lausanne (CHUV),  
SRF, 29.4.2018



Folgen Sie uns auf Twitter:  
[twitter.com/CSSPolitik](https://twitter.com/CSSPolitik)



**Philomena Colatrella**  
ist Vorsitzende der Konzern-  
leitung der CSS Versicherung.

## Den Boom endlich brechen

Es gibt in der Schweiz keine Branche, die dermassen boomt wie das Gesundheitswesen. In anderen Wirtschaftszweigen würde man sich angesichts jährlicher Wachstumsraten von mehreren Prozenten die Hände reiben. Im Gesundheitsbereich indessen raufen sich Gesellschaft und Politik angesichts des ungebremsten Wachstums verzweifelt die Haare. Und das seit mehr als 20 Jahren. Dass nun – einmal mehr – der Begriff Kostenbremse auftaucht, vermag deshalb auf den ersten Blick nicht zu erstaunen. Wohl aber die Tatsache, dass der Begriff – indirekt – in einem vom Bundesrat in Auftrag gegebenen Expertenbericht auftaucht. Der Bericht schlägt als zentrale Massnahme eine «verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum» vor. Erstmals sollen also auf nationaler Ebene Vorgaben gemacht werden, um wie viel die Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung jährlich steigen dürfen.

Aus politischer Sicht und vor allem aus dem Blickwinkel der Leistungserbringer ein höchst brisanter Vorschlag. Für die Prämienzahler jedoch ein längst überfälliger. Wir sind es nämlich, die den Boom mit jährlich steigenden Versicherungsprämien berappen müssen. Umso wichtiger ist es deshalb, den Vorschlag des Expertengremiums ernst zu nehmen. Denn jede Massnahme, die geeignet ist, Prämien zu senken, verdient Aufmerksamkeit.

Es ist absehbar, dass in diesem Kontext sofort das Gespenst des Verlustes der Versorgungssicherheit an die Wand gemalt wird. Doch diesem beliebten Killerkriterium kann entgegnet werden, dass nachweislich eine Über- und Fehlversorgung in beachtlichem Ausmass besteht. Die Gefahr, dass die Schweiz zu einem medizinischen Ödland wird, ist also unbegründet.

Serge Gaillard

## Aufwachen!

«Die Gesundheitskosten sind das grösste finanzpolitische Problem der Schweiz.»

Leiter Eidgenössische Finanzverwaltung,  
«Bilanz», 29.9.2017

Tilman Slembeck

## Kurz und schmerzlos?

«Wir haben das schnellste Gesundheitssystem, die kürzesten Wartezeiten auf der ganzen Welt. Das, meine Damen und Herren, das ist nicht gratis.»

Gesundheitsökonom, «Arena», SRF, 20.4.2018

Ludwig Peyer

## Mehr Wissen muss her

«Ob die Einführung eines Globalbudgets das richtige Instrument ist, um das Kostenwachstum zu bremsen, lässt sich ohne vertiefte Abklärungen nicht abschliessend sagen.»

Präsident CVP-Fraktion Kanton Luzern,  
«Luzerner Zeitung», 21.6.2018

### Inhaltsverzeichnis

- 4 **Kostenbremsen im Detail**  
Den Kostenanstieg ausbremsen
- 7 **Standpunkt**  
Mehr Druck für mehr Effizienz?
- 8 **Praxis**  
Mit Globalbudgets in Richtung kantonale Einheitskassen
- 10 **Im Gespräch**  
«Keine andere Zwangsabgabe wird einfach so erhöht»
- 14 **Hintergrund**  
«Globalbudgets» in Deutschland – droht damit die Zweiklassenmedizin?
- 15 **Die andere Sicht**  
Schaden und Nutzen von Revolutionen
- 16 **Persönlich**  
Qualitätsorientierter Leistungswettbewerb als möglicher Ausweg
- 18 **Santé!**  
Wie viel darf es sein?
- 19 **Wissenschaft**  
Managed Care als Kostenbremse?



Die Beiträge

finden Sie ab sofort auch online  
unter [dialog.css.ch](http://dialog.css.ch)

### Impressum

Erscheint dreimal jährlich in deutscher und französischer Sprache. Herausgeber: CSS Versicherung, Tribschenstrasse 21, CH-6002 Luzern, E-Mail: [dialog@css.ch](mailto:dialog@css.ch), Internet: [www.css.ch](http://www.css.ch), Chefredaktion: Bettina Vogel, Roland Hügi; Redaktionelle Mitarbeit, Produktion und Grafik: Infel AG, Katharina Rilling (Text) und Peter Kruppa (Art Director), Marina Maspoli (Editorial Design) | Bildnachweis: iStock/Kwangmoozaa, Fabian Hugo, zVg, unsplash/rawpixel, iStock/PicturePartners, iStock/Silvia Jansen | Lithos: n c ag, 8902 Urdorf | Druck: Kromer Print AG, 5600 Lenzburg. Diese Publikation wird vollständig aus Mitteln aus dem Zusatzversicherungsgeschäft (VVG) finanziert.



Die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen steigen und steigen. Eine Kostenbremse mit verbindlichen Zielvorgaben könnte helfen, das Kostenwachstum zu begrenzen. Wie könnte eine solche Kostenbremse aussehen, und was würde sie bewirken?

Von Anna Vettori, Thomas von Stokar (INFRAS) und Tilman Slembeck (ZHAW)

# Den Kostenanstieg ausbremsen

Die steigenden Gesundheitskosten sind seit längerem in allen westlichen Ländern ein Thema. Eine eigentliche Kostenbremse im Sinne eines übergreifenden politischen Steuerungsinstruments existiert jedoch nicht.

Der Versuch, das Kostenwachstum zu dämpfen, beruht stets auf einer Mischung verschiedener Massnahmen, angepasst an das jeweilige Gesundheitssystem. Dem Bild einer «institutionalisierten Bremse» kommen Länder mit einem sozialstaatlichen, steuerfinanzierten Gesundheitssystem (Beveridge-Modell) wie England oder Schweden am nächsten. In diesem System lässt sich die Kostensteuerung vergleichsweise einfach durchführen, indem die staatlichen Gesundheitsbudgets unmittelbar der politischen Kontrolle unterliegen.

Ansätze von Kostenbremsen finden sich auch in Ländern wie Deutschland und den Niederlanden, deren Gesundheitssysteme als Sozialversicherungssysteme (Bismarck-Modell) organisiert sind: In Deutschland bspw. unterliegt ein Anteil von 50 bis 80 Prozent der Leistungen vieler niedergelassener Ärzte einer Volumenbegrenzung, indem die kassenärztlichen Vereinigungen in jedem Bundesland jedem Vertragsarzt quartalsweise ein praxisbezogenes «Regelleistungsvolumen» (RLV) zuordnen. Ärzten, die das RLV überschreiten, werden die Leistungsbeträge gekürzt. In den Niederlanden gibt die Regierung Globalbudgets für die verschiedenen Leistungserbringergruppen vor. Bei einer Überschreitung kann die Regierung ex post lineare Budgetkürzungen gegenüber den Leistungserbringern durchsetzen.

Kostenbremsen haben prinzipiell eine hohe Wirksamkeit im Hinblick auf die Kostendämpfung. Sie bedeuten aber gleichzeitig eine Abkehr von der Situation, dass alle medizinischen Leistungen jederzeit und unbegrenzt zur Verfügung stehen. Insgesamt stellen Volumenbegrenzungen oder Globalbudgets auch

in Sozialversicherungssystemen ein probates Mittel dar, um die Gesundheitskosten zu dämpfen. Das Ausland zeigt uns: In der Praxis fehlt oftmals der politische Wille zu einer konsequenten Umsetzung aufgrund des Widerstands der Betroffenen und teilweise auch der Bevölkerung, sodass die Ziele nicht immer erreicht werden. Deshalb ist für die Umsetzung von Kostenbremsen ein hoher Leidensdruck nötig.

## Mögliche Ausgestaltung von Kostenbremsen

Kostenbremsen lassen sich durch zwei Hauptmerkmale charakterisieren: einen globalen Zielwert und einen Anpassungsmechanismus, der automatisch greift, wenn der Zielwert überschritten wird. Die Frage ist nun, wer einen solchen Zielwert nach welchem Massstab für welchen Bereich des Gesundheitswesens festlegt und wie genau der Anpassungsmechanismus funktionieren könnte, wenn der Zielwert überschritten wird.

Nachfolgend stellen wir zwei denkbare Modelle vor:

- Bei der Budgetsteuerung erhalten die Leistungserbringer ein Kostenbudget (Preise mal Mengen) zugewiesen, das sie nicht überschreiten dürfen. Erbrachte Leistungen werden nur im Umfang des Budgets entschädigt, darüberhinausgehende Leistungen hingegen nicht oder nur teilweise. Wird in der Praxis eine Budgetüberschreitung – zumindest in gewissem Masse – akzeptiert, wird von einem Soft Budget gesprochen, ansonsten von einem Hard Budget.
- Bei der Tarifsteuerung erfolgt die Steuerung über eine Anpassung der Preise. Die Tarifsteuerung gibt zwar einen Zielwert für die Kostenentwicklung vor, dieser kann aber im Prinzip überschritten werden. Zu Anpassungen kommt es erst in den Folgejahren, indem die Preise im Tarif (z.B. die Taxpunktwerte) gesenkt werden.

