

# Ein wenig Budgetverantwortung, ein bisschen Rationierung?

Eine Erwiderung auf Simonetta Sommaruga

In unserer letzten Ausgabe (Soziale Medizin 3.05, S. 23 ff.) hat sich SP-Ständerätin Simonetta Sommaruga für Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung ausgesprochen. Hier eine Replik des Arztes Christian Jordi, der sich zwar für Ärztenetzwerke ausspricht, aber ohne Budgetverantwortung. Jordi lehnt es entschieden ab, dass patientenbezogene Entscheidungen für Ärztinnen und Ärzte finanzielle Folgen haben sollen. Denn darin sieht er eine verhängnisvolle Abkehr von der ärztlichen Ethik.

Das Modell des Sozialstaates, das noch bis in die 90er Jahre bei allen staatstragenden Parteien unbestritten war, ist in vollem Um- und Abbau begriffen. Es findet eine markante Machtverschiebung zugunsten der Finanzierungsseite (Krankenkassen) statt. Den medizinischen Leistungserbringern (Spitälern, Arztpraxen) wird durch prospektive Finanzierungsmodelle (Finanzierung durch Budgets oder Kopf- und Fallpauschalen im Voraus) zusehends das finanzielle Risiko übertragen. Dadurch werden Anreize zur Unterversorgung und Rationierung gesetzt. «Markt, Wettbewerb, Globalbudgets und Budgetverantwortung» sind die ideologische Begleitmusik zu diesem Um- und Abbau, welche sich auch im Diskurs des «blairistischen» Flügels der schweizerischen Sozialdemokratie findet. Dies zeigt sich im Interview mit Simonetta Sommaruga in der letzten Sozialen Medizin, einer prominenten Vertreterin dieses Parteiflügels.

## Ein Paradigmawechsel in der Medizin

Dass im ambulanten Bereich die Behandlungskette durch Ärztenetzwerke optimiert werden kann, ist unbestritten. Bei der von Sommaruga befürworteten Budgetverantwortung geht es aber um es etwas Qualitativ

teilt werden. Die reinen Kostenvergleiche, welche der Krankenkassenverband ‚santé-suisse‘ im Rahmen der Ärzteratings betreibt, taugen nichts und gefährden die Qualität der ärztlichen Versorgung.<sup>(1)</sup>

Durch die Budgetverantwortung wird nun ein qualitativ neues Kriterium für ärztliches Handeln eingeführt – eines, das sich nur aus der betriebsökonomischen Sphäre herleitet und nicht mehr öffentlich-rechtlich legitimiert und überprüfbar ist wie die Kriterien des KVG. Konflikte sind vorprogrammiert. So kann es fachlich ein Gebot sein, bei einem chronisch Kranken eine (teure) Behandlung vorzunehmen, während der konkrete Arzt mit Blick auf das strapazierte Budget zögert. Oder bei einem Kopfweh-Patienten kann ein MRI ratsam sein, weil Anamnese und klinische Symptomatik atypisch sind. Der Arzt fragt sich aber, ob das im Budget noch drin liegt. Auch wenn sich die Beteiligten «nicht gross [sollen] bereichern können» (Sommaruga in Soziale Medizin 3.05) – der Paradigmawechsel ist vollzogen: während bisher der jeweils konkrete Patient mit seiner Krankheit und das medizinisch Notwendige das für den Arzt oder die Ärztin handlungsleitende Kri-

