

Kontrahierungszwang, Wettbewerb und Gesundheitskosten

J. E. Brandenburg

Die vertragliche Dreiecksbeziehung zwischen Patient, Arzt und Kostenträger wird in der vorliegenden Arbeit analysiert. Dabei kann nachgewiesen werden, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Aufhebung des sogenannten Kontrahierungszwangs nicht zu mehr Markt führt, wie dies vorab bürgerliche Politiker glauben. Im Gegenteil wird der bisherige Wettbewerb im Gesundheitswesen, der zwar nicht durch den Preis, sondern durch andere Faktoren gesteuert ist, de facto aufgehoben. Er wird durch ein staatlich reguliertes Versorgungssystem ersetzt. Die Kosteneinsparungen werden dabei minim sein. Die Patienten werden der freien Arztwahl beraubt. Die Macht der Krankenversicherungen vergrössert sich. Die vom Vertrag ausgeschlossenen Ärzte werden de facto mit Berufsverbot belegt. Dem werden Vorschläge für echte Reformen gegenübergestellt. Der heutige Wettbewerb muss ausgebaut werden. Dazu ist beim medizinischen Angebot der Preis einzubeziehen. Dies gelingt, wenn die Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer auf das obligationenrechtliche Auftragsverhältnis abstellt. Die Beziehung zwischen Versicherten und Versicherung ist transparenter zu gestalten. Vertragsbeziehungen zwischen Versicherungen und Leistungserbringer sind marktwidrig, wettbewerbsbehindernd und aufzuheben.

Einleitung

In den letzten Jahren wurden unzählige Massnahmen zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen vorgeschlagen und ausprobiert. Die allermeisten haben die Erwartungen nicht erfüllt, die erhoffte Wirkung blieb aus. In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion wird die Aufhebung des Kontrahierungszwanges gefordert. Damit sollen Kosten durch mehr Wettbewerb gesenkt werden. Führt die Aufhebung des Kontrahierungszwangs tatsächlich zu mehr Wettbewerb? Können damit Kosten gespart werden?

Was bedeutet Kontrahierungszwang? Im Krankenversicherungsgesetz KVG sucht man vergebens nach diesem Begriff. Die Beziehungen zwischen Patienten, Leistungserbringer und Krankenversicherungen sind gesetzlich und vertraglich wie folgt geregelt:

1. Beziehung zwischen Versicherten und Versicherung

Nach Art. 3 KVG müssen sich alle in der Schweiz ansässigen Personen obligatorisch gegen Krankheit versichern (Versicherungszwang). Art. 4.1 KVG erlaubt den Versicherten, die Krankenversicherung frei zu wählen. Die zugelassenen Krankenversicherer müssen nach Art. 4.2 KVG in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherte Person in die obligatorische Grundversicherung aufnehmen (Aufnahmezwang).

2. Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer, speziell Ärztin oder Arzt

Die ärztliche Behandlung ist nach Art. 394 ff. OR ein Auftrag. Strafrechtliche Aspekte können bei Schadensfällen eine Rolle spielen. Der obligatorische Grundversicherte hat nach Art. 41 KVG die freie Wahl unter den Leistungserbringern (freie Arztwahl). Ausnahmen sind stationäre Behandlungen und freiwillig vereinbarte Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Arztwahl. Der Grundversicherte geniesst nach Art. 44 KVG Tarifschutz, das heisst, für Pflichtleistungen muss nach dem gültigen Tarif Rechnung gestellt werden, weitergehende Honorarforderungen sind verboten.

3. Beziehung zwischen Leistungserbringer, im speziellen Ärztin oder Arzt, und Versicherung

Gemäss Art. 36 KVG kann ärztliche Leistungen der Krankenversicherung verrechnen, wer das eidgenössische Arztdiplom und eine vom Bundesrat festgelegte Weiterbildung vorweisen kann.

Die Krankenversicherungen bezahlen ärztliche Leistungen gemäss Vertrag. Kernstück dieses Vertrages ist (neben diversen Verfahrensfragen wie Art der Rechnungsstellung, Auskunftspflicht, Datenschutz usw.) der Tarif, seit dem 1. Januar 2004 TARMED. In der Regel wird dieser Tarifvertrag zwischen dem Verband der Krankenversicherer und der Ärzteschaft ausgehandelt. Scheitern diese Verhandlungen, wird ein Amtstarif durch die zuständigen Behörden, in der Regel die kantonale Regierung, festgelegt.

Korrespondenz:
Dr. med. Josef E. Brandenburg
OrthoZentrum St. Anna
St.-Anna-Strasse 32
CH-6006 Luzern

Die Wettbewerbsfrage

Der Wettbewerb im heutigen Gesundheitswesen ist beschränkt und durch das Vertragsgeflecht stark reguliert. Das Werben um die «Kundschaft» – die Patientinnen und Patienten – findet losgelöst vom Preis statt. Andere Verkaufsargumente sind entscheidend. Das Erscheinungsbild, das Verhalten, die Verfügbarkeit der Ärztin, des Arztes, Umfeld, Standort und Organisation der Praxis, der Erfolg der Behandlung, Sicherheitsaspekte, Vertrauen sind nur einige der vielen Wettbewerbsfaktoren. Werden die Erwartungen nicht erfüllt, wird der Arzt gewechselt. Ohne klassische Werbeaktivitäten, meist durch Mundpropaganda, verbreitet sich der gute oder schlechte Ruf einer Ärztin, eines Arztes. Die Gefragten sind besser ausgelastet, was zu höheren Einnahmen, Arbeitszeiten und Betriebskosten führt. Nur die Preise bleiben fix. Die Tarifverträge verunmöglichen im Einzelfall direkte Preisverhandlungen mit den Patienten.

