

Ein Kostendeckel im Gesundheitswesen- Allheilmittel oder Irrglauben?

von Claus Platten, Präsident der Kantonalen Ärztesgesellschaft Schaffhausen

Im Rahmen einer «konzertierten Aktion» wurden in den letzten Wochen schweizweit Inserate in Printmedien lanciert, die anhand eines Arzt-Patienten-Dialogs auf gravierende Veränderungen hinweisen, die sich unweigerlich ergeben, sollten die Pläne zur Kostenstabilisierung unseres Gesundheitsministers Alain Berset im Parlament Zustimmung finden. Nahezu alle Kantonalen Ärztesgesellschaften der Schweiz- so auch die Kantonale Ärztesgesellschaft Schaffhausen als Teil der K-OCH-Allianz (Zusammenschluss der ostschweizerischen Ärztesgesellschaften TG, SG, GR, GL, AI, AR, SH) haben sich an dieser Kampagne beteiligt. Nicht ohne Grund, denn es steht nicht weniger auf dem Spiel als die bisherige vertrauensvolle gewachsene Arzt-Patienten-Beziehung.

Alle Jahre wieder: im Spätsommer werden die neuen Krankenkassenprämien verkündet und in gleichem Atemzug auch die scheinbaren Verursacher genannt: die Ärzteschaft und die durch sie verursachten Kosten. Da sind sich viele Krankenversicherer und auch Bundesrat Berset einig. Und weil es populär ist, gleich auch eine pragmatische Lösung zur Kostendämpfung parat zu haben, wird diese im Parlament immer wieder vorgebracht, teils umetikettiert mit anderem Namen; in der Konsequenz aber gleich. Früher sprach man vom «Globalbudget», heute heisst es «Zielvorgabe» oder «Ziel für maximale Kosten». Von aussen betrachtet mutet es plausibel an: Kostenbremse rein, Problem gelöst. Eine genauere Betrachtung lohnt sich jedoch.

Die erste Kostenbremseninitiative der Mitte-Partei wurde im März 2021 eingereicht und diskutiert. Die Kosten sollten eine an die allgemeine Lohnentwicklung gekoppelte Zielvorgabe haben, deren Überschreitung nur vage formulierte Sanktionen mit sich ziehen sollte. Der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates vom 10. November 2021 sah eine ähnliche Regulation der maximalen Kosten vor [1]. Beim Gegenvorschlag hingegen sollte wie in einer Planwirtschaft ein Kostendeckel etabliert werden, differenziert nach Kostenblöcken und Kantonen. Es kommt noch besser: Beim Überschreiten des Kostendeckels würde eine Weiterbehandlung der Prämienzahler (Patienten) unweigerlich staatliche Sanktionen finanzieller Art für den Arzt nach sich ziehen. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen würden also direkt das ärztliche Handeln beeinflussen. Jeder Arzt überlegt sich dann vor jeder Konsultation, ob diese noch im Budget liegt oder zu teuer ist. «Das kann doch nicht sein!», mag man zu recht monieren. Dieser Zustand ist aber schon traurige Realität: In Deutschland zum Beispiel wird über eine fixe äusserst knapp berechnete «Quartalspauschale» ein definierter Betrag pro Patient pro Quartal an den Arzt gezahlt- egal, wie oft der Patient tatsächlich gesehen wird oder wie aufwändig die Therapie ist. Wen wundert dann, wenn die Devise lautet: Jeden Patienten möglichst kurz und nur einmal pro Quartal sehen. Man könnte dies auch als Fliessbandmedizin beschreiben. Wir Ärzte sind aber der Meinung, dass es immer noch einen Unterschied macht, ob man Autos prozessoptimiert am Fliessband zusammenschraubt oder Patienten mit einem Mindestmass an Zuwendung und medizinisch sinnvoll betreut. Genau dies steht auf dem Spiel, wenn Dank der Anstrengungen der Mitte Partei oder des Bundesrates Berset diese Art von Staatsmedizin angesteuert wird. In England serbelt der NHS (National Health Service) seit Jahren vor sich hin: unfassbare Wartezeiten für banale Untersuchungen, Verschieben teils lebenswichtiger Operationen und schlichtweg Rationieren bestimmter

