

Gesundheitspolitik 2005 – quo vadis?

Ein Beitrag zur Aufhebung des Vertragszwanges

D. Schlossberg

Der Ist-Zustand

Das bis heute geltende Recht des sogenannten Kontrahierungszwanges sieht vor, dass jede Krankenkasse mit jedem zugelassenen Leistungserbringer, was eine durch die kantonalen Gesundheitsbehörden erteilte Praxisbewilligung voraussetzt, zusammenarbeiten muss. Dies bedeutet, dass entsprechend homologierte Leistungserbringer (Ärzte, Physiotherapeuten, Chiropraktoren, Spitexdienste usw.) zu Lasten der sozialen Krankenversicherung abrechnen können.

Der Soll-Zustand: Aufhebung des Vertragszwanges

Leistungserbringer sollen inskünftig nach erteilter Praxisbewilligung durch die kantonalen Gesundheitsdirektionen nicht mehr automatisch, sondern erst nach Aushandeln individueller Verträge mit jeder Krankenkasse zu Lasten dieser abrechnen dürfen. Dabei haben beide Parteien das Recht, im Rahmen vorgegebener Bedingungen, etwa einer durch die kantonalen Gesundheitsbehörden festgelegten erforderlichen Mindestzahl von Leistungserbringern zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, Verträge abzuschliessen.

Namhafte Akteure der Gesundheitspolitik, so das federführende Departement des Innern, dem das Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstellt ist, die Santésuisse, das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen, aber auch Gesundheitsökonomien plädieren vehement für die Aufhebung des Vertragszwanges. Sie wollen damit mehr Wettbewerb in die Gesundheitsversorgung bringen, das Kopfprämienwachstum der sozialen Krankenversicherung bremsen und insgesamt eine Trendwende der stetig wachsenden Gesundheitsausgaben gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) bewirken.

Welche Faktoren bestimmen die Gesundheitskosten?

Demographie, medizinische Innovation, gelegentlich leichtfertig mit Fortschritt gleichgesetzt, Ansprüche der Bevölkerung und Lebensstil

sind die vier wichtigsten kostendeterminierenden Variablen. Die Bevölkerungsentwicklung geht unbestritten in Richtung Überalterung. Damit werden ganz neue Krankheiten für Individuen relevant, etwa die Entwicklung einer Demenz mit enormen Kostenfolgen. Der wichtigste Risikofaktor für die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten ist das Alter. Hier gibt es Untersuchungen, die belegen, dass das Alter als unabhängiger Risikofaktor, etwa bei der Entwicklung einer Herzkranzgefässerkrankung, alle anderen wie erhöhtes Cholesterin, Rauchen, hoher Blutdruck, um einige zu nennen, um mindestens eine Zehnerpotenz überragt.

Die medizinische Innovation gestattet heute Behandlungen von Krankheiten und Altersgruppen, die man früher nicht hätte behandeln können. Die Diagnostik von Krankheiten ist enorm weiterentwickelt worden und erlaubt es heute, zuverlässig Krankheiten zu diagnostizieren, die sich früher einer Diagnose nicht erschlossen haben. Dadurch werden zusätzliche Krankheitsbilder grundsätzlich behandelbar, gehen doch die Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Werkzeuge häufig Hand in Hand.

Die Ansprüche und Begehrlichkeiten ans Gesundheitsversorgungssystem durch die Bevölkerung sind enorm gewachsen: So sind heute Wartezeiten von teilweise Stunden in einer Arztpraxis, wie sie noch zu Zeiten der Kindheit des Autors dieses Beitrages gang und gäbe waren, undenkbar geworden. Eine Mehrzahl der Schweizer Bevölkerung, das zeigen wiederholt durchgeführte repräsentative Erhebungen, und das zeigt auch der medizinische Praxisalltag, wollen an dem, was gemeinhin als der medizinische Fortschritt gilt, im Bedarfsfall teilhaben. So etwa hat die Versorgung der Bevölkerung in der invasiven Kardiologie eine zweistellige Wachstumsrate. Der sehr umfassende Grundleistungskatalog führt dazu, dass Leistungen durch die Konsumenten des Gesundheitswesens eingefordert werden. Werden sie durch einen Leistungserbringer nicht erbracht, findet sich ein anderer, der den Begehrlichkeiten entspricht. Deshalb kann auch die Rationierung der Leistungen auf der Stufe der Arzt-Patienten-Beziehung niemals funktionieren.

