

SGA - Tipp 2/02

Herausgegeben von der Schutzgemeinschaft für Ärzte (SGA)

Präsident: Dr. med. Otto Frei, Felsenrainstrasse 1, 8052 Zürich, Tel. 01 300 60 66 Fax 01 300 60 67

Redaktion: Dr. iur. Dieter Daubitz, Mühlenplatz 11, 6004 Luzern, Tel. 041 410 35 02 Fax 041 410 38 41

6. Jahrgang, Nr. 2, Mai 2002, erscheint vierteljährlich

Aufhebung des Vertragszwanges: Folgen für den Arzt

Herr Dr. med. Walter Häuptli, Tarifbeauftragter der FMH, hat anlässlich der Generalversammlung der SGA vom 23. Mai 2002 in Luzern zum eingangs erwähnten Thema referiert. Aufgrund diverser Anfragen unserer Mitglieder haben wir beschlossen, das Referat, welches Herr Dr. med. Häuptli uns freundlicherweise überlassen hat und wofür wir uns bei ihm herzlich bedanken möchten, im SGA-Tipp zu veröffentlichen.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Es ist unbestritten, dass die Kosten des Gesundheitswesens seit Jahren stärker als die Teuerung wachsen, nämlich um etwa 80 % und somit rund 4 mal rascher als der Landesindex für Konsumentenpreise in den letzten zehn Jahren. Diese Entwicklung ist aber in keiner Weise spezifisch schweizerisch, sondern lässt sich in allen hochentwickelten europäischen Ländern Europas ähnlich und unabhängig vom jeweiligen Gesundheitswesen nachweisen. Die Gründe dafür liegen in der analogen demographischen Entwicklung dieser Länder und im medizinischen Fortschritt. Selbstverständlich hat diese Entwicklung dementsprechend zu einem Anstieg der Krankenkassen-Prämien geführt (Beilage 1: Kosten- und Prämienentwicklung 91 - 00).

Der Prämienanstieg beträgt ebenfalls etwa 80 %. Dies belastet die privaten Haushalte enorm. Zwar hat die Prämienverbilligung bei unteren und mittleren Einkommen für Erleichterung gesorgt. Allmählich nähert sich aber auch der Mittelstand der Grenze der Prämienbelastbarkeit. Die Prämienlast ist es denn auch, was der Bevölkerung am meisten Sorgen bereitet, kaum der zusätzliche Anstieg der Selbstbehalte von 11.5 % auf 15.8 % innerhalb von 10 Jahren.

Ebenfalls Besorgnis verursacht das rasche Wachstum der gesamten Gesundheitskosten, also inklusive Subventionen, Selbstbehalte, Anteil der öffentlichen Hand an den Spitalkosten, Prävention (Quelle Bundesamt für Statistik). In der Zwischenzeit haben sie 40 Mia im KVG Bereich pro Jahr überschritten und 11 % des BIP erreicht. Wir haben zu D aufgeschlossen. Nur die USA lassen sich nicht einholen. Und dies belastet die Volkswirtschaft. Gewisse sagen, dass hier die Toleranzgrenze erreicht sei und drängen auf kostendämpfende Massnahmen.

Es ist also eine ernste Situation, die fordert, nun durchzusetzen, was das neue KVG versprochen, aber nicht gehalten hat. Andere Massnahmen wie Erhöhung und wählbare Franchise haben ebenso versagt, wie die eingeschränkte Arztwahl. Letztere aus Gründen von Akzeptanz in der Bevölkerung und fehlenden Sparpotential wie die Aufhebung der Hausarztmodelle und die Auflösung diverser HMO's durch die Krankenkassen belegen. Nachdem Lösungen wie Numerus clausus und Bedürfnisklausel sich nicht durchsetzten, steht nun die Auflösung des Kontrahierungszwangs zur Diskussion. Förderung des Marktes argumentieren die einen, Kostendämpfung durch Einschränkung der Menge und vor allem Elimination der schwarzen Schafe andere.

