

# Gedanken zu Reformen im schweizerischen Gesundheitswesen

G. Hofer (im Auftrag der Sektion Küssnacht des Schwyzer Hausärztereins)

Die Sektion Küssnacht des Schwyzer Hausärztereins hat sich mit folgenden vier Hauptproblemen auseinandergesetzt, welche vor allem die Grundversorger, aber auch die übrigen Leistungserbringer stark beschäftigen und mit Sorge um die zukünftige Versorgung der Patienten mit Hausärztinnen und Hausärzten erfüllen.

## Ärztinnen- und -niederlassungsstopp

### Auswirkungen im Vorfeld der Einführung Mitte 2002

Im Hinblick auf den dringlichen Bundesratsbeschluss (BRB), die Niederlassung von Leistungserbringern zu beschränken, haben viele Ärzte um eine Praxisbewilligung nachgesucht und diese auch bekommen. Genaue Zahlen für die ganze Schweiz wurden nicht bekanntgegeben. Es ist auch nicht öffentlich bekannt, wie viele Praxiseröffnungen von diesen bewilligten Gesuchen tatsächlich vollzogen wurden. Die Anzahl Bewilligungen war von Kanton zu Kanton sehr verschieden.

Im Kanton Schwyz wurden diese Bewilligungen erteilt mit der Auflage, binnen eines Jahres die Praxiseröffnung zu vollziehen, wenn nicht, erlösche die Bewilligung. Ob andere Kantone die Bewilligungen auch mit Auflagen erteilten, ist ebenfalls nicht öffentlich bekanntgemacht worden.

### Bewilligungen während der Dauer des dreijährigen Niederlassungsstopps

Der Vollzug des dringlichen BRB obliegt den Kantonen. Sie müssen festlegen, in welchen Fachbereichen ein zusätzlicher Bedarf besteht und in welchen eine Sättigung erreicht ist. Genaue Vorgaben für diese Bewertung durch die kantonalen Bewilligungsorgane wurden vom Bundesrat nicht gegeben. Welche Kriterien die zuständigen kantonalen Behörden erstellten und allenfalls untereinander austauschten, ist nicht öffentlich bekannt. Ob dabei auch verschiedene Kantone für ihre Grenzgebiete die Ärztedichte in den benachbarten ausserkantonalen Regionen berücksichtigt haben, ist nicht bekannt.

Die Bewertung nach der Anzahl vorhandener KSK/SS-Nummern (Konkordat Schweizerischer Krankenkassen/santésuisse) führte im Kanton

SZ bereits zu Schwierigkeiten bei der Eröffnung neuer Grundversorgerpraxen.

### Auswirkungen nach zwei Jahren BRB zum Niederlassungsstopp

In abgelegenen Regionen können verwaiste Praxen nicht mehr besetzt werden. Die Gesellschaften der Grundversorger haben in den letzten Monaten mehrfach darauf hingewiesen. Das Phänomen ist auch ersichtlich aus den Anzeigen in der Schweizerischen Ärztezeitung.

### Folgen einer Verlängerung des dringlichen BRB über das Jahr 2005 hinaus

– Ländliche Gebiete werden immer mehr Mühe haben, niederlassungswillige Ärzte zu finden. Jene Grundversorger, die noch da sind, werden älter, müssen sich aber voll am Notfalldienst beteiligen, damit dieser weiterhin angeboten werden kann. Sie stellen fest, dass in städtischen Gebieten Ambulatorien der Spitäler und Einrichtungen wie die «Permanence» den Notfalldienst übernehmen. Für junge, niederlassungswillige Ärzte wird dadurch die Attraktivität in städtischen Regionen zunehmen und auf dem Land abnehmen.

Auch die erheblichen Unterschiede des Taxpunktwertes im TARMED nach KVG werden das Ihre dazu beitragen, dass ländliche Regionen wie die Ostschweiz, die Zentralschweiz und das Wallis zunehmend Mühe haben werden, Praxisniederlassungen zu erhalten.

