

Mythen und Fakten zum Kontrahierungszwang

Auswirkungen auf Versicherte, Krankenkassen, Leistungserbringer

5. Juli 2004 Nummer 27 5. Jahrgang

dossierpolitik

Mythen und Fakten zum Kontrahierungszwang

Die 2. KVG-Revision ist im letzten Dezember im Parlament gescheitert. Einigkeit besteht bezüglich der hohen Dringlichkeit des Reformbedarfs im Gesundheitswesen. Bundesrat Pascal Couchepin hat im März die Vernehmlassung zu neuen KVG-Reformen eröffnet. Neben zahlreichen dringlichen Einzelmassnahmen ist die Aufhebung des Kontrahierungszwangs der Versicherungen mit den Leistungserbringern ein zentraler Pfeiler einer umfassenden Gesundheitsreform, welche die wettbewerblichen Elemente im Gesundheitsmarkt stärkt. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist aber vor allem unter den Ärzten umstritten. Die vorliegende Ausgabe des dossierpolitik gibt einen Überblick zum Thema Kontrahierungszwang. Zudem werden Tendenzen über die möglichen Auswirkungen der Vertragsfreiheit aufgezeigt.

Definition, Politik und Vision

Was bedeutet Kontrahierungszwang?

Unter dem Begriff Kontrahierungszwang versteht man, dass die Krankenversicherer in der obligatorischen Krankenversicherung (Grundversicherung) grundsätzlich verpflichtet sind, mit jedem Leistungserbringer, der nach Art. 35 KVG zugelassen ist, einen Vertrag abzuschliessen. Für die Zulassung sind ausschliesslich formale Kriterien wie berufliche Qualifikationsnachweise oder Anforderungen an die Infrastruktur relevant. Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer spielen keine Rolle. Alle zugelassenen Leistungserbringer haben einerseits Anspruch auf Zugang zum Krankenversicherungssystem, sind andererseits aber auch verpflichtet, Patienten aller vom Bundesamt für Gesundheit anerkannten Krankenkassen zu behandeln. Der Ausschluss eines Leistungserbringers von einem Tarifvertrag ist prinzipiell möglich (Art. 59 KVG), aber angesichts der unvollkommenen Massstäbe für Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie eines langwierigen Beschwerdeverfahrens (Beweislast beim Versicherer) kaum durchsetzbar.

Wichtiger Bestandteil der 2. KVG-Revision

Von den jüngsten Reformvorschlägen des Bundesrats im Rahmen der Wiederaufnahme der 2. KVG-Revision ist die Aufhebung des Kontrahierungszwangs die wohl umstrittenste Vorlage. Zugleich ist sie nach Ansicht der Mehrheit der GesundheitsökonomInnen aber der wichtigste Schritt zu der von ihnen für das schweizerische Gesundheitswesen angestrebten Zielvision, der „managed competition“ (= regulierter Wettbewerb).

Das heutige KVG kombiniert planwirtschaftliche und wettbewerbliche Elemente. Diese Kombination wurde seinerzeit im Abstimmungskampf zur Einführung des KVG1

als einer der Vorteile der Gesetzesvorlage gepriesen. Bei näherer Betrachtung reflektiert sie letztlich einfach einen Kompromiss zwischen zwei politisch ähnlich starken Lagern mit weitgehend konträren Vorstellungen. Heute mehren sich die Stimmen, welche diese Vermischung von Plan- und Wettbewerbselementen kritisch hinterfragen, weil sie gerade darin eine wesentliche Ursache für die zu beobachtende Ineffizienz im Gesundheitswesen sehen. Die grosse Mehrheit der GesundheitsökonomInnen geht davon aus, dass die geeignete Therapie für die Ausmerzung von Fehlanreizen für die Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens und die Erhöhung der Effizienz darin besteht, diese unglückliche Vermischung zu beseitigen und das Gesundheitswesen konsequent wettbewerbsorientiert auszugestalten. Sie propagieren aber nicht den freien Wettbewerb, sondern den regulierten Wettbewerb, die so genannte managed competition. Wegen der Besonderheiten des Gesundheitswesens seien die positiven Effekte des Wettbewerbs nur zu erwarten, wenn Rahmenbedingungen gewährleistet werden, welche die Entfaltung des Wettbewerbsverhaltens ermöglichen. Genau dies erwartet die Mehrheit der GesundheitsökonomInnen von der managed competition.

Managed competition (regulierter Wettbewerb)

Ein Gesundheitssystem kann sowohl planwirtschaftlich als auch wettbewerbsorientiert ausgestaltet werden. Charakteristisch für die planwirtschaftliche Variante ist das Globalbudget, wo die Steuerung über die Mengen erfolgt. Bei der wettbewerblichen Variante steht der so genannte regulierte Wettbewerb (managed competition) im Vordergrund, der Angebot und Nachfrage über Preise steuert. Die managed competition verlangt Rahmenbedingungen, welche die Entfaltungsmöglichkeiten des Wettbewerbs ermöglichen.

Zielvision managed competition

Die Managed-competition-Modelle lassen sich im Grundsatz alle auf Enthoven (1978, 1988) zurückführen. Laut Prof. Dr. Leu¹ von der Universität Bern sind die zentralsten Elemente der managed competition, auf die Verhältnisse in der Schweiz angepasst, folgende:

- Freier Marktzutritt qualifizierter Versicherer ohne Einschränkung des Erwerbszwecks
- Vorgeschriebenes Mindestleistungspaket
- Versicherungsobligatorium
- Freiheit der Kassenwahl (Aufnahmezwang)
- Risikogerechte Prämien oder Einheitsprämien mit Risikostrukturausgleich
- Wählbare Kostenbeteiligung mit vorgegebener Untergrenze (zur Förderung der Eigenverantwortung und zur Verminderung von Moral Hazard) und Obergrenze (um der Entsolidarisierung entgegenzuwirken)
- Einkommensabhängige Prämienverbilligung an wirtschaftlich Schwächere
- Freier Marktzutritt qualifizierter medizinischer Leistungserbringer
- Vertragsfreiheit
- Vollständige Unterstellung des Gesundheitswesens unter das Kartellgesetz
- Monistische Spitalfinanzierung
- Modifizierte Rolle der Kantone

Von den genannten zwölf Elementen sind bezogen auf das schweizerische Gesundheitswesen einige bereits erfüllt, andere nur zum Teil und wieder andere noch nicht realisiert. Nach Ansicht der Ökonomen ist die Aufhebung des Kontrahierungszwangs von den fehlenden Elementen mit Abstand das wichtigste auf dem Weg zur managed competition. Laut Prof. Dr. Leu von der Universität Bern sollte die Vertragsfreiheit sowohl ambulant als auch stationär eingeführt werden und einhergehen mit einer Verfeinerung des Risikoausgleichs, der freien Wahl des Vergütungssystems (Art und Höhe) und der Anwendung des Kartellgesetzes auf den Grundversicherungsbereich.