Markt

Die Auflösung des Kontrahierungszwangs soll nur die frei praktizierende Ärzteschaft betreffen, nicht aber die Ärzte in den Spitalambulatorien. Nachdem Frau BR Dreifuss lange grundsätzlich gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwanges war, wäre sie neuerdings mit der Beschränkung auf Spezialisten einverstanden. Aber wird derart mit der Auflösung des Kontrahierungszwangs tatsächlich freier Markt entstehen. Wohl kaum! Ein ausgeprägtes Ungleichgewicht entstünde zwischen der Macht der Zahlstelle, d.h. der Kassen und dem Arzt, denn die Stärke zwischen frei praktizierendem Arzt und Versicherer ist keineswegs ausgeglichen. Schliessen sich die Ärzte zur Milderung dieses Missverhältnisses zusammen, so riskieren sie den Vorwurf des Kartells. Bei Nicht-Kontrahierung haben das Krankenversicherungs-Obligatorium und fehlende Privatversicherung im ambulanten Bereich faktisch ein Berufsverbot des nicht kontrahierten Arztes zur Folge. In dieser Situation wird der Arzt durch die Versicherer erpressbar. Dies wissen die Versicherer genau. Und es besteht kein Grund anzunehmen, dass sie nicht machtvoll darauf pochen werden.

Das Missverhältnis von monopolisierter Macht mit daraus resultierendem Preisdiktat ist für die frei praktizierenden Ärzte inakzeptabel, absolut inakzeptabel ist das faktische Berufsausübungsverbot nach abgeschlossener Aus- und Weiterbildung von durchschnittlich 15-20 Jahren bei fehlender Kontrahierung. Vor allem aus diesen Gründen wurde die Auflösung des Kontrahierungszwangs in einem juristischen Gutachten als nicht angemessen beurteilt.

Natürlich, zur Milderung dieser Härte soll eine paritätische Kommission zwischen Ärzten und Versicherern Kriterien festlegen und danach entscheiden. Die Erfahrung lässt am Gelingen dieses Unternehmens zweifeln. Zu unterschiedlich sind Sichtweisen und

Interessen. Eine solche paritätische Kommission wird also in den allermeisten Fällen nicht entscheiden können. Über den Beschwerdeweg dürfte im einen oder andern Fall der Regierungsrat involviert werden. Doch wie wird dieser entscheiden, nach welchen Kriterien? Wir alle und auch die Regierungen wissen um die Schwierigkeit der Definition von medizinischer Qualität. Sie werden also beim bereits praktizierenden Arzt einen Blick auf die verursachten Kosten und beim neuen Arzt auf seine Ausbildung werfen, schliesslich wohl aber vor allem aufgrund des Bedürfnisses entscheiden. Und damit sind wir beim Plan. Es besteht Grund genug anzunehmen, dass die Idee von Markt im Vollzug beim Plan endet (Beilage 2: Urteil).

Die Auflösung des Kontrahierungszwang ist in ihrer Auswirkung mit einem freiheitlichen Gesundheitssystem nicht zu vereinbaren. Sie hätte ein Ungleichgewicht der Macht zwischen Krankenversicherer und Ärzten und eher Plan als Markt zur Folge.

Menge

Die Einschränkung der Ärztezahl hätte sicher Auswirkungen, doch sind diese schwer voraussehbar. Natürlich, schwarze Schafe gibt es wie in allen andern Berufszweigen. Die Ausmerzung dieser würde die Kosten bestimmt nur unbedeutend senken. Weniger sicher ist aber, ob damit wirklich nur die ungerechtfertigt Teureren getroffen würden. Sicher ist auch, dass jeder weitere Arzt dem Krankenversicherer heute jährlich Fr. 500'000.- kostet, nur wissen wir damit nicht, ob es den Arzt braucht oder nicht. Sicher ist zudem, dass die Kosten pro Versicherten in Abhängigkeit der Ärztedichte zunehmen (Beilage 3: Menge – Kosten).

