

Mit diesen TARMED-Anpassungen können laut Bundesrat Einsparungen von rund 470 Millionen Franken pro Jahr erzielt werden. Dies entlastet die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um rund 1,5 Prozent. Geplant waren ursprünglich (bei der 1. Vernehmlassungsvariante) Einsparungen von 700 Millionen Franken.

Ärzeschaft vereint Richtung Gesamtrevision

Die Ärzteschaft hat den vom Bundesrat verabschiedeten Grundsatzentscheid an einer zweiten Pressekonferenz der FMH zu diesem Thema (am 18. August 2017) «zur Kenntnis genommen» und feststellt, dass die Kritik der Ärzteschaft

teilweise aufgenommen wurde. Gleichzeitig hält die FMH aber fest, dass der bundesrätliche Tarifeingriff dem Grundsatz der «Sachgerechtigkeit» (gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG muss der TARMED betriebswirtschaftlich bemessen und sachgerecht strukturiert sein) widerspricht.

Die Ärzteschaft will das so nicht hinnehmen und gemeinsam einen besseren, sachgerechteren Tarif erarbeiten. Die Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die chirurgisch und invasiv tätigen Ärztinnen und Ärzte (fmCh) sowie die Psychiater und Psychotherapeuten (FMPP) haben deshalb beschlossen, gemeinsam mit der FMH eine sachgerechte Gesamtrevision des ambulanten Tarifs anzustreben, um

die kostengünstige ambulante Medizin und Versorgung zu stärken.

Ihr Ziel ist eine nachhaltige Gesamtrevision, die die Sachgerechtigkeit und Betriebswirtschaftlichkeit des ambulanten Tarifs wiederherstellt. In über 30 Arbeitsgruppen mit insgesamt über 150 beteiligten Personen arbeiten derzeit medizinische Experten der Fachgesellschaften sowie Tarifexperten der FMH am Tarifrevisionsprojekt TARCO. Dieser Tarifvorschlag soll bald mit den Tarifpartnern diskutiert werden, mit dem Ziel, Mitte 2018 dem Bundesrat einen Vorschlag zur Genehmigung einzureichen.

Bernhard Stricker, Redaktor Synapse

Der TARMED-Eingriff aus der Sicht der Psychiatrie

Ökonomischer Nutzen – menschlicher Nutzen

Betrachtungen zum bundesrätlichen Tarifeingriff am Beispiel eines psychotherapeutischen Einzelfalls.



Dr. med. Peter Kern

Die Kosten/Nutzen-Diskussion im Gesundheitssektor ist generell komplex, weil es neben der rein ökonomischen Betrachtungsweise auch eine menschliche gibt. So kann eine lebenslang

dauernde psychiatrische Begleitung ökonomisch zwar viel kosten, menschlich gesehen aber lebenserhaltend wirken, indem z.B. ein Suizid vermieden werden kann. Leider wird in der öffentlichen Diskussion einseitig der ökonomische Aspekt angeschaut (und dies erst noch oft verkürzt), womit die Gefahr entsteht, den menschlichen Aspekt zu «vergessen». Anhand eines Psychotherapiebeispiels möchte ich diese Komplexität veranschaulichen.

Fallbeschreibung

Ein 35-jähriger, akademisch gebildeter Mann mit gut bezahlter Stelle sucht bei mir um notfallmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe nach, weil er in seinen Problemen nicht mehr weiter weiss, depressiv verstimmt ist und suizidale Gedanken hat. Er hat aus Überforderungsgefühlen seine Stelle gekündigt, hat Alkohol- und Medikamentenprobleme

und steht gefühlsmässig verzweifelt vor dem Nichts. Zu einem Klinikeintritt kann er sich nicht entschliessen. Wir vereinbaren, eine Psychotherapie zu beginnen mit dem primären Fokus, den Patienten mit vertieftem Problemverständnis punkto persönlicher Situation und Suchtproblematik zu einer Entzugsbehandlung zu motivieren. Dabei werden weitere Problemfelder sichtbar mit Schulden, Abhängigkeit von der Sozialhilfe, Schwierigkeiten mit den Rechtsbehörden und selbstschädigendem Verhalten im sozialen Kontext als Folge der biographisch bedingten emotionalen Erkrankung, die die Hauptaufmerksamkeit der therapeutischen Arbeit erhält. Die Behandlung ist geprägt von Therapieunterbrüchen, stationären Aufenthalten und Rückfällen in die Sucht. Es erfolgt eine IV-Berentung. Der Mann benötigt betreutes Wohnen.

