

Globalbudget ist ein Irrweg – der Schweizer Pilotversuch zeigt es

Jürg Unger-Köppel

Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Stationäre Versorgung und Tarife



Wenn sich die Tarifpartner nicht einigen, greift die Politik ein. Als neue düstere Wolke am Horizont droht das Globalbudget. Um ihre Positionen zu rechtfertigen, schauen Befürworter und Gegner nach Deutschland, Kanada und in andere Länder. Aber besser wäre, die Resultate des Pilotversuchs eines ambulanten Globalbudgets, der in der Schweiz bereits seit 2004 durchgeführt wird, zur Kenntnis zu nehmen. Denn er zeigt die Auswirkungen innerhalb des schweizerischen Gesundheitswesens auf:

In der ambulanten institutionellen Psychiatrie für Kinder und Erwachsene gilt seit Einführung des TARMED im Jahr 2004 ein faktisches Globalbudget, weil die mit TARMED im reinen Zeittarif erzielbaren Einnahmen nur 40–70% der Kosten decken und der Rest durch den Kanton bezahlt werden muss. Da der Tarif auf den Kosten einer Einzelpraxis von 1997 ohne IT und Unterstützung durch eine MPA basiert, sind die steigenden Kosten für die IT, die steigenden Löhne und der ganze administrative und führungsmässige Überbau nicht gedeckt. Die Anstellungsverträge setzen die Stunden der Mitarbeitenden pro Woche fest. Die Anzahl der Stunden, die den Patienten zur Verfügung gestellt werden können, wird demnach durch die

Wegen des Globalbudgets werden Notfälle und Krisen zuerst behandelt. Für längerfristige Behandlungen gibt's lange Wartefristen.

Summe der Pensen der angestellten klinisch tätigen Mitarbeitenden bestimmt. Weil die Kosten für die Mitarbeitenden aus den TARMED-Einnahmen aber nicht gedeckt werden können, braucht es für jede einzelne Stunde einen ergänzenden kantonalen Beitrag, der meist in Form der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) ausbezahlt wird. Da die GWL durch die Kantone beschränkt werden, kann sich das Angebot der institutionellen ambulanten Psychiatrie nicht an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten. Vielmehr sind die Institutionen gezwungen, mit diesem faktischen Globalbudget das zu tun, was möglich ist: Zuerst müssen

die Notfälle und die Patienten in Krisen versorgt werden. Längerfristige, erfolgsversprechende Behandlungen (die Psychiatrie erzielt eine durchschnittliche Erfolgsrate von 70%) können viel zu wenige angeboten werden oder nur nach langen Wartefristen. Die Mitarbeitenden fühlen sich hilflos, weil sie die Probleme der Patienten sehen, aber keine zeitlichen Ressourcen haben, um Hilfe anzubieten. Und Kinder wie Erwachsene, die eine gute Chance auf eine Heilung oder zumindest auf eine Linderung ihres psychischen Leidens hätten, bleiben unbehandelt oder ungenügend behandelt, weil die Kapazitäten in den psychiatrischen Praxen zu klein sind.

Das faktische Globalbudget in der ambulanten institutionellen Psychiatrie in der Schweiz ist eine Misserfolgsgeschichte.

Alle predigen «ambulant vor stationär». In der Psychiatrie liegen zwischen ambulant und stationär die Tageskliniken, die gemäss KVG als ambulante Einrichtungen gelten. Sie verkürzen oder vermeiden teurere stationäre Behandlungen. Auch die Tageskliniken benötigen GWL, um kostendeckend zu arbeiten. Weil diese in den Kantonen gekürzt werden, wurden bereits erste Tageskliniken geschlossen und die Patienten wieder vermehrt hospitalisiert. Dies ist teurer und verschlechtert die langfristige Prognose der betroffenen Patienten. Der seit 2004 laufende Pilotversuch mit dem faktischen Globalbudget der ambulanten institutionellen Psychiatrie in der Schweiz ist eine Misserfolgsgeschichte. Diese Idee stellt einen Irrweg dar! Aktuell steht das Globalbudget im ambulanten Bereich auf der politischen Agenda. Für die Tarife ist es wichtig, dass die Tarifpartner weiterhin gemeinsam Lösungen erarbeiten und nicht als «Tarifgegner» in Grabenkämpfe verfallen. So kann das Globalbudget als ungeeignetes Instrument im Bereich der stationären und der ambulanten Versorgung vermieden werden. Dies wäre gut für die Patienten.