

Regierungsratsbeschluss

vom 15. Januar 2019

Nr. 2019/44

KR.Nr. I 0161/2018 (DDI)

Interpellation Stephanie Ritschard (SVP, Riedholz): Erneute Lohnexzesse bei den Ärzten Stellungnahme des Regierungsrates

1. Vorstosstext

Schon wieder haben sehr hohe Arztlöhne Schlagzeilen gemacht. Eine Studie vom Bundesamt für Gesundheit BAG bringt zu Tage, dass bei selbständigen Ärzten mit eigener Praxis der Durchschnittslohn bei 320'000 CHF liegt. 118 der untersuchten Ärzte verdienten 2014 sogar mehr als 1 Million Franken. Die Studie zeigt auch, dass die Hausärzte gegenüber den Spezialisten viel weniger verdienen. Die Bevölkerung und insbesondere unser Mittelstand haben kein Verständnis für solch extensive Entlohnungen auf Kosten der Allgemeinheit. Da nützen auch die Beschwichtigungen nichts, dass es hier um sehr verantwortungsvolle Jobs geht, die Ausbildung lang ist oder die Arbeitszeiten aussergewöhnlich sind. Es scheint sich im Gesundheitswesen eine regelrechte Bereicherungsmentalität auszubreiten, die es dringend zu unterbinden gilt.

Ich bitte den Regierungsrat diesbezüglich um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Was für Möglichkeiten sieht der Regierungsrat, um dieser kostentreibenden Aufwärtsspirale im Gesundheitswesen etwas entgegenzuhalten?
2. Welche konkreten Instrumente hat der Regierungsrat, um dieser ungunstigen Entwicklung bei der Entlohnung der Ärzteschaft entgegenzuwirken? Wird er diese auch einsetzen?
3. Welche Gesetzesänderungen wären nötig und möglich, um solche exzessiven Löhne zu verhindern?
4. Welche Lösungsvorschläge hat die Regierung, um die Grundversorger gegenüber den Spezialisten zu stärken?
5. Was rät der Regierungsrat dem einfachen Bürger, der einerseits immer höhere Prämien bezahlt sowie stetig steigende Gesundheitskosten zur Kenntnis nehmen muss, und auf der anderen Seite jetzt schon mehrfach von Luxussalären der Ärzteschaft zu hören bekommen hat? Wie sollen wir als Gesellschaft mit diesem Missverhältnis in Zukunft umgehen?

2. Begründung

Im Vorstosstext enthalten.

3. Stellungnahme des Regierungsrates

3.1 Vorbemerkungen

3.1.1 Gesamtschweizerische Durchschnittseinkommen der Ärzteschaft

Die im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) vom Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS erstellte Studie «Einkommen, OKP-Leistungen und Beschäftigungssituation der Ärzteschaft 2009-2014» (Studie) wurde vom BAG am 29. Oktober 2018 veröffentlicht. Gemäss

Studie betrug 2014 das auf Vollzeit standardisierte AHV-pflichtige Durchschnittseinkommen der angestellten Ärzteschaft 226'924 Franken. Mit 320'209 Franken war jenes der Selbstständigerwerbenden um 93'285 Franken bzw. 41,1% höher. Je nach Facharztstitel resultierten bei den Selbstständigerwerbenden erhebliche Einkommensunterschiede: Am höchsten waren die Durchschnittseinkommen in den Fachgebieten Neurochirurgie mit 817'897 Franken und Gastroenterologie mit 683'760 Franken, am tiefsten in den Fachgebieten Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 187'002 Franken sowie Psychiatrie und Psychotherapie mit 219'525 Franken; in der Fachgebietsgruppe Grundversorgung (Allg. Innere Medizin, Pädiatrie, Praktische Ärztinnen und Ärzte) betrug das Durchschnittseinkommen 264'360 Franken und lag damit um 55'849 Franken bzw. 17,4% unter dem Durchschnittseinkommen aller Selbstständigerwerbenden.