Im Verlauf der Therapie verbringt der Mann 340 Tage in stationärer Behandlung, die ambulante Therapie dauert insgesamt 8 Jahre. In deren Verlauf beginnt der Mann nach 3 Jahren IV-Rente einen von der IV unterstützten und bezahlten Rehabilitationsversuch, der gelingt. Der Mann fasst wieder Fuss in seinem Beruf, steigt in der Karriereleiter sogar eine Stufe höher. Er ist seit 10 Jahren stabil. Seine an der Basis seiner Schwierigkeiten

liegenden emotionalen Probleme sind aufgearbeitet, er hat eine gute Lebensqualität, ist beruflich und privat zufrieden, ist ohne Suchtmittel genussfähig.

Ökonomische Werte

Ökonomisch betrachtet ergeben sich Kosten für ambulante Therapie, Medikamente, Klinikaufenthalte, IV-Leistungen für Rente und Rehabilitation, Sozialhilfe, geschütztes Wohnen. Die ambulante Therapie kostete im Gesamtverlauf 34'000 Franken, die ambulant abgegebenen Medikamente 5500 Franken, die stationären Kosten bei 340 Tagsätzen von angenommenen 800 Franken belaufen sich auf 272'000 Franken, das betreute Wohnen geschätzt auf 100'000 Franken für 1 Jahr, die Sozialhilfe für ein Jahr auf 24'000 Franken, die IV-Rente für 3 Jahre auf 72'000 Franken, das Rehabilitationsjahr bezogen auf den Patienten geschätzt 36'000 Franken. Dazu mir nicht bekannte Zahlungen an den Arbeitgeber, der die Rehabilitation bei sich akzeptierte, möglicherweise auch 36'000 Franken. Also insgesamt rund 580'000 Franken, wobei die im Rechtssystem angefallenen Kosten nicht berücksichtigt sind. Der ökonomische Nutzen ergibt sich einerseits aus den nicht mehr benötigten Gesundheits- und IV-Leistungen. Während nicht gesagt werden kann, welche

Gesundheitskosten ohne Therapieerfolg weiter angefallen wären und noch anfallen würden, betragen die eingesparten IV-Rentenkosten bei dem vor Krankheit erzielten Einkommen des Patienten jährlich 25'000 Franken, also vom 43. bis 65. Lebensjahr insgesamt 550'000 Franken. Andererseits entsteht aus dem durch den Patienten bisher und in Zukunft erzielten Erwerbseinkommen und seinen Zahlungen an die Allgemeinheit (Steuern, AHV-Beiträge) ein weiterer ökonomischer Nutzen. Mangels realer Zahlen müssen wir mit Schätzungen operieren. Gehen wir von einem für sein Berufsniveau durchschnittlichen Verdienst von 150'000 Franken aus. Das führt inklusive Arbeitgeberbeitrag zu einem jährlichen AHV-Beitrag von 15'000 Franken. Das ergibt bis zu seiner Pensionierung einen Gesamtbetrag von 330'000 Franken. Der bis zur Pensionierung fällige Steuerbeitrag bei angenommenem steuerbarem Einkommen von 100'000 Franken und einem Steuerzinssatz von 25% wird 550'000 Franken betragen.

Streng genommen müssen zum obigen ökonomischen Nutzen auch die aus den Salären der mit dem Patienten im Gesundheitswesen arbeitenden Berufsleute anfallenden Steuererträge und AHV-Beiträge noch dazugerechnet werden. Ebenso die wiedererlangte Kaufkraft des Patienten, mit der er am Konsumkreislauf teilnehmen kann.

Ohne diesen erweiterten Nutzen und ohne die anderen erwähnten, aber nicht bezifferbaren Nutzwerte ergibt die Kosten/Nutzen-Rechnung einen Nutzenüberhang von 850'000 Franken, der in der ökonomisch verkürzten reinen Gesundheitskostenrechnung nirgends sichtbar wird!