Mit der Forderung nach Aufhebung des Kontrahierungszwanges wollen die Krankenversicherer nicht mehr mit allen Leistungserbringern einen Vertrag abschliessen. Zu diesem Zweck müssten die Zulassungsbedingungen für Leistungserbringer in Art. 36 KVG geändert werden. Neben dem Arzt Diplom und der gesetzlich geforderten Weiterbildung wären noch weitere Bedingungen erforderlich. Diese sind noch unbekannt, im Vordergrund dürften vorwiegend finanzielle Aspekte stehen.

Das Versicherungsobligatorium zwingt alle in der Schweiz lebenden Personen, ambulante Leistungen nur bei Vertragsärztinnen und -ärzten zu beziehen, damit ist die freie Arztwahl nach Art. 41 KVG bei Aufhebung des Kontrahierungszwanges nicht mehr gewährleistet.

Zwar wäre eine ärztliche Tätigkeit auch ausserhalb des KVG möglich, die Patienten hätten aber diese Leistungen selber zu bezahlen. Ohne Vertrag gelingt es nur wenigen Ärztinnen und Ärzten, weiterhin eine selbständige Praxistätigkeit auszuüben (z. B. in Tourismusorten mit einer grossen Anzahl ausländischer Gäste oder in Spezialgebieten ohne Pflichtleistungen, wie Schönheitschirurgie). Damit würden Nichtvertragsärzte rasch aus dem System eliminiert.

Die Drohung, de facto mit Berufsverbot belegt zu werden, schwächt die Ärzteschaft in Tarifverhandlungen und führt zum Preisdiktat durch die Krankenkassen. Medizinische Behandlungsentscheide werden zunehmend von den Kassenfunktionären fremdbestimmt – eine Entwicklung, die bereits eingesetzt hat und sich mit der Aufhebung des Vertragszwanges verstärken wird.

Den Patienten bliebe noch die Möglichkeit, die Krankenkasse wählen und wechseln zu können. Die Auswahl der zugelassenen Ärztinnen und Ärzte wird aber Sache der Krankenkassenverwaltung. Ohne Zusatzversicherung für den ambulanten Bereich macht das Versicherungsobligatorium und der Tarifschutzartikel den Patienten zum «Leibeigenen» der Krankenversicherung.

Der Vorschlag des Bundesrates

Der bundesrätliche Vorschlag geht noch einen Schritt weiter.

Die freie ärztliche Berufsausübung ist in allen Kantonen bewilligungspflichtig. Voraussetzung für die kantonale Praxisbewilligung ist das eidgenössische Arzt Diplom. Dieses erhält, wer die Medizinalprüfungen, mit dem «Staatsexamen» als Abschluss, erfolgreich bestanden hat. Die eidgenössische Prüfungsverordnung wurde vom Bundesrat erlassen. Mit dem Staatsexamen ist gemäss Bundesgesetz über die Freizügigkeit der Medizinalpersonen von 1877 die Berufsausübung in allen Kantonen ohne zusätzliche Bedingungen möglich.

Wie beim notrechtlichen Praxisstopp sollen die Kantone mit der Kontingentierung der Praxisbewilligungen beauftragt werden. Der Bund gibt eine Mindest- und Höchstzahl von Ärzten pro Kanton vor. Auch für diese Rationierung sind die Kriterien unbekannt. Das Freizügigkeitsgesetz müsste ausser Kraft gesetzt werden. Die betroffenen Ärztinnen und Ärzte wären nicht nur von einem Vertrag mit den Krankenkassen, sondern von jeder freiberuflichen Tätigkeit auch ausserhalb des KVG ausgeschlossen. Die verfassungsmässig garantierte Gewerbefreiheit ist damit aufgehoben.

Der bundesrätliche Vorschlag ist eine weitere Steigerung der bisherigen staatlichen Regulierung, Planwirtschaft fernab vom Wettbewerb. Es ist unverständlich, wie viele, vor allem bürgerliche Politiker glauben, damit entstünde mehr Markt im Gesundheitswesen.