Der moderne Lebensstil hat zweifellos einen ungünstigen Einfluss auf die Morbidität der Bevölkerung. Als Beispiele mögen zunehmende

Korrespondenz:
Dr. med. Daniel Schlossberg
Bachmattstrasse 53
CH-8048 Zürich

Fettleibigkeit und Bewegungsarmut mit all ihren krankmachenden Implikationen (Zucker-, Herzkrankheiten, Knochenschwund usw.) dienen.

Warum steigen die Krankenversicherungsprämien?

Es wäre ein Irrtum zu glauben, diese stiegen wegen der gestiegenen Gesundheitskosten derart massiv an. Eine hausgemachte Umverteilung der Gesundheitskosten weg von der öffentlichen Hand hin zu den durch die Krankenkassen zu erbringenden Leistungen haben ein überproportionales Wachstum der Kopfprämien bewirkt. Zwei Beispiele: Die spitalexternen Pflegekosten, die derzeit auf über 2 Milliarden Franken pro Jahr gewachsen sind, waren früher Gemeindesache, heute kommen die Krankenkassen dafür auf. Die in der Grundversicherung anfallenden jährlichen Kosten betragen derzeit rund 24 Milliarden Franken. Neu zu finanzierende Spitexleistungen machen somit mehr als 8% zusätzliche Aufwendungen der Krankenkassen aus. Auch bei den Spitalleistungen haben sich die Beiträge der öffentlichen Hand markant vermindert. Das gesamte Wachstum der Gesundheitskosten in den letzten 10 Jahren betrug gemäss Bundesamt für Statistik approximativ 20%, die Krankenkassenprämien stiegen in derselben Zeitspanne jährlich deutlich über 5% an. Dies reflektiert den Rückzug der öffentlichen Hand aus der Beteiligung an den Gesundheitskosten und die immer stärkere Belastung der Krankenkassen. Weil die Kopfprämien im Gegensatz zu den Steuern nicht einkommens- und vermögensabhängig sind, trifft diese Entwicklung den Mittelstand (Familien) am meisten – die unteren Einkommenschichten holen im wesentlichen vollumfänglich Subventionen ihrer Krankenkassenprämien ab, was sich im auf über 30% angewachsenen Anteil ausgerichteter Prämienverbilligungen widerspiegelt.

Welchen kostendämpfenden Einfluss hat die Aufhebung des Vertragszwanges?

Es gibt dazu keine Zahlen, es ist nicht einmal bekannt, ob es überhaupt eine solche Wirkung geben wird. Für die Abschaffung des Kontrahierungszwanges werden andere Argumente durch die Befürworter angeführt: Abschaffung der sogenannten Einkommensgarantie für medizinische Leistungserbringer, mehr Wettbewerb, bessere Qualität der medizinischen Versorgung, drohendes Globalbudget bei Beibehaltung, um die wichtigsten zu nennen.

Wir sehen uns diese Argumente näher an: zuerst die Mär vom Wettbewerb!

Immer wieder argumentieren die Befürworter einer Abschaffung des Kontrahierungszwangs, als da sind die Krankenkassen, das Departement von Herrn Bundesrat Couchepin und die GesundheitsökonomInnen, damit, dass nur mit dieser Massnahme Wettbewerb unter den Ärzten stattfindet. Hier müssen insbesondere die gelehrten Ökonomen alle Grundsätze, wie eine Volkswirtschaft funktioniert, über Bord werfen. Normalerweise geht der Wettbewerb unter Anbietern einer Leistung über die Preisgestaltung: Wer ein Produkt, eine Dienstleistung kostengünstiger anbieten kann, der hat möglicherweise einen Vorteil, wenn die Qualität der erbrachten Leistung stimmt. Nun ist es aber gerade den Ärzten vollkommen verwehrt, an der Preisgestaltung mitzuwirken. Kann eine Arztpraxis kostengünstiger produzieren, könnte dies durch entsprechend moderate Preise an den Kunden weitergegeben werden. Nun ist es aber so, dass entsprechend modifizierte Rechnungen, die die Krankenkassen günstiger zu stehen kämen, von diesen als unkorrekt zurückgewiesen werden. So bleibt als einzige Möglichkeit, Kosten einzusparen, erbrachte Leistungen gar nicht zu verrechnen. Auf dieser Basis kann eine betriebswirtschaftliche Rechnung jedoch nie aufgehen. An der Menge, statt am Preis zu schrauben, kann eine Option für eine zeitlich befristete Aktion sein (Stichwort: 3 für 2), aber niemals die Grundlage für eine erfolgreiche betriebswirtschaftliche Rechnung.