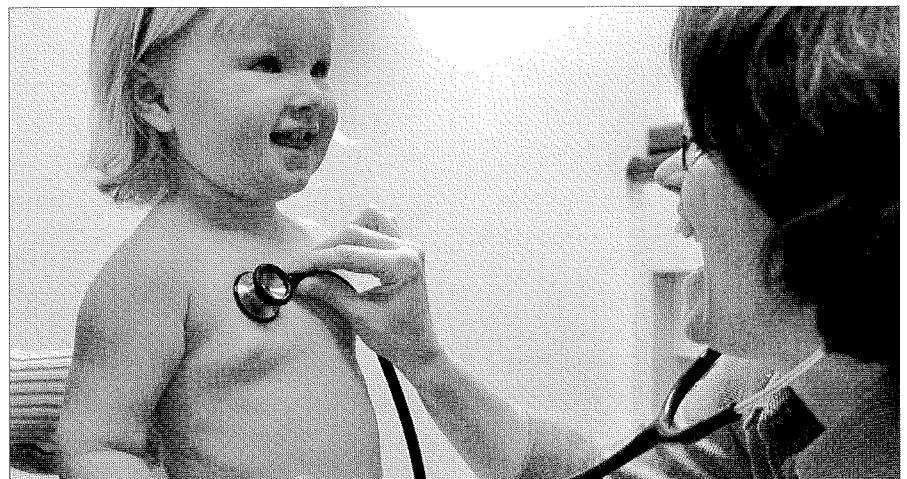


Foto: flickr/dmason

völlig anderes. Bisher musste eine ärztliche diagnostische oder therapeutische Entscheidung dem in Art. 32 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) festgeschriebenen Gebot der «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» genügen. Bei umstrittener Wirksamkeit und Zweckmässigkeit sind Wissenschaft und Forschung Orientierungshilfen zur Klärung, die Wirtschaftlichkeit kann anhand von Statistiken über die Morbitätszusammensetzung beur-

terium war, drängt sich nun in der Gestalt der Budgetverantwortung ein ökonomisches Kriterium in den Vordergrund. Während bei der retrospektiven Finanzierung bei einem diagnostischen Zweifelsfall wie beim erwähnten Kopfweh-Patienten ohne grösseres Zögern ein MRI veranlasst wird – zugunsten der Sicherheit möglicherweise eines zuviel –, treten bei der prospektiven Finanzierung die ökonomischen Kriterien in den Vordergrund und es wird kein MRI veranlasst – zugunsten

des Budgets möglicherweise (und fatalerweise) eines zu wenig.

Die Rationierung als Verweigerung medizinisch sinnvoller Leistungen wird sich durch die Hintertüre der Budgetverantwortung in Szene setzen. Bei einem Paradigmawechsel gibt es so wenig wie bei einer Schwangerschaft ein «nur ein bisschen – nicht zuviel». Der Gedanke an das Budget wird die Arzt-Patienten-Beziehung nachhaltig verändern. Die Subjektivität und die Bedürfnisse des konkreten Patienten müssen stets gegen die Folie der Budgetvorgaben gelesen werden. Der Patient seinerseits wird sich stets fragen müssen: Werden mir (teurere) Behandlungsalternativen verschwiegen? Nimmt sich der Arzt/die Ärztin genug Zeit? Hat er jetzt gerade unter Budgetdruck so und nicht anders entschieden? Naturgemäss Fragen, die sich vor allem alte, chronisch kranke und polymorbide PatientInnen stellen werden.

## Mystifizierung der Arzt-Patienten-Beziehung

HMOs und Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung stellen sich gerne dar als in der medizinischen Entscheidungsfindung unabhängig von ökonomischen Kriterien. Damit betreiben sie eine eigentliche Mystifizierung der Arzt-Patient-Beziehung, eine Mystifizierung, welche sich gemäss dem Ethnopsychiater Erich Wulff aus der Situation ergibt, «ökonomischen Motiven folgen zu müssen und diese doch zu verleugnen.»(2) Es bestehen keine Zweifel: Mit der Budgetverantwortung werden ethische Standards in Frage gestellt, nämlich das Wohlergehen des Patienten über die eigenen finanziellen Interessen zu stellen.

Auch wenn sich Sommaruga den Vergleich mit den USA verbittet, ist es dennoch jenes Land, wo die Auswirkungen der HMOs und Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung in vivo studiert werden können. Dabei zeigt sich:

- eine Standardisierungstendenz: Die medizinische Arbeit wird mit unterschiedlicher Verbindlichkeit normiert. Dazu tragen auch Finanzierungsformen wie diagnosebezogene Fallpauschalen bei.
- eine informationelle Durchdringung der Arzt-Patient-Beziehung, die Aufbereitung medizinischer und wirtschaftlicher Daten, sowie die Herstellung patienten- und arztbezogener Kostenrechnungen zwecks Identifikation von Verlust oder Gewinnfällen.