Auswirkungen der Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf die Versicherten

Freie Arztwahl

Tatsache ist, dass bereits heute bei geltendem Kontrahierungszwang die freie Arztwahl sowohl für Grundversicher-

Moral Hazard

Das Bestehen einer Versicherung ändert die Verhaltensanreize für das Individuum und damit auch die Wahrscheinlichkeiten, mit denen die Versicherungsgesellschaft rechnen muss. Die Moral-Hazard-Problematik ist typisch für den Versicherungsmarkt.

Risikostrukturausgleich

Der Risikoausgleich bezweckt einen Ausgleich der Unterschiede in der Struktur der Versichertenbestände, die zu unterschiedlichen Krankenpflegekosten und damit zu unterschiedlichen Prämien führen. Die Risikoausgleichszahlungen sollen einen Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit vorwiegend „schlechten Risiken“ und Krankenversicherern mit vorwiegend „guten Risiken“ herbeiführen und damit den Anreiz für die Krankenversicherer, sich durch gezielte Anwerbung guter Risiken (Risikoselektion) einen Vorteil gegenüber der Konkurrenz zu verschaffen, vermindern bzw. beseitigen. Der geltende Risikoausgleich berücksichtigt lediglich das Alter und das Geschlecht als Ausgleichsfaktoren (KVG Art. 105). Der Risikoausgleich ist auf zehn Jahre befristet (bis Ende 2005).

te als auch für Zusatzversicherte nur im ambulanten Bereich (Ausnahme: keine freie Arztwahl bei gewissen alternativen Versicherungsmodellen) besteht, nicht aber im stationären Bereich. Im letzteren haben jene, die nur grundversichert sind, schon heute keine Arztwahl, was bisher gesellschaftspolitisch akzeptiert wurde.

Für die Versicherten würde die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich zunächst bedeuten, dass ihre Wahlfreiheit im Rahmen ihres bestehenden Versicherungsvertrags unter Umständen eingeschränkt würde. Dies wäre dann der Fall, wenn ihre Krankenkasse mit dem sie behandelnden Arzt keinen Vertrag abgeschlossen hätte. In diesem Fall hätte der Versicherte aber die Möglichkeit, seinen Versicherer zu wechseln und dabei eine Kasse zu wählen, die mit dem von ihm gewünschten Leistungserbringer einen Vertrag abgeschlossen hätte. Dieser Wechsel wäre wegen der gesetzlichen Aufnahmespflicht der Versicherer in der obligatorischen Grundversicherung problemlos möglich, wobei allerdings die Prämie bei den Versicherern unterschiedlich sein könnte. Diese Möglichkeit bestünde aber nur, wenn man davon ausgeht, dass die meisten Leistungserbringer nach der Aufhebung des Kontrahierungszwangs noch von mindestens einem Versicherer unter Vertrag genommen werden. Gerade in dieser Frage sind die Ansichten aber gespalten. Die einen, unter ihnen auch Bundesrat Pascal Couchepin, rechnen damit, dass weiterhin rund 95 Prozent der Ärzte mindestens mit einem Versicherer einen Vertrag abgeschlossen haben werden.

¹ Prof. Dr. Robert E. Leu, Mehr Wettbewerb als Therapie für das schweizerische Gesundheitswesen, 28. Februar 2004

Die anderen gehen von einem deutlich geringeren Prozentsatz aus. Folglich sehen die einen in der Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich für den Patienten das Ende der freien Arztwahl, die anderen nur eine unwesentliche Einschränkung. Wie viele Ärzte von mindestens einem Versicherer unter Vertrag genommen würden, würde wesentlich von der Gestaltung des Risikostrukturausgleichs bestimmt.

Letztendlich hängt also die Frage der freien Arztwahl davon ab, wie die Vertragsfreiheit umgesetzt wird, insbesondere welche Leitplanken bezüglich Risikoausgleich und Versorgungssicherheit vorgegeben werden. Eine gewisse Konzentration sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Versicherern ist zu erwarten. Berücksichtigt man, dass es heute einen Drittel mehr praktizierende Ärz-

te als 1990 gibt, nämlich über 14'000, so gäbe es nach Ansicht namhafter Gesundheitsökonomien immer noch mehr als genügend Arztpraxen zur Auswahl, selbst wenn nicht mehr sämtliche Ärzte mit allen Kassen zusammenarbeiten würden. Man muss sich auch fragen, ob im Rahmen einer obligatorischen Sozialversicherung eine gewisse Einschränkung der freien Arztwahl nicht zumutbar wäre. Gleichzeitig muss hier aber erwähnt werden, dass bei ungenügendem Risikoausgleich die Gefahr besteht, dass Ärzte mit vorwiegend teuren Patienten wenig oder gar nicht unter Vertrag genommen würden, so dass für diese Patienten die freie Arztwahl und die Versorgung gefährdet sein könnte. Um das zu verhindern, scheinen gewisse Rahmenbedingungen erforderlich.

Die politische Akzeptanz der Vertragsfreiheit und der

Aufhebung des Kontrahierungszwangs: Auswirkungen auf die Versicherten (Tendenzaussagen)

Vorteile	Bemerkungen
Mehr Wahlfreiheit in der Grund- und Zusatzversicherung	<ul style="list-style-type: none"> - Mehr Versicherungsoptionen für die Versicherten - Mehr Wettbewerb im Grund- und Zusatzversicherungsbereich - Mehr Wettbewerb unter den Versicherern
Förderung der Managed-Care-Modelle	<ul style="list-style-type: none"> - Koordinierte medizinische Versorgung, weniger Doppelspurigkeiten - Kostenbewusster Umgang mit medizinischen Leistungen wird belohnt - Prämiensenkende Wirkung
Homogenere Ärztedichte	<ul style="list-style-type: none"> - Heute haben Randregionen Mühe, Nachfolger für Arztpraxen zu finden, wogegen in den Agglomerationen z.T. ein Überangebot besteht - Aufhebung des Kontrahierungszwangs ermöglicht Lenkung der Ärztedichte - Stabilisierende oder senkende Wirkung auf Ärztedichte
Versorgung mit medizinischen Leistungen: orientiert sich mehr an der Nachfrage	<ul style="list-style-type: none"> - Praxiseröffnung erfolgt dort, wo Nachfrage vorhanden ist - Wirkt der Überversorgung medizinischer Leistungen entgegen
Qualitätsverbesserung	<ul style="list-style-type: none"> - Strukturbereinigung mit medizinischer Schwerpunktbildung kann Qualität verbessern, insbesondere im stationären Bereich - Abbau von Überkapazitäten und Doppelspurigkeiten
Prämiendämpfende Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> - Wahl zwischen verschiedenen Ärzteguppen führt möglicherweise zu mehr Wettbewerb unter den Ärzten und somit zu tieferen Preisen (Zweifel S. 512) - Mehr Wettbewerb unter Versicherungen und Leistungserbringern - Mehr Wahlfreiheit für die Versicherten in Grund- und Zusatzversicherung - Sparendes Verhalten der Versicherten wird belohnt (Managed-Care-Modelle)
Nachteile	Bemerkungen
Freie Arztwahl: wird eingeschränkt	<ul style="list-style-type: none"> - Versicherte müssen ihre Krankenkasse wechseln, wenn ihr Arzt bei der bestehenden Versicherung nicht mehr unter Vertrag genommen wird - Gefährdung der langfristigen Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung
Häufigere Krankenkassenwechsel	<ul style="list-style-type: none"> - Kann Patienten überfordern - Administrativer Mehraufwand führt zu Zusatzkosten für Versicherte
Risikoselektion könnte zunehmen	<ul style="list-style-type: none"> - Versicherungen bevorzugen Ärzte, die Patienten mit tiefem Risiko haben - Ärzte bevorzugen Patienten mit tiefem Risiko, damit sie von möglichst vielen Versicherungen unter Vertrag genommen werden.
Gefährdung der Versorgungssicherheit	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellung durch entsprechende Rahmenbedingungen (vorübergehende Versorgungssicherheitsklausel) - Eine geringere Ärztedichte würde noch keine Gefahr für die Versorgungssicherheit und ihre Qualität bedeuten (FMH-Präsident H.H. Brunner, Sonntagszeitung vom 13. Oktober 1996)