Wettbewerb ist das moderne Schlagwort, mit dem eine Volkswirtschaft wachsen soll. Nun belegt die Realität gerade das Gegenteil: Gerade der Gesundheitssektor, in dem Wettbewerb bisher eine untergeordnete, um nicht zu sagen marginale Rolle gespielt hat, ist der mit Abstand am stärksten gewachsene Berufssektor. In allen anderen Bereichen, wo mehr Wettbewerb eingeführt wurde, wie etwa bei der Post oder in der Telekommunikationsbranche, gehen permanent Stellen verloren, da Wachstum nicht in genügendem Masse eingetreten ist. Selbst florierende Unternehmen wie etwa Swisscom und Grossbanken bauen Stellen ab. Mehr Wettbewerb übertragen auf den Gesundheitssektor hat folgende Implikationen: Da die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, wie oben ausgeführt, keinen direkten Einfluss auf die Preisgestaltung ausüben, können sie die Kosten nur über Mengenkongingentierung beeinflussen. Es wird also ein Druck zur begrenzten Leistungserbringung entstehen, um seitens der Leistungserbringer Verträge mit den Versicherern zu bekommen und sie zu behalten. Völlig klar ist, dass in einem

nicht bewertbaren Markt das einzig messbare Kriterium für die Krankenversicherer ihre Kosten sind. Outcome-Messungen oder Surrogatmarker zur Bestimmung der Qualität und Effizienz erbrachter Leistungen existieren nicht, zumal volkswirtschaftlich relevante Daten, wie etwa Arbeitsausfall und dadurch zu erbringende Versicherungsleistungen, andere Versicherer betreffen. Die Qualität der Leistungserbringer soll verbessert werden. Damit wird gesagt, sie sei im heutigen System unzureichend oder zumindest verbesserungswürdig. Hier wären Vergleichsgrößen gefragt, es müsste definiert werden, was eine gute Qualität ist. Wir wissen darüber nahezu nichts. Das hohe Ansehen des Schweizer Gesundheitswesens im benachbarten Ausland lässt erahnen, dass wir in unserem Land eine zumindest von aussen wahrgenommene relativ gute Qualität haben dürften. Ein kürzlich publizierter Vergleich des amerikanischen und schweizerischen Gesundheitssystems in einer der reputiertesten amerikanischen Medizinzeitschriften gab dem Schweizer Modell die viel besseren Noten als dem eigenen [1, 2]. Die Krankenkassen wollen der Bevölkerung, so ein Statement von Marc-André Giger, dem Präsidenten des Konkordats der Schweizer Krankenkassen *santésuisse*, gewissermassen mehr als ein Telefonbuch mit einer Liste von Ärzten in alphabetischer Ordnung liefern. Ihnen schwebt eine Art Hitparade vor, so etwas wie der *Gault Millau* oder *Guide Michelin* in der Gastronomie. Unschwer zu erahnen, dass ein solches Ratingsystem zum Scheitern verurteilt sein wird. Es fehlen die Grundlagen, um nicht in die reine Willkür abzugleiten.

Das dritte Argument für die Aufhebung des Vertragszwanges ist das sonst auf uns zukommende Globalbudget, denn die Mittel sind beschränkt. Richtig ist, dass wir für die Grundversorgung gemäss KVG derzeit pro Jahr 24 Milliarden Franken ausgeben, für die Mobilität etwa 60 Milliarden. Es ist alles eine Frage der Prioritäten. Ob ein Globalbudget eingeführt werden muss, hängt zum einen von der Gestaltung des Leistungskatalogs ab. Dieser müsste wesentlich schlanker werden; viele der heute über die Grundversicherungen abgegoltenen Leistungen, die mithin direkt prämienvirksam sind, sind für die Sicherstellung einer solidarischen Behandlung ungeachtet des Sozialstatus nicht essentiell. Es besteht im heutigen Modus die grosse Gefahr, dass diese Solidarität überstrapaziert wird. Ein lapidares Beispiel: Weshalb soll die Allgemeinheit – das sind alle Versicherten einer Krankenkasse – jungen gesunden Individuen einen Beitrag an deren Betätigung im Fitnesscenter leisten? Es ist in der persönlichen Verantwortung

eines jeden einzelnen, etwas für seine Gesundheit zu tun.