Die Kostenfrage

Die zu erwartenden Einsparungen wurden bisher nie beziffert. Die Ober- und Untergrenze der Praxisbewilligungen sind noch nicht konkretisiert. Wie stark müsste man die Zahl der Ärzte

senken, um eine Prämienreduktion überhaupt wahrzunehmen? Angenommen, alle Ärztinnen und Ärzte würden ein Jahr lang gratis arbeiten, hätte dies eine Prämienreduktion von weniger als 5% zur Folge. Gemäss Bundesrat Pascal Couchepin könnten 99% der bisherigen Ärztinnen und Ärzte weiterhin mit einer Praxisbewilligung rechnen, denn es gehe hauptsächlich darum, schwarze Schafe zu eliminieren. Wieviel bzw. wie wenig damit gespart werden kann, lässt sich leicht erraten. Es sei die Frage erlaubt: Braucht es dafür eine solche staatliche Regulierung? Schon heute erlauben der TARMED und die elektronischen Datensammelstellen den Krankenkassen eine rigorose Kontrolle.

Echte Reformen

Das Vertrags- und Gesetzesgeflecht im Dreiecksverhältnis Patient–Arzt–Krankenkasse bedarf einer grundlegenden Reform.

Die Beziehung zwischen Patient und Arzt ist wie in vielen anderen Lebensbereichen im Obligationenrecht genügend geregelt. Die Patienten sind die Auftraggeber. Abgesehen von seltenen Situationen mit Verlust der Urteilskraft (Notfälle, Demenz), ist der Patient als Kunde ohne weiteres in der Lage, einen «Kaufentscheid» zu treffen. Die rechtlich verankerte Aufklärungspflicht umfasst auch die wirtschaftlichen Belange. Die Ärztin, der Arzt wären als Anbieter schon heute verpflichtet, über den Umfang und die Kosten einer Behandlung zu orientieren – übrigens eine Selbstverständlichkeit im Zusatzversicherungsbereich.

Dank stetiger und umfassender Berichterstattung durch die Medien sind dem mündigen Patienten medizinische Qualitätsstandards bestens bekannt. Damit ist er in der Lage, den Preis gemäss Angebot und Nachfrage wie in anderen Lebensbereichen zu beurteilen. Der Patient könnte die Kosten der verlangten Leistungen besser kontrollieren. Die Leistungserbringer würden zu mehr Transparenz, mehr Qualitäts- und Kostenbewusstsein angehalten. Kostenüberschreitungen müssen dem direkt Betroffenen und nicht einem Kassenfunktionär erläutert werden. Als zahlender «Kunde» würde der Patient kein Röntgenbild, keine Laboruntersuchung zuviel akzeptieren.

Die Vertragsbeziehung zwischen Versicherten und Versicherern müsste ebenfalls liberalisiert werden. Das Obligatorium soll vor wirtschaftlichen Grossrisiken, zu denen auch teure Langzeitbehandlungen gehören, schützen.

Ein weiterführender Versicherungsschutz soll dagegen individuell gewählt werden können. Die Möglichkeit von Selbsthalten, Kostenbeteiligungen, Franchisen muss ausgebaut und flexibilisiert werden. Auch im ambulanten Bereich müssen Zusatzversicherungen für Sonderbehandlungen geschaffen werden. Neue Versicherungsprodukte zur Deckung von Worst-case-Szenarien müssen entwickelt werden, z.B. zeitlich begrenzte Einmalversicherungen vor Wahloperationen zur Abdeckung von Komplikationen ähnlich einer Reiseversicherung. Ist der Patient vom Druck des Grossrisikos entlastet, wird er eher bereit sein, voraussehbare Kosten selber zu tragen.

Die über Jahre bezahlten Prämien und die bezogenen Leistungen müssen dem Versicherten in einer jährlichen Bilanz bekanntgegeben werden. Damit erkennt er, wieweit er seine Leistungen noch vorfinanziert hat und ab wann er von der Solidarität der anderen profitiert. Ein Vollverlust von Leistungsansprüchen bei einer Änderung des Versicherungsproduktes muss ausgeschlossen werden (heute verliert ein Versicherungsnehmer jeden Anspruch auf Zusatzleistungen, wenn er sich z.B. von halbprivat auf allgemein zurückstuft, obwohl er ein Leben lang Zusatzprämien einbezahlt hat).

Die Versicherungen und Krankenkassen würden angehalten, mit ihrer Kundschaft klare Regelungen zu treffen und innovative Produkte zu lancieren.

Die Vertragsbeziehungen zwischen Leistungserbringer und Versicherungen/Krankenkassen hingegen sind wettbewerbsbehindernd und müssen per Kartellgesetz untersagt werden. Der einzige Vertragspartner der Versicherung ist der Prämienzahler, mit dem der Umfang der zu übernehmenden Behandlungskosten und der Selbsthalte vereinbart wird. Die heutigen Vereinbarungen unter Ausschluss der direkt Betroffenen wie auch die direkte Einflussnahme der Versicherungen auf die Behandlung würden damit ein Ende haben. Eine Optimierung der medizinischen Behandlung und ein verbessertes Kostenbewusstsein aller Beteiligten ist die Folge.

Alle diese marktwirtschaftlichen Reformen müssen in einen weiteren Zusammenhang gestellt werden. Die heutige absurde Praxis der Prämienverbilligung muss neu geregelt werden (z.B. im Rahmen einer Steuerreform), ebenso die Spitalfinanzierung und der Rechtsstatus der Spitalbetriebe.

Mit dem bundesrätlichen Vorschlag zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges droht aber ein weiterer Schritt zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens, den es zu verhindern gilt.