Ausgang einer allfälligen Volksabstimmung zu dieser Massnahme wird vor allem davon abhängen, wie stark die Versicherten die Beschneidung der freien Arztwahl durch diese Reform gefährdet sehen, da dies die für sie wichtigste Auswirkung der Aufhebung des Kontrahierungszwangs sein dürfte. Eine kürzlich von Plaut Economics über den Nutzensgewinn bzw. -verlust von Reformvorhaben im Gesundheitswesen publizierte Studie versuchte die Bedeutung der freien Arztwahl zu erfassen. In dieser Studie wurden die Versicherten unter anderem gefragt, welche Prämienreduktion ihnen gewährt werden müsste, damit sie eine Einschränkung der freien Arztwahl im Grundleistungskatalog akzeptieren würden. Dabei zeigte sich, dass die Versicherten von all den gemessenen Reformvorhaben grössten Wert auf die freie Arztwahl legen. Nur wenn die Prämie durchschnittlich 100 Franken pro Monat gesenkt würde, wären die Versicherten bereit, ihren Arzt aus einer Liste der Krankenkasse auszuwählen, die aufgrund von Kostenkriterien erstellt würde. Würde eine solche Liste jedoch nicht nur nach Kosten-, sondern auch nach Qualitätskriterien (d.h. Effizienzkriterien) erstellt, akzeptierten sie die Versicherten im gesamtschweizerischen Durchschnitt schon bei einer Prämienreduktion von 40 Franken. Die Akzeptanz der Einschränkung der freien Arztwahl erwies sich zudem in der Deutschschweiz als deutlich besser als in der Romandie.

Weitere Auswirkungen

Schon heute nutzen nur etwa fünf Prozent der Versicherten und darunter eher junge Gesunde die Möglichkeit ei-

nes Kassenwechsels. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs müsste zur Gewährleistung der, wenn auch allenfalls beschränkten, freien Arztwahl und der medizinisch sinnvollen kontinuierlichen längerfristigen Betreuung durch ein und denselben Arzt mit einem erhöhten Kassenwechsel einhergehen. Dies könnte für einen Teil der Patienten eine Überforderung bedeuten. Aber auch hier sind Rahmenbedingungen zur Lösung dieses Problems denkbar und in Diskussion. So sah die gescheiterte 2. Revision KVG bei der Vertragsfreiheit Ausnahmen für alte Patienten und chronisch Kranke vor.

Auswirkungen der Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf die Versicherer

Anzahl Vertragsärzte

Heute sind die Krankenversicherer in der obligatorischen Krankenversicherung (Grundversicherung) grundsätzlich verpflichtet, mit jedem zugelassenen Leistungserbringer einen Vertrag abzuschliessen.

Wie viele Ärzte die Versicherer nach Aufhebung des Kontrahierungszwangs unter Vertrag nehmen würden, würde wesentlich von der Güte des Risikoausgleichs abhängen. Bei einem gut funktionierenden Risikoausgleich sollten die Krankenkassen aus ökonomischer Sicht – ausser im Managed-Care-Bereich – kein Interesse daran haben, möglichst wenige Vertragsärzte zu verpflichten. Denn für teure Risiken erhielten sie als Kompensation für die Einheitsprämie eine finanzielle Entschädigung aus dem

Aufhebung des Kontrahierungszwangs: Auswirkungen auf die Krankenkassen (Tendenzaussagen)

Vorteile	Bemerkungen
Vertragsfreiheit für Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> - Auswahl der Leistungserbringer (Ärzte und Spitäler): Grosser Anteil der praktizierenden Ärzte würde unter Vertrag genommen, da die Versicherten dies positiv bewerten - Krankenkassen erhalten Gestaltungsspielraum in ihren Versicherungsangeboten - Echter Wettbewerb zwischen den Kassen um Leistung (Qualität und Preise) - Förderung von Managed-Care-Modellen
Anreiz zu wirtschaftlicher Leistungserbringung	<ul style="list-style-type: none"> - Mittel gegen Leistungsmengenausweitung - Instrument zur Kostenkontrolle
Abbau von Überkapazitäten	<ul style="list-style-type: none"> - Strukturbereinigung mit medizinischer Schwerpunktbildung kann Qualität verbessern, insbesondere im stationären Bereich - Abbau von Überkapazitäten und Doppelspurigkeiten
Nachteile	Bemerkungen
Administrativer Aufwand	<ul style="list-style-type: none"> - Höherer administrativer Aufwand durch mehr Krankenkassenwechsel - Höhere administrative Kosten werden auf Versicherte überwält
Zunahme der Risikoselektion	<ul style="list-style-type: none"> - Versicherungen bevorzugen Ärzte, die Patienten mit tiefem Risiko haben - Ärzte bevorzugen Patienten mit tiefem Risiko, damit sie von möglichst vielen Versicherungen unter Vertrag genommen werden - Risikoselektion bringt keine Wettbewerbsverbesserungen

Risikoausgleich. Zudem verursacht ein Vertrag mit einem Arzt noch keine Kosten. Kosten entstehen für die Kassen erst mit der Leistungserbringung. Es spielt dabei keine Rolle, ob ein bestimmter Leistungsumfang von einem oder mehreren Ärzten erbracht wird, solange alle nach der gleichen Vergütungsart entschädigt werden. Eine Kasse, die versuchen würde, über eine vergleichsweise geringe Zahl von Vertragsärzten das Angebot im ambulanten Bereich zu verknappen, würde Gefahr laufen, Versicherte an die Konkurrenten zu verlieren. Zudem ist in unserem System mit Einzelleistungsvergütung durch eine Reduktion der Leistungserbringer nur ein beschränkter Kosten sparender Effekt zu erwarten. Wesentlich kostenwirksamer als eine Reduktion der Anzahl Vertragsärzte ist nämlich die Aus handlung alternativer Vergütungsformen.

Da die Kassen in einem Wettbewerbsumfeld sich als Dienstleistungsunternehmen kundenorientiert zeigen und somit den Präferenzen der Bevölkerung Rechnung tragen müssen, ist zu erwarten, dass sie den Grossteil der praktizierenden Leistungserbringer im ambulanten Bereich unter Vertrag nehmen würden. Somit gäbe es wohl nur sehr wenige etablierte Leistungserbringer, die nicht mit mindestens einer Kasse vertraglich verknüpft wären. Diese Annahme wird auch von Ländern, welche keinen Vertragszwang kennen, wie z.B. Holland, bestätigt.