Medikamente. Beide Systeme zeigen die unweigerlichen Konsequenzen der überregulierten Medizin. Es gibt in Deutschland und Grossbritannien einen Ausweg in zu einer persönlichen Medizin mit moderaten Wartezeiten, Zugang zu modernen Operationstechniken und zeitgemässen diagnostischen Tests. Dieser Ausweg heisst: privat versichern oder Selbstzahlen. Zweifellos ist dies ungerecht. Denn das Krankenversicherungssystem basiert im ursprünglichen Sinne auf dem Solidaritätsprinzip: Gerade die Erschaffung eines Krankenversicherungssystem war eine der grössten Errungenschaften im Zuge der Industriellen Revolution. Die folgenden Ausführungen sollen erklären, warum der gerechte Zugang für alle zu einer zeit- und kosteneffektiven Medizin durch eine staatliche Regulierung der Kosten gefährdet ist. Die Ärzteschaft geht darin einig, dass die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt werden müssen oder mindestens weniger stark steigen sollen. Die staatliche Kostendeckelung ist aber der falsche Weg.

Augenwischerei oder «Wie sag ich's dem Volk?»

Um die Situation besser zu verstehen, muss zwischen Krankenkassenprämienanstieg und Kostenanstieg im Gesundheitswesen unterschieden werden. Die Realität ist zu komplex, um mit Blick auf mögliche Wählerstimmen populistisch den Prämienanstieg mit den gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen zu erklären. Dass dies sogar in Statistiken des Bundesamtes für Gesundheit passiert, ist tragisch, aber Fakt [2]. Das bewusste Verschweigen wichtiger Tatsachen macht es für Aussenstehende umso schwerer, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen differenziert zu beurteilen.

Ambulant vor stationär- und die Folgen

Muss ein Patient hospitalisiert werden, werden die Kosten dafür zu 55% von den Kantonen und zu 45% von den Krankenversicherern übernommen. Für bestimmte Operationen ist nach wie vor ein mehrtägiger Spitalaufenthalt vonnöten; bei manchen hat sich dies aber geändert:

Seit einigen Jahren gibt es Bestrebungen, bestimmte Eingriffe nicht mehr mit einem Spitalaufenthalt über Nacht zu verknüpfen. Durch neuere Techniken und sanftere Narkoseverfahren ist es möglich, zum Beispiel einen Leistenbruch ambulant durchzuführen. Ambulant heisst, der Patient geht bei unauffälligem Operationsverlauf und unauffälliger Überwachung einige Stunden nach der Operation noch am gleichen Tag nach Hause. Aus Patientensicht ist dies sinnvoll und eine positive Entwicklung. Dies lässt weniger Kosten entstehen, erhöht aber den Druck auf die Krankenkassen, da die Kosten dieser ambulanten Eingriffe eben vollumfänglich von den Krankenkassen (unter Berücksichtigung der Selbstbeteiligung der Patienten) getragen werden.

Dieser Umstand schafft zwangsläufig Fehlanreize und ist mit verantwortlich den Status quo. Die «Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen», kurz EFAS, birgt ein Sparpotential von etwa 1 Milliarde Franken [3,4]. Diese Initiative wurde bereits 2009 im Parlament vorgetragen und dümpelt seither vor sich hin. Krankenversicherer haben natürlich kein Interesse, Eingriffe, die technisch und medizinisch verantwortbar zwar ambulant durchgeführt werden könnten, auch tatsächlich ambulant durchzuführen zu lassen, da ihnen der kantonale Subventionsbeitrag von 55% entginge. Demgegenüber halten seit 2017 die Kantone auf Spitallisten fest, welche Eingriffe ambulant durchzuführen sind. Dies entlastet jedoch ausschliesslich das Kantonsbudget (Wegfall des 55% Subventionsbeitrages). Ein Krankenversicherer, der mehrheitlich auf ambulante Eingriffe setzt, riskierte seine Konkurrenzfähigkeit. Wenn die Finanzierung einheitlich erfolgen würde, wären Fehlanreize eliminiert und es würden Kantone und Prämienzahler gleichermaßen profitieren.

Die demografische Entwicklung lässt mehr Kosten entstehen

Wenn BR Berset 2020 in einer Medienkonferenz zur Zweiten Kostendämpfungsinitiative konstatiert, dass 1996 die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung 11 Mrd. Franken betragen haben und heute (2020) 33 Milliarden Franken, vergisst er leider zu erwähnen, dass in diesem Zeitraum auch die Zahl der Prämienzahler in der Schweiz um 1,5 Millionen Menschen zugenommen hat [5]. Ebenfalls lässt er unberücksichtigt, dass sich wegen der Bestrebungen «ambulant vor stationär» die Finanzierung für die Krankenversicherer geändert hat, was zunächst eine Kostensteigerung für die Versicherer mit sich zieht (die Kantone aber entlastet).