Wo liegen die Grenzen der betriebswirtschaftlichen Optimierungen im Gesundheitswesen?

Die Erbringung medizinischer Leistungen bleibt individuell massgeschneiderte Arbeit, Stückwerk, eine Produktion in industriellem Massstab ist nicht machbar. Zu sehr unterscheiden sich selbst sehr ähnlich gelagerte Fälle voneinander. Damit ist auch schon gesagt, dass Fallpauschalen ein untaugliches Mittel sind, die erbrachten Leistungen zu entgelten. Gleichzeitig ist erklärt, warum es sich um ein personalintensives Geschäft handelt. Im Zuge der Sparübungen im Spitalsektor liegen nun erste Erfahrungen mit der Schliessung von sogenannten kleinen, unwirtschaftlichen Spitälern vor. Die Kosteneinsparungen, die man sich erhofft hat, sind trotz kumulativ verkürzter Hospitalisationszeit aller spitalbedürftig gewesenen Personen nicht eingetreten, im Gegenteil. Im Grunde genommen ist das eingetreten, was mit gesundem Menschenverstand zu erwarten gewesen war, jedoch von den Gesundheitspolitikern, so auch im Kanton Zürich vom Departement von Frau Regierungsrätin Verena Diener, nicht erkannt wurde: Viele Patienten, die bis anhin in kleineren, billiger produzierenden Spitälern behandelt wurden, mussten nun in teure Spitälern mit Zentrumsfunktionen ausweichen. Das Resultat: Trotz verkürzter Hospitalisationsdauer ein signifikanter Anstieg der stationären Gesundheitskosten. Man fragt sich, welche Berater den Gesundheitsdepartementen zur Seite stehen. Vermutlich Gesundheitsökonomien, die öffentlich behaupten können, die Ärzte hingen gewissermassen am «Staatstropf», solange der Vertragszwang bestünde. Dabei verhält es sich bezeichnenderweise so, dass es die Politik unter damaliger Federführung der Kommission Schoch war, die in den neunziger Jahren um jeden Preis das neue KVG durchboxen wollte, welches ja erst das Versicherungsobligatorium für jedermann einführt und die Kategorie «Privatpatienten» in der ambulanten Praxis verbot.

Entweder betreiben also die Verfechter obiger Behauptung Geschichtsklitterung oder sie sind einfach äusserst vergesslich.

Wir dürfen auch ohne Kenntnis exakter Zahlen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass eine Arztpraxis nach Überschreiten einer kritischen Grösse nicht mehr kostengünstiger, sondern teurer produ-

ziert, produzieren muss. Das hängt damit zusammen, dass wir es hier eben nicht mit automatisierbaren Abläufen im Praxisalltag zu tun haben, sondern mit individualisierten. Somit können Synergien nur beschränkt ausgenutzt werden. Da die Personalkosten die Gesamtkosten determinieren, muss jedes System mit ausgebauter Administration, das nicht mehr direkt medizinische Leistungen erbringt, zwangsläufig teurer produzieren als eine Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, die nur Ärzte und Medizinische Praxisassistentinnen beschäftigt.

Genau diese kostengünstiger produzierenden Praxen sind nun durch die Diskussion um Aufhebung des Vertragszwanges und das vom Bundesrat vor über drei Jahren eingeführte und nun verlängerte Notrecht des Zulassungsstopps für junge Berufskollegen akut gefährdet.

Bekannt ist, dass es in ländlichen Gegenden nahezu unmöglich geworden ist, Praxisnachfolger für in Pension gehende Kollegen zu finden. Neu ist dieses Phänomen nun auch in Grossagglomerationen wie der Stadt Zürich festzustellen. Die Banken als Kreditgeber wollen heute Businesspläne sehen: Mit der Aussicht, in einem oder zwei Jahren nach Aufnahme einer Praxistätigkeit allenfalls keine Verträge mehr mit Versicherern zu haben, lassen sich kaum noch Bankkredite realisieren. Werden nicht sehr bald wieder Anreize für die ambulante Praxistätigkeit gesetzt, ist davon auszugehen, dass in 10 bis 15 Jahren die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht mehr gewährleistet sein wird. Diese Extrapolation ist anhand der Alterspyramide der heute niedergelassenen Ärzte in sich schlüssig. Wenn kein medizinischer Nachwuchs in die freie niedergelassene Praxistätigkeit nachfolgt, entsteht ein Vakuum, das später nicht einfach aufgefüllt werden kann. Dies belegt eindrücklich England, das, genötigt durch einen Entscheid des europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte, in die Grundversorgung der Bevölkerung rund 2,2 Milliarden Pfund investieren musste. Bei der Suche nach Ärzten – die auch mit Stelleninseraten in der Schweizerischen Ärztezeitung erfolgte – wurde man vorwiegend in Indien fündig. Die indischen Ärzte, die nun in U.K. praktizieren, haben allerdings den spezifischen Nachteil, das britische Sozial- und Gesellschaftssystem und die Gepflogenheiten der Bevölkerung nicht zu kennen, was keine kostengünstigere medizinische Grundversorgung nach sich zieht.