Bei der Budgetsteuerung ist wegen möglichen «Trittbrettfahrens» davon auszugehen, dass letztlich bis auf die kleinste hierarchische Organisationseinheit (Praxis, Spital etc.) hinunter Budgets für die Leistungserbringer festgelegt werden. Bei der Tarifsteuerung erfolgt →

## In Kürze

- Bei der Budgetsteuerung erhalten die Leistungserbringer ein nicht zu überschreitendes Kostenbudget zugewiesen.
- Die Tarifsteuerung steuert über eine Anpassung der Preise.
- Der globale Zielwert wird nach vorgegebenen Kriterien festgelegt.

## Die Kosten bremsen

Seit der Einführung des KVG steigen die Kosten im Durchschnitt jährlich um 4 bis 5 Prozent. Trotz verschiedener Massnahmen hat sich nichts geändert. Eine Kostenbremse hat das Potenzial, diese Entwicklung zu bremsen.

**Auswahl an Massnahmen aus der Vergangenheit, trotz deren Einführung die Kosten konstant weiter stiegen**

### TARMED-Einführung (2004)

Die Tarifstruktur TARMED dient der Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen in Arztpraxen und Spitälern mit einem Einzelleistungstarif. Die einheitliche Struktur erlaubt eine grössere Transparenz und somit eine bessere Vergleichbarkeit.

### Pflegefinanzierung (2011)

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung hatte zwei Ziele: eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP zu vermeiden und die sozialpolitisch schwierige Situation gewisser Gruppen pflegebedürftiger Personen zu verbessern.

### DRG/ Spitalfinanzierung (2012)

Die Vergütung von stationären Leistungen der Spitäler und Geburtshäuser erfolgt neu über leistungsbezogene Fallpauschalen.

### Dreijährliche Medikamentenpreisüberprüfung (2012/13/14/17/18)

Seit 2012 überprüft der Bundesrat periodisch die Medikamentenpreise auf ihre Wirtschaftlichkeit.

### TARMED-Eingriff (2018)

Mit dem TARMED-Eingriff 2018 korrigierte der Bundesrat Teile der nicht mehr sachgerechten TARMED-Tarifstruktur.

Kostenbremse

Kosten steigen durch:  
 ► **Übersorgung**  
 ► **Demografischen Wandel**  
 ► **Technisch-medizinischen Fortschritt**

**Kostenbremse**  
 Mit Einführung einer Kostenbremse werden globale Zielwerte definiert, die je nach Umsetzungsmodell auf unterschiedliche Ebenen heruntergebrochen werden. Dadurch wird die ineffiziente Übersorgung reduziert.

Die animierte Grafik finden Sie unter [dialog.css.ch](http://dialog.css.ch)

**Massnahmen des Expertenberichts**  
 Notwendige Massnahmen, die Fehlansätze eliminieren, jedoch mit unklarem Effekt auf die Kosten.

**Wie können die Zielwerte Schritt für Schritt festgelegt werden?**  
 (Modell von Vettori, von Stokar und Slembeck)

**Globaler Zielwert**  
 Gesamtkosten OKP z.B. +2,1%

**Zielwerte nach OKP-Leistungsbereichen**

Ambulant	Stationär	Medikamente etc.
z.B. +2,4%	z.B. +1,7%	z.B. +2,1%

**Kantonale Zielwerte**

AG	AR	AI	BS	BE	...
----	----	----	----	----	-----

**Zielwerte für Leistungserbringergruppen**

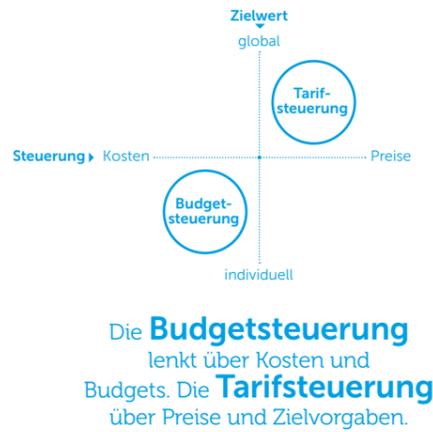
**Individuelle Zielwerte für einzelne Leistungserbringer**

Optional durch Verbände der Leistungserbringer

**Festgelegt durch**

- Bund
- Tarifpartner national (subsidiär Bund)
- Kantone (GDK) mit Tarifpartnern
- Kantone und Tarifpartner
- Optional durch Verbände der Leistungserbringer

Übersorgung



→ die Steuerung über die Preise, die Zielvorgaben bleiben damit auf der Ebene von Tarifsystemen wie TARMED, allenfalls mit einer gewissen Differenzierung nach Leistungserbringergruppen.

**Festlegung der Zielwerte**

Der globale Zielwert legt fest, wie stark die OKP-Kosten insgesamt steigen dürfen. Es dürfte am zweckmässigsten sein, wenn der Bund in Anhörung der Kantone und Tarifpartner (Leistungserbringer, Versicherer) einen solchen Zielwert nach vorgegebenen Kriterien festlegt, z.B. nach Massgabe der Vorjahreskosten, der Lohn- und Teuerungsentwicklung, der demografischen Entwicklung und des technisch-medizinischen Fortschritts. Gemäss wissenschaftlicher Literatur erscheint eine Zielvorgabe in der Schweiz in der Grössenordnung von real 2 bis 2,5 Prozent angemessen. Die OKP-Kosten umfassen dabei alle Kosten, die im Rahmen der Grundversicherung für die Versicherten entstehen, d.h. inklusive aller Selbstzahlungen der Versicherten und Beiträge der öffentlichen Hand (v.a. an Spitäler).

In einem ersten Schritt sind die Zielwerte für die wichtigsten OKP-Leistungskategorien – z.B. ärztliche Leistungen stationär und ambulant, Medikamente, Analysen etc. – festzulegen, und zwar sowohl auf Ebene der gesamten Schweiz wie auch auf Ebene der einzelnen Kantone. Hier erscheint es zweckmässig, den Tarifpartnern und Kantonen die Verantwortung für die Festlegung der Zielwerte zu übertragen und sich bei den Zuständigkeiten möglichst auf bestehende Kompetenzordnungen abzustützen. Der Zuordnung könnte eine ähnliche Berechnungsmechanik wie beim globalen Zielwert zugrunde gelegt werden, evtl. ergänzt mit weiteren Kriterien wie Patientenströmen und Angebotsspezialisierungen (z.B. Fachärztdichte). Anschliessend können die Tarifpartner die Zielwerte nach Leistungserbringergruppen weiter ausdifferenzieren. Generell kann gelten: Falls sich die Tarifpartner nicht innert Frist einigen können, legt subsidiär der Bundesrat die entsprechenden Zielwerte fest.

Bei der Tarifsteuerung werden die Zielwerte so weit ausdifferenziert, wie es im Rahmen des Tarifsystems sinnvoll ist, z.B. für die ganze Gruppe der ambulanten Leistungserbringer unter dem Tarifsystem TARMED oder für einzelne Untergruppen (z.B. Fachärzte, Grundversorger etc.). Die Kostenbremse würde beim

TARMED dann über eine Anpassung der Taxpunktwerte in den Folgejahren erfolgen. Werden Untergruppen gebildet, wäre eine Anpassung nach Untergruppen zu differenzieren.

Bei der Budgetsteuerung dürfte letztlich jeder Leistungserbringer von den zuständigen Verbänden (Facharztgesellschaften, kantonale Spitalverbände etc.) ein individuelles Budget zugewiesen erhalten. Basis für die Festlegung auf individueller Ebene sind die durchschnittlichen Kosten in den Vorjahren, bereinigt mit dem Schweregrad der Fälle, oder die Standardkosten pro Leistungserbringer-Einheit, d.h. die durchschnittlichen Kosten einer Arztpraxis mit einer bestimmten Grösse (Stellenprozente, Anzahl Patienten) in einer bestimmten Region. Damit bei Budgetüberschreitungen nicht unnötig Aufwand entsteht, weil die Leistungserbringer einen Teil ihrer Vergütungen zurück-erstattet müssen, wird bei allen Leistungserbringern im laufenden Jahr ein Rückbehalt von z.B. 5 Prozent vorgenommen. Sobald alle Abrechnungen eines Jahres vorliegen, werden die Restbeträge bis maximal zur Budgethöhe ausbezahlt. Ähnliche Mechanismen wurden bereits bei der Einführung neuer Tarifstrukturen angewandt.