– Die Verlängerung des Niederlassungsstopps wird auch zur Folge haben, dass die kantonalen Bewilligungsbehörden das dreijährige Notrecht in einen Dauerzustand auf dem Verordnungswege überführen müssen. Dazu braucht es dann verbindliche Kriterien und wahrscheinlich auch eine Anwärterliste von niederlassungswilligen Ärzten, die dann zum Zuge kommen, wenn eine Praxis aufgegeben wird.

Eine solche Liste führt dazu, dass Ärzte, die ihre Praxis aufgeben wollen, nicht mehr frei wären in der Auswahl ihres Nachfolgers. Ein Verkauf, besonders mit Blick auf den Wert des Patientenstammes, wird unmöglich.

Korrespondenz:

Dr. med. Gottfried Hofer  
Bahnhofstrasse 15  
CH-6403 Küssnacht  
Tel. 041 850 36 36  
Fax 041 850 60 33

E-Mail: j.hofer@schweiz.org

Der auf der kantonalen Liste nachrückende Arzt wird den Kaufpreis drücken oder sogar eine neue Praxis eröffnen, ohne den Patientenstamm zu übernehmen, weil dieser ihm ja sowieso konkurrenzlos zufällt. Seine «neuen» Patienten haben schliesslich das Recht, vom emeritierten Arzt noch zehn Jahre lang alle Akten kostenlos zu erhalten.

- Auf dem Lande werden wieder die Zeiten kommen wie in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Die Gemeinden werden niederlassungswillige Ärzte anwerben, ihnen eine Praxis zur Verfügung stellen und sie je nach Entwicklung des TARMED-Taxpunktwertes zusätzlich honorieren, damit sie ihrer Bevölkerung eine ärztliche Versorgung garantieren können. Ist das der Wille von Bundesrat und Parlament?

### Auflösung des Vertragszwanges

Offensichtlich sieht der Bundesrat nur zwei Varianten, die Anzahl Leistungserbringer einzuschränken, entweder über die Fortführung des Niederlassungsstopps oder über die Aufhebung des Vertragszwanges.

### Wirkungen der Auflösung des Vertragszwanges

- Die Kollektivverträge zwischen den Krankenkassen (KK) und den Ärztesellschaften fallen weg. An ihre Stelle treten Einzelverträge zwischen jeder KK und jedem praktizierenden Arzt, wahrscheinlich mit jährlicher Vertragsdauer mit der Möglichkeit der Kündigung. Sind sich der BR, das Parlament und die SS bewusst, welchen Verwaltungsaufwand dieser Systemwechsel zur Folge haben wird?
- Die auf ihren Hausarzt (HA) fixierten Versicherten müssten jeden Herbst bei ihrer KK nachfragen, ob ihr HA im nächsten Jahr noch unter Vertrag bleibt oder nicht. Mit dieser Auskunft könnten sie entscheiden, ob sie bei ihrem HA bleiben möchten und somit die KK wechseln müssten zu einer KK, die ihren HA noch unter Vertrag hält. Oder sie könnten entscheiden, bei ihrer KK zu bleiben und den HA zu wechseln zu einem neuen HA, der bei ihrer KK weiterhin unter Vertrag steht. Sind sich der BR, das Parlament und die SS wohl bewusst, welchen Verwaltungsaufwand dieser Systemwechsel zur Folge haben wird?
- Über Kriterien, welcher praktizierende Arzt seine Patienten wirksam, wirtschaftlich und zweckmässig (WWZ) behandelt, wurde schon

viel geschrieben. Die Statistiken der KK oder die zusammengefasste Statistik der SS dienen bisher den KK zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und zu Honorarrückforderungen. Ja, sogar das EVG stützte sich auf diese Statistik zur richterlichen Festlegung von Rückforderungen seitens der KK.

