

JA zur Kostendämpfung – NEIN zur versteckten Rationierung

Jürg Schlup

Dr. med., Präsident der FMH



Auch in Zeiten nachlassenden Drucks dürfen Bemühungen zur Kostendämpfung und zum möglichst effizienten Einsatz von Ressourcen im Gesundheitswesen nicht nachlassen. Dies betonte auch der Bundesrat, als er den Prämienanstieg von 0,2% für 2020 verkündete – und verwies insbesondere auf sein *erstes Kostendämpfungspaket*, das am 21. August dem Parlament überwiesen wurde. Doch was beinhaltet diese Gesetzesvorlage? Bei näherem Hinsehen erweist sich das erste «Kostendämpfungspaket» im Kern als «Tarifpaket» – eine Entwicklung, die sich bereits früh abzeichnete: Obwohl von den 38 Vorschlägen der Expertengruppe nur acht zur Rubrik «Gesamtkosten und Tarifbereich» gehörten [1], priorisierte das EDI sechs dieser acht Massnahmen – und von den übrigen 30 Massnahmen lediglich drei [2]. Zusätzlich ergänzte das EDI eine entscheidende Tarifmassnahme: die «Steuerung der Kosten durch Tarifpartner». Dieser inhaltliche Fokus prägt nun das erste Kostendämpfungspaket: Mit Ausnahme des Experimentierartikels und des Referenzpreissystems wurden in diese Gesetzesvorlage aus dem Expertenbericht ausschliesslich Tarifmassnahmen übernommen – und um den Vorschlag des EDI erweitert.

Für die aus dem Expertenbericht in das *erste Kostendämpfungspaket* übernommenen Tarifmassnahmen hat die FMH bereits früh ihre Unterstützung signalisiert [3]: Eine nationale Tariforganisation (M34), eine aktuelle Tarifstruktur (M25) und die Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich (M15) sind ganz im Sinne der Ärzteschaft – sofern die Tarif- und Organisationsautonomie gewahrt bleibt.

Inakzeptabel ist jedoch das vom EDI im Artikel 47c ergänzte Vorhaben, die Tarifpartner mit engen staatlichen Regulierungsvorgaben zur Festlegung eines Globalbudgets zu zwingen. Konkret sollen die Tarifpartner unter Berücksichtigung «der Planungs- und Steuerungsentscheide der zuständigen Behörden» nicht nur die Entwicklung von Mengen und Kosten überwachen – sondern auch «ungerechtfertigte Erhöhungen» korrigieren [4]. Dafür muss wiederum die «gerechtfertigte *Kostensteigerung*», die nicht überschritten werden darf, definiert werden [5] – eine mehr als gewagte Forderung, wenn man bedenkt,

dass der Bund in den letzten Jahren wiederholt daran scheiterte, auch nur die *reale* Kostenentwicklung korrekt zu prognostizieren [6]. Die hier vom Bundesrat geplante Kostenobergrenze wird zwangsläufig politischer Natur sein – nicht zuletzt, da dieser für die «Kostensteuerung» Vorgaben macht, sie genehmigen muss und sie im Zweifelsfall per subsidiäre Kompetenz selber vornimmt.

Die Festlegung einer Kostenobergrenze zeigt klar, dass mit dem Art. 47c die Patientenversorgung neu einem Budget unterläge. Laut Botschaft zum Gesetz «besteht

Die geforderte Definition einer «gerechtfertigten Kostensteigerung» ist nichts anderes als die Festlegung eines Globalbudgets.

zudem ein inhaltlicher Zusammenhang» mit dem Globalbudget des Expertenberichts (M01): «Die von den Tarifpartnern vereinbarten Massnahmen zur Steuerung der Kosten würden dann dazu dienen, diese Zielvorgabe zu erreichen» [5, S. 6090]. Hier spürt der Bundesrat also bereits die Umsetzung des «offiziellen» Globalbudgets vor – das er erst für das zweite Kostendämpfungspaket zu prüfen beauftragt hat.

Rationierung sei nicht zu befürchten, behauptet die Botschaft zum Gesetz. Bei den vorgesehenen degressiven Tarifen, Tarifikürzungen und Rückzahlungen handle es sich ja nur «um die Steuerung von Kosten und nicht um die Steuerung von Mengen oder Leistungen» [5, S. 6115]. Fakt ist aber: Wer die Vergütung deckelt, zwingt die Ärzteschaft zur Wahl zwischen Gratisarbeit und Rationierung, wie auch die Erfahrungen in

Hier wird bereits die Umsetzung der Budgetierung per Zielvorgabe vorbereitet – die erst für ein zweites Paket geprüft werden sollte.

Deutschland auf S. 1380 zeigen [7]. Selbst eine aktuelle Studie des Bundes bescheinigt degressiven Vergütungen die gleiche Wirkung wie einem Globalbudget per Fixbetrag [8]. In beiden Fällen endet der Versicherungsanspruch der Patienten mit dem Budget – dies darf trotz aller Kostendämpfungsbemühungen nicht passieren.

Die Literatur findet sich unter www.saez.ch → Aktuelle Ausgabe oder → Archiv → 2019 → 42.