

Zulassungsstopp: Was hat er bewirkt, wie soll es weitergehen?

Pascal Couchepin

Bundesrat

1999 haben ärztliche Kreise im Zusammenhang mit der damals anstehenden Abstimmung über die bilateralen Verträge mit der Europäischen Union erheblichen politischen Druck für flankierende Massnahmen zur Verhinderung einer massiven Zuwanderung von Ärzten aus unseren Nachbarländern ausgeübt. Als Antwort auf diese Forderung hat der Bundesrat im Auftrag des Parlaments beschlossen, die Zahl der Leistungserbringer, die zu Lasten der Krankenversicherung praktizieren dürfen, zu beschränken.

Diese Ausnahmeregelung war ursprünglich befristet, nun aber soll das Parlament demnächst über die zweite Verlängerung entscheiden. Die vom Bundesrat empfohlene Alternative, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, findet aufgrund starker Opposition im Bundeshaus derzeit keine Mehrheit.

Der Zulassungsstopp ist, wie die Erfahrung zeigt, eine wirksame Massnahme. Vor allem hat er dazu beigetragen, dass eine massive unkontrollierte Zunahme der Leistungserbringer verhindert werden konnte, was ja auch ihr Hauptzweck war. Trotzdem hat er eine massvolle Anpassung des Angebots, wie sie durch die zunehmende Nachfrage nach ärztlichen Dienstleistungen aufgrund

der demographischen Entwicklung geboten war, nicht verhindert. Die nachstehenden Zahlen belegen dies.

Die Zahl der Ärzte und die Ärztedichte steigen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich seit fünf Jahren an: 10% Zunahme der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte, 8% Zunahme der Ärzte in freier Praxis. Die Entwicklungen in den einzelnen Kantonen unterscheiden sich allerdings erheblich, da den Kantonen beim Vollzug ein bedeutender Ermessensspielraum zusteht. Die Neuzulassungen waren denn auch entsprechend höher in Gebieten mit einer geringen Dichte an Ärzten in freier Praxis. Dies zeigt, dass die Massnahme zu einem gewissen Ausgleich in der Verteilung der Arztpraxen zwischen städtischen und ländlichen Kantonen beigetragen hat. Die untenstehende Abbildung illustriert diese durchaus positive Entwicklung (Abb. 1 [\[1\]](#)).

Die immer wieder angeführten negativen Auswirkungen sind demgegenüber schwieriger zu erkennen. Damit soll allerdings nicht bestritten werden, dass die Entwicklung in der Zusammensetzung der Ärzteschaft gewisse Herausforderungen birgt. Die Zahlen zeigen, dass die Dichte bei den Allgemeinpraktikern eher stagniert, ja, dass sie unter Berücksichtigung der rückläufigen durchschnittlichen Arbeitszeit gar abnimmt. Es ist daher wichtig, das Nachwuchsproblem auf diesem Gebiet nicht zu unterschätzen.

Die Sachlage ist bekannt und wird ernst genommen. Die Kantone bemühen sich, in Zusammenarbeit mit den medizinischen Berufsorganisationen und den Universitäten, um die Nachwuchsförderung: An den Universitäten wurden Lehrstühle für Allgemeinmedizin geschaffen, und den Studenten werden Praktika in Arztpraxen angeboten. Die Assistenzärzte können einen Teil ihrer Weiterbildung in einer Allgemeinpraxis statt im Spital absolvieren. Man muss sich aber im klaren sein, dass der Mangel an Allgemeinärzten nicht dem Zulassungsstopp zuzuschreiben ist, denn sämtliche Kantone haben die Möglichkeit vorgesehen, dass bestehende Praxen durch einen Arzt der gleichen Spezialisierung weitergeführt werden dürfen. Manche Kantone gehen sogar noch weiter und lassen auch zu, dass Praxen anderer Spezialisten durch einen Arzt für die Grundversorgung weitergeführt werden dürfen.

Was die Spezialärzte angeht, ist bei der ambulanten Medizin in den nächsten Jahren kein Mangel zu befürchten. Hingegen hängt die Spital-

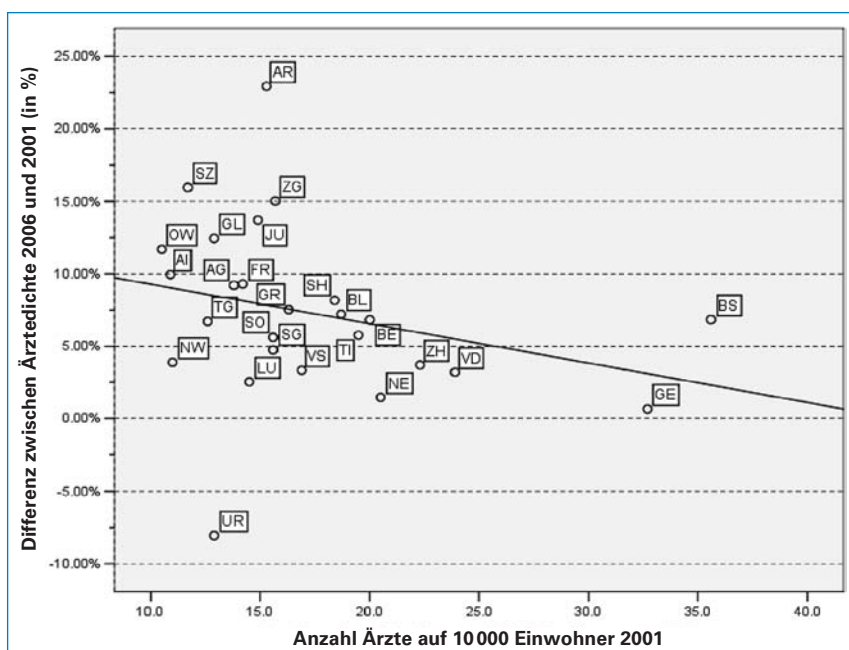


Abbildung 1

Entwicklung der Ärztedichte (Ärzte in freier Praxis) zwischen 2001 und 2006.

