

Aufhebung des Kontrahierungszwanges – Chance und Risiko zugleich für die Partner im Gesundheitswesen

M.-A. Fischer

Obwohl es durch den Rückzieher des Bundesrates im Moment etwas ruhiger um den Kontrahierungszwang geworden ist, dürfen wir uns nicht in falscher Sicherheit wiegen. Die Versicherer und engagierte Politiker werden dessen Abschaffung weiter vorantreiben. Wir Ärztinnen und Ärzte tun gut daran, uns rechtzeitig damit auseinanderzusetzen!

Tatsachen und Mythen

Es mag zum politischen Alltag gehören, dass Sachverhalte je nach Absicht mehr oder weniger gewichtet werden. Gefährlich wird es, wenn aus einer Einzelbeobachtung unkritisch weitreichende Schlüsse gezogen werden. Die unbestrittene Beobachtung, dass die Gesundheitsausgaben linear der Ärztedichte folgen, führte bisher kaum widersprochen zum (Trug-) Schluss, dass durch Stabilisierung oder gar Senkung der zweiten die Ausgaben in den Griff zu bekommen wären. Kaum jemand stellt sich jedoch die Frage, ob nicht eine ungenügend befriedigte Nachfrage nach medizinischen Leistungen die eigentliche Wurzel des Übels sein könnte. Zutreffenderweise wird festgestellt, dass das Gesundheitswesen einen angebotsgesteuerten Markt darstellt. Daraus zu folgern, dass eine Regulierung über das Angebot zu erfolgen habe, ist jedoch gefährlich. Marktwirtschaftliches Denken bedeutet, Angebot und Nachfrage in Übereinstimmung zu bringen. Anders ausgedrückt muss sich der kritische Beobachter die Frage stellen, weshalb die Nachfrage nach medizinischen Leistungen scheinbar ungebremst weitersteigt und auch in Gebieten mit extremer Angebotsdichte keine Sättigung zeigt.

Korrespondenz:

Dr. med. Max-Albrecht Fischer
Allgemeine Medizin FMH
Brestenbergstrasse 21
CH-5707 Seengen

Bringen medizinische Untersuchungen und Behandlungen derartigen Lustgewinn, dass nur eine künstliche Angebotsverknappung Rettung verspricht? Einfache Antworten auf diese Fragen sind erwünscht, aber nicht möglich. Neben der stetigen Ausweitung des Leistungskataloges (ich weise stellvertretend auf die milliardenschweren Mehrausgaben für die spital-externe Krankenpflege hin) spielt sicher die Tatsache eine zentrale Rolle, dass nicht jener zahlt, welcher konsumiert. Die tägliche Praxis zeigt zur Genüge, dass der Sparwille und die Einsicht rapide sinkt, wenn es um das eigene Wohl und die verborgenen Ängste geht. Das durch die Massenmedien verbreitete Halbwissen über mögliche noch weitere und kostspieligere Angebote des Gesundheitsmarktes trägt das Ihrige zum Anspruchsverhalten bei. Eine Einschränkung des Angebotes wird diese Bedürfnisse und Ansprüche nicht vermindern, sondern höchstens verzögern. Dass dabei auch notwendige Untersuchungen und Behandlungen wegen Wartelisten zu spät erfolgen könnten, sei nur am Rande erwähnt. Der Praktiker wird auch weiter unter Druck stehen, diese Bedürfnisse zu befriedigen, will er seine Kundschaft nicht verlieren.

Die heutigen Pläne sehen vor, dass die Versicherer zu entscheiden haben, wer auch künftig vertragsberechtigt sein wird. Er übernimmt gewissermassen vormundschaftlich die Auswahl der Leistungserbringer für seine Klienten. Offen ist bisher geblieben, nach welchen Kriterien dies geschehen soll. Die Behauptung ist nicht vermessend, dass aus heutiger Sicht die Versicherer gar nicht in der Lage sind, die Leistungserbringer bezüglich Qualität auch nur rudimentär zu beurteilen. Die Konkordatsstatistik, welche ausschliesslich die Rechnungsstellung des einzelnen Leistungserbringers ohne Einbezug der Gesamtkosten berücksichtigt, ist von kompetenterer Seite in ihrer Fragwürdigkeit entlarvt worden (Prof. A. Dubay, Prof. F. Dufresne, HEC Lausanne, Feb. 2000). Höhere Qualität kann durchaus auch teurer und im Krankheitsverlauf wirtschaftlicher sein. Wer von Versicherern spricht, muss sich darüber hinaus bewusst sein, dass damit eine Unzahl von sehr grossen bis winzig kleinen Kassen die Rede ist. Ob sich diese zu einem einheitlichen Katalog von honorarberechtigten Vertragspartnern einigen könnten, ist aus heutiger Sicht mehr als fraglich. Wäre dies nicht der Fall, so entstünde fraglos ein unüberschaubares Wirrwarr von abgeschlossenen, widerrufenen und noch ausstehenden Einzelverträgen.