Bereits heute haben ländliche Gegenden Mühe, den Notfallärztdienst, dessen Gewährleistung Gemeindegut ist, sicherzustellen. Nicht genug damit: Selbst Städte wie St. Gallen können

alsbald durch Überalterung der praktizierenden Ärzte, die nach Erreichen einer Altersgrenze aus dem Notfalldienst ausscheiden, diesen Dienst nicht mehr gewährleisten.

Was bedeutet die Aufhebung des Vertragszwangs für die Patienten?

Da jede Krankenkasse mit jeder Ärztin / jedem Arzt beziehungsweise jeder anerkannten Gruppierung von Leistungserbringern (im weitesten Sinn Managed-Care-Modelle) Verträge abschliesst oder nicht abschliesst und diese Verträge zeitlich limitiert sein werden, wird ein Informationsbedarf entstehen, der erheblichen administrativen Aufwand nach sich ziehen wird. Zudem werden viele Patienten, die ihren Hausarzt nicht wechseln wollen, gezwungen sein, die Krankenkasse zu wechseln und eine zu suchen, die mit ihrem jeweiligen Hausarzt einen Vertrag hat. Allenfalls davon ausgenommen sollen chronisch Kranke sein. Man darf damit rechnen, dass die anfallenden Krankenkassenwechsel und die Gewährleistung von Vertragstransparenz Kosten generieren werden, die prämienvirksam sein werden.

Diese These wird nun durch eine eben erschienene Studie des KOF indirekt gestützt, die Prof. Bernhard Schips geleitet hat. Wir werden darauf noch näher einzugehen haben.

Wie kann gespart werden?

Aus den bisherigen Überlegungen geht zwanglos hervor, dass die Aufhebung des Vertragszwanges mit derart gravierenden Nachteilen behaftet ist, dass bereits jetzt selbst die glühendsten Verfechter dieses Weges nicht ernsthaft an eine Realisierung glauben, zumal die freie Arztwahl der Schweizer Bevölkerung bis anhin noch immer ein nicht antastbares Anliegen war. Zumindest gibt es zwei erfolgversprechende Ansätze, relevante Einsparungen machen zu können, die allerdings infolge der ungünstigen Demographie nur das weitere Wachstum der Gesundheitsausgaben mässigen können. Der eine Ansatz ist die Entrümpelung des basarartigen Leistungskatalogs. Würden alle diagnostisch-therapeutischen Module auf ihre Wirksamkeit hin überprüft, so liessen sich viele aus dem Grundversicherungsin den Zusatzversicherungsbereich verbannen. Der zweite Ansatz bestünde darin, dass man sich darauf zu besinnen hätte, primär Kranke zu behandeln und nicht Gesunde zu Kranken zu machen. Ohne in dieser Frage, die einen eigenen Beitrag verdient, in die Details zu gehen, sei an

einem Beispiel illustriert, was damit gemeint ist: Erkrankt eine Person an einer Lungenentzündung, so ist es das Kerngeschäft des Arztes, diese nach den Regeln der Kunst zu behandeln. Nimmt das Verlangen nach Sexualität mit dem Alterwerden ab, so macht unsere heutige Gesellschaft daraus etwa beim Mann eine Krankheit, die sich dann mit dem wunderschönen Namen des «PADAM» (Partielles Androgendefizit des alternden Mannes) schmückt. Wenn aber ein physiologischer Prozess im Zuge des Alterns per se zur Krankheit wird, dann ist potentiell jeder Ältergewordene gleich auch ein Krankgewordener, was selbstredend die Gesundheitskosten in schwindelerregende Höhen treibt. Hier bräuchte es einen Diskurs unter den vielleicht 10 bis 100 besten Köpfen des Landes, der Empfehlungen vorbereiten könnte im Hinblick auf die öffentliche Debatte darüber, was als krank, was als altersadjustiert gesund zu gelten hätte (mit Blick auf die Abrechenbarkeit über die Grundversicherung). Auch ein grosses Einsparpotential hätte das Verbot von sogenannten Aufklärungskampagnen durch Akteure im Gesundheitswesen, die potentiell Nutzen ziehen, wenn Bevölkerungskreise auf ein Problem sensibilisiert werden, das für sie bisher keines war. Beispiele sind Werbekampagnen von Pharmafirmen zu Themen wie Potenzproblemen (im Fachjargon «Erektile Dysfunktion») und Nagelpilzen, mit denen die Bevölkerung dazu animiert werden soll, den Arzt aufzusuchen und sich gegebenenfalls behandeln zu lassen. Womit nicht gesagt sein soll, dass es sich nicht im Einzelfall um behandlungswürdige Entitäten handeln kann.