Schliesslich kann man davon ausgehen, dass die Versicherer bei entsprechender Nachfrage im Rahmen der Zusatzversicherung Versicherungsoptionen anbieten würden, die sämtliche zugelassenen Leistungserbringer umfassen. Weiter ist anzunehmen, dass durch die Einführung der Vertragsfreiheit die Zahl der Versicherungsoptionen im Grund- und Zusatzversicherungsbereich im Vergleich zu heute ansteigen würde.

Bei einem ungenügend ausdifferenzierten Risikoausgleich würde demgegenüber die Gefahr bestehen, dass durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs die Kassen als Vertragspartner die Ärzte mit guten Risiken (= Patienten, die wenig Kosten verursachen) selektionieren würden. In der Folge würden auch die Ärzte unter dem Druck der Versicherer gezwungen, Patienten mit geringen Kosten zu bevorzugen. Bei Beibehaltung des Risikoausgleichs in der heutigen Form müsste mit dieser Risikoselektion gerechnet werden, da der aktuelle Risikoausgleich nur etwa vier Prozent der Varianz der Gesundheitskosten korrigiert.

Wettbewerb unter den Krankenkassen

Während das Ausland viele Beispiele einer strafferen staatlichen Regulierung liefert, gibt es keine Vorbilder hinsichtlich einer stärkeren Ausprägung des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherern. Die in der Schweiz bereits heute geltende freie Kassenwahl schafft allein noch keinen

Leistungswettbewerb unter den Versicherern und generiert nicht die Effizienzvorteile, die man von einem solchen Wettbewerb erwartet. Denn infolge des geltenden Kontrahierungszwangs ist der Wettbewerb unter den Versicherern stark eingeschränkt. Sie vermögen kaum Einfluss auf die Kostenentwicklung im Grundversicherungsbereich zu nehmen, weil sie weder die Vertragspartner noch (de facto) die Vergütungsform wählen können und der Leistungskatalog vorgeschrieben ist. Entscheidungskompetenz und Finanzierungsverantwortung liegen nicht beieinander. Die Einführung der Vertragsfreiheit würde den Kassen zumindest die Wahl der Vertragspartner ermöglichen.

Wettbewerb setzt voraus, dass die Wettbewerber über Instrumente verfügen, mit denen sie um die Versicherten werben können. Zu diesen Instrumenten gehören die Wahl der Vertragspartner und der Vergütungsform, die somit die Voraussetzungen für eine Verbesserung des Wettbewerbs unter den Versicherern darstellen und den Krankenkassen ein Werkzeug gegen die Mengenausweitung geben würden. Namhafte GesundheitsökonomInnen erachten es daher als sinnvoll, die Aufhebung des Vertragszwangs mit der Einführung der freien Wahl der Vergütungsform zu kombinieren. Wenn schon der Leistungskatalog gesetzlich festgeschrieben ist, müsste es den Kassen wenigstens überlassen bleiben, von welchen Ärzten und Spitälern sie ihre Leistungen beziehen und auf welche Weise sie diese vergüten wollen. Die freie Wahl der Vergütungsform besteht an sich schon heute (Art. 49 Abs. 5 KVG), sie wird jedoch im Rahmen der wenigen Managed-Care-Organisationen nur marginal genutzt, da es ohne Aufhebung des Vertragszwangs infolge mangelnden Anreizes offensichtlich schwer fällt, genügend Leistungserbringer zu finden, die sich in ein alternatives vertragliches Arrangement einbinden lassen.

Alternative Versicherungsmodelle

International hat sich in den letzten Jahren die Erkenntnis durchgesetzt, dass für eine qualitativ hoch stehende und wirtschaftliche medizinische Behandlung integrierte Angebote notwendig sind, bei denen erstens die Patienten während des gesamten Diagnose- und Behandlungsprozesses begleitet und betreut und zweitens die Versicherer und Leistungserbringer in die finanzielle Verantwortung der gesamten Behandlung miteinbezogen werden. Man spricht von Managed-Care-Modellen der medizinischen Versorgung. Zurzeit sind in der Schweiz nur rund acht Prozent der Versicherten in einem Managed-Care-Modell.

Es ist zu erwarten, dass mit der Einführung der Vertragsfreiheit alternative Modelle gefördert würden, da die Ärzte dann einen Anreiz hätten, sich vermehrt in Gruppen

und Qualitätszirkeln zu organisieren, um den Kassen gute Angebote zu machen. In freien Verhandlungen könnten Verträge mit ganzen medizinischen Versorgungsnetzen (Grundversorger, Spezialisten, Rehabilitations- und Spitex-Einrichtungen) ausgehandelt werden. Die Kassen könnten die Ärzte und Spitäler pro Patient mit einer Pauschale bezahlen, die jeweils von der genauen Diagnose abhängt (Fallkostenpauschale). Der Anreiz für unnötige Behandlungen würde damit verschwinden. Im Gegensatz zur heutigen Situation mit geltendem Kontrahierungszwang, bei der wir einen Preis (Tarif) für eine unbestimmte Leistung haben, könnten im Rahmen der Vertragsfreiheit Leistung, Qualität und Preis in einem Vertrag umschrieben werden. Davon dürften im Idealfall nicht nur Kosteneinsparungen, sondern auch Qualitätsverbesserungen zu erwarten sein. Wenn die Versicherer und/oder Leistungserbringer allerdings die finanziellen Interessen in den Vordergrund stellen und Vertragsabschlüsse lediglich basierend auf Kostenkriterien vornehmen, besteht die Gefahr eines Qualitätsverlustes der medizinischen Versorgung.

Auswirkungen der Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf die Leistungserbringer

Bei der Aufhebung des Kontrahierungszwangs hätten die Leistungserbringer keinen Rechtsanspruch mehr, über jede Krankenversicherung abrechnen zu können. Sie wären umgekehrt dafür frei in der Wahl der Versicherer, mit de-

nen ihnen eine Zusammenarbeit als wünschenswert erscheint.

Ärztedichte und Struktur der Leistungserbringer

Der Kontrahierungszwang bietet angehenden Ärzten die Aussicht auf eine gewisse finanzielle Sicherheit, was tendenziell die Attraktivität eines Medizinstudiums erhöht. Die Wahl der Fachrichtung sowie des Niederlassungsorts erfolgen nach eigenen Präferenzen und nicht nach der Marktsituation. Somit ist der Vertragszwang eine wesentliche Ursache der ungleichen Verteilung der Ärztedichte in der Schweiz, und zwar bezüglich Stadt/Land einerseits und der Spezialisations-Disziplinen andererseits. Von der Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist folglich eine homogenere Ärztedichte bezüglich der zwei genannten Aspekte zu erwarten. Die Versicherer würden bevorzugt Ärzte aus Gebieten mit niedriger Ärztedichte unter Vertrag nehmen. Dies wäre eine Verbesserung im Vergleich zur heutigen Situation, da es in ländlichen Gebieten der Schweiz eher eine Unterversorgung gibt, wogegen in städtischen Gebieten teilweise eine Überversorgung herrscht. Zudem würden Medizinstudenten durch eine Aufhebung des Vertragszwangs gezwungen, sich stärker auf jene Disziplinen zu konzentrieren, bei denen ein relativer Mangel besteht.