### Aussagekraft von Behandlungsfallstatistiken

#### Beispiel 1

Das von der Helsana in den letzten Jahren lancierte Ärzterating kann aufzeigen, wie die KK ärztliche Behandlungen beurteilen: Die Arztkosten und die Medikamentenkosten werden mit einem roten oder grünen Punkt versehen, je nachdem, ob sie deutlich über oder unter dem Mittel einer Vergleichsgruppe liegen. Würde ein Grundversorger ein Jahr lang einen Patienten mit pcP gemäss fachärztlicher Beurteilung mit Humira behandeln, alle 2 Wochen 1 Injektion zu Fr. 952.–, so hätte er im Helsana-Rating allein Fr. 24 752.– höhere Medikamentenkosten. Überlässt er die Behandlung dem verordnenden Zentrum, käme er auf einen grünen Punkt.

#### Beispiel 2

Statt indizierte teure Untersuchungen wie CT, MR, PET oder andere Untersuchungen selber zu veranlassen, kann man den Patienten auch zum zuständigen Facharzt, sei es ambulant oder stationär, zur weiteren Abklärung überweisen. Dieser würde dann die notwendigen Untersuchungen selber veranlassen. Damit fallen diese Abklärungskosten aus der Statistik des Grundversorgers hinaus. Aber die Leistungen wären trotzdem verursacht und sicher nicht weniger, weil ja mehr Ärzte in den Fall involviert würden.

#### Beispiel 3

- Variante 1 für einen Patienten mit akuter Gallensteinkolik: Der HA oder Notfallarzt stellt diese Diagnose und weist den Patienten notfallmässig ins nächste Spital.
- Variante 2 für den gleichen Patienten: Der HA oder NFA stellt die Diagnose, behandelt die Kolik erfolgreich analgetisch und führt die notwendige Abklärung mittels Ultraschall und Labor in seiner Praxis durch. Unter der Diagnose symptomatische Gallensteinkoliken weist er den Patienten zur laparoskopischen Cholezystektomie in das zuständige Regionalspital mit Eintritt direkt zur Operation. Damit der Patient nicht am Vortag eintreten muss, führt er gleich auch die notwendigen präoperativen Untersuchungen durch: Status, Labor, EKG, Thorax-Röntgen.

Dass die Variante 2 die Behandlungsfallstatistik des praktizierenden Arztes deutlich mehr belastet als die Variante 1 ist offensichtlich. Trotzdem hat er nach den WWZ-Kriterien eine optimale Arbeit geleistet.

Die Ärzteschaft muss sich mit den Kriterien der Auslegung von Statistiken auseinandersetzen und bei der Interpretation von beanstandeten Fällen eine Mitsprache einfordern. Dazu dienen paritätische Vertrauenskommissionen oder eine Rekurskommission bei Aufhebung des Vertragszwanges. Solche sind aber im KVG und im neuesten Entwurf zur Aufhebung des Vertragszwanges nicht vorgesehen. Einzig die Ärzteschaft hat die Möglichkeit, aufgrund von Krankengeschichten der Patienten Einblick zu nehmen in die Praxisführung eines beanstandeten Praktikers, um festzustellen, ob eine wirkliche Überarztung vorliegt.

Beim Helsana-Rating haben die Schweizer Ärzte diese Forderung der Mitarbeit an den Beurteilungskriterien des Ratings angebracht. Sie wurden trotzdem nicht einbezogen.

- Die Bewertung des guten = billigen und des schlechten = teuren Arztes mittels der Statistik von der SS oder auch von ärzteigenen Statistiken der TrustCenter (die Abweichungen sind im SUVA-Bereich marginal) führt ohne Vertragszwang zu folgender Konsequenz: Man nehme eine Gauss'sche Verteilungskurve der Arzt- und Medikamentenkosten aller praktizierenden Ärzte einer Fachgruppe und schneide jährlich auf der rechten Seite bei der 97sten Perzentile die teuersten weg (keine Vertragserneuerung fürs nächste Jahr). Mit Stolz können nach 5 Jahren KK, SS, BR und Parlamentarier verkünden: Wir haben die Kosten der praktizierenden Ärzte im Griff, weil sich die Gauss'sche Kurve immer mehr nach links verschieben wird (bis Null?).

