# Zu viele Köche im Land

*Erhard Taverna*

Aus Angst vor einem übermässigen Zuzug ausländischer Ärzte, nach Abschluss der bilateralen Verträge mit der EU, wurde das KVG durch Einfügen des Art. 55a abgeändert. Am 3. Juli 2002 setzte der Bundesrat eine entsprechende Verordnung (SR 832.103) in Kraft. Ab diesem Datum galt eine beschränkte Zulassung, wobei die Kantone die Leistungserbringer einer Bedarfsklausel unterstellen. Wer zulasten der OKP abrechnen möchte, braucht seither neben der Berufsausübungsbewilligung explizit eine kantonale «Zulassungsbewilligung». Die auf drei Jahre beschränkte Massnahme wurde verlängert und ist bis zum 3. Juli 2008 befristet.

Was hat diese Regelung gebracht, was kommt nachher?

Wurden vor dem Zulassungsstopp rund 700 Konkordatsnummern jährlich vergeben, so stieg die Zahl 2002 auf 1160 und regulierte sich seither auf das Niveau von vor dem Stopp. Da die Kantone für die Umsetzung verantwortlich sind, ist anzunehmen, dass sie von Ausnahmebestimmungen reichlich Gebrauch machen. Wie man es immer auch dreht und wendet, die Ärztedichte im Lande war noch nie so hoch wie heute. Alle Indikatoren wie das Zahlstellenregister der santésuisse, das Gesundheitsobservatorium (Obsan) des BAG, die Mitgliederliste der FMH, die Statistiken der kantonalen Gesundheitsdepartemente oder die in der Schweizerischen Ärztezeitung publizierten Praxiseröffnungen bestätigen den Trend steigender Ärztezahlen. Numerus clausus und Zulassungsstopp haben keine Trendumkehr bewirkt. Noch ist nicht hieb- und stichfest bewiesen, dass eine angebotsinduzierte Nachfrage über eine Mengenausweitung die Kosten anheizt. Ein Papier der GDK (Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektoren) vergleicht die Beweislage mit dem Streit über die Ursachen des Klimawandels. Doch alles deutet darauf hin, dass zunehmende Angebote Nachfrage und Ansprüche stimulieren und damit die Mengenausweitung als potentielle Quelle der Gewinnmaximierung. Die Regierungsräte und -rätinnen sind aufgerufen, über eine Nachfolgeregelung nachzudenken. Zitat: «Die Ärzteschaft hat den drohenden Ärzte*mangel* in dem Moment auf die politische Agenda zu setzen vermocht, als das Parlament sich anschickte, den Ärzte*überfluss* zu bekämpfen. Die Problemwahrnehmung hat sich innerhalb von 2–3 Jahren, begünstigt durch die prominente Darstellung einiger besorgniserregender Entwicklungen und Missstände in der Hausarztmedizin, diametral gewandelt, obwohl die Ärztedichte weiter gestiegen ist. Diese Verschiebung der Problemwahrnehmung, aber auch die offensichtlichen Mängel der Vorschläge des Bundesrates zur Einführung der Vertragsfreiheit sowie die Referendumsdrohung der Ärzteschaft lassen es als unwahrscheinlich erscheinen, dass die Vertragsfreiheit per 2008 eingeführt wird.» Eine erneute Verlängerung der Zulassungsbeschränkung sei politisch unwahrscheinlich, denn auch die Diskriminierung jun-

ger Ärzte habe einen volkswirtschaftlich negativen Effekt.

Die Lageanalyse der GDK ist klug und diplomatisch. Dass zu viele Köche falsch ausgebildet sind, ist nicht die Schuld der Politiker. Dafür haben ausschliesslich die Berufsverbände geradezustehen, von denen jeder sein eigenes Territorium auf Kosten der anderen und gegen das Interesse des Ganzen verteidigt. Auch den Versicherern sind die erwähnten «Missstände» nicht anzukreiden. In den Überlegungen der santésuisse zu den Auswirkungen von TARMED kann jeder nachlesen, dass die typischen Grundversorger die Verlierer sind: «Es macht keinen Sinn, dass die Bedingungen für Spezialisten weiterhin deutlich attraktiver bleiben als für die Grundversorger. Denn bei den Spezialisten herrschen Überkapazitäten, die nicht weiter ausgebaut werden dürfen. Zudem ist die Hausarztmedizin umfassender und dabei auch noch kostengünstiger.» santésuisse erwähnt drei Instrumente im Kampf gegen die Mengen- und Kostenzunahme: Globalbudget (schlechte Erfahrungen in Deutschland), die Bedürfnisklausel (untauglich, weil strukturerhaltend und den medizinischen Fortschritt hemmend) und die Vertragsfreiheit (einzige Möglichkeit zur Mengenbegrenzung mit Anreiz zur Qualitätsverbesserung und mehr Transparenz im System). Für die Versicherer ist mehr Wettbewerb die beste Lösung, vorausgesetzt, dass die freie Wahl des Versicherers, die weitgehend freie Arztwahl, eine gute Versorgung für alle und Prämienverbilligung für Einkommensschwache erhalten blieben. Das vorgeschlagene Modell ist zumindest eine gute Diskussionsbasis. Die Kantone gewähren die Versorgungssicherheit und schreiben die dafür notwendige Anzahl an Leistungserbringern vor. Wer das als staatliche Planwirtschaft verwirft, muss zeigen, wie er es besser machen will, vielleicht mit einer Mehrklassenmedizin. Die GDK hat 12 mögliche Nachfolgeregelungen tabellarisch zusammengefasst. Eine davon ist «Nichts tun»: kein politischer und regulatorischer Handlungsbedarf, kein Vollzugsbedarf. Dafür weitersteigende Kosten aufgrund angebotsinduzierter Nachfrage. Aus den weiteren Varianten ergibt sich eine Mixtur unterschiedlichster Massnahmen, wie gezielte Förderung von Managed-Care-Modellen, bedarfsabhängige Zulassungsbewilligungen und Globalbudgets. Bei der Vertragsfreiheit halten sich pro und kontra die Waage. Das Wettbewerbsmodell sei gut für das wirtschaftliche Verhalten, Auswüchse könnten durch eine kantonale Rahmenplanung und mit Ausnahmeregelungen eingedämmt werden. Als Nachteile werden komplizierte Verträge, Diskriminierung und Kartelle befürchtet. Was Bund, Kantone und Versicherungen bisher geleistet haben, überzeugt nicht. Jeder Akteur pflegt seine eigenen Interessen und nichts ist leichter als die Ärztinnen und Ärzte gegeneinander auszuspielen. Zu viele Köche sind dem Brei nicht bekömmlich.


– Zentralsekretariat GDK an die kantonalen Gesundheitsdepartemente. am 18. Januar 2007.
– Hausarztmedizin. Aufhebung des Vertragszwangs. www.santesuisse.ch, November 2006.