

Einige Politiker und Kollegen sehen in der Art des bestehenden Vergütungssystems, das angeblich ein Anreizsystem zum übermässigen Einsatz medizinischer Mittel ist, die Hauptursache für die steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Und schlagen flugs vor, es zu ändern. Der Arzt soll in die Finanzierungsverantwortung einbezogen werden, sprich: bei günstiger Behandlung seiner Patienten profitieren, bei teurer medizinischer Versorgung hingegen bestraft werden. Dahinter steckt – zunächst – die Vorstellung, Ärzte würden sich beim zurzeit angewandten Einzelleistungstarif dazu verführen lassen, mehr Diagnostik und Therapie zu veranlassen, als eigentlich notwendig wäre, mit dem einzigen



Das Argument, dass solches Verhalten lediglich kurzfristig erfolgreich sei, sich längerfristig jedoch nachteilig für die Ärzte auswirke und sich deshalb von selber korrigiere, dürfte kaum weiter helfen, da die Zeitspanne zwischen Unterversorgung und deren Sekundärfolgen so

Capitation

Ziel, ihren Verdienst zu optimieren. Mag sein, es gibt eine kleine Anzahl Ärzte, die konsequent so handelt, beziehungsweise es gibt Praktiker, die, wenigstens zu einem kleinen Teil, in ihrer täglichen Praxisarbeit dieser Logik folgen.

Allein, die davon ausgehen, dass das Vergütungssystem das Handeln des Arztes ausserhalb seiner ärztlichen Pflichten wesentlich mitbestimmt, müssen sich fragen lassen, ob und warum sich dieser Verdacht mit Einführung eines Beteiligungssystem, beispielsweise einer Capitation-Versicherung, in Luft auflösen sollte. Denn entweder die Ärzte sind nicht in grossem Masse verfügbar, dann aber ist auch nicht das jetzige Vergütungssystem schuld an den Kosten. Und dann gibt es keinen Grund, es zu ändern. Oder aber: Die Ärzte sind in relevantem Ausmass bestechlich, dann werden sie es aller Voraussicht nach auch unter geänderten Umständen bleiben. Was wohl hiesse, dass in einem Capitation-Modell die medizinische Versorgung der Patienten aus pekuniären Motiven vernachlässigt würde, um Kosten zu sparen und das eigene Einkommen zu optimieren.

gross ist, dass die postulierte Kausalität in einem Praktikerleben kaum handlungswirksam würde.

Nun kann man natürlich, trotz des Wissens um die Unzulänglichkeit der Argumentation für die Änderung des Vergütungssystems, auf einer solchen Änderung beharren. Wer das in der Annahme tut, die Gesundheitskosten liessen sich dadurch in einem relevanten Ausmass senken (implizit eben in der Annahme, die Ärzte seien die Ursachen einer wirtschaftlich und medizinisch unsinnigen Überversorgung), der akzeptiert, dass der Wechsel auf ein Beteiligungssystem nichts anderes ist als der zynische Versuch, die Kosten des Gesundheitswesens durch Erzwingung einer Unterversorgung zu reduzieren – in der Annahme nämlich, dass korrumpierbare Ärzte diesen üblen Job aus reinem Eigennutz willfährig übernehmen. Nicht weniger schlimm als dieses wenig wahrscheinliche Szenario ist die viel wahrscheinlichere Alternative: Man ändert unter grossem administrativem Aufwand das Vergütungssystem – und es ändert sich gar nichts. Der TarMed lässt grüssen.

Richard Altorfer