Quelle: Daten von FMH und eigene Berechnungen.

medizin in der Schweiz schon heute stark von ausländischen Ärzten ab. Der Bund anerkennt Jahr für Jahr 1000 bis 1200 ausländische Arzt diplome, während die fünf schweizerischen medizinischen Fakultäten lediglich 650 bis 700 neue Arzt diplome pro Jahr erteilen. Es ist daher anzunehmen, dass bereits heute zumindest jede zweite offene Arztstelle im Spitalbereich durch einen ausländischen Arzt besetzt wird. Würde man den Zulassungsstopp nicht verlängern, bestünde die Gefahr, dass eine grosse Zahl bisher im Spital tätiger junger Spezialisten in die private Praxis abwandert. Viele unserer Spitäler und insbesondere die Universitätskliniken, die schon aufgrund der Unterstellung der Assistenzärzte unter das Arbeitsgesetz mit Problemen zu kämpfen haben, gerieten durch eine solche Abwanderungsbewegung erst recht in eine äusserst schwierige Lage. Gegner des Zulassungsstopps argumentieren, dass – selbst wenn die Massnahme bisher keine drastischen Auswirkungen auf die Dichte an frei praktizierenden Ärzten gehabt habe – sie doch die jungen Studenten vom Medizinstudium abhalten könnte. Die Zahlen sprechen aber eine andere Sprache. In Tat und Wahrheit hat die Anzahl der Kandidaten für den Eignungstest für das Medizinstudium – für das ein Numerus clausus gilt – zwischen 2002 und 2007 um 70% zugenommen. In den medizinischen Fakultäten von Genf und Lausanne, wo kein Numerus besteht, ist die Zahl der Studenten im ersten Jahr um 50% in die Höhe geschneit.

Demgegenüber ist die Zahl der Studienplätze für Medizin im zweiten Jahr an allen Fakultäten seit zehn Jahren unverändert geblieben. Von dieser bereits beschränkten Zahl von Studenten führen offenbar etwa 30% das Studium nicht zu Ende. In Anbetracht der Ausbildungsdauer und der hohen Kosten ist es sehr wichtig, die Gründe für solche Misserfolge genau zu analysieren. Anschliessend müsste man sich auch näher mit den Empfehlungen befassen, die der Schweizerische Wissenschafts- und Technologierat kürzlich in seinem Bericht abgegeben hat. Darin wird zum einen eine Erhöhung der Studienplätze an den medizinischen Fakultäten um 20% empfohlen, zum anderen eine Restrukturierung der Weiterbildung. Es hat sich also gezeigt, dass der Zulassungsstopp die Zunahme an ärztlichen Leistungserbringern in der ambulanten Medizin wirksam eindämmt,

sich aber trotzdem als genügend flexibel erweist, um den steigenden medizinischen Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden. Die Aufhebung des Zulassungsstopps ist nicht wünschbar, solange er nicht durch eine andere Massnahme ersetzt werden kann.

Diese Tatsache darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine Zulassungsbeschränkung für neue Ärzte auf die Dauer keine gute Lösung ist. Tatsächlich kann die Massnahme zu unerwünschten Nebenwirkungen führen, zum Beispiel dem «Handel mit Praxisbewilligungen». Der Bundesrat ist nach wie vor überzeugt, dass auf längere Sicht die Aufhebung des Kontrahierungszwangs besser geeignet ist, um ein vernünftiges Gleichgewicht im Angebot an ambulanten ärztlichen Dienstleistungen zu gewährleisten.

Die ständerätliche Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) hat sich bereit erklärt, auf diesen Vorschlag einzutreten, wobei sie aber eine differenziertere Aufhebung des Kontrahierungszwangs vorsieht. Der gegenwärtig von der Kommission diskutierte Vorschlag zielt darauf ab, durch differenzierte Anwendung der Vertragsfreiheit Managed-Care-Ärztetzwerke zu fördern. Auch die FMH hat einen in die gleiche Richtung zielenden Vorschlag unterbreitet.

Die Absicht, Managed-Care-Modelle zu fördern, ist sicher gut, und auch der Bundesrat hat eine Revision vorgeschlagen, welche solche innovativen Modelle fördern soll. Wenn man aber den Kontrahierungszwang gegenüber einem Arzt davon abhängig macht, dass dieser an einem Managed-Care-Modell teilnimmt, dann dürfte sich die Abgrenzung eines solchen Modells als juristische Knacknuss erweisen. Eine ganze Reihe von Fragen taucht in diesem Zusammenhang auf: Wie lassen sich «echte» von «falschen» Modellen unterscheiden? Wer wird überprüfen, ob ein gegebenes Modell das Label «Managed Care» verdient oder nicht? Haben alle Modelle Anspruch auf Verträge mit allen Versicherern, und, falls ja, haben alle Ärzte das Recht beizutreten?

Die politische Situation ist also offen. Der Bundesrat ist bereit, zusammen mit dem Parlament nach einer wirksamen und angemessenen Lösung zu suchen, mit der eine ausreichende, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche medizinische Versorgung gewährleistet werden kann.

Korrespondenz:
Pascal Couchepin
Bundesrat
Eidgenössisches Departement
des Innern EDI
Generalsekretariat
Inselgasse 1
CH-3003 Bern
ljubisa.stojanovic@gs-edi.admin.ch