

Freiheit, die ich meine (meinte) oder: falsch verstandener, so genannter «freier» Markt im Gesundheitswesen

Replik zum Editorial «Darf es ein bisschen mehr sein?» in PrimaryCare Nr. 47/2004

Christoph Ramstein

*Präsident der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte
des Kantons Solothurn (GAeSO), Co-Präsident
VEDAG (Verband deutschschweizerischer
Ärztegesellschaften)*

Als ich das oben erwähnte Editorial gelesen habe, habe ich so – wie Bruno Kissling die Arbeit unterbrochen und tief durchgeatmet hat – meinen Lesefluss unterbrochen und mehrmals erneut von vorne angefangen, um mich zu versichern, ob ich dies wirklich verstanden habe: «Der Augenarzt operiert meine Katarakt nur, wenn ich ihm 1000 Franken zusätzlich zum TARMED-Tarif bezahle, sonst müsste ich mich im Augenspital operieren lassen». Nun gibt es dazu *verschiedene Aspekte* – wobei die nachfolgenden Äusserungen nur auf die Obligatorische Krankenpflegeversicherung bezogen werden können, im VVG ist es anders geregelt:

Zum ersten, dem gesetzlichen. Man lese wieder einmal die unserer Leistungserbringung zu Grunde liegende «Bibel» – genannt KVG vom 18. März 1994. Dabei merke man sich Art. 3 (Obligatorium/Versicherungspflicht) und Art. 44 (Tarifschutz), worauf jedem klar wird, dass das Verhalten des obgenannten Kollegen (in der Annahme, das habe sich wirklich so zugetragen) nicht bloss ein «ungeziemendes Honorarverhalten», sondern ein Delikt ist! In dieser Situation ist ausnahmsweise der Ausdruck «schwarzes Schaf» absolut angebracht und muss im Interesse der Patienten und der Glaubhaftigkeit der Ärzteschaft standesrechtlich geahndet werden.

Zum zweiten, dem so genannten «freien Markt»: Unter dem Aspekt der gesetzlich-

chen Prämissen ist ein solcher nur möglich in bezug auf Qualität, Palette von Angebot und Dienstleistung bei korrekt angewendeten Tarifen (sprich festgesetzten Preisen) oder Erteilung von Rabatten, was nicht verboten ist.

Zum dritten, den «Dignitäts-bedingten Unterschieden». Dazu als Illustration ein unlängst erlebtes Beispiel eines Kollegen: Er meldet sich bei seinem ORL-Kollegen zur Entfernung eines Ceruminal-Pfropfes. Die Rechnung für die in dieser einzigen Konsultation erbrachten Leistungen betrug mehr als 400 Franken: völlig korrekt verrechnet nach TARMED mit ORL-Status und lege artis erbrachten und verrechneten Leistungen im Zusammenhang mit diesem Behandlungsauftrag. Jeder Grundversorger weiss, dass die Rechnung für denselben Behandlungsauftrag bei ihm ein Zehntel der obigen beträgt. Eigentlich ein klassisches, paradoxes Beispiel für den «freien Markt», der aber so in unserem Gesundheitswesen nicht spielen kann.

Eine «freie Preisgestaltung» («wie viel war die erbrachte Leistung dem Patienten und wie viel mir wert?») bleibt Wunschenken. Ich habe letztes Jahr eine Erfahrung gemacht betreffend «Tarifizierung einer nicht tarifierten Leistung» durch die Sachbearbeiterin einer Unfallversicherung. Es ging dabei um die Verrechnung von Sitzungen mit Kraniosakraltherapie (osteopathische Methode) bei einer Patientin mit einem akuten Schleudertrauma, welche mir durch einen Kollegen zu dieser Therapie überwiesen wurde. Ich verrechnete pro halbe Stunde (bis anhin bei den anderen Versicherungen anstandslos bezahlt) Fr. 60.– pro halbe Stunde. Insgesamt waren es 8 Sitzungen, total 8½ Stunden. Die Sachbearbeiterin