Menschliche Werte

Die menschlichen Werte im obigen Fallbeispiel zeigen sich darin, dass der Patient zu sich selbst in positiver Wertschätzung zurückgefunden hat. Das bedeutet: positive Lebensenergie, guter Selbstwert, freudige Teilnahme am menschlichen Beziehungsgeschehen, Erlangung eigener Unabhängigkeit emotional und finanziell, Befreiung von identifikatorisch bedingter Selbsterniedrigung und Selbstschädigung. Insgesamt ein fundamentaler Wandel.

Das bedeutet, dass auch die ärztliche Arbeit von menschlichen Werten geleitet war: Verständnis und Teilnahme am seelischen Leiden des Patienten, ehrliches Offenlegen der seelischen Mechanismen und der bewussten und unbewussten Antriebe, das Festhalten und Verteidigen der (Therapie-)Beziehung als positiven Wertes gegen alle Entwertung patientenseits, das Resistentbleiben gegenüber der vom Patienten «angebotenen» Hoffnungslosigkeit, wohlwollende Geduld und langer Atem.

Der menschliche Lohn dieser 8-jährigen Arbeit ist das Erleben dieser so befriedigenden Entwicklung, das Wissen und Erleben, dem Patienten eine lebenswichtige Hilfe gewesen zu sein, aber auch als Helfer nicht mehr nötig zu sein und doch im Leben des Patienten Wichtigkeit zu behalten.

Ein Einschub

Es darf nicht verschwiegen werden, dass der oben beschriebene Ablauf (ökonomisch und menschlich) spektakulär ist; aber ein Einzelfall ist es auch wieder nicht. Die Wirkungen der Therapien werden jedoch oft vor allem auf der menschlichen Ebene sichtbar, sei es, dass eine seelische Entwicklung möglich wird, sei es, dass eine Begleitung dem Patienten einfach ermöglicht, «weiterzumachen». Wenn ein Patient dank Therapie seine Arbeitsstelle weiter ausfüllen und behalten kann, bleibt dieser Nutzen ökonomisch stumm. Nur die Kosten erblicken das Licht.

Die öffentliche Meinung ist schon lang überzeugt, dass die Gesundheitskosten (zu) hoch sind. Als diese Diskussion begann, habe ich eine Zeitlang jeden Patienten mit den Kosten seiner abge-

schlossenen Behandlung konfrontiert und ihn nach seiner Meinung gefragt. Mehrere Patienten ärgerten sich – Geld sei doch kein Thema, ohne Therapie würde er/sie nicht mehr leben. Eine Patientin meinte, diese Frage sei lächerlich: «Ich habe eine Freundin, die sich für diesen Betrag eine Schönheitsoperation geleistet hat, und Sie arbeiteten 3 Jahre mit mir.»

Ich stelle diese Frage schon lange nicht mehr, obwohl die Gesundheitskosten in

Politik und Medien ein Dauerthema geblieben sind. Es ist mir klar geworden, dass die beiden Werte-Ebenen der Ökonomie und der Menschlichkeit nicht miteinander vereinbar sind, wenn sie derart strikt getrennt werden. Ich finde es nicht zielführend, wenn die Ökonomie frei von jeder Menschlichkeit ist, ebenso wenig aber auch, wenn die Menschlichkeit bar jeder ökonomischen Betrachtungsweise ist. Ein Gegensatz, ein Konfliktfeld bleibt es auf jeden Fall. Die Frage ist, was

die Gesellschaft insgesamt höher gewichtet.

Dr. med. Peter Kern

Dr. med. Peter Kern ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Mitglied der Synapse-Redaktion

Fragen an Dr. med. Udo Schulte über die Erfahrungen mit dem Globalbudget in Deutschland

«Das Globalbudget ist dysfunktional, nicht zu reparieren und sollte ersetzt werden!»



Dr. med. Udo Schulte

Synapse: Wann und warum wurde in Deutschland das Globalbudget eingeführt?