Grundsätzlich beinhalten die individuellen Budgets alle Kosten, die von den Leistungserbringern ausgelöst werden, also auch Medikamente, Laboranalysen etc. Denkbar ist, dass Leistungen, bei denen praktisch keine Anreize zur Mengenausweitung bestehen (z.B. Notfälle), aus dem Budget herausgenommen und separat vergütet werden. Verlagerungen von Budgets sollten möglich sein, z.B. wenn Grundversorger ihre Praxis aufgeben oder Arbeitspensen reduzieren.

**Anreizwirkungen bei der Budgetsteuerung**

Bei der Budgetsteuerung erhalten Leistungserbringer für Leistungen, die das Budget überschreiten, keine oder nur eine stark reduzierte Abgeltung. Sie werden deshalb versuchen, das Budget möglichst nicht zu überschreiten. Dies kann Anreize setzen, Behandlungen effizienter zu erbringen, indem sie nicht notwendige Leistungen reduzieren oder günstigere Behandlungsmethoden wählen. Sie können aber auch versucht sein, notwendige Leistungen vorzuenthalten (Rationierung durch den Arzt), schwierige Fälle abzulehnen (Risikoselektion) oder ihre Tätigkeit ganz einzustellen, wenn sie sehen, dass sie das Budget erreicht haben oder nächstens erreichen werden. Denkbar ist auch, dass die Leistungserbringer vermehrt Leistungen aus dem Zusatzversicherungsbereich abrechnen.

**Anreizwirkungen bei der Tarifsteuerung**

Werden die Zielwerte bei der Tarifsteuerung überschritten, werden nachträglich die Preise gesenkt. Dies kann zu strategischem Verhalten seitens der Leistungserbringer führen, indem sie die Kürzungen antizipieren und die Mengen ausweiten. Tarifsenkungen schaffen somit Anreize für Mengenausweitungen, was eine Spirale von Tarifsenkungen und Mengenausweitungen in Gang setzen kann.

**Vor- und Nachteile der Modelle**

Beide Modelle sind grundsätzlich umsetzbar und dämpfen das Kostenwachstum: die Budgetsteuerung zielgenau, die Tarifsteuerung in einem gewissen Ausmass. Beide Modelle verfügen über Vor- und Nach-

teile. Die Budgetsteuerung wäre in Bezug auf das Ziel der Kostendämpfung sehr wirksam. Sie ist aber in der Abwicklung komplexer und aufwendiger umzusetzen. Der Eingriff in die wirtschaftliche Tätigkeit der Leistungserbringer ist deutlich höher und dürfte auf einen höheren politischen Widerstand stossen. Es bleiben einige Fragen offen zu möglichen Nebeneffekten (Unterversorgung, Wartezeiten, Verlagerung zu Privatversicherung) und allfälligen Gegenmassnahmen. Es gibt keine Wirkung ohne Nebenwirkung, weshalb eine sorgfältige Abwägung zwischen beidem notwendig ist.

Die Tarifsteuerung durch Anpassung der Preise greift deutlich weniger in das Gesundheitssystem ein und ist einfacher umzusetzen. Die Möglichkeit, dass Leistungserbringer weiterhin Mengenausweitung betreiben, erfordert Begleitmassnahmen, damit die Kostendämpfungsziele erreicht werden können. Denkbar wäre im Prinzip, mit einer Tarifsteuerung einen ersten Schritt zu machen, gefolgt von einer Budgetsteuerung, falls sich die Tarifsteuerung als zu wenig wirksam erweist.

**Thomas von Stokar** ist dipl. Sozial- und Wirtschaftsgeograf und Geschäftsleiter und Partner beim Beratungs- und Forschungsbüro INFRAS. Er ist Experte für soziale und ökonomische Wirkungsanalysen, Policy-Analysen und Evaluationen, u.a. in den Themenfeldern Gesundheits- und Sozialpolitik.

**Anna Vettori** ist Ökonomin und Bereichsleiterin und Partnerin bei INFRAS. Sie ist Spezialistin für ökonomische Analysen, schwergewichtig in den Bereichen Gesundheit und Energie.

**Prof. Dr. et mag. oec. HSG Tilman Slembeck** forscht und unterrichtet als Professor für Volkswirtschaftslehre an der ZHAW und ist Dozent an der Universität St. Gallen. Er war Mitglied der Expertengruppe des Bundesrates, die den Bericht zu Kostendämpfungs-massnahmen zur Entlastung der OKP erarbeitet hat.

Bisherige Reformen konnten die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht bremsen. Verbindliche Kostenziele sind ein Druckmittel, das brachliegende Effizienzpotenzial zu nutzen.



Matthias Schenker ist Leiter Gesundheitspolitik der CSS Versicherung.

# Mehr Druck für mehr Effizienz?

Die Gesundheitskosten stiegen in den letzten zwanzig Jahren konstant an, und dies weit über der Lohnentwicklung. Klar, ist die Schweizer Bevölkerung gemäss der aktuellen Wahlumfrage einer grossen Schweizer Mediengruppe darüber am meisten beunruhigt. Alle bisherigen Kostenstabilisierungsmassnahmen und Reformen konnten die Kostenentwicklung kaum beeinflussen. Das betrifft sowohl die politischen Reformen und staatlichen Interventionen wie die Spitalfinanzierung oder den TARMED-Tarifeingriff als auch die tarifvertraglichen Bottom-up-Bemühungen der Tarifpartner im regulierten Wettbewerb. Wenn es also wirklich ernst ist mit der Notwendigkeit der Kostenstabilisierung, dann können verbindliche Kostenziele und -bremsen eine interessante Top-down-Ergänzung des bisherigen Regelwerks sein, um letztlich Effizienz und Qualität zu steigern sowie Mengen und Preise zu senken. Das brachliegende Effizienzpotenzial – gemäss Studien bis zu 20 Prozent – kann nur realisiert werden, wenn der notwendige Handlungsdruck da ist. Verbindliche Kostenziele könnten genau diesen Druck auf die Akteure aufbauen. Denkbar sind folgende

Mechanismen: Budgetsteuerung (Hard Budget) oder Tarifsteuerung (Soft Budget). Eine Kostenbremse ist natürlich möglichst so auszugestalten, dass sie den Akteuren Anreize gibt, nicht notwendige Leistungen einzuschränken oder Leistungen bei gleicher oder besserer Qualität effizienter einzusetzen. Um Fehlanreize zu verhindern, sind deshalb die Anzahl der Patienten und der Schweregrad der jeweiligen Krankheiten bei der Budgetierung zu berücksichtigen. Leistungserbringer, die das Budget unterschreiten, könnten einen Bonus erhalten. Ebenso wichtig wie die Definition positiver Anreize ist die Einrichtung von Sanktionen, wenn die Kostenziele nicht erreicht werden. Natürlich ist es einfach, die Angst vor einer Zweiklassenmedizin oder einem Qualitätsverlust zu schüren. Die Prämienzahler dürfen angesichts des zunehmenden Problemdrucks von der Politik und den Akteuren erwarten, dass sie sich mit Kostenzielen und -bremsen seriös auseinandersetzen. Denn es ist durchaus möglich, sinnvolle Kostenziele zu definieren und umzusetzen, auch wenn die Rahmenbedingungen komplex sind und die Umsetzung lange dauert.

Globalbudgets auf Kantonsebene wären ein Fremdkörper im Gesundheitswesen. Sie würden die Versorgung ohne zusätzlichen Versichertenutzen bürokratisieren. Dort, wo sie angewendet werden (Genf, Waadt, Tessin) haben Globalbudgets zudem die Kosten nicht gesenkt.

Von Prof. Dr. Stefan Felder, Universität Basel

# Mit Globalbudgets in Richtung kantonale Einheitskassen



## In Kürze

- Die Kantone mit Globalbudget haben überdurchschnittlich hohe akutstationäre Kosten pro Fall.
- Die Voraussetzung für Globalbudgets im ambulanten Bereich fehlt.
- Eine Einheitskasse begünstigt die Voraussetzungen für Kostenbremsen, widerspricht jedoch dem Grundgerüst des schweizerischen Krankenversicherungssystems.

Die Expertenkommission des Eidgenössischen Departements des Innern empfiehlt in ihrem Gutachten vom Herbst 2017 eine Einführung von Globalbudgets zur Senkung der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Sie verweist auf die Kantone Genf, Waadt und Tessin, die damit gute Erfahrungen gemacht hätten. Machen wir die Probe aufs Exempel und betrachten die Entwicklung der akutstationären Erträge in diesen Kantonen im landesweiten Vergleich. Wir berücksichtigen dabei nebst der Vergütung über die DRG auch die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL). Während die pauschalierte Vergütung pro Fall in den letzten drei Jahren landesweit praktisch konstant blieb, stieg sie in den drei empfohlenen Kantonen um zwischen 4,2 und 9,4 Prozent (vgl. Tabelle). Bei Berücksichtigung der GWL sieht es für den Kanton Genf bei der zeitlichen Entwicklung zwar gut aus, nicht aber bei der absoluten Höhe; Genf weist die höchsten akutstationären Kosten pro Fall auf. Die Waadt schneidet im landesweiten Vergleich sowohl in der Entwicklung wie absolut betrachtet schlecht ab. Oliver Peters, der ehemalige Vizedirektor im Bundesamt für Gesundheit und heutige stellvertretende Direktor der Universitätsklinik Lausanne, hat am Radio und in Vorträgen verbreitet, sein Kanton habe die Kostenentwicklung dank des Globalbudgets besser im Griff. Das ist, wie die Zahlen zeigen, nicht der Fall.

