

Vor dem 15. Schweizerischen Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften, 26. Oktober in Bern

## Auch Überversorgung ist schädlich

Einige Experten und Politiker fordern ein Kostendach im Gesundheitswesen. Deutschland hat bereits Globalbudgets eingeführt. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen in Berlin, erläutert die Vorteile.

Wir haben Prof. Busse getroffen und ihm Fragen zur Sache gestellt:

**Sie haben sich als Experte aus Deutschland mit dem Schweizer Gesundheitssystem befasst. Was hat Sie an diesem überrascht?**

Reinhard Busse: Die unlimitierte Vergütung von Leistungen über alle Bereiche hinweg. In dieser extremen Form ist das doch recht selten. Die meisten Länder sehen zumindest in bestimmten Bereichen eine Begrenzung der Gesundheitskosten vor.

**Deutschland hat ein System mit Globalbudgets. Erhalten Patienten im Dezember noch einen Arzttermin?**

Auf jeden Fall.

**Man stellt sich bei uns nämlich vor, dass die Budgets gegen Ende Jahr ausgeschöpft sind und Ärzte deshalb kaum noch Patienten behandeln.**

Dem ist nicht so. 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. Globalbudgets gelten vor allem im ambulanten Bereich und – bereits deutlich abgeschwächt – für Krankenhäuser. Bei den Arzneimitteln sind die Regeln weniger strikt.

**Was bedeuten Globalbudgets denn für Arztpraxen in Deutschland konkret?**

Ungefähr ein Drittel des Gesamtbudgets für Arztpraxen ist 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 ver-

einbarten Punktwert ab. Haben sie ihre Patientenzahl beziehungsweise ihr Punktvolumen erreicht, bedeutet das nicht, dass sie schliessen müssen. Die weiteren Leistungen werden aber deutlich niedriger vergütet.

**In der Schweiz warnen Ärzte, Spitäler und Krankenkassen unisono vor der Einführung von Globalbudgets. Das führe zu Rationierung, Zweiklassenmedizin und Qualitätsverlust.**

Würde man die Budgets sehr klein halten und keine Steigerungen zulassen, wäre da schon etwas dran. Aber eine Budgetierung, die eine angemessene Kostensteigerung berücksichtigt, bedeutet noch lange nicht Rationierung. Man spricht viel über die potenziellen Nachteile einer Begrenzung der Gesundheitsausgaben, aber wenig über die Nachteile einer unlimitierten Vergütung. Dabei setzt ein System, das unbegrenzt Leistungen zulässt, ebenfalls negative Anreize.

**Sie meinen die Gefahr, dass zu viele Behandlungen angeboten werden?**

Ja, und Überversorgung ist eben auch schädlich. 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. Patient durch einen Fehler oder einen Irrtum stirbt. Aber auch im ambulanten Bereich kann Überversorgung schädlich sein. Wenn Röntgenbilder doppelt erstellt werden, muss der Patient für die gleiche Information zweimal eine Strahlenbelastung auf sich nehmen.

**Sie sind Mediziner. Glauben Sie wirklich, dass in Spitälern operiert wird, auch wenn es nicht nötig ist?**

Früher hätte ich diese Frage vermutlich verneint. Inzwischen ist aber nicht mehr zu übersehen, dass die Grenze, ab der einem Patienten eine

diagnostische Massnahme oder auch eine Operation als potenziell nützlich «verkauft» wird, immer weiter gedehnt wird. Dass eine Operation im Einzelfall wirklich unnötig ist, lässt sich dabei oft schwer belegen – aber die Aufnahme- und Eingriffsraten pro Spital und insgesamt sprechen eine eindeutige Sprache.

**Hat das Finanzierungssystem tatsächlich einen so grossen Einfluss oder müssten vielmehr Patienten und Ärzte umdenken?**

Es braucht beides. Patienten und Ärzte müssen mit an Bord sein. Wir müssen aber auch an einer Vergütungsform arbeiten, bei der Ärzte und andere Gesundheitsfachleute Geld dafür erhalten, dass sie nichts tun. Das ist relativ schwierig – man kann einem Krankenhaus ja schlecht sagen: Wir wissen, dass ihr gerade in Versuchung seid, diesen Patienten zu operieren, und

Der Interviewpartner: Reinhard Busse hat Medizin und Public Health studiert und ist heute Professor für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin. Er hat die Expertengruppe beraten, die das Eidgenössische Departement des Innern einberufen hat.



## Gesundheitspolitik

wir werden euch dafür bezahlen, dass ihr es nicht tut.

### Das ist tatsächlich schwer vorstellbar.

Wer über die Einführung von Globalbudgets nachdenkt, sollte diesen Aspekt aber berücksichtigen. Jene, die berechtigt und bewusst weniger tun als andere und so dazu beitragen, dass das Budget insgesamt eingehalten wird, sollte man belohnen. Im Kinzigtal im Schwarzwald gibt es ein Projekt mit einem spannenden Ansatz.

### Welchem Ansatz?

Wenn die Bevölkerung im Kinzigtal insgesamt kostengünstiger behandelt wird als im deutschen Durchschnitt, unter Berücksichtigung von Alter und Krankheiten, dann erhalten die Ärzte, die am Projekt teilnehmen, die Hälfte dieser Ersparnis ausbezahlt.