Auch beim Niederlassungsentscheid wären junge Mediziner viel stärker als heute gezwungen, sich auf die tatsächlichen Nachfrageverhältnisse auszurichten. Es wäre aufgrund des Wettbewerbs konkurrierender Ärztegruppen

Aufhebung des Kontrahierungszwangs: Auswirkungen auf die Leistungserbringer (Tendenzaussagen)

Vorteile	Bemerkungen
Verstärkung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern	- Anreiz zur Qualitätsverbesserung wird gefördert; Voraussetzung dazu ist allerdings ein gut funktionierender Risikoausgleich
Anreiz zur wirtschaftlichen Leistungserbringung	- Optimale statt maximale Versorgung - Grössere Effizienz - Mittel zur Kostenkontrolle - Heute: der Kontrahierungszwang und Einzelleistungsvergütung belohnen Leistungserbringer, die unwirksame Leistungen erbringen
Ärztedichte	- Die Ärztedichte wird homogener bezüglich Niederlassung und Spezialisierung - Kontrahierungszwang ist faireres Instrument als Ärztestopp - Junge Ärzte erhalten gleich lange Spiesse wie etablierte Ärzte
Überkapazitäten	- Überkapazitäten im stationären Sektor könnten abgebaut werden - Spitäler: Wirtschafts- und Qualitätskriterium ist wichtig für den Vertragsabschluss - Wettbewerb zwischen staatlichen und privaten Leistungserbringern
Nachteile	Bemerkungen
Protektionistischer Schutz einmal kontrahierter Ärzte	- Eine Art Kartellschutz für etablierte Ärzte, falls hohe Ärztedichte zu keiner weiteren Zulassung von Jungärzten führt
Gefahr des Ärztemangels	- Verminderte Attraktivität der Ärzteausbildung und Berufstätigkeit: lange Ausbildung, eingeschränkte und unsichere Berufsaussichten
Versorgungssicherheit	- Bei Ärztemangel droht Zweiklassenmedizin

vorstellbar, dass eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs bei steigender Ärztedichte zu abnehmenden Preisen führt. Dies allerdings nur dann, wenn die Tarife nicht festgeschrieben wären. Viele versprechen sich von der Aufhebung des Vertragszwangs langfristig eine leicht senkende oder zumindest stabilisierende Wirkung auf die Ärztedichte.

Für Vertreter der Ärzteschaft geht aber gerade diese Wirkung in die falsche Richtung. Für den in unseren Nachbarländern Deutschland, Frankreich und Österreich bereits erkannten Ärztemangel sehen sie auch erste Anzeichen in der Schweiz. Durch eine Minderung der Attraktivität der ärztlichen Ausbildung würde diesem Ärztemangel weiter Vorschub geleistet. Weil aus Kapazitätsgründen nicht mehr alle medizinisch sinnvollen und erforderlichen Leistungen erbracht werden könnten, würden möglicherweise die Gesundheitskosten zwar sinken – diese Einsparungen würden jedoch mit einer ethisch fragwürdigen Einschränkung der Behandlungsqualität teuer erkaufte. Die Folge sei eine verdeckte Rationierung ohne gesellschaftliche Konsensbildung und politische Legitimation. Die Zweiklassenmedizin würde zur Realität: Der zeitlich unverzügerte und uneingeschränkte Zugang zu medizinischen Leistungen würde gegen Aufpreis angeboten, die soziale Krankenversicherung auf eine limitierte ärztliche Betreuung mit Wartelisten und Karenzfristen eingeschränkt. Diese Gefahr ist nicht ganz auszuschliessen, wobei aber festgehalten werden muss, dass Rationierung und Zweiklassenmedizin eher zur Staatsmedizin als zur wettbewerbsorientierten Medizin gehören dürften.

Im stationären Bereich trägt der Kontrahierungszwang wesentlich zur vergleichsweise hohen Spital- bzw. Betten-dichte in der Schweiz bei. Er verhindert Strukturanpassungen, weil er mithilft, Spitäler oder Spitalabteilungen zu erhalten, die unter Wettbewerbsbedingungen nicht bestehen könnten. So können Krankenhäuser, die eigentlich zu wenig ausgelastet sind, ihre Schliessung hinauszögern, indem sie dank möglichst vieler Leistungen ihre Einnahmen erhöhen. Die finanziellen Anreize sind heute so angesetzt, dass Spitäler an möglichst vielen Operationen oder an langen Aufenthalten interessiert sind. Die Aufhebung des Vertragszwangs im stationären Bereich im Rahmen einer monistischen Finanzierung würde zu einer beträchtlichen Strukturbereinigung im Spitalwesen führen.

Einwanderung von EU-Ärzten

Im Rahmen des bilateralen Freizügigkeitsabkommens mit der EU dürfen seit 2001 EU-Ärzte mit Wohnsitz in der Schweiz und ab Juni 2004 auch EU-Ärzte mit Wohnsitz in der EU in der Schweiz eine Praxis eröffnen und aufgrund des Kontrahierungszwangs zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen. Wegen einer befürchte-

ten Ärzteschwemme verfügte der Bundesrat als Notlösung im Juli 2002 den auf drei Jahre befristeten Zulassungsstopp für Leistungserbringer. Allerdings hat der Praxisstopp bisher keine Kosteneinsparungen gebracht und ist nicht nur ein untaugliches, sondern auch ein unfaires Instrument. Junge bestens aus- und weitergebildete innovative Ärzte werden durch diese dirigistische Massnahme benachteiligt. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wäre ein effizienteres Instrument zur Begrenzung der Ärztedichte. Die Ärzteschaft erachtet dies aufgrund von dem sich in unseren Nachbarstaaten abzeichnenden Ärztemangel aber als unnötig.

Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit der Leistungen ist heute im Art. 56 KVG und Art. 76 KVV geregelt. Art. 56 KVG verlangt, dass der Leistungserbringer sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken muss, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Die Wirtschaftlichkeit ist heute kein Kriterium bei der Zulassung eines Leistungserbringers, und Ausschlüsse von Leistungserbringern von Tarifverträgen aufgrund mangelnder Wirtschaftlichkeit oder Qualität sind, obwohl gemäss Art. 59 KVG prinzipiell möglich, heute angesichts der unvollkommenen Massstäbe für Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie eines langwierigen Beschwerdeverfahrens (Beweislast beim Versicherer) kaum durchsetzbar. Aufgrund des Vertragszwangs mit automatischem Anspruch auf Abgeltung der Leistungen zu staatlich garantierten Tarifen besteht bei den Leistungsanbietern heute kein Anreiz, sich wirtschaftlich zu verhalten. Im Gegenteil: Der Kontrahierungszwang kombiniert mit dem Einzelleistungsvergütungssystem führt Spitäler und Ärzte in Versuchung, mehr als nur das medizinisch Notwendige zu tun, da der Leistungserbringer, der die Leistungen ausweitet, mit höherem Einkommen belohnt wird. Wirtschaftliches Verhalten wird im heutigen System also bestraft, unwirtschaftliches belohnt. Damit ist eine unkontrollierbare Leistungsausweitung und somit Kostenzunahme vorprogrammiert. Den Krankenversicherern steht heute das klassische wettbewerbliche Instrument, die Aushandlung von Verträgen mit mehreren Leistungserbringern, nicht zur Verfügung. Ob in einem Kanton oder in einer Region ein Überangebot an Leistungserbringern besteht oder ob die Leistungserbringung ineffizient erfolgt, ist derzeit für die Aufnahme in einen Tarifvertrag irrelevant. In einem solchen rechtlichen Umfeld ist es nicht möglich, Leistungsausweitungen und Kostensteigerungen, die auf eine steigende Zahl von Leistungserbringern und eine damit verbundene Mengenausweitung zurückzuführen sind, wirkungsvoll einzudämmen.