Gegen die Einführung von Globalbudgets sprechen mehrere Gründe. Zunächst sind die Kantone nach Art. 49a Abs. 2 verpflichtet, mindestens 55 Prozent der Abgeltung stationärer Leistungen zu übernehmen. Die Waadt kann nach aktueller Gesetzeslage nicht, wie behauptet wird, ihren Anteil aussetzen, wenn das Globalbudget erreicht wird. Dies wäre auch nicht im Sinne der Patienten, die damit Gefahr liefen, von den Spitälern auf eine Warteliste gesetzt oder gar abgewiesen zu werden. Mengenvereinbarungen mit gestaffelten Tarifen wären genauso wenig sinnvoll, weil dies ebenfalls die falschen Patienten treffen könnte. Vor allem aber haben die Kantone auch ohne Globalbudgets die Möglichkeit, die Kosten der stationären Versorgung zu senken, in dem sie die GWL reduzieren. Stattdessen treiben sie bei ihren Einrichtungen Strukturerhaltung und verhindern den Marktzugang von privaten Spitälern.

Für Globalbudgets im ambulanten Bereich fehlt den Kantonen schlicht und einfach die Voraussetzung. Arztrechnungen werden durch die Patienten gezahlt, die Kostenerstattung leistet der Versicherer. Die kantonalen FMH wären nicht in der Lage, individuelle Praxisbudgets festzulegen und zu überwachen, und der einzelne Versicherer kann es nicht, weil er nur einen Ausschnitt einer Praxis sieht. Vor allem aber sind ambulante Budgets nicht zielführend. Die Patienten könnten sich dabei nicht sicher sein, dass ihr Arzt noch ein Interesse hätte, sie zu behandeln, wenn dessen Budget ausgeschöpft wäre.

Der Vorschlag zur breiten Einführung von Globalbudgets kommt aus der Westschweiz. In den Kantonen Waadt und Genf werden gleichzeitig Volksinitiativen zur Einführung einer Einheitskasse vorbereitet, nachdem man auf nationaler Ebene damit gescheitert ist. Richtig ist: Mit einer Einheitskasse wäre der Durchgriff auf die stationären und ambulanten Leistungs-

## Akutstationäre Erträge pro Fall in Franken

		2013	2016	Änderung seit 2013	
		abs.	rel.	abs.	rel.
Genf	DRG	11 546	12 632	1 086	9,4%
	GWL	5 913	3 569	-2 344	-39,6%
	<b>Total</b>	<b>17 459</b>	<b>16 202</b>	<b>-1 257</b>	<b>-7,2%</b>
Waadt	DRG	9 773	10 179	406	4,2%
	GWL	3 724	4 722	998	26,8%
	<b>Total</b>	<b>13 498</b>	<b>14 901</b>	<b>1 404</b>	<b>10,4%</b>
Tessin	DRG	9 021	9 810	789	8,7%
	GWL	379	113	-266	-70,1%
	<b>Total</b>	<b>9 400</b>	<b>9 923</b>	<b>523</b>	<b>5,6%</b>
Schweiz	DRG	10 256	10 248	-8	-0,1%
	GWL	1 472	1 262	-210	-14,3%
	<b>Total</b>	<b>11 728</b>	<b>11 509</b>	<b>-218</b>	<b>-1,9%</b>

Anmerkung: Berücksichtigt werden alle Spitäler, welche Pflegetage im akutstationären Bereich erbracht haben, und sämtliche Geburtshäuser. Die Tarife beinhalten die effektiv gezahlten OKP-Tarife (inkl. Kantonsanteil) für grund- und zusatzversicherte Patienten. Fehlerhafte Daten aufgrund einer falschen Kontierung wurden nach Möglichkeit korrigiert.

Quelle: Kennziffern der Schweizer Spitäler 2013–2016; eigene Berechnungen

erbringer viel einfacher. Man wird den Verdacht nicht los, dass mit Globalbudgets und Experimentierklausel versucht wird, das Terrain für kantonale Einheitskassen zu ebnet.

Einheitskassen widersprechen der DNA des schweizerischen Krankenversicherungssystems mit Wettbewerb der Versicherer und Kombination von gesetzlicher Grund- und privater Zusatzversicherung aus einer Hand. Statt sich in Richtung Einheitskasse zu begeben, sollte man die Versicherer in die Pflicht nehmen, ihre Verträge mit den Leistungserbringern so zu gestalten, dass Qualität und Preis stimmen. Dazu braucht es jedoch die Abschaffung des Kontrahierungszwanges. Davon will die Expertenkommission aber nichts wissen. Zwar hält sie wenigstens einen differenzierten Kontrahierungszwang für denkbar, räumt ihm aber keine Priorität ein. Die Experten vertrauen lieber auf das «Top-down»-Instrument der Globalbudgets. Damit zeigen sie nicht nur, wessen Geistes Kind sie sind, sondern offenbaren, dass sie die systemischen Verhältnisse in der Schweiz nicht kennen oder nicht akzeptieren.

**Stefan Felder** ist Ordinarius für Gesundheitsökonomie an der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Basel, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie und Generalsekretär der Europäischen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.

Sind Zielvorgaben und ein Globalbudget wirksame Kostenbremsen? FMH-Präsident Jürg Schlup wehrt sich heftig gegen die Vorschläge der vom Bund eingesetzten Expertengruppe. Im Streitgespräch hält der eidgenössische Finanzdirektor Serge Gaillard als Mitglied der Expertengruppe dagegen.

Interview: Patrick Rohr

# «Keine andere Zwangsabgabe wird einfach so erhöht»

**Patrick Rohr (PR): Herr Schlup, warum dieser Widerstand der FMH gegen die Idee der Expertengruppe, Zielvorgaben und ein Globalbudget einzuführen?**

**Jürg Schlup (JS):** Der Expertenbericht beinhaltet 38 Massnahmen. Wir sagen zu 20 Massnahmen Ja, zu einigen sagen wir nichts – und nur zu zwei Massnahmen sagen wir klar Nein, weil sie zulasten des Patienten gehen: zum Kostendeckel und zum Globalbudget. Ein Globalbudget führt zu Nachteilen für den Patienten, und es ist nicht nachgewiesen, dass es Kosteneinsparungen gibt. Die Länder, die bereits ein Globalbudget eingeführt haben, haben genau die gleichen Kostenanstiege wie wir. Es gibt keine Belege, dass ein Globalbudget hilft, Kosten zu sparen. Es ist ein Medikament mit sehr vielen Nebenwirkungen und mit sehr wenig Wirkung.

**PR: Herr Gaillard, Sie waren als Finanzchef des Bundes Mitglied der Expertengruppe und haben als Volkswirtschaftler das Globalbudget als wirksame Methode verteidigt. Ihr Hauptargument: Es ist nicht richtig, wenn die Gesundheitskosten im Jahr etwa um 4,5 Prozent steigen, das Bruttoinlandprodukt, das BIP, hingegen nur um 2,7 Prozent.**

**Serge Gaillard (SG):** Ich kam tatsächlich als Finanzpolitiker in diese Expertenkommission und nicht als Gesundheitspezialist. Das hat damit zu tun, dass das Kostenwachstum des Gesundheitswesens das grösste finanzpolitische Problem der Schweiz ist. Sie haben es gesagt, wir haben jedes Jahr einen Zuwachs der Kosten um 4,5 Prozent, und das in einer Zeit, in der wir keine, ja zeitweise sogar eine

negative Teuerung hatten! Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen belastet die Haushalte, die privaten und die öffentlichen. So kann es nicht weitergehen. Weil sehr viele Länder um uns herum das gleiche Problem haben, haben praktisch alle angefangen, politische Vorgaben zu definieren, um wie viel die Kosten wachsen dürfen.

**«Zum Sparen gibt es gar keine Anreize, weil es keine Budgetrestriktionen gibt.»**

Serge Gaillard



**PR: Herr Schlup wendet aber ein, dass genau in diesen Ländern die Erfahrung zeigt, dass ein Globalbudget nichts bringt. Sie schauten sich in der Expertengruppe Deutschland und die Niederlande genauer an, dort sind die Gesundheitsausgaben mit etwa 11 Prozent tatsächlich ungefähr gleich hoch wie in der Schweiz.**

**SG:** Aber die Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben ist in Deutschland während der letzten Jahre deutlich tiefer als in der Schweiz! Im obligatorischen Bereich sind sie in der Schweiz um jährlich 4,6 Prozent gestiegen, in Deutschland um 3,3 Prozent. Das zeigt: Zielwachstumsraten haben einen Effekt.