Eigenverantwortung und Gesundheitskosten

Viele Krankheiten ereilen uns schicksalhaft. Aber längst nicht alle. Und einige der infolge ihrer weiten Verbreitung kostentreibendsten Krankheiten haben viel mit dem individuellen Lebensstil zu tun. Es liegt daher nahe, im Sinne einer Förderung dieses Bewusstseins etablierte Risikofaktoren, die durch die Versicherungsnehmer selber verursacht werden, in die Prämienrechnung miteinzubeziehen. Dies ist in vielen anderen Versicherungsbranchen längst etablierter Standard. Umgekehrt sollte ein gesunder Lebensstil keinesfalls Prämienrabatte nach sich ziehen, sondern im ureigenen Interesse jeder Person liegen. Ein Bonus-Malus-System, wie es etwa bei Autohaftpflicht- und -kaskoversicherungen branchenüblich ist, kommt bei der sozialen Krankenversicherung nicht in Betracht, ein rei-

nes Malussystem, das die Eigenverantwortung betonen will, hingegen schon.

Eine Studie des KOF mit interessanten Implikationen

Im März 2005 ist eine Studie des Konjunkturforschungsinstituts (KOF) der ETH von Professor Bernhard Schips vorgestellt worden, die sehr interessante Resultate zeitigte, Resultate notabene, die aufgrund der Datenlage des Bundesamts für Statistik eigentlich schon antizipiert worden sind. Die immer wieder für die Kostenexpansion im Gesundheitswesen verantwortlich gemachten Ärzte in freier Praxis sind laut dieser Studie dafür nicht verantwortlich zu machen, eine statistisch signifikante Zunahme der Arztkosten liess sich trotz Zunahme der Arztpraxen nicht nachweisen. Professor Bernhard Schips kommentierte diesen Sachverhalt so, dass der Zulassungsstopp, der vor mehr als 3 Jahren verhängt wurde, keine nachhaltige Sparwirkung habe. Gerechtfertigt wird dieser Zulassungsstopp durch Politiker wie Frau Nationalrätin Egerszegy damit, dass es im Gefolge der Einführung des freien Personenverkehrs im bilateralen Vertragswerk der Schweiz mit der Europäischen Union galt, eine Invasion von EU-Ärzten in die Schweiz, die sich hier in freier Praxis niederlassen würden, zu verhindern. Verschwiegen wird geflissentlich, dass die Neueröffnung einer Arztpraxis approximative Investitionen von einer halben Million Schweizer Franken erforderlich macht, was diese Ärzteschwemme aus der EU doch einigermassen reguliert hätte und auch inskünftig verhindern dürfte.

Als wichtige kostentreibende Faktoren, die das Schweizer Gesundheitswesen verteuern, wurden in der erwähnten Studie etwa ambulante Spitalkosten erkannt, die massiv zugenommen haben. Auch die Verwaltungskosten der Krankenkassen sind statistisch signifikant gestiegen. Es würde im Rahmen der Diskussion um die Abschaffung des Kontrahierungszwanges zu weit führen, diese hochinteressanten Ergebnisse weiter zu kommentieren, doch eine Schlussfolgerung lässt sich ziehen. Eher zum Sparen geeignet als die Aufhebung des Vertragszwanges wäre die Abschaffung der Krankenkassen in ihrer heutigen Form. Eine Einheitskasse wäre nicht gezwungen, Werbung (z. B. Sponsoring von Sportsendungen von SF DRS) zu machen, da ja ein Krankenversicherungsobligatorium besteht. Sie müsste keine Aufwendungen für Krankenkassenwechsel leisten und sie könnte sehr schlanke Strukturen haben, zumal in einem Zeitalter der zunehmend elektro-