### Und wie sind die Erfahrungen?

Sehr gut. Es zeigt sich, dass die Ärzte weniger Leistungen erbringen und die Patienten länger leben. Generell habe ich allerdings gewisse Hemmungen, der Schweiz Ratschläge zu geben, wie sie auf Überversorgung reagieren soll, denn gerade im Krankenhausbereich ist Deutschland nicht unbedingt ein Vorbild. Wir erbringen auch mehr Leistungen als nötig wären.

### Liegt das am Finanzierungssystem, dass nämlich die Spitäler in Deutschland wie in der Schweiz pro Fall eine Pauschale erhalten?

Nein. Hätten wir statt Fallpauschalen Tagesansätze, dann gäbe es zwar vielleicht weniger Fälle, dafür aber längere Krankenhausaufenthalte. Der entscheidende Faktor sind die Überkapazitäten. Es gibt in Deutschland zu viele Krankenhäuser, die miteinander im Wettbewerb stehen. Alle wollen beziehungsweise müssen ihre Betten füllen. Dänemark macht's besser.

### Was macht Dänemark anders?

Es gibt dort weniger Krankenhäuser, und der Zugang zu den Notfallstationen steht nicht einfach allen offen. Beides zusammen senkt die Wahrscheinlichkeit für unnötige stationäre Aufnahmen deutlich.

### Wie erhält man denn dort Zugang zur Notfallstation?

Rettungswagen haben jederzeit Zugang. Patienten, die zum Beispiel nachts den Eindruck haben,



sie müssten die Notaufnahme aufsuchen, wählen hingegen zuerst die Nummer einer Zentrale und schildern ihr Problem am Telefon. Je nach Dringlichkeit erhalten sie vielleicht den Rat, am nächsten Tag den Hausarzt anzurufen, oder aber eine Angabe, zu welcher Zeit sich ein Arzt im Krankenhaus um sie kümmern wird. Die Zentrale strukturiert so die Abläufe auf der Notaufnahme, während Letztere in engem Kontakt mit den Rettungswagen steht. Für Patienten bringt dies den Vorteil, dass sie vor Ort keine Wartezeiten haben.

### Laut der Expertengruppe für die Schweiz, die Sie beraten haben, setzt man auch falsche Anreize, wenn Chefarzte für eine bestimmte Anzahl Fälle einen Bonus erhalten.

Ja, Deutschland hat inzwischen reagiert. Krankenhäuser dürfen in den Verträgen mit ihren Chefarzten die Menge nicht mehr als Kriterium für die Vergütung verwenden. Boni können für Qualität vereinbart werden, nicht aber für die Anzahl Patienten.

### Bei den Arzneimitteln empfiehlt die Expertengruppe, dass die Krankenkassen von einem Wirkstoff nur noch die günstigsten Medikamente zahlt. Ist das patientenfreundlich?

Das hängt von der Ausgestaltung des Systems ab. Setzt man den Referenzbetrag auf dem günstigsten Medikament fest, müssen Patienten das Medikament wechseln, sobald ein günstigeres auf den Markt kommt, oder aber die Differenz selbst bezahlen. In Deutschland ist der Referenzbetrag, bei uns Festbetrag genannt, allerdings so kalkuliert, dass er grob gesagt ein Drittel der infrage kommenden Medikamente abdeckt. Hinzu kommt: Liegt das Medikament 30 Prozent unter dem Referenzbetrag, so entfällt für den Patienten der Selbstbehalt, den er sonst auf Medikamenten bezahlen muss.

### Wo sehen Sie beim Schweizer Gesundheitswesen weiteren Handlungsbedarf?

Bei der Aufteilung der Kosten. Dass die Kantone im stationären Bereich mitzahlen, im ambulanten jedoch nicht, macht die Steuerung schwierig. So haben Krankenkassen keine Motivation, Druck aufzusetzen, dass bestimmte stationäre Behandlungen in den ambulanten Bereich verlagert werden.

*Das Gespräch führte Brigitte Walser von der «BZ Berner Zeitung», dort ist das Interview erstmals erschienen. In Anbetracht der Relevanz der Thematik hat die BZ einem Abdruck im «clinicum» zugestimmt.*

### Reinhard Busse hält das Abschlussreferat am 15. SKGG

Der Schweizerische Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften findet am 26. Oktober 2018 bereits zum 15. Mal statt. Wie üblich gewährt, das Inselspital dem Kongress im Auditorium Ettore Rossi Gastrecht. Der Fachkongress richtet sich an alle Fachleute aus dem Gesundheitswesen. Das Kongressthema lautet in diesem Jahr: «Braucht unser Gesundheitssystem einen Reset? Muss sich alles ändern, damit alles bleibt, wie es ist?» – Reinhard Busse hält das Abschlussreferat zum Thema: «Priorisierung oder Rationierung oder...? Können die Gesundheitskosten nachhaltig beeinflusst werden?»

Im Vorfeld des Kongresses findet in Lausanne am 25. September 2018 und in Zürich am 27. September 2018 eine Expertentalk zur Lage des Gesundheitssystems Schweiz statt – und zwar um 17.00 Uhr in Zürich und 17.30 Uhr in Lausanne mit anschliessendem Apéro. [www.skgg.ch](http://www.skgg.ch)