**PR: Warum dann dieser heftige Widerstand, Herr Schlup? Man könnte ja sagen, das Globalbudget ist einen Versuch wert, wenn es zur Minderung des Wachstums beiträgt?**

**JS:** Es trägt eben überhaupt nichts zur Minderung des Wachstums bei! Ausserdem gibt es Zusatzbelastungen in der Administration, denn es braucht ja Leute, die dieses Budget verteilen. Wenn ich die Kosten für diesen Verteilapparat für die Schweiz hochrechne, dann kostet der uns ein Prämienprozent im Jahr. Einfach so, jedes Jahr ein Prämienprozent mehr. Da bräuhete es auf der anderen Seite gewaltige Einsparungen, damit das etwas bringt. **SG:** Die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist eine Zwangsabgabe. Es gibt keine andere Zwangsabgabe, die nicht politisch gesteuert ist. Stellen Sie sich vor, der Bund würde das ganze Jahr Ausgaben beschliessen, und Ende Jahr gäbe es Defizit, und es würden ohne Volksbefra-

**Serge Gaillard** ist seit 2012 Direktor der Eidgenössischen Finanzverwaltung. Davor war der Volkswirtschaftler Leiter der Abteilung Arbeit im Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) und Zentralsekretär des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes. Zwischen 1998 und 2006 amtierte Gaillard zudem als Bankrat der Schweizerischen Nationalbank (SNB) und als Mitglied der Wettbewerbskommission.

**Jürg Schlup** ist seit 2012 Präsident der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH). Davor war er Präsident der Ärztesellschaft des Kantons Bern und Leiter der Sektion Bern des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO). Zu Beginn seiner Karriere war er während fast zwanzig Jahren als Hausarzt tätig.



→ gung einfach die Steuern erhöht. Genau so funktioniert der Krankenversicherungsbereich! Jetzt gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder man macht Mikroregulierung, indem man zum Beispiel sagt, bestimmte Operationen darf man nicht mehr im Spital machen, nur noch ambulant. Solche Ideen gibt es Tausende! Oder man führt eine makroökonomische Steuerung ein, die den Akteuren erstens Verantwortung übergibt und zweitens verhindert, dass man zu viel mikroregulieren muss. Das heisst, die Akteure müssen Kosten-Nutzen-Überlegungen anstellen. Damit bekommen die Ärzte eine wichtige Rolle, denn nur sie können entscheiden, was eine angemessene Versorgung ist.

**PR: Herr Schlup, das ist ja genau der Hauptvorwurf an die Ärzte: Sie bieten Hand für viele Veränderungen im Mikrobereich, aber den Mut zum grossen Wurf haben sie nicht.**

JS: Wir schlagen sogar noch drei weitere Massnahmen vor!

**PR: Aber keine umfassenden, wie das Globalbudget eine wäre.**

JS: Ich sage es noch einmal: Das Globalbudget bringt keinen Nutzen, nur Schaden. Erstens: Wenn Sie einen Budgetdeckel haben, ist das Budget irgendwann aufgebraucht. Dann gibt es keine Leistungen mehr. Erklären Sie dem Patienten, dass Sie kein Budget mehr haben und die Operation auf nächstes Jahr verschieben müssen. Aber wir haben durchaus Vorschläge gemacht, die viel bringen: Im Spital sind zum Beispiel zwei Drittel der ärztlichen Tagesleistungen administrative Leistungen, nur ein Drittel findet noch am Patienten statt. In einer Praxis etwa die Hälfte, Tendenz abnehmend. Allein wegen des administrativen Mehraufwands brauchen wir pro Jahr hundert zusätzliche Ärzte an den Spitälern. Hundert Vollzeitarztstellen, nur um den Zuwachs an administrativer Belastung bewältigen zu können! Da könnte man Millionen sparen, jedes Jahr!

SG: Sie wüssten also, wo man sparen müsste, aber man tut es nicht!

JS: Weil die Anreize falsch sind.

SG: Es gibt gar keine Anreize, weil es keine Budgetrestriktionen gibt.

JS: Eine Budgetrestriktion wäre ein falscher Anreiz!

SG: Eben nicht! Sie sind Verbandspräsident. Sie müssten mit den Krankenversicherern und den Kantonen zusammensitzen, Ihren Tarifpartnern, und Massnahmen beschliessen, damit die Kosten im nächsten Jahr nur noch um 3,5 Prozent steigen und nicht mehr um 4,5. Mit einer Budgetvorgabe könnten Sie alle Punkte, die Sie erwähnt haben, zur Diskussion stellen.

## «Wenn Sie Gesundheitsleistungen kürzen, dann bekommen Sie ethische Konflikte.»

Jürg Schlup



Dann würde man auf Sie hören mit Ihren Vorschlägen, denn es gäbe einen Zwang. JS: Niemand hört auf unsere Vorschläge. SG: Weil es eben keine Richtgrösse gibt!

**PR: Herr Gaillard, lassen Sie mich noch einmal auf das Argument von Herrn Schlup zurückkommen, dass der Patient der Verlierer ist. Was passiert, wenn das Budget aufgebraucht ist?**

SG: Die entscheidende Frage ist doch: Traut man den Ärzten, den Versicherern und den Kantonen zu, das Budget so zu verteilen, dass wir immer noch eine gute Gesundheitsversorgung haben?

**PR: Tun Sie es?**

SG: Aber sicher, wer soll es sonst tun?

JS: Herr Gaillard, das ist ein Schwarz-Peter-Spiel. Sie und ich wissen, dass Budgetrestriktionen eine implizite Rationierung bedeuten. Wenn Sie wirklich rationieren wollen, schränken Sie doch den Leistungskatalog ein, das wäre transparent und fair. Jetzt alles einfach auf uns abzuschieben, ist unfair. Sie wollen uns zwingen, zulasten des Patienten zu rationieren.

SG: Ich bin überzeugt, dass die Ärzte mehr Einfluss haben und ihre Vorstellung besser durchsetzen können, wenn das in einem begrenzten Kostenrahmen stattfindet. Man könnte umgekehrt sagen: Wenn Sie sich dagegen wehren, entziehen Sie sich der Verantwortung.

JS: Wenn Sie in der Verwaltung Leistungen kürzen, erzeugt das keine ethischen Konflikte. Aber wenn Sie Gesundheitsleistungen kürzen, dann bekommen Sie ethische Konflikte.

**PR: Aber, Herr Schlup, Hand aufs Herz: In der Schweiz gibt es eine Überversorgung und viele unnütze Eingriffe, an denen die Leistungserbringer nicht ganz unschuldig sind. Hier gäbe es doch Potenzial?**

JS: Dann müsste man über Strukturen und Finanzierung reden. Da haben wir tatsächlich grosses Potenzial. Aber alle vermeiden die Strukturdiskussion. Warum? Weil jeder Gesundheitsdirektor weiss, dass es politischer Selbstmord wäre, wenn er diese Diskussion führen würde.

**PR: Aber würde ein Globalbudget nicht auch die Strukturdiskussion befördern?**

JS: Überhaupt nicht! Die Interessenkonflikte, die diese Strukturdiskussion verhindern, würden Sie mit dem Globalbudget nicht lösen.



Der Journalist und Fotograf **Patrick Rohr** leitet eine eigene Agentur für Kommunikationsberatung und Medienproduktionen in Zürich. Bis 2007 war er Moderator beim Schweizer Fernsehen (u.a. «Arena», «Quer»).

SG: Doch! Schauen wir, was in den Niederlanden passiert ist. Als die Zielwachstumsrate als Rahmenbedingung feststand, einigten sich die Akteure sehr schnell – auch auf strukturelle Massnahmen.

JS: Eine Strukturdiskussion würde mehr bringen als Zielvorgaben und ein Globalbudget. Das führt nur zu einer Rationierung. SG: Eine Zielwachstumsrate ist keine Rationierung!

**PR: Sie wäre eine Folge des Globalbudgets, sagt Herr Schlup.**

SG: Nein, das stimmt nicht! In den Ländern, die ich genauer angeschaut habe, haben alle Leute Zugang zu medizinischen Leistungen. Es gibt keinen Arzt, der im Dezember aufhört zu arbeiten, weil das Budget aufgebraucht ist. Es gibt nur Ärzteverbände, die das behaupten. Man hat ja die Erfahrung vom Vorjahr, da kann man ziemlich vernünftig planen. Mit Rationierung hat das nichts zu tun. Es geht nur darum, das Kostenwachstum zu begrenzen. JS: Lesen Sie «Spiegel online», da gab es dieses Jahr schon drei Artikel über lange

Wartezeiten in Deutschland. Wartezeit ist Rationierung. Für einen Kardiologetermin in Nordrhein-Westfalen haben Sie als OKP-Grundversicherter zum Beispiel eine Wartezeit von 90 Tagen, mit einer Zusatzversicherung sind es 20 Tage. In England ist die Wartezeit für eine Hüftoperation zwei Jahre, in der Schweiz wenige Wochen. SG: Das sind Behauptungen. JS: Der «Spiegel» beruft sich auf die Bundesärztekammer.