Verzerrte Berechnung der Prämienbelastung

Es ist vielmehr sinnvoller, eine pro-Kopf errechnete Prämienbelastung über die Zeit als Kennzahl heranzuziehen. Wenn die Mitte-Partei von einem durchschnittlichen Ausgabenplus von 5% für die OKP (obligatorische Krankenpflegeversicherung) in ihren oben erwähnten Initiativpapier berichtet, lässt sie ausseracht, dass als Berechnungsgrundlage für diese Zahl die Standard-Prämie (mit der niedrigsten Jahresfranchise) genommen wurde. Diese wird jedoch nur von 15% der Bevölkerung gewählt, da die meisten eine höhere Franchise haben oder im Hausarztmodell versichert sind und weniger Prämie zahlen. Die Berechnung der Entwicklung der mittleren Prämie wäre hier hilfreicher gewesen, da sie die Realität besser widerspiegelt. Da es den Beteiligten der Kostendämpfungsinitiative aber weniger starke Argumente für ihr Ansinnen liefern würde, wird es einfach anders berechnet.

Zielvorgaben erreicht!

Sogar das Bundesamt für Gesundheit berichtet, dass die Prämien in den letzten 10 Jahren jahresdurchschnittlich nur noch um jährlich 2,4% gestiegen sind und damit weniger, als in den Jahren zuvor. Wirft man einen Blick auf die im bundesrätlichen Expertenbericht genannten Zielvorgaben, so soll mittelfristig ein Wachstum der OKP-Kosten von 2,7% angestrebt werden. Das Prämienwachstum erreicht dieses Ziel bereits jetzt!

Wird ein Globalbudget trotzdem bald Realität?

Hoffentlich nicht. Wir sollten aus den Fehlern anderer Länder lernen. Die Medizin muss individuell gestaltbar bleiben, da es um Menschen geht und nicht um Autos.

Was also ist zu tun?

Wie teuer eine Arztkonsultation ist, sieht der Patient heute in der obligatorisch verschickten Rechnungskopie. Ein angehender Arzt im Studium hat aber oft kaum eine Vorstellung, wie teuer eine Arztkonsultation, eine Blutentnahme oder ein Medikament ist. Die Schaffung eines vertieften Kostenbewusstseins im Gesundheitswesen und die Erläuterung der wesentlichen Charakteristika unseres Gesundheitssystems sollten zukünftig im Curriculum des Medizinstudiums verankert sein.

Eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Eingriffe birgt ungeheures Sparpotential und sollte wieder in den Vordergrund der politischen Diskussion rücken.

Ein neuer zeitgemässer und besser berechneter Tarif für ambulante Leistungen ist mehr als überfällig. TARDOC muss kommen- besser früher als später. Herr Berset sollte seine Blockadepolitik aufgeben.

Die medizinische Forschung muss weiter unterstützt werden, um bessere und langfristig kostengünstigere Therapien etablieren zu können.

Die Schaffhauser Ärzteschaft nimmt die Herausforderungen im Gesundheitswesen auch zukünftig an und wehrt sich gegen eine staatliche Bevormundung zu Lasten einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Diese zu erhalten, ist wichtiger denn je und wir werden diese Arzt-Patientenbeziehung engagiert verteidigt. Der Zugang zu Leistungen muss für jeden gerecht bleiben. Wir wollen aufgeklärte Patienten, die die Zusammenhänge verstehen und erkennen, wann politische Bestrebungen eben diese Arzt-Patienten-Beziehung gefährden.

Quellen:

[1] 6 EDI, BAG. Erläuternder Bericht zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kosten-bremse-Initiative)»: Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens, Bern, 19. August 2020.

[2] Birgit Voigt; NZZ Magazin, 16.04.2022, 15.45 Uhr; Künstliche Fieberkurve: Wie das BAG seine Prämien-Grafiken verzerrt. URL: magazin.nzz.ch/nzz-am-sonntag/hintergrund/bag-dramatisiert-grafiken-zur-kostenexplosion-bei-den-praemien-ld.1679845

[3] Pwc, 2016 Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen

[4] www.pro-efas.ch

[5] Medienkonferenz des Bundesrates 19.08.2020, https://youtube.com/watch?v=c6_2y5Ljf1Y, ab Minute 14:22

Wenn von «Patienten» die Rede ist sind beide Geschlechter gemeint. Das gleiche gilt für «Ärzte».