Doch bereits bei der Auflistung von fünf ausgewählten Kantonen leidet die Zuverlässigkeit dieser Aussage. Genf hat trotz bloss zweit höchster Ärztedichte deutlich höhere Kosten pro Arzt und Erkrankten. Und aufgrund zuverlässiger Berechnung ist mit praktischer Sicherheit anzunehmen, dass die Differenz der Kosten zwischen Luzern und Basel ausschliesslich durch das unterschiedliche Durchschnittsalter bedingt ist. So scheint es, dass in Basel die Ärzte wegen der Überalterung und zur Behandlung Ausserkantonaler, die in der Stadt arbeiten, nötig sind. Und was begründet die hohe Ärztedichte in GE? In GR spielt die Geographie bestimmt eine massgebliche Rolle.

Damit soll der Zusammenhang zwischen Angebot und Kosten nicht geleugnet, sondern dargelegt werden, dass die gegenwärtige Datenlage meist keine eindeutigen Aussagen zulässt und dass gegenüber der Betrachtung der Kosten, bezogen auf einen einzigen Parameter Vorsicht angezeigt ist, zudem bezüglich Detaillierungsgrad die Datenlage im Gesundheitswesen als äusserst mangelhaft bezeichnet werden muss. Differenzierte Kosten-Nutzen-Betrachtungen sind schlicht nicht möglich.

Vor diesem Hintergrund lässt sich der Bedarf an Ärzten nicht zuverlässig beziffern. Hinweise regionaler Überversorgung gibt es zwar, doch auch von Unterversorgung. Eine generelle Reduktion von 20 % gemäss Versichererkreise dürfte aber mit Sicherheit zu weitläufiger Unterversorgung führen. Auf Grund der heutigen Datenlage lässt sich ein Ärzteüberschuss kaum ableiten. Hohe Lebenserwartung der Bevölkerung, Demographie und Fortschritt der Medizin sind die Parameter, welche die Menge der medizinischen Leistungen bestimmen. Nicht zufällig liegt die Arbeitszeit der Ärzte in freier Praxis bei weit über 42 h pro Woche. Zusätzlich wird der Notfall- oder Hintergrunddienst geleistet. Dies fordert die zunehmend anspruchsvolle Bevölkerung. Die Patienten wollen einen allzeit verfügbaren Hausarzt, aber auch rasch zum Spezialisten und erwarten von diesen nicht nur gute Betreuung, sondern immer umfassendere Aufklärung.

Somit ist die Auswirkung der Aufhebung des Kontrahierungszwang auf die Kosten aufgrund heutiger Gegebenheit unsicher vorauszusagen. Da schwarze Schafe bereits heute effizient angegangen werden können, dürfte die zusätzliche Kostensenkung marginal sein. So würde die Reduktion des Ärztebestandes in freier Praxis um 10 % theoretisch die Kosten und Prämien um rund 2.5 % senken. Praktisch dürfte die Kostensenkung deutlich marginaler ausfallen, da sich die Patienten durch einen anderen versorgen liessen. Sicher ist, dass mit der damit verbundenen zusätzlichen zeitlichen Belastung des Arztes die Qualität der ärztlichen Behandlung leiden würde. Eine Kostensenkung von weniger als 2.5 %, sofern die Aufhebung des Kontrahierungszwang dies überhaupt bewirken kann, rechtfertigt somit auch aus ökonomischer Sicht die harte Massnahme und das damit verbundene Risiko kaum.

Eine völlig neue Situation entsteht dann, wenn die Gesetze über den freien Personenverkehr in Kraft treten. In Anbetracht der Situation des Gesundheitswesens in D droht der CH eine Überschwemmung mit deutschen Ärzten. Doch selbst dann lehnt die Ärzteschaft die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei derzeitigem Stand der Gesetzesvorbereitung ab. Ja, es bestehen Zweifel, ob sie sich für diesen Fall für die Bedürfnisklausel aussprechen würde. Diese ablehnende Haltung entstand nicht nur aus Rücksicht auf die jungen Kolleginnen und Kollegen. Im Falle der Aufhebung des Kontrahierungszwangs zieht es die Ärzteschaft mindestens vorläufig vor, anstelle der Abhängigkeit von den Versicherern, in Konkurrenz zueinander zu stehen, so wie es bereits jetzt der Fall ist: Untereinander, mit HMO, Spitalambulatorien.