SG: Das ist ein Interessenverband. Ich traue der OECD mehr als dem «Spiegel», und gemäss Patientenbefragungen durch die OECD müssen in Deutschland 12 Prozent der Patienten vier Wochen oder länger auf einen Facharzttermin warten. In der Schweiz sind es 20 Prozent! Ich möchte diese Zahlen nicht überbewerten, aber ich denke, sie sind etwas neutraler als die der Bundesärztekammer. Und was interessant ist: Auf die Frage, ob die Patienten das Gefühl haben, dass der Arzt ihnen genug Zeit widmet, sagen in der OECD-Erhebung 86 Prozent der Deutschen Ja, in der Schweiz sind es

87 Prozent. Die beiden Länder sind also gleichauf.

**PR: Wir müssen für einen Vergleich nicht zwingend ins Ausland schauen. Es gibt ja auch in der Schweiz bereits Erfahrungen mit Globalbudgets: In den Kantonen Tessin, Genf und Waadt arbeitet man im stationären Bereich schon heute damit.**

JS: Ja, und genau diese Kantone haben die höchsten Prämien.

SG: Und die tiefsten Wachstumsraten im stationären Bereich.

JS: Nun gut, sie sind einfach schon auf einem sehr hohen Niveau. Da hat man tiefere Wachstumsraten, als wenn man auf einem tiefen Niveau ist.

SG: Die Kosten steigen definitiv weniger im stationären Bereich. Aber sie haben ein hohes Niveau, da gebe ich Ihnen recht.

JS: Diese Kantone sind der Beweis, dass Globalbudgets nicht funktionieren.



Deutschland kennt quantitative Vorgaben für die ambulante und stationäre Versorgung. Eine Rationierung ist dabei nicht zu erkennen. Wie sieht die Umsetzung in unserem Nachbarland konkret aus?

Von Prof. Dr. med. Reinhard Busse

## «Globalbudgets» in Deutschland – droht damit die Zweiklassenmedizin?

**A**ngesichts des Vorschlags der Expertengruppe, die ungedeckelte Vergütung von Ärzten und Spitälern durch ein Globalbudget zu begrenzen, ist ein Blick ins Ausland nützlich, um die Befürchtungen und Erwartungen auf ihren Wahrheitsgehalt hin zu überprüfen. Deutschland hat zwar kein Globalbudget, das alle Sektoren in allen Regionen umfasst, aber die Ausgaben werden für die ambulante (auf der Ebene von Bundesländern bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen) und die stationäre Versorgung (auf Länder- und dann Spitalenebene) auf Basis bundesweiter Vorgaben von vornherein festgelegt.

Im ambulanten Sektor ist dabei ungefähr ein Drittel des «Gesamtvergütung» genannten Budgets für Hausärzte vorgesehen, der Rest für Fachärzte. Jede Praxis kennt den für sie zur Verfügung stehenden Betrag im Voraus. Er ergibt sich aus der Fachausrichtung, einer kalkulierten Anzahl von Patienten, die die Praxis pro Quartal besuchen, und einer bestimmten Menge an Punkten pro Patient. Die Arztpraxen rechnen dann die erbrachten Leistungen zum vorab vereinbarten Punktwert ab. Haben sie ihre Patientenzahl bzw. ihr Punktvolumen erreicht, bedeutet das nicht, dass sie schlies-

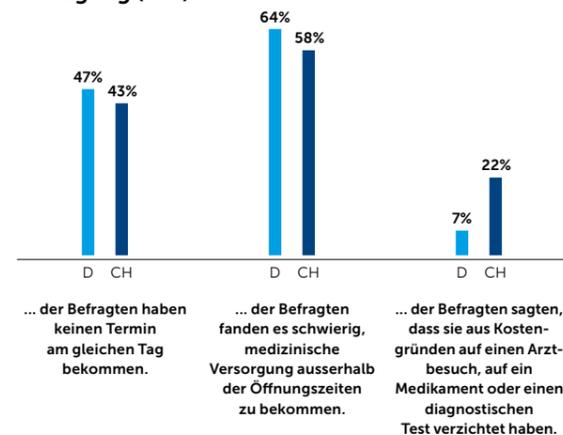
sen müssen. Die weiteren Patienten bzw. Leistungen werden aber deutlich niedriger vergütet. Es gibt verschiedene Instrumente, die sicherstellen, dass auch im Dezember noch Geld vorhanden ist. So wird zum Beispiel der Betrag für die Arztpraxen in vier Quartale aufgeteilt. Trotzdem gibt es natürlich Patienten, die von Wartezeiten berichten, auch davon, dass ihnen erst ein Termin im Folgequartal angeboten wird.

Grundsätzlich ähnlich verläuft es bei Spitälern. Hier wird auf Basis der erwarteten Leistungen (nach Art und Menge) pro Krankenhaus ein sogenanntes Erlösbudget mit den Krankenkassen vereinbart. Werden dann mehr Leistungen erbracht und von den einzelnen Krankenkassen über DRGs vergütet, erhält das Krankenhaus über verschiedene Instrumente entweder weniger Geld pro Fall («Fixkostendegressionsabschlag») oder muss einen Teil der zusätzlichen Gesamteinnahmen zurückerstatten. Umgekehrt erhalten Krankenhäuser, die unter der im Vorjahr vereinbarten Summe aus Erlösbudget und -summe bleiben, einen Mindererlösausgleich in Höhe von 20 Prozent.

Sowohl für die Budgets der Arztpraxen als auch der Krankenhäuser werden jährliche Steigerungen verhandelt. Diese orientieren sich zum einen am Wachstum der Löhne der Versicherten, aber auch an den steigenden Kosten, speziell für das Personal. Eine solche Budgetierung, die eine angemessene Kostensteigerung berücksichtigt, bedeutet also noch lange nicht Rationierung. Was man auch sagen muss: Man spricht viel über die potenziellen Nachteile einer Begrenzung der Gesundheitsausgaben, aber weniger über die Nachteile einer unlimitierten Vergütung. Dabei setzt ein System, das unbegrenzt Leistungen zulässt, ebenfalls negative Anreize. Unnötige Operationen bergen – ohne dem Patienten einen gesundheitlichen Nutzen zu bringen – trotzdem die Risiken eines Eingriffs. Ausserdem zeigten Studien, dass von stationären Patienten im Krankenhaus jeder 1000. durch einen Fehler oder einen Irrtum stirbt.

**Prof. Dr. med. Reinhard Busse** ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin.

### Resultate der International-Health-Policy-Befragung (IHP)



Quelle: Commonwealth Fund (2016)

Politische Revolutionen legen eine klar negative Bilanz nahe. Eine wahrhaft hilflose Gesellschaft ist jedoch eine, die nicht einmal zu einer Revolution fähig ist.

Von Prof. Ekkart Zimmermann

## Schaden und Nutzen von Revolutionen

**Z**ur Demonstration geht man, zur Revolution nicht: Politische Revolutionen sind das Ergebnis inflexibler gesellschaftlicher Strukturen und diese korrigierender Handlungsverläufe. Die Macht geht auf neue Eliten über, die Struktur der Herrschaft ändert sich. Revolutionen sind Ergebnis und Folge von grossen Krisen und revolutionären Situationen, folgen aber nicht immer auf diese. Die Herrscher können die Umstürzler unterdrücken (Iran 2009), gewinnen einen Bürgerkrieg (Syrien) oder unterliegen in einer Revolution (Russland 1917–1921, China 1945–1949). Kriege und Bürgerkriege können Revolutionen vorausgehen oder ihnen folgen. Entscheidend ist, dass ungeplante Entwicklungen zur Entstehung von Revolutionen gehören.

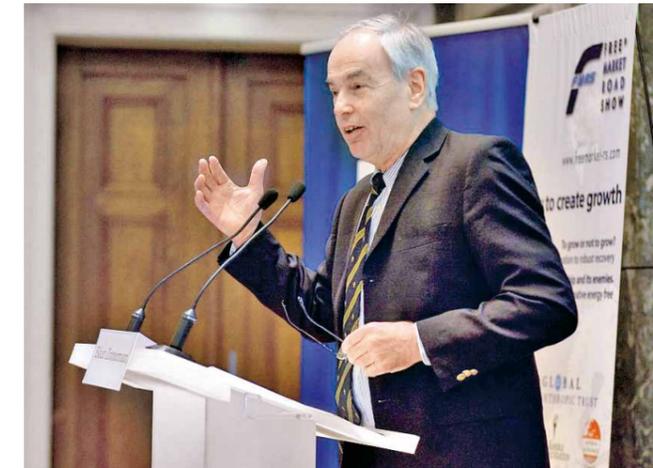
Für Huntington sind Revolutionen der Versuch, eine Gesellschaft mit rückständigen Institutionen auf den Stand der Vorreiter zu bringen. Die erste grosse Revolution der Neuzeit, die Englische Revolution von 1640–1649/1660 und 1688–1689, eiferte keinem fremden Land nach, die Französische von 1789 der Engländer, die beiden nichtbürgerlichen Revolutionen in China und Russland der Französischen mit ihrem Konzept der Berufsrevolutionäre.