wies die elektronisch zugestellte Rechnung an die Ärztekasse zurück mit der Bitte um eine korrigierte Rechnung. In ihren Begründungen verwies sie auf einen Artikel des UVG, den sie falsch interpretierte, sprach davon, dass «Alternativtherapien grösstenteils wissenschaftlich nicht anerkannt seien und ihre Vergütung keine Pflichtleistung der Unfallversicherung sei». Dabei hat sie in ihrer Unkenntnis übersehen, dass es sich dabei um eine anerkannte osteopathische Methode handelt und nicht um eine «Alternativtherapie». Die zugestandene Behandlungspauschale hat sie auf Fr. 440.– festgesetzt. Ich habe in einem scharfen Antwortschreiben mit Kopien unter anderem an die Patientin, den zuweisenden Arzt und den Vertrauensarzt der Versicherung ihre Argumente widerlegt und vorgerechnet, dass sich damit ein Brutto-Stundenlohn von Fr. 51.75 ergibt, bzw. ein Netto-Stundenlohn von Fr. 12.95. Am meisten geärgert hat mich dabei die zum Ausdruck kommende Geringschätzung der Versicherung gegenüber uns Leistungserbringern, wenn mich auch die Freude an der Arbeit und der Erfolg bei der Patientin ein wenig darüber hinwegtröstet haben. Schade, dass sie nicht den Fall des im Editorial erwähnten Augenarzt-Kollegen behandeln konnte, denn sie hat – korrekterweise – in ihrem Begründungsschreiben erwähnt, «dass dem Versicherten keine Zusatzforderungen gestellt werden dürfen, sofern vor Beginn der Therapie zwischen dem Versicherten und dem Therapeuten nichts anderes vereinbart worden sei» (wäre hier möglich, da nicht KVG und nicht tarifierte Leistung). Allerdings hat der Vertrauensarzt prompt reagiert und gesprochen, mit der Tarifkommission Rück-

sprache zu nehmen bezüglich dieser Tarifierung. Er hatte ja auch Kenntnis von der Überweisung und der Art der Behandlung. Ich hätte auch die Möglichkeit gehabt, mit den Positionen der Manualmedizin (deren FA ich besitze) als «Pseudo»-Analogie-Position zu verrechnen. Wieso ich es in solchen Situationen nicht mache: nicht nur aus Gründen der Korrektheit, sondern auch deshalb, da wir solche Missstände nur ausmerzen können, wenn wir transparent werden und sie manchmal auch mit unseren Begründungen – an der richtigen Stelle – ad absurdum führen können.

Gibt es Lösungsansätze in dieser Problematik? Ich denke ja: Ich bin trotz – und auf Grund meiner standespolitischen Er-

fahrungen – optimistisch geblieben. Sie liegen ansatzweise in der Schaffung von Transparenz, welche proaktiv, chronisch-rezidivierend durch die Ärzteschaft erfolgen muss, und zwar gegenüber Patienten und den Politikern. In diesem Bereich haben wir einiges nachzuholen, vieles können wir aber nicht mehr wieder gutmachen, ist doch vieles in den Köpfen der Politiker einbetoniert. Ein Paradebeispiel ist dasjenige von alt Bundesrat Cotti, wie er 1993 im Radio verkündete, das Jahreseinkommen des Schweizer Arztes betrage 273 000 Franken (dabei war dies die Zahl des Jahres-Umsatzes). Selbst der CVP-Ständerat Eugen David (Verwaltungsratspräsident der Helsana) wusste bis letztes Jahr nicht, dass der Unkosten-

anteil in der Praxis über 70% beträgt, bis ihm das ein Kantonalpräsident (ehemals Vertrauensarzt der Helsana) mit «Medical Manager FH»-Ausbildung klar machen konnte. Wenn wir in Zukunft überhaupt noch etwas bewegen wollen, dann liegen unsere Ansätze in diesem Bereich und nicht in dem der passiven Obstruktion oder der individuellen, korrupten Preisgestaltung.

Dr. med. Christoph Ramstein
Marktgasse 39
CH-4600 Olten
Christoph.Ramstein@hin.ch