## Der Patient seinerseits wird sich stets fragen müssen: Werden mir (teurere) Behandlungsalternativen verschwiegen? Nimmt sich der Arzt/die Ärztin genug Zeit? Hat er jetzt gerade unter Budgetdruck so und nicht anders entschieden?

- eine betriebswirtschaftliche Steuerung der Arzt-Entscheidungen bei Diagnose, Therapie, Pflege, Überweisung usw.
- ein Anstieg des Verwaltungsaufwandes, insbesondere Zunahme von Verwaltungs- und Berichtstätigkeit des patientenbezogenen Personals (3).

## Unkritischer Wettbewerbsglaube

Um alte, chronisch kranke Menschen findet kein Wettbewerb statt, weder seitens der Krankenkassen noch seitens der Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung. Es ist blauäugig zu glauben, bei einem ausgefeilten Kassenwettbewerb oder morbiditätsbereinigten Budgets hätten diese Patienten keine Nachteile zu erwarten. Durch einen verbesserten Risikoausgleich die Jagd nach «guten Risiken» zu begrenzen, ist das eine. Den «schlechten Risiken» aber tatsächlich integrierte und qualitativ hochstehende Behandlungsnetze anzubieten, ist das andere. Denn solche Versorgungsstrukturen wären zwangsläufig kostenintensiv. Und je besser sie wären, umso grösser wäre das Risiko, teure Patienten anderer Kassen und Ärztenetzwerke anzulocken. In Deutschland kommt eine Studie des Sachverständigenrates zum Schluss, dass die Krankenkassen die in Modellstudien gewonnenen Erkenntnisse über die Verbesserung der Versorgung «oftmals nicht, verzögert oder partiell transparent gemacht [haben], um sich Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Leistungsanbietern und Kostenträgern zu sichern.»(4). Aus denselben Wettbewerbsgründen haben die Krankenkassen auch kein genuines Interesse an Primärprävention – abgesehen von publikumswirksamen Marketingstrategien, welche sich wiederum an «gute Risiken» wenden. Bei kostenintensiveren primärpräventiven Strategien wäre zu unsicher, ob der gesundheitliche Benefit nicht bei einem Kas-

senwechsel der Konkurrenz zugute kommt. Der Gesundheitsökonom Thomas Gerlinger folgert deshalb: « Der Kassenwettbewerb etabliert also offenkundig ein Anreizsystem, das die Entwicklung und Diffusion effizienter Versorgungsmodelle eher behindert als fördert.» (5). Die gleichen Feststellungen gelten wohl auch für Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung.

Die Zukunft gehört Ärztenetzwerken als horizontale und vertikale Integration der Versorgungskette, als kollegial-kooperative und berufsübergreifende Form des Zusammenarbeitens, wo es darum geht, sich optimal arbeitsteilig auf die Subjektivität des Patienten einzulassen und wo diagnostische und therapeutische Entscheidungen nicht mit unterschiedlichen Einkommenschancen belastet sind.

Aus ethischer Sicht muss das medizinisch Notwendige uneingeschränkt Richtschnur für ärztliches Handeln bleiben. Um seine Definition muss im klinischen Alltag immer wieder gerungen werden – materielle Anreize für ein Zuviel oder Zuwenig an diagnostischem oder therapeutischem Aufwand sind Hindernisse dabei.

**Christian Jordi**

Dr. med., Arzt für Allgemeine Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Mitglied der VUA (Vereinigung Unabhängiger ÄrztInnen), Zürich

(1) M. Romanens: Schadet das Ärzterating der medizinischen Grundversorgung? (SÄZ 2005; 86 Nr 32/33)  
(2) E. Wulff: Der Arzt und das Geld. Der Einfluss von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Das Argument 69 Dezember 1971 S. 955-970  
(3) Hagen Kühn: Medizinische Versorgung im Wandel – Entwicklungstendenzen in medizinischen Versorgungssystemen westlicher Länder Berliner Medizinethische Schriften, Berlin 1998  
(4) Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) 2002: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Baden-Baden  
(5) Thomas Gerlinger: Ein Schritt vorwärts – zwei Schritte zurück? Rot-grüne Gesundheitspolitik 1998-2003, PRO-KLA 132, Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 3/0