Die Aufhebung des Vertragszwangs würde nach An-

sicht der Mehrheit der Akteure den Versicherern ein Wettbewerbsinstrument geben, das ihnen erlaubt, wirtschaftlich handelnde Leistungserbringer entsprechend zu entschädigen und unwirtschaftlich Handelnde zu Verhaltensänderungen zu veranlassen oder nötigenfalls nicht zu berücksichtigen. Von Vertretern der Ärzteschaft wird die Aufhebung des Kontrahierungszwangs hingegen als markt- und wettbewerbsfeindlich erachtet. Einmal kontrahierte Ärzte würden gegenüber Ärzten ohne Vertrag protektionistisch geschützt, da der Versicherer es sich wegen des drohenden Absprungs seiner Versicherten im Falle einer Vertragsauflösung nicht leisten könne, dem Arzt den Vertrag zu kündigen. Der Mengenausweitung würde bei kontrahierten Ärzten deshalb nicht nur nicht entgegen gewirkt, sondern sie würde geradezu provoziert. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs würde ihrer Meinung nach auch keine Kosten sparen, da einfach mehr Leistungen pro Arzt erbracht würden. Kosteneinsparungen würden erst dann erreicht werden, wenn die Anzahl der Leistungserbringer regulativ unter eine kritische Grenze abgesenkt würde, wobei dann aber der bestehende Versorgungsstandard nicht mehr gewährleistet wäre.

Qualität

Die Qualität der medizinischen Versorgung ist heute im Art. 58 KVG und Art. 77 KVV geregelt. Art. 58 KVG verlangt die Überprüfung der Angemessenheit und Qualität der Leistung. Art. 77 KVV beinhaltet das Prinzip der Eigenverantwortung der Tarifpartner, d.h. die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder Verbänden vereinbart, wobei die Bestimmungen den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen haben, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit. Mit den genannten Bestimmungen sind klare Rahmenbedingungen gegeben.

Wie die Wirkungsanalyse des Bundesamts für Sozialversicherung für 1997 bis 2001 zeigte, hapert es aber infolge Mangels an Anreizen an der Erarbeitung von Grundlagen zur Qualitätssicherung, an deren Umsetzung und insbesondere der ergebnisorientierten Qualitätssicherung. Vor allem im ambulanten Bereich beschränkt sich die Qualitätssicherung noch zu oft auf strukturelle Massnahmen, z.B. den Nachweis der Fortbildung oder der absolvierten Weiterbildung (Dignität) als Voraussetzung für die Leistungsabrechnung zulasten der obligatorischen Krankenversicherung. Diese erlauben aber noch keine Aussage zur Qualität der erbrachten Leistung und zur Angemessenheit der Leistungserbringung. Mit der Einführung der Out-

come-Messung im Spital hat der Kanton Zürich erste Schritte zu einer ergebnisorientierten Qualitätssicherung im stationären Bereich unternommen, dessen Ansatz sich die Kantone Bern, Solothurn und Aargau angeschlossen haben. Zurzeit sind zudem im stationären Sektor Verhandlungen der Tarifpartner im Gang, um die Grundlagen für eine koordinierte und flächendeckende Outcome-Messung zu schaffen. Für die Verbesserung der Patientensicherheit als wichtige Dimension der Qualität der medizinischen Leistungen wurde Ende 2003 mit der Gründung der Stiftung für Patientensicherheit ein erster Realisierungsschritt unternommen.

All diese Anstrengungen dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass wir noch weit davon entfernt sind, eine breite Grundlage für die Beurteilung der Qualität der erbrachten Leistungen und der Gesundheitsversorgung zu besitzen. Die Qualität der Ärzte wurde erst mit der Diskussion um die Aufhebung des Vertragszwangs zum Thema, da der Kontrahierungszwang weder für die Leistungserbringer noch für die Versicherer einen Anreiz zur Qualitätssicherung darstellt. So hat die Ärzteschaft bis heute keine Qualitätskriterien erarbeitet, nach denen Patienten Ärzte auswählen könnten. Auch bei den Krankenkassen hält sich das Interesse für Qualitätssicherung in Grenzen, da sie heute verpflichtet sind, sämtliche Ärzte unabhängig von ihrer Qualität in die Grundversicherung aufzunehmen. Die Kassen intervenieren bei Ärzten nur, wenn diese auffällig hohe Rechnungen stellen. Der Kontrahierungszwang kombiniert mit der Einzelleistungsvergütung setzt nicht nur keinen Ansporn zur Qualitätsförderung, sondern ist teilweise sogar ein Anreiz für schlechte Qualität: So steht heute ein qualitativ schlechtes Spital, in dem viele Infektionen und Komplikationen vorkommen, finanziell sogar besser da. Auch ein Arzt, der seine Patienten nicht gesund bekommt, erhöht mit zusätzlichen Behandlungen sein Einkommen. Ein erfolgreicher Arzt, der nur das Sinnvolle macht, fährt finanziell schlechter. Erst die Aufhebung des Vertragszwangs würde diesen falschen Anreiz beseitigen, mehr Wettbewerb zwischen den Kassen und den Leistungserbringern zulassen und die Qualität zum Thema machen.

Idealerweise setzte der verstärkte Konkurrenzdruck sowohl bei den Versicherern als auch den Leistungserbringern Anreize zur Förderung der Qualitätssicherung, indem die Akteure interessiert daran wären, sich im Wettbewerb gegenüber ihren Konkurrenten durch mehr Qualität auszuzeichnen. Voraussetzung dazu ist aber ein gut funktionierender Risikoausgleich, da sonst die Risikoselektion finanziell immer noch lohnender wäre als Kosteneinsparungen über den Weg der Qualitätsverbesserung.

Von den Gegnern der Vertragsfreiheit wird hingegen eine Verschlechterung der Qualität befürchtet. Dies auf-

grund eines als ungenügend erachteten Risikoausgleichs, der einseitigen Konzentration der Kassen auf Kostenkriterien sowie der Verstärkung des Ärztemangels.