Es gibt kaum eine Verlautbarung in Sachen Gesundheitswesen, welche nicht die Mythen der freien Arztwahl und die Ablehnung einer Zweiklassenmedizin zelebriert. Dabei wissen die Verantwortlichen genau, dass jede Limitierung der Leistungserbringer auch eine Einschränkung der freien Arztwahl bedeutet. Die Zweiklassenmedizin wird schon seit jeher praktiziert, hat doch nur der privat Versicherte garantierten Zugang zum Chefchirurgen oder zum Privatspital des Superspezialisten.

Chance für Managed Care

Ständerat Philipp Stähelin gibt in seinem bemerkenswerten Artikel (NZZ, 12.9.2000) den Gatekeeper-Modellen grossen Kredit als Steuerungsinstrument im künftigen Gesundheitsmarkt. Ich möchte seine Idee weiterspinnen und darlegen, wie die einleitend erwähnten Probleme angegangen werden könnten. Zuvor sollten aber einige Tatsachen klargestellt werden: Eine Bändigung der steigenden Kosten im Gesundheitswesen ist nicht ohne Verzicht auf bisher unverrückbare Rechte zu haben. Dazu gehören freie Arztwahl, schrankenloser Leistungskatalog und unbeschränkter Zugang zur Spitzenmedizin. Als Gegenleistung haben die ins Zentrum gestellten Gatekeeper eine qualitativ hochstehende, zweckmässige und den individuellen Bedürfnissen angepasste Medizin zu garantieren.

Der gewünschte Steuerungseffekt setzt voraus, dass die Grundversicherung Gatekeeping *zwingend* vorschreibt. Wer weiter Leistungen nach eigenem Gutdünken beziehen will, soll die damit verbundenen Mehrkosten künftig durch Zusatzversicherungen finanzieren. Die Grundversorger, beziehungsweise deren Organisationen (Hausarztnetze), übernehmen in Zusammenarbeit mit den Versicherungen und Patientenorganisationen die Aufgabe der Qualitätssicherung und bilden mit ausgewählten Spezialisten und Spitälern Behandlungsketten. Durch ihre zentrale Stellung und ihr Fachwissen sind sie am besten

in der Lage einzuschätzen, welche Leistung und welcher Leistungserbringer in der Langzeitperspektive die effektivste und kostengünstigste Lösung darstellen. Die Kontrahierung erfolgt demnach auf zwei Stufen: Die Versicherer treten mit den Grundversorgerorganisationen in ein Vertragsverhältnis und delegieren diesen die Aufgabe der Vertragsbildung mit den übrigen Anbietern im Gesundheitswesen. Die Bedürfnisabklärung durch die Kantone entfällt dadurch naturgemäss. Die Ärztenetze bleiben zwar in ihrer Gesamtheit flächendeckend, sie sollten sich aber im Idealfall konkurrenzieren. Damit bleibt auch gewährleistet, dass keine Monopole entstehen. Vorstellbar ist gar ein bunter Strauss verschiedenster Angebote, beispielsweise auch anthroposophisch oder homöopathisch orientierte Netze. Gatekeeping bedeutet aber auch das Mittragen der finanziellen Verantwortung. Diesbezüglich bieten sich verschiedene, zum Teil noch kaum erprobte Modelle an, sei es über eine Risikobeteiligung oder über eine Budgetierung (Capitation). Die Versicherer kaufen die Leistungen im Paket beim Gatekeeper ein und sind damit von ihnen wesensfremden Aufgaben wie Qualitätskontrolle und Wirtschaftlichkeitsprüfung befreit.

Welcher Weg auch immer auf der Baustelle Gesundheitswesen eingeschlagen wird: Denken in längeren Perspektiven ist dringend nötig. Brechstangenpolitik mit Notrecht und gesetzgeberischen Schnellschüssen ist kontraproduktiv und vielleicht später teuer zu bezahlen.