nischen Verwaltungsarbeit und Vernetzung online. Klar ist, dass einige Manager und viele Sachbearbeiter ihre Stellen verlören, die heute von den verschiedenen Krankenkassen benötigt werden. Weil es sich bei den Arbeitsabläufen einer Krankenversicherung um repetitiv-monotone Vorgänge handelt, sind diese einer Automatisierung besonders gut zugänglich. Sie unterscheiden sich damit im Wesen von den ärztlichen Leistungen, die immer individualisiert zu erbringen sind.

Fazit

Die Diskussion um die Abschaffung des Kontrahierungszwanges wird in der politischen Realität wohl so nicht stattfinden, der Vorschlag selber ist schon ein Auslaufmodell, selbst unter allfälliger Berücksichtigung eines Risikoausgleichs, auf

den ich in diesem Beitrag nicht näher eingegangen bin. Hierfür spricht etwa der Umstand, dass die Räte das Thema in den Sessionen im Jahr 2005 kaum noch eingehend und abschliessend behandeln.

Dennoch ist es wichtig, wenn wir uns mit dieser Frage auseinandersetzen. Die Umstrukturierung altbewährter Eigenheiten des Schweizer Gesundheitswesens birgt viel politischen Zündstoff. Und vor allem die Gefahr, dass zu wenig kompetente Politiker eine Richtung einschlagen, die sich in Zukunft rächen wird.

Literatur

- 1 Herzlinger RE, Parsa-Parsi R. Consumer-driven health care: lessons from Switzerland. JAMA 2004; 292:1213-20.
- 2 Reinhardt UE. The Swiss health system. JAMA 2004;292:1227-31.

Neues Tierschutzgesetz in den Räten – es betrifft auch die Ärzteschaft

M. Deutsch, S. Scheiwiller und F. P. Gruber für die Ärztinnen und Ärzte für Tierschutz in der Medizin

Das zu revidierende Tierschutzgesetz befindet sich zurzeit in den Räten. Es betrifft auch die Ärzteschaft, namentlich die Gesetzgebung im Hinblick auf Tierversuche.

Zur Erneuerung des bisherigen Gesetzes gibt es einen bundesrätlichen Entwurf für ein zeitgemässes Tierschutzgesetz vom 9. Dezember 2002, einen Entwurf durch den Schweizerischen Tierschutz STS und einen Entwurf durch die Stiftung für das Tier im Recht, an dem auch die Ärztinnen und Ärzte für Tierschutz in der Medizin (nebst diversen weiteren Tierschutzorganisationen) mitgearbeitet haben.

Die wichtigsten Forderungen unsererseits seien hier deshalb kurz zusammengefasst und vorgestellt:

Nachweis der Unerlässlichkeit von jedem beantragten Tierversuch

Im heutigen Tierschutzgesetz steht bis heute in Art. 17 Abs. 2: «Der Bundesrat bestimmt die Kriterien zur Beurteilung des unerlässlichen Masses [...]» Dies ist in der Praxis bis heute nie geschehen.

Die Tierversuchskommissionen prüfen heute praktisch ausschliesslich, ob der Versuch technisch und juristisch korrekt geplant ist, nicht aber die Berechtigung des eigentlichen Versuchszwecks. Ziel muss sein, dass neben der Unerlässlichkeit der Art der Durchführung des Tierversuchs («instrumentelle Unerlässlichkeit») auch die Unerlässlichkeit des Zwecks («finale Unerlässlichkeit») des Tierversuchs begründet werden muss und überprüft werden kann.

Damit dies den Tierversuchskommissionen überhaupt möglich ist, müssen sie unbedingten Zugang zu Spezialisten haben. Dies ist heute durch das Amtsgeheimnis im praktischen Alltag der Tierversuchskommissionen aber kaum möglich. Daraus folgt die nächste dringliche Anforderung an das neue Tierschutzgesetz:

Lockerung des Amtsgeheimnisses

Heute müssen in den Tierversuchskommissionen Menschen über die Unerlässlichkeit von Tierversuchen urteilen, die dies aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation gar nicht können! Von

Korrespondenz:
Dr. med. Markus Deutsch
Dürntnerstrasse 20
CH-8340 Hinwil

E-Mail: m.deutsch@bluewin.ch

den Mitgliedern der Tierversuchskommissionen wird verlangt, dass sie hochspezialisierte Fragestellungen beurteilen.