In Wirklichkeit werden wegen des statistischen Druckes entweder die Patienten nicht mehr optimal behandelt oder es erfolgt eine Verlagerung der teuren Patienten an spezialisierte Fachärzte bzw. ambulant oder stationär an die Spitäler mit entsprechender Kostenfolge in diesen Institutionen. Hat das Gesundheitswesen damit gespart?

### Reformen im Versicherungswesen

Von seiten verschiedener Parteien, Ämter, Instituten und Gesundheitsexperten liegen haufenweise Vorschläge bereit. Die meisten Vorschläge

führen exakt analysiert nur zu Kostenverschiebungen, aber nicht zur Kostenreduktion. Wie könnte das auch sein in Anbetracht des segensreichen Fortschrittes der Medizin und der Zunahme der Behandlungen der älter werdenden Bevölkerung.

### Kostenumverteilung

Wenn diese mit einer Einsparung im Verwaltungsbereich gepaart wäre, könnte man sich folgendes Szenario durchaus überlegen: Abschaffung der Kopfprämien und Prämienberechnung nach steuerbarem Einkommen und Vermögen. Zu diskutieren wäre dann noch das Verfahren bei jenen Personen, die kein steuerbares Einkommen oder Vermögen haben. Müssen sie dann auch keine KK-Prämien mehr zahlen und würden sie aus der Prämienverbilligung finanziert?

Zu Ende gedacht, könnte der Staat sich die ganze Verwaltungsmühe mit der Prämienbemessung nach steuerbarem Einkommen ersparen und alle Ausgaben, ob ambulant oder stationär, aus den allgemeinen Steuermitteln finanzieren.

### Rationalisierung

Diese ist bei den Leistungserbringern voll im Gange. Da die Personalkosten im Gesundheitswesen am teuersten sind, werden aktuell Personalstellen eingefroren oder reduziert, sowohl im stationären als auch ambulanten Sektor. Auch viele praktizierende Ärzte reduzieren ihr Personal und machen anfallende Arbeiten selber (abrechnen, Berichte schreiben usw.), was allerdings zur Einbusse an Freizeit führt und den Beruf nicht attraktiver macht.

Ob die Rationalisierung auf der Seite der KK auch ein Schwerpunktthema ist, entzieht sich unserer Kenntnis. Mindestens die propagierten jährlichen Kassenwechsel und die geschilderte Szenerie bei einer Auflösung des Vertragszwanges verspricht eher Mehraufwand für die Verwaltung.

### Rationierung

Die Rationierung von Leistungen kann nicht an die Leistungserbringer, allen voran an die behandelnden Ärzte, delegiert werden. Unsere Aufgabe ist und bleibt, unsere Patienten optimal zu behandeln; das gilt für den Einzelpraktiker, für Gruppenpraxen, für HMO und auch für Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung.

Es ist Sache der Politik, festzulegen, welche Leistungen unter welchen Bedingungen rationiert werden sollen.

Die Medikamentenpreise werden durch ein Institut des Bundes festgelegt, nicht durch die Praktiker. Also müsste der Bund Medikamente und deren Preise rationieren.

Die kostenneutrale Umsetzung eines ursprünglich betriebswirtschaftlich gerechneten Tarifs (TARMED) auf Stufe Kanton oder Region ist ein politischer Entscheid. Mit der politischen Festsetzung tiefer Taxpunktwerte könnten Leistungen rationiert werden, da dadurch Leistungserbringer zur Aufgabe gezwungen würden.

Für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung müssten die Politiker zuerst eine Positivliste erstellen, damit sie sagen können, welche Leistungen unter welchen Bedingungen erbracht werden dürfen. Verwaltung und Bürokratie werden bei einer solchen Aufgabe aufblühen.