Das Schicksal gescheiterter Revolutionäre von Robespierre bis Trotzki und das wirtschaftliche Elend im Gefolge von Revolutionen legen eine klar negative Bilanz nahe (nur die Mitglieder der Nomenklatura gewinnen). Nur die Englische Revolution fällt anders aus: Schutz der Freiheitsrechte, Gewaltenteilung und religiöse Toleranz. Frankreich fällt zurück gegenüber England und Preussen im 19. Jahrhundert. Die Proklamation der Menschenrechte, beeinflusst von englischen und

### «Für Huntington sind Revolutionen der Versuch, eine Gesellschaft mit rückständigen Institutionen auf den Stand der Vorreiter zu bringen.»

Prof. Ekkart Zimmermann

amerikanischen Vorläufern, bleibt ein dauerhaftes Gut, wohl auch die Trennung von Kirche und Staat 1905. In der Sowjetunion sind durch Hungersnöte, Staatsprograme und -terror ca. 20 Millionen Opfer zu beklagen,



in Maos China ca. 30–50 Millionen. Dem steht der wirtschaftliche Aufstieg von ca. 500 Millionen Chinesen nach den marktwirtschaftlichen Reformen unter Deng seit 1978 entgegen. Einzig in der in Teilen doktrinen Schulbildung und der medizinischen Versorgung der Bevölkerung können alle kommunistischen Revolutionen Beachtliches vorweisen.

Die heutige Revolution ereignet sich durch technischen Fortschritt mit unendlicher Kombinierbarkeit von Prozessen des Wissens und Materials täglich überall in der Welt und verlangt nach Anpassung der Institutionen. Dies ist eine Quelle der «schöpferischen Zerstörung», die weit über Schumpeters Unternehmer hinausgeht.

Gleichwohl gilt der Satz von Huntington, dass die wahrhaft hilflose Gesellschaft eine ist, die nicht einmal zu einer Revolution fähig ist. Nordkorea wird das nächste Beispiel liefern, wie schwer eine Reform von oben gegen Beharrer und Revolutionäre zugleich ist. Die Sowjetunion ist daran gescheitert.

**Ekkart Zimmermann** ist em. Professor für Makrosoziologie der Technischen Universität Dresden. Er hat breit in der Konfliktforschung publiziert über Modernisierung und Entwicklung, Systemwandel, Globalisierung und Terrorismus, soziale Ungleichheit, Rechtsextremismus, Methodenfragen und andere Themen aus der Grundlagenforschung.

Wettbewerb alleine genügt nicht, um die stetig steigenden Kosten im Schweizer Gesundheitswesen bremsen zu können. Nur wenn auch der Qualitätsaspekt mitspielt, zeichnen sich Erfolge ab.

Von Dr. med. Bernhard Schaller und Prof. Dr. med. Thomas Rosemann

# Qualitätsorientierter Leistungswettbewerb als möglicher Ausweg

**D**erzeit wird auf verschiedenen Ebenen nach Lösungen gesucht, das stetige Kostenwachstum zu bremsen. In der Hausarztmedizin werden bereits seit Jahren verschiedene kostensenkende Massnahmen umgesetzt. Im Folgenden wird aufgezeigt, was die Grundpfeiler einer solchen Kostenbremse in der Hausarztmedizin sind und was dies für involvierte Leistungserbringer und Patienten bedeutet: ein qualitätsorientierter Leistungswettbewerb, der teilweise in integrierten Versorgungsnetzen wie beispielsweise dem Ärztenetz Nordwest bereits aktiv gelebt wird.

## Qualitätsorientierung

Um eine hohe Qualität der Gesundheitsversorgung sicherzustellen, bilden sich die in integrierten Versorgungsnetzen zusammengeschlossenen Hausärztinnen und Hausärzte kontinuierlich weiter. Ein Instrument dazu sind evidenzbasierte medizinische Behandlungsrichtlinien, sogenannte «Guidelines», die

den aktuellen medizinischen Wissensstand für den Arzt zusammenfassen. Eine weitere Massnahme in diesem systematischen Qualitätsmanagement stellen «Qualitätszirkel» dar, in denen komplexe Fälle sowie neue Studienergebnisse und ihre mögliche Konsequenz für Guidelines und die tägliche Praxis besprochen werden. Im Sinne der Transparenz und Versorgungssicherheit lassen sich zudem integrierte Versorgungsnetze wie auch einzelne Arztpraxen zunehmend durch unabhängige Zertifizierungsstellen überprüfen. Dies betrifft nicht mehr nur die Strukturqualität wie früher, sondern zunehmend auch die Ergebnisqualität, die direkt dem Patienten zugutekommt.

## Effizienzorientierung

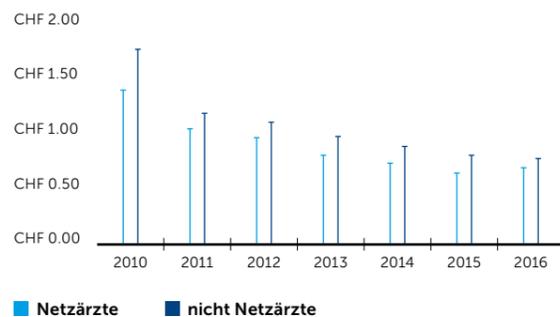
In konventionellen Versicherungsmodellen verdienen Leistungserbringer umso mehr, je mehr Leistung sie erbringen. Anders verhält es sich in den hausarztzentrierten Versicherungsmodellen. Hier gilt es, nicht alles Mögliche, sondern genau das Richtige zu tun, also eine Unter- oder Überversorgung zu vermeiden (siehe Abb. links).

Da man davon ausgeht, dass die Entwicklung der Gesamtkosten des Gesundheitswesens der letzten Jahre vor allem auf einer Mengenausweitung beruht, ist dieser Ansatz direkt kostensenkend. Solche fortschrittlichen Ärzte übernehmen bereits jetzt wirtschaftliche und soziale Verantwortung und werden entsprechend vergütet; wer effizienter mit den Ressourcen umgeht, verdient auch mehr.

## ... und der Patient

Grundsätzlich sind alle für Kosteneffizienz im Gesundheitswesen. Ganz anders wird aber die Lage beurteilt, sobald man selber oder ein naher Angehöriger auf die Leistungen der Medizin angewiesen ist. Diese paradoxe Situation macht die angestrebte Solidarität im KVG schwierig – was zeigt, dass Rationierung oder eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsleistungen in der Schweiz kaum durchsetzbar sind.

Tagestherapiekosten Säureblocker



Durchschnittliche standardisierte Therapiekosten pro Tag einer sehr häufig verwendeten Medikamentengruppe.



Bereits jetzt besprechen fortschrittliche Ärzte mit ihren Patienten systematisch das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer Leistung (siehe Abb. oben). Patienten schätzen das, da auf ihre individuellen Bedürfnisse eingegangen wird. Aktives Mitentscheiden des Patienten fördert dessen Compliance und senkt die Kosten. Je konsequenter diese Patientenorientierung und das Kosten-Nutzen-Verhältnis unter einen Hut gebracht werden, desto besser schneidet das Netz gegenüber anderen Netzen resp. dem Benchmark ab, und desto zufriedener sind die Patienten.

zusätzlichen Nutzen für den Patienten bringt. Zudem erfolgen solche Überweisungen nur an Leistungserbringer, welche die kostendämpfende, aber qualitätssteigernde Philosophie teilen.

## ... ein Therapieansatz

Gesundheitssysteme, die vor allem den Leistungswettbewerb als Steuerungsmittel kennen, neigen dazu, teurer zu werden. In der Schweiz besteht bereits jetzt der sehr probate Weg eines qualitätsorientierten Leistungswettbewerbs, um der Kostenexplosion im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Dies wird von den Patienten in entsprechenden Netzwerken sehr geschätzt und hilft, den Kostenanstieg ohne Rationierungen oder eingeschränkten Zugang zu dämpfen. Dieser geregelte Wettbewerb sollte deshalb ausgebaut werden. Die zunehmende Digitalisierung kann mithelfen, die Patientenpfade noch effizienter und sicherer zu gestalten (z.B. Medikamentensicherheit). Wichtig wird sein, einen eigenen, schweizerischen Weg zu finden und nicht einfach Modelle aus dem Ausland zu kopieren.

**Dr. med. Bernhard Schaller** ist Hausarzt, ärztlicher Leiter des Ärztenetzes Nordwest und führt eine Praxis in Muttenz. Er arbeitet mit dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich zusammen.

**Prof. Dr. med. Thomas Rosemann** ist Institutsleiter am Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich und führt eine Praxis in Zürich.