Die Vertragsfreiheit würde alternative Versicherungsmodelle fördern, was auch eine Qualitätssteigerung erwarten lässt, beispielsweise durch die Aufnahme von Qualitätskriterien in den Vertrag. Kritiker der Vertragsfreiheit sehen diese Managed-Care-Modelle hingegen nur unter dem Aspekt der Kosteneinsparung, nicht aber dem Aspekt der Qualitätsverbesserung.

Im stationären Sektor dürfte die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im Rahmen einer monistischen Finanzierung zu einer beträchtlichen Strukturbereinigung (Abbau von Überkapazität) mit medizinischer Schwerpunktbildung führen. Die Spitäler wären wegen der Erfüllung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien für einen Vertragsabschluss mit einem Versicherer gezwungen, sich auf weniger Leistungen in grösserer Menge zu spezialisieren. Da die Qualität medizinischer Leistung erwiesenermassen von der Anzahl ihrer Verrichtung abhängt, wäre von dieser Konzentrierung ein Qualitätssprung zu erwarten.

Notwendige Rahmenbedingungen zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs

Als notwendige integrale Bestandteile der Vertragsfreiheit werden unter anderem folgende Rahmenbedingungen diskutiert:

Risikoausgleich

Im Rahmen des KVG wurde ein auf zehn Jahre befristeter (bis zum 31. Dezember 2005) Risikoausgleich zwischen den Versicherern als Kompensation für ihre Pflicht, Individuen mit unterschiedlichen Risiken zu Einheitsprämie aufzunehmen, eingeführt. Es ist offensichtlich, dass bei Einheitsprämien die Aufrechterhaltung des Risikoausgleichs unumgänglich ist. Der Risikoausgleich würde nur dann hinfällig, wenn auch in der Grundversicherung risikogerechte Prämien erhoben werden dürften oder wenn eine Einheitskasse eingeführt würde. Der heutige Risikoausgleich ist nur ein Mittel gegen die Risikoselektion auf der Versichererseite, nicht aber auf der Leistungsanbieterseite. Er hat Anreiz und Umfang der Risikoselektion zwar reduziert, aber keinesfalls eliminiert, da er als Erklärungsvariable nur Alter und Geschlecht berücksichtigt, die lediglich etwa vier Prozent der Varianz der Gesundheitskosten erklären. Zudem ist er retrospektiv ausgestaltet, was ihn zum Kostenrückerstatter für ineffizientes Kostenmanagement der Kassen werden lässt.

Die Mehrheit der GesundheitsökonomInnen hält deshalb eine Verfeinerung des Risikoausgleichs als integraler Bestandteil der Vertragsfreiheit für unerlässlich, wenn die Ri-

sikoselektion der Versicherer unter den Ärzten (Jagd nach Ärzten mit kostengünstigen Patienten) und folglich der Ärzte unter den Patienten beschränkt werden soll. Die heute von den Fachleuten diskutierten Reformvorschläge zielen entsprechend darauf ab, den Risikoausgleich prospektiv auszugestalten sowie den Erklärungsgehalt der Risikoausgleichsformel durch den Einbezug von zusätzlichen Morbiditätsindikatoren (z.B. Diagnose-, Medikamentenkostengruppen, Hospitalisationen im Vorjahr usw.) zu erhöhen.

Andere Stimmen hingegen sind gegen eine Verfeinerung und für die Beibehaltung des Risikoausgleichs in der heutigen Form. Sie befürchten durch eine Verfeinerung eine weitere Verstärkung des Kostenrückerstattungsprinzips und erachten die diskutierten Morbiditätsfaktoren weder als objektive noch als praktikable Kriterien.

Gewährleistung der Versorgungssicherheit

Im Rahmen der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion werden die Pro und Kontra der Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung der Versorgungssicherheit im Falle der Auflösung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich gegeneinander abgewogen. Die Befürworter einer gesetzlichen Regelung argumentieren, dass ohne Verpflichtung der Kassen durch die Kantone, eine Mindestanzahl von Leistungserbringern jeder Kategorie unter Vertrag aufzunehmen, die Versorgungssicherheit für gewisse Patientengruppen nicht mehr garantiert werden könne. Im Rahmen der Risikoselektion würden Versicherer Ärzte mit vorwiegend teuren Patienten nicht unter Vertrag nehmen. Zum Beispiel könnte eine Kasse keine Gynäkologen mehr unter Vertrag nehmen, da Frauen als schlechtere Risiken gelten als Männer.

Die Gegner einer gesetzlichen Regelung erachten diese Gefahr unter der Voraussetzung eines gut funktionierenden Risikoausgleichs als gering. Sie befürchten, dass bei einer gesetzlichen Festlegung einer Mindestanzahl von Ärzten aus politischen Gründen (Angst der Politiker vor Abwahl) das heutige Niveau der Versorgungsdichte zementiert würde. Damit würde der Kontrahierungszwang wieder über die Hintertüre eingeführt. Diese Gefahr wäre allerdings kleiner, wenn die Kantone innerhalb einer vom Bund definierten Bandbreite die Mindestanzahl von Leistungserbringern definieren müssten. Zudem hat sich bis heute niemand daran gestört, dass es im ambulanten Bereich keine Planung für Leistungserbringer gibt. Der Verfassungsauftrag der Versorgungssicherheit blieb dennoch gewährleistet. Allenfalls könnte eine Regelung ins Auge gefasst werden, nach der die Kantone die Versorgungssicherheit subsidiär regeln müssten. Die Quintessenz für die Garantie der Versorgungssicherheit könnte folglich heissen nicht zu viele Vorgaben, um den Vertragszwang nicht

über die Hintertüre wieder einzuführen, aber gewisse Bestimmungen, um die Risikoselektion zu begrenzen.

Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien

Hier dreht sich die Diskussion vor allem um die Frage, ob die auf Gesetzes- und Verordnungsebene bestehenden Vorgaben für die Wirtschaftlichkeit und Qualität (Art. 56 KVG, 76 KVV und Art. 58 KVG, 77 KVV) ausreichend sind und die Aushandlung weiterer Kriterien lediglich auf Vertragsebene zwischen den Vertragspartnern (Krankenkassen und Ärzten) erfolgen soll oder nicht. Die Befürworter der Zielvision managed competition erachten die bestehenden gesetzlichen Kriterien als ausreichend und würden die Definition weiterer Kriterien im Sinne einer konsequenten Umsetzung der Wettbewerbsidee an die Vertragspartner delegieren. Nur so könne sich die innovative Wirkung des Wettbewerbs mit vielfältigen Vertragsausgestaltungen entfalten. Sie erhoffen sich von der Vertragsfreiheit eine effizientere Leistungserbringung. Zusätzliche gesetzliche Kriterien würden Zutrittsberechtigungen für Leistungserbringer entsprechen und somit den Kontrahierungszwang wieder über die Hintertüre einführen. Andere Stimmen erachten weitere Kriterien auf Gesetzes- oder Verordnungsebene für notwendig, damit die Versicherer und Leistungserbringer nicht vorwiegend aufgrund von Kostenkriterien ohne Berücksichtigung qualitativer Aspekte handeln.