Eine versteckte Rationierung ergibt sich durch politische Eingriffe am Zugang zur Erbringung einer Leistung. Werden die Zahl und die Honorierung der Leistungserbringer immer weiter reduziert, haben nicht mehr alle Versicherten Zugang zu den Leistungen. Dieses Szenario tritt ein bei der Fortführung des BRB zum Niederlassungsstopp, bei Aufhebung des Vertragszwanges, bei Spitalschliessungen in ländlichen Regionen und über massive Verlängerung der Wartezeiten für ambulante oder stationäre Behandlungen.

### **Möglichkeiten der Reorganisation bzw. Umorganisation**

Sicher ist, dass unabhängig vom Finanzierungssystem die Behandlungskosten im Gesundheitswesen nicht wesentlich reduziert werden können, solange alle Patienten Zugang zu einer für sie optimalen Behandlung haben sollen.

Systemkorrekturen können die anfallenden Kosten im Verwaltungsbereich reduzieren.

Unter Beibehaltung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV) könnten folgende Varianten zur Gestaltung des Versicherungswesens geprüft werden:

#### **Variante 1**

Abschaffung der Prämien und Finanzierung aus den allgemeinen Bundesmitteln. Durch Steuern werden die notwendigen Mittel beschafft. Dafür entfallen die Kosten für die Prämienverbilligung.

#### **Variante 2**

Einheitskrankenkasse für die OKPV, finanziert aus den Bundessteuern. Die bestehenden KK bieten nur noch Zusatzversicherungen an.

#### **Variante 3**

Alle existierenden KK bieten im Auftrag des Bundes die OKPV an; daneben können sie auch Zusatzversicherungen anbieten.

#### **Variante 4**

Zusammenfassung des Angebotes für die Behandlungskosten bei Krankheit, Unfall, im Militär und bei den Invaliden im Rahmen einer Einheitskrankenkasse des Bundes oder durch die existierenden Versicherungen im Auftrag des Bundes.

#### **Variante 5**

Neu müssen Zusatzversicherungen angeboten werden für die freie Arztwahl bei ambulanten Behandlungen, sei es bei praktizierenden Ärzten oder bei Spitalärzten nebst den Zusatzversicherungen im stationären Bereich.

#### *Zu Variante 1*

- Die Verwaltungskosten könnten stark gesenkt werden.
- Wegfall aller KK-Verwaltungskosten in der OKPV.
- Wegfall der Verwaltung der Prämienverbilligung.
- Variante 1 kombiniert mit Variante 4 ergäbe den Wegfall der Verwaltungskosten für die Behandlungskosten der UV, MV und der IV. Diese Institute hätten sich nur noch mit der Wiedereingliederung, den Taggeldversicherungsleistungen und den Renten auseinanderzusetzen.
- Zunahme der Verwaltung beim Bund zur Durchführung des Zahlungsverkehrs mit allen Leistungserbringern, der Kostenkontrolle und der Qualitätssicherung.

#### *Zu Variante 2*

Eine Lösung, die man natürlich mit der Variante 4 verbinden könnte.

Wenn der Bund diese Einheitskasse führt, könnte er den Vertragszwang stehenlassen und den Niederlassungsstopp aufheben. Er könnte zusammen mit der FMH paritätische Vertrauenskommissionen schaffen, die alle Kriterien festlegen, welche es braucht, um einen Leistungserbringer von der Behandlung gemäss OKPV auszuschliessen. Die gleiche Vertrauenskommission müsste einen Ausschluss auch vor Gericht verantworten. Der ausgeschlossene Praktiker könnte aber im Rahmen der ambulanten Zusatzversicherung mit freier Arztwahl weiterarbeiten (Variante 5).

Entsprechende paritätische Vertrauenskommissionen wären auch für den Spitalbereich zu schaffen (Bund und H+)

*Zu Variante 3*

Der Zustand wäre ähnlich wie jetzt, allerdings ohne Prämieeinkünfte für die OKPV. Die Durchführung des Zahlungsverkehrs mit den Leistungserbringern müssten die KK übernehmen, ausserdem die Kostenkontrolle und die Qualitätskontrolle.