## In Kürze

- Der in der Hausarztmedizin verbreitete qualitätsorientierte Leistungswettbewerb wirkt kostenbremsend.
- In hausarztzentrierten Versicherungsmodellen verdienen Ärzte mehr, wenn sie mit Ressourcen effizienter umgehen.
- Ein aktives Mitentscheiden der Patienten fördert die Compliance und senkt Kosten.

## ... und der Arzt

Ärzte wollen ihre Patienten optimal, aber nicht maximal versorgen. Gezielte Massnahmen wie die «Smarter Medicine»-Kampagne der Schweizer Allgemeininternisten, also das Vermeiden unnützer Behandlungen, sind eine diesbezügliche mögliche Stossrichtung. Eine gelebte vertikale Integration erlaubt es zudem, die medizinische Wertschöpfungskette zu optimieren. Dies bedeutet, der Hausarzt soll so viel wie möglich selber machen und Überweisungen an Spitäler und Spezialisten nur dann vornehmen, wenn dies einen

## Wie viel darf es sein?



**K**aufe ich Käse, setzt der Verkäufer sein Messer meistens mit den Worten «Wie viel darf es sein?» etwas grosszügiger an, als ich mir wünsche. Als Gourmand habe ich eigentlich nichts dagegen, aber da ich den Käse bezahlen muss, wähle ich meist ein kleineres Stück. Ich bin dem Verkäufer nicht böse, schliesslich konnte ich mich wehren. Im Gesundheitswesen gibt es dieses Marktprinzip aber nicht. Von Gesundheit kriegt man nie genug, weshalb ich als Patient das grössere Käsestück gewählt hätte.

Nachdem sich der Aberglaube an Markt und Konkurrenz im Gesundheitswesen nach den vielen Jahren des Misserfolgs etwas legt, sind sich Politiker nun einig, dass man die Kosten mit kapitalistischen Methoden nicht in den Griff kriegt. Die neusten Vorschläge für eine Kostenbremse strotzen trotzdem nur so von Blauäugigkeit und erinnern eher an stalinistische Methoden. Globalbudgets sind ein anderer Name für 4-Jahres-Pläne, und die Prämiendeckung wird dazu führen, dass am Ende alle bloss einen Trabant fahren.

Ironischerweise ist man sich einig, weshalb es kein erfolgreiches Modell gibt, um die Kostenexplosion in den Griff zu kriegen. Zu viele Faktoren würden eine Rolle spielen. Vielleicht kann man aber diese Faktoren unter einem Wort zusammenfassen: Gier. Die Selbstverantwortung wird nämlich von der Gier erdrückt. Die Gier hat noch vor nicht allzu langer Zeit unser Bankensystem erschüttert, und seither leiden die Banken unter ihrem Imageverlust. Im Gesundheitswesen hat man auch versucht, den Gierigen blosszustellen. Anfänglich waren es die Ärzte, dann die Pharmaindustrie oder die Spitäler. Richtigerweise hat bis heute der Schwarze Peter bei allen Beteiligten des Gesundheitswesens einmal haltgemacht. Allerdings habe ich noch nie ein «mea culpa» gehört!

Die Lösung wäre einfach. Wir organisieren eine grosse Konsensuskonferenz mit zwei Zielen. Erstens: Alle Beteiligten erklären sich bereit, die eigene Gier zu reduzieren. Der Bund geht dabei mit gutem Beispiel voran und senkt Gebühren, Bürokratie und Steuern im Gesundheitswesen. Alle ändern suchen die Selbstverantwortung im Geldsack. Zweitens: Man einigt sich, dass eine jährliche Steigerung der Kosten im Gesundheitswesen eine gute Sache ist. In einem Land, in dem jeder gesund sterben will, sind Gesundheitskosten logischerweise höher als die freiwilligen Ausgaben für Ferien, Wellness, Handy, Mode oder Biogemüse. Damit haben künftig nur noch die Kranken einen Grund zum Jammern, nicht aber Gesunde, die vom Gesundheitswesen profitieren.

**«Von Gesundheit kriegt man nie genug, weshalb ich als Patient das grössere Käsestück gewählt hätte.»**

Die Kostenwirksamkeit von Managed Care war lange umstritten. Viele Studien zeigen mittlerweile, dass mit diesen Modellen echte Einsparungen möglich sind. Dennoch: Offene Fragen bleiben.

Von Lukas Kauer, PhD

## Managed Care als Kostenbremse?

**E**in wesentliches Ziel bei der Einführung von Managed Care (MC) in der Schweiz in den 90er-Jahren war die Eindämmung der stetig steigenden Gesundheitskosten. Denn mit der integrierten Versorgung und der Umgestaltung der Bezahlung änderten die Anreize sowohl auf der Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite: Die Versicherten können aufgrund der Einschränkung der freien Arztwahl nicht mehr beliebig viele Leistungserbringer besuchen und müssen sich an die Empfehlung ihres Gatekeepers halten. Die Ärzte sind dank Budgetmitverantwortung nicht länger der Versuchung ausgesetzt, ihr Einkommen mit zusätzlichen Behandlungen zu erhöhen.

Seit der Einführung von Managed-Care-Modellen in der OKP ist bekannt, dass sich eher gesunde Versicherte in solche Modelle selektionieren. Kostenvergleiche zwischen Personen in MC-Modellen und solchen mit ordentlicher Deckung sind folglich durch diese Risikoselektion stark verzerrt. Wissenschaftliche Studien müssen also diesen Selektionseffekt herausrechnen. Die in der Tabelle zusammengestellten, von Experten beurteilten (peer-reviewed) Studien verwenden dazu unterschiedliche Methoden. Es zeigt sich für unterschiedliche Zeiträume, Datenquellen und MC-Modelle, dass die korrigierten Einsparungen teils beträchtlich sind, ebenso aber auch der Selektionseffekt (als Differenz zwischen den zwei letzten Spalten).

Die neuste zitierte Studie ermöglicht dank ihrer langen Zeitdauer die Analyse der Nachhaltigkeit der Effekte. Zumindest für Personen, die früh (2005) in ein MC-Modell eingetreten sind, sind über die gesamten zehn Jahre tiefere Kosten zu beobachten. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Einsparungen zumindest teilweise durch eine geringere Anzahl Arztkonsultationen zu Stande kommen. Da die Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal im Jahr einen Arzt zu besuchen, bei MC-Versicherten gleich hoch war wie bei Versicherten mit ordentlicher Deckung, scheint der Gatekeeper die Personen von medizinisch unnötigen Zusatzbehandlungen abhalten zu können. Trotz dieser Erkenntnis ist die Frage noch nicht abschliessend beantwortet, wie genau die Einsparungen zu erklären sind. Dies sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

Unabhängig davon steht fest, dass das stetige Kostenwachstum der vergangenen Jahre ohne MC wesentlich stärker ausgefallen wäre. MC ist damit zweifellos ein wichtiger Bestandteil wirksamer, kostenbremsender Massnahmen.

**Lukas Kauer**, PhD, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des CSS Instituts für empirische Gesundheitsökonomie und Dozent an der Universität Zürich und an der ZHAW.

### Auswahl an Studien zu Einsparungseffekten von Managed Care

Quelle/Studie	Jahr der Daten	Art des Managed-Care-Modells	Unkorr. Einsparung	Korr. Einsparung
<b>Lehmann, Zweifel (2004)</b>	1997–2000	HMO Typ Capitation	62%	40%
		Hausarztmodell Typ Bonus	34%	10%
		Hausarztmodell Typ Liste	39%	21%
<b>Grandchamp, Gardiol (2011)</b>	2003–2006	Telemedizin	57%–62%	4%
<b>Trottmann, Zweifel, Beck (2012)</b>	2003–2006	HMO und Hausarztmodell Typ Capitation	42%	12%–19%
<b>Reich, Rapold, Flatscher-Thöni (2012)</b>	2006–2009	HMO und Hausarztmodell Typ Capitation	30%	21%
		Hausarztmodell Typ Bonus	21%	16%
		Telemedizin	22%	4%
<b>Kauer (2017)</b>	2003–2014	HMO Typ Capitation	n.a.	14–36%

Die korrigierte Einsparung berücksichtigt im Vergleich zur unkorrigierten Einsparung den Selektionseffekt. Die Prozentangabe bezieht sich jeweils auf den Vergleich mit Versicherten mit ordentlicher Deckung.

Quelle: Die vollständigen Quellenangaben finden Sie unter [dialog.css.ch](http://dialog.css.ch)

## Warme Luft

Wenn's ums Versprechen geht,  
nehmen Politiker den Mund  
ja oft ganz schön voll. Aber wenn  
es dann ums Handeln geht ...

## Kröten schlucken

Mit meinen Prämien muss ich  
jedes Jahr eine grösser werdende  
Kröte schlucken. Die sollen  
endlich eine Lösung finden!

## Taktgeber gesucht

Die bräuchten mal einen anständigen  
Vorarbeiter im Gesundheitswesen.  
Dann hätten sie vielleicht nicht eine  
so grosse Baustelle.