Anwendung des Kartellgesetzes auf die Grundversicherung

Viele GesundheitsökonomInnen erachten es als zwingend, dass das Kartellgesetz auch im Grundversicherungsbereich zur Anwendung kommen muss, wenn der Kontrahierungszwang im ambulanten und stationären Bereich aufgehoben wird. Dies um einerseits gegen Absprachen unter den Versicherern zum gemeinsamen Ausschluss von Leistungserbringern und andererseits gegen Absprachen unter den Leistungserbringern zum Boykott eines Krankenversicherers den Riegel zu schieben. Zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs in der obligatorischen Krankenversicherung müssen insbesondere zwei Voraussetzungen geschaffen werden: Erstens müssen die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler eine eigene Rechtspersönlichkeit aufweisen und von ihrem Träger wirtschaftlich unabhängig werden. Zweitens müssen die vorbehaltenen Vorschriften im KVG, die die Anwendung des Kartellgesetzes ausschliessen, gestrichen werden. Dies bedeutet, dass Krankenversicherer und Leistungserbringer frei in der Verhandlung von Tarifen sein müssen, Tarifverträge keiner behördlichen Genehmigung mehr bedürfen und fehlende Tarifverträge nicht durch Tariffestlegung ersetzt werden. Die Erfüllung dieser Voraussetzung hätte unter anderem

zur Folge, dass die heute im Grundversicherungsbereich vorherrschenden Verbandstarife durch Einzel- bzw. Gruppenverträge abgelöst werden müssten. Andere Stimmen fordern aber im Sinne der Rechtssicherheit eine behördliche Festsetzung der Tarife.

Freie Wahl der Vergütungsform

Im heutigen System mit staatlich garantierten Tarifen, Kontrahierungszwang und Einzelleistungsvergütung ist eine unkontrollierte Leistungsausweitung und somit Kostensteigerung vorprogrammiert. In einem funktionierenden Markt hingegen würden im Falle eines Überangebots die Preise automatisch sinken und aufgrund fallender Einkommen bzw. Margen die Strukturen bereinigt. Nach Ansicht der Befürworter der managed competition verlangt die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, dass die Aushandlung (Höhe und Art) des Vergütungssystems den Vertragspartnern (Versicherern und Leistungserbringern) überlassen werden muss im Sinne einer konsequenten Umsetzung der Wettbewerbsidee. Der Gesetzgeber dürfe weder Vergütungssysteme noch Vergütungsniveaus verbindlich festlegen. Denn mit welcher Vergütungsform eine medizinisch ausreichende und qualitativ hohe Versorgung erreichbar ist, könne nur die Praxis zeigen. Der „Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“ sei zur Erprobung innovativer Vergütungsformen am ehesten geeignet.

Kommentar

Die Politik hat die Tendenz, einzelne Bereiche des Gesundheitswesens lediglich isoliert zu betrachten. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, die im Rahmen des ersten Pakets der Wiederaufnahme der 2. KVG-Revision zur Diskussion steht, ist ein Beispiel hierfür. Wie die vorausgehende Analyse zeigt, ist eine solche Betrachtungsweise nicht wünschenswert, da zwischen den verschiedenen Bereichen Wechselwirkungen bestehen. Im Falle der Aufhebung des Kontrahierungszwangs ist unter anderem die Qualität des Risikoausgleichs ein für die Art der Wechselwirkungen entscheidendes Element. Die Auswirkungen einer allfälligen Vertragsfreiheit hängen somit stark von der Ausgestaltung weiterer, mit der Vertragsfreiheit in Beziehung stehender Faktoren ab, so dass sich die definitiven Auswirkungen in der Praxis erst im Zusammenspiel aller Faktoren zeigen werden.

Ebenfalls schwierig vorzusagen ist, ob und wie stark sich die Aufhebung des Vertragszwangs auf die Kosten auswirken wird. Nicht vergessen werden darf dabei, dass die eigentliche Herausforderung im Gesundheitswesen die Kostenkontrolle bei Sicherung der Qualität sein muss. Von den Befürwortern der Vertragsfreiheit wird die Aufhebung des Kontrahierungszwangs vor allem als das Mittel zur Einschränkung der Leistungsmengenausweitung und somit als Sparmassnahme verkauft. Von der Vertragsfreiheit ist zwar je nach Art der Umsetzung eine gewisse Wirkung in diese Richtung wahrscheinlich. Weit effizienter und geeigneter zur Reduktion der Kosten dürfte aber ein Wechsel der Vergütungsart von der heute geltenden Einzelleistungsvergütung zur Abgeltung über Fallkostenpauschalen sein, da dadurch Fehlanreize beseitigt werden. Das Einzelleistungsvergütungssystem insbesondere in Kombination mit dem Vertragszwang führt Spitäler und Ärzte in Versuchung, mehr als nur das medizinisch Notwendige zu tun, da der Leistungserbringer, der die Leistungen ausweitet, mit höherem Einkommen belohnt wird, und derjenige, der nur das Sinnvolle tut, mit weniger Einnahmen bestraft

wird. Wirtschaftliches Verhalten wird im heutigen System also bestraft, unwirtschaftliches belohnt.

Bei der Propagierung der Aufhebung des Kontrahierungszwangs als Sparmassnahme ist zudem zu berücksichtigen, dass bei der Einführung der Vertragsfreiheit auch Mehrkosten entstehen könnten durch den administrativen Mehraufwand bei der ärztlichen Überweisung (es muss z.B. abgeklärt werden, welche Leistungserbringer einen Vertrag mit der Krankenkasse des Patienten haben), der Verlagerung vom KVG zu anderen Versicherungsträgern und der Verschiebung von Leistungen vom ambulanten in den stationären Bereich (im Falle einer Beschränkung der Vertragsfreiheit auf den ambulanten Sektor). Wie sich diese etwaigen Mehrkosten auf allfällige Einsparungen der Vertragsfreiheit auswirken werden, ist nicht eindeutig voraussagbar.

Last but not least ist zu erwähnen, dass die gesundheitspolitische Diskussion bei den diskutierten Massnahmen Ärztestopp bzw. Aufhebung des Kontrahierungszwangs von der Grundannahme eines Ärzteüberschusses oder zumindest einer genügenden Anzahl Ärzte ausgeht. Vertreter der Ärzteschaft hingegen sehen in der Schweiz bereits erste Anzeichen eines Ärztemangels.

Rückfragen:

menga.sandoz@economiesuisse.ch

Literatur:

Leu Robert E. und Hill Stephan (2002): Sechs Jahre KVG – Gesundheitspolitik am Scheideweg, Basel Interpharma.

Leu Robert E. (2004): Mehr Wettbewerb als Therapie für das schweizerische Gesundheitswesen, Volkswirtschaftliches Institut der Universität Bern, Center for Studies in Public Economics.

Credit Suisse (2002): Das Schweizer Gesundheitswesen – Behandlungsvorschläge für einen Patienten. Eine Spezialstudie zum Reformpotenzial des schweizerischen Gesundheitswesens. Autoren: Semya Ayoubi, Petra Huth.

CSS Versicherung (2002), Positionspapier zum Kontrahierungszwang.

Breyer Friederich, Zweifel Peter S., Kifmann Mathias (2003): Gesundheitsökonomie, vierte Auflage.