Selbst ein begründetes Nein ist aber in Anbetracht der eingangs als ernsthaft eingestuften Situation problematisch. Es interessiert, was die Ärzteschaft unterstützen würde, welche Massnahmen sie selbst vollziehen will?

Die Ärzteschaft hat sich stets für einen Numerus clausus ausgesprochen. Jede Berufsgruppe steuert auf diesem Niveau. Wieso soll dies nicht bei der Ausbildung angehenden Ärzte geschehen? Ob dies in Anbetracht der rückläufigen Studentenzahlen mit steter Zunahme der Frauenquote und möglicherweise bald drohendem Ärztemangel zur Zeit nötig ist, muss bezweifelt werden. Aber die Überprüfung der Situation und Vorbereitung der Gesetze könnte durchaus sinnvoll sein. Die Ausbildung auf Vorrat, um dann mit einer Bedürfnisklausel oder der Aufhebung des Kontrahierungszwanges einer Plethora vorzubeugen, scheint weder aus Sicht des Einzelschicksals noch der Volkswirtschaft vernünftig.

Die Ärzteschaft begrüsst Markt und erachtet die Entwicklung im Spitalbereich in diesem Sinne für richtig. Die monistische Finanzierung und die Auflösung der Interessenskumulation auf Niveau öffentlicher Spitäler mit dem Ziel gleich langer Spiesse zwischen öffentlicher Hand und Privatanbieter ist überfällig. Aber auch die Ärzteschaft in freier Praxis wäre zu mehr Markt bereit, allerdings nur bei fairen Rahmenbedingungen. Dazu gehören Auflösung des Versicherungsobligatoriums, Wiederaufbau der Privatassekuranz für ambulante Betreuung. Natürlich bedeutet dies eine Abkehr von Grundsätzen des KVG und ihrer offensichtlich zugrundeliegenden Ideologie. Doch Markt würde dies erfordern, reagiert er doch auf Angebot und Nachfrage. Niemals aber wird er gedeihen unter den staatlich legitimierten Eingriffe eines allmächtigen Players in Form der Kassen.

Wir würden eine Beschränkung des Pflichtleistungskataloges auf das Wesentliche mit dem Ziele einer Absenkung der Grundversicherungsprämie und damit wiederum vermehrter Möglichkeit zu individuell zusammengestellten Privatpaketen begrüssen. Natürlich bedeutet auch dies eine Abkehr von ideologischen Grundsätzen. Sollte die politische Auseinandersetzung diesen Weg deshalb ablehnen, so sollten künftig mindestens die Kosten bei jeder neuen Pflichtleistung transparent ausgewiesen und kommu-

niziert werden. Es geht doch künftig nicht an, dass Pflichtleistungen erhoben werden, ohne dass die ausgelösten Kosten vor Entscheid vorliegen und der damit verbundene Einfluss auf die Prämie bekannt gegeben wird.

Wir setzen uns für die stetige Verbesserung der Fort- und Weiterbildung mit dem Ziel qualitativ hochstehender Medizin ein.

Wir bekennen uns zur einheitlichen Tarifstruktur mit landesweiter Vergleichbarkeit. Wir sind bereit zu angemessener Entlohnung aufgrund von Ausbildung und beruflicher Anforderung weiterhin solidarisch das beste Gesundheitswesen auf diesem Kontinent zu tragen. Und wir tragen zunehmend bei zur Verbesserung der Datenlage durch eigene Datensammelstellen, damit wir auf Grund von harten Fakten lernen, unser Gesundheitswesen zu verbessern und finanziell tragfähig zu gestalten.

Wir sind nicht mehr bereit auf Grund oberflächlicher, wenig fundierter Betrachtungen Opfer zu bringen, welche sich später nur schwer korrigieren lassen. Ich verweise auf die Leidensgeschichte KVG. Die Ärzteschaft ist auch nicht mehr bereit - erlauben Sie mir zum Schluss diese Bemerkung - bei jeder Gelegenheit als Abzocker und ähnlichem bezeichnet zu werden. Der täglich geforderte Idealismus legitimiert sie zu diesem Wunsch.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.