*Zu Variante 4*

Es ist nicht einzusehen, warum eine Behandlung billiger oder teurer vergütet wird, wenn sie von unterschiedlichen Versicherungen bezahlt werden muss. Die ganze Differenzierung, ob nun ein reiner Unfall, eine Mischform oder nur eine Krankheit vorliegt, würde wegfallen. Viele Gutachten und Prozesse würden entfallen.

Die gleiche Überlegung wäre bei den Taggeldversicherungen und Unfallrenten anzustellen. Warum kann eine Rente oder ein Taggeld bei Krankheit und bei Unfall nicht gleich versichert sein?

*Zu Variante 5*

Nach dem jetzigen Stand des KVG muss ein Leistungserbringer automatisch nach KVG-Normen behandeln und abrechnen. Wenn er im ambulanten Sektor Privatrechnungen stellen will, muss er schriftlich den Austritt aus der KVG-Norm geben. Dann haben aber alle seine Patienten kein Anrecht auf Vergütung der Behandlung durch ihre KK mehr, auch wenn diese gemäss KVG erbracht wurde.

Wenn schon eine Abschaffung des Vertragszwanges ins Auge gefasst wird, dann nur verbunden mit dem Angebot einer ambulanten Zusatzversicherung mit freier Arztwahl, damit Ärzte mit Praxisbewilligung, aber ohne Vertrag mit einem Versicherer, trotzdem Patienten behandeln können. Das würde auch der Verpflichtung zum Notfalldienst gerecht. Es wäre ja nicht einzusehen, warum ein Arzt fähig sein sollte, im Notfall einen Patienten zu behandeln, ohne dass er einen Vertrag mit dessen Versicherer bekam, wenn aber der Patient nicht als Notfall kommt, er dazu nicht fähig bzw. ermächtigt wäre.

Wenn diese Möglichkeit nicht geschaffen wird, käme der Status der niedergelassenen Ärzte jenem von Zwangsarbeitern gleich: Entweder sie behandeln die Patienten im Auftrag und nach Vorschrift der Versicherung, oder sie haben keine Arbeit. Das würde innert kurzer Zeit zu einer völligen Veränderung der Strukturen im Leistungsangebot führen:

Permanences, HMOs, Ambulatorien, die den KK gehören, oder Ambulatorien der öffentlichen Spitäler würden zu Grundversorgereinrichtungen. Der Hausarzt fällt aus dem Netz der Gesundheitsversorgung. Es käme ja keinem Arzt in den Sinn, eine Praxis zu eröffnen oder zu übernehmen, wenn er vorher nicht Gewissheit hat, mit allen Versicherern einen mehrjährigen Vertrag eingehen zu können.

**Zusammenfassung**

Wir fordern die Aufhebung des Niederlassungsstopps, damit die Grundversorgung längerfristig gewährleistet werden kann.

Eine Auflösung des Vertragszwanges kann nur mit flankierenden Massnahmen vorgenommen werden.

Dazu gehören paritätisch durch Leistungserbringer und Versicherer erarbeitete Kriterien zur Nichtzulassung oder Vertragskündigung (paritätische Vertrauenskommissionen).

Dazu gehört auch die Mitsprache der Leistungserbringer bei der Festlegung regionaler oder kantonaler Normen zur Leistungserbringung.

Eine paritätische Rekurskommission hat Beschwerden bei Nichtzulassung oder Vertragskündigung zu beurteilen, bevor ein Gericht darüber befindet.

Neue Leistungserbringer brauchen einen Vertrag von allen Versicherern über 5 Jahre, damit sie ihre Investitionen mit einer gewissen Sicherheit tätigen können.

Bei Aufhebung des Vertragszwanges müssen die Versicherer neu eine Zusatzversicherung für ambulante Behandlungen mit freier Arztwahl anbieten.