Die Tierversuchskommission besteht üblicherweise aus wenigen Biologen, Veterinär- oder Humanmedizinern und Juristen, nicht aber aus zahllosen Spezialisten der verschiedensten Fachrichtungen, aus denen die Gesuche kommen. Die Einholung von Expertenmeinungen ist deshalb für ihre (schwierige!) Arbeit unabdingbar. Dies wird jedoch durch das Amtsgeheimnis stark erschwert bis verunmöglicht. Die Tierversuchskommissionen können deshalb in der Praxis ihren gesetzlichen Auftrag gar nicht erfüllen!

Aus diesem Grunde muss das Amtsgeheimnis gelockert werden. Erfahrungen in anderen Ländern (Schweden, USA) zeigen, dass dies *nicht* zu der immer wieder heraufbeschworenen Verhinderung sämtlicher Tierversuche führt. Das Ziel der Lockerung des Amtsgeheimnisses wird nebst dem Weg über den Gesetzesentwurf parallel auch noch durch eine Petition zur Lockerung des Amtsgeheimnisses angestrebt, die vom Fonds für versuchstierfreie Forschung FFVFF demnächst eingereicht wird.

Forderung eines Verbots für schwerstbelastende Versuche (BVET Schweregrad 3)

In den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW [1] heisst es unter 3.3: «Versuche, die dem Tier voraussichtlich schweres Leiden verursachen, müssen vermieden werden, indem durch Änderung der zu prüfenden Aussage andere Versuchsanordnungen gewählt werden, oder indem auf den erhofften Erkenntnisgewinn verzichtet wird. Als schweres Leiden gelten Zustände, welche selbst bei lindernden Massnahmen als unerträglich zu bezeichnen sind.»

Diese Richtlinie der SAMW unterstützt die Forderung aller Tierschutzorganisationen nach einem Verbot der schwerstbelastenden Tierversuche (Schweregrad 3 nach Definition des Bundesamtes für Veterinärwesen BVET). Auch hierfür gibt es verschiedene ausformulierte Gesetzestextvarianten.

Generelles Verbot zum Töten ohne vernünftigen Grund

Heute darf jedermann straflos und ohne besonderen Grund ein Tier töten, solange es ihm gehört und er dies nicht besonders grausam tut. In Deutschland und Österreich ist der Schutz des Lebens im Tierschutzgesetz verankert, in unserem (veralteten) Tierschutzgesetz aber nicht. Dies sollte geändert werden.

Das Argument der Wirtschaftlichkeit

Von Seiten der Bauernverbände wird immer wieder versucht, der Korrektur offensichtlicher Missstände, wie zum Beispiel der Ferkelkastration ohne Betäubung, entgegenzuwirken mit dem Argument, dass diese finanziell nicht verkraftbar seien.

Dass wirtschaftliche Tierhaltung und Tierschutz durchaus zu vereinbaren sind, zeigt das Beispiel Norwegens, wo bereits im April 2002 ein Totalverbot der Kastration männlicher Ferkel ab dem 1. Januar 2009 beschlossen wurde und bereits seit dem 1. August 2003 die Ferkelkastration nur noch unter Schmerzausschaltung durch Tierärzte erlaubt ist. Wenn so eklatante und offensichtliche Tierquälereien wie eine Kastration ohne Betäubung wegen einiger weniger Franken erlaubt bleiben soll, dann darf sich ein solches Gesetz weder ethisch noch Tierschutzgesetz nennen.

Die Tierversuchproblematik betrifft jeden Arzt, da jeder Arzt direkt oder indirekt involviert ist, sei es durch die Verschreibung von Medikamenten, die Tierversuche durchliefen, sei es durch die Veranlassung von Operationen, die teils in Tierversuchen evaluiert wurden, oder auch nur durch Veranlassung von diagnostischen Tests, zu denen tierische Antikörper verwendet werden. Es muss deshalb auch im Sinn der Ärzteschaft sein, dass sie sich auf ein aktuelles, faires Tierschutzgesetz stützen kann.

Literatur

- 1 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Schweizerische Akademie der Naturwissenschaften SANW. Ethische Grundsätze und Richtlinien für Tierversuche. Revisionsentwurf der Ethikkommission für Tierversuche der SAMW/SANW, Stand 23. März 2004. 3. Auflage. Basel: SAMW; 2004.