Dr. med. Udo Schulte: Das Globalbudget wurde 1993 eingeführt und ist nur aus der damaligen

politischen Grosswetterlage zu verstehen. Deutschland steckte nach der teuren und umstrittenen Wiedervereinigung in einer Rezession. Bundeskanzler Helmut Kohl verteidigte den «Rheinischen Kapitalismus» des sozialen Ausgleichs. Er fürchtete eine politische Destabilisierung in der turbulenten Nachwendezeit. Zur Beruhigung der Marktliberalen erdachte man zur Senkung der Gesundheitskosten das Globalbudget. Es war einfach, klar, logisch, leicht verständlich und falsch. Das macht es in der Politik so beliebt.

Mit stagnierenden Mitteln steigende Anforderungen zu erfüllen, ging erwartungsgemäss schief. Es führte zu teilweise slapstickhaften politischen Verdecktungen und abenteuerlichen Transaktionskosten. 1998 erbt die SPD diese Ruine und perfektionierte das hinterlassene Chaos des politischen «Gegners». Mit energischem «mehr Dasselben» merzte sie Reste an Sinnhaftigkeit aus und zahlt an dem politischen Preis bis heute.

Wer waren die Initianten des Projekts Globalbudget?

Alle bestimmenden politischen Kräfte zollten ihren Tribut an den damaligen

Zeitgeist des angelsächsischen Marktliberalismus, fürchteten jedoch den Zorn der Betroffenen. So versuchte man «Kostensenkung auf einfachem Wege» durch das Globalbudget, ohne die Komplexität des Projektes zu begreifen.

Zu welchem Zweck und mit welchem Ziel wurde das Globalbudget eingeführt?

Die Arbeitgeber zahlen 50% an die Sozialversicherungskosten. Jede Kostensteigerung gilt als Gefährdung internationaler Wettbewerbsfähigkeit und damit deutscher Raison d'être. Das Ziel war eine Senkung der Betriebskosten der «Deutschland AG».

Die Politik betreibt ein genuin politisches Geschäft, indem sie in die Verteilung des erarbeiteten Wohlstands eingreift.

Welche (Zwischen-)Bilanz ziehen Sie heute aus Ihrer Sicht? Was hat sich bewährt, was nicht?

Im Gegensatz zur einfachen und populären Budgeteinführung übersteigt seine funktionale Gestaltung offensichtlich die Möglichkeiten demokratischer Politik. Jeder von den Verfechtern postulierte Benefit wurde durch die überbordenden Administrationskosten des Systems mindestens kompensiert. Das zeigt ein Vergleich der Kostenentwicklung in der unbudgetierten Schweiz und in Deutschland von 1993 bis heute.

Die Bilanz ist verheerend für die Motivation der Akteure und die Qualität und Effizienz der Versorgung. Das Globalbudget ist dysfunktional, nicht zu reparieren und sollte ersetzt oder gestrichen werden.

Wer hat davon profitiert? Wer sind die Verlierer?

Profitiert haben der juristische und der Verwaltungssektor der deutschen Volkswirtschaft. Ihr Aufwuchs im Gefolge der Budgetverwaltung hat die deutsche Arbeitslosenstatistik markant bereinigt. Profitiert haben weiterhin die technik- und industrienahen Sektoren der ambulanten Medizin, denen administrativ immer grössere Anteile der Budgets zugesteuert wurden.

Grosse Verlierer sind konservativ tätige Ärzte, deren Einkommen teuerungsbereinigt heute sehr deutlich unter dem von 1993 liegt. Folge ist dort ein schmerzender Nachwuchsmangel, besonders prägnant bei den Hausärzten.

Die grössten Verlierer sind letztlich die Versicherten, die höhere Prämien für eine tiefere Versorgungsqualität aufbringen müssen.

Wie geht es weiter? Welche Zukunft hat das Globalbudget in Deutschland?

Das Globalbudget hat in Deutschland eine glänzende Zukunft.

Seit seiner Einführung ist nicht nur die Zahl der «Gesundheitsökonomien» explodiert. Auch als Auffangbecken für zahllose Beratungs-, Verwaltungs- und Kontrollinstanzen ist es existenzsichernd und damit unverzichtbar geworden.

Wie «verankert» ist das Globalbudget heute innerhalb der deutschen Ärzteschaft, bei den Krankenkassen und in der Bevölkerung?

Innerhalb der Ärzteschaft ist es verankert als Inkarnation der ineffizienten Planwirtschaft und des Überwachungsstaates.