Während in der Studie Gründe für eine Unterschätzung der ermittelten Einkommen der Selbstständigerwerbenden angegeben werden (teilweise von der AHV-Pflicht befreite freiwillige Leistungen in die berufliche Vorsorge, Ausschüttung eines Teils des Einkommens als Dividende), wurde die Studie von der Ärzteschaft kritisiert.

Die Studie weist keine Zahlen nach Kantonen aus, weil aus Datenschutzgründen eine Auswertung nach Kantonen nicht möglich war.

3.1.2 Reformbedürftige nationale Tarifstruktur TARMED

Die Tarifstruktur TARMED dient gesamtschweizerisch der Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen in Arztpraxen und Spitälern. Damit ist sie die Basis der Einkommen der Ärzteschaft. Die Tarifstruktur TARMED ist ein Projekt der zuständigen Tarifpartner, d.h. der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), der Krankenversicherer, der Spitäler der Schweiz (H+) sowie der in der Medizinaltarifkommission (MTK) der Suva vertretenen Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfallversicherung UV, Militärversicherung MV, Invalidenversicherung IV). Beim TARMED handelt es sich um einen Einzelleistungstarif gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.11), der auf einer nationalen Tarifstruktur beruhen muss (Art. 43 Abs. 5 KVG). Gemäss dem Grundsatz der Tarifautonomie (Art. 43 Abs. 4 KVG) ist es primär Sache der Tarifpartner, Tarife in gesamtschweizerischen Verträgen zu vereinbaren. Die Genehmigungskompetenz liegt beim Bundesrat (Art. 46 Abs. 4 KVG). Seit 1. Januar 2013 hat der Bundesrat zusätzlich die subsidiäre Kompetenz, die TARMED-Struktur anzupassen, wenn sie sich nicht mehr als sachgerecht erweist und sich die Tarifpartner nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG). Diese subsidiäre Kompetenz bedeutet, dass der Bundesrat gerade so viel regelt, wie für das Bestehen einer Struktur notwendig ist, um den Vorrang der Tarifautonomie so weit wie möglich zu berücksichtigen.

Die Tarifstruktur TARMED basiert massgeblich auf Datengrundlagen und Schätzungen aus den 1990er Jahren. Die Tarifpartner haben seither einzelne Tarifpositionen des TARMED angepasst und dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Eine systematische und grundlegende Aktualisierung der Tarifstruktur TARMED wurde von den Tarifpartnern aber nie vorgenommen. Dementsprechend ist der Revisionsbedarf der Tarifstruktur TARMED grundsätzlich unbestritten. Die Dringlichkeit der Revision geht auch aus den in der Studie ermittelten Ärztteeinkommen hervor, hat sich doch gezeigt, dass hauptsächlich der jeweilige Facharztstitel den Lohn bestimmt.

Im Rahmen seiner Genehmigungskompetenz hat der Bundesrat die Tarifpartner mehrfach dazu aufgefordert, die Tarifstruktur TARMED grundlegend zu revidieren. Dieser Aufforderung sind die Tarifpartner bisher nicht nachgekommen. Am 20. Juni 2014 machte der Bundesrat mit der Verabschiedung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (SR 832.102.5) ein erstes Mal von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch und passte die Einzelleistungstarifstruktur TARMED an. Die Verordnung trat am 1. Oktober 2014 in Kraft. Ziel dieser Anpassung war eine stärkere Gewichtung der intellektuellen ärztlichen Leistung gegenüber den technischen Leistungen. Zudem strebte der Bundesrat mit der

Verabschiedung dieser Verordnung ein Deblockieren der Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern an.

Weil die Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern im Herbst 2017 noch immer blockiert waren, machte der Bundesrat ein zweites Mal von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch. Am 18. Oktober 2017 verabschiedete er eine Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung. Die Verordnungsänderung beinhaltet die vom Bundesrat festgelegte, gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur ab dem 1. Januar 2018. Ein TARMED-Eingriff des Bundesrats war nötig geworden, weil sich die Tarifpartner in den Jahren zuvor nicht auf eine Gesamtrevision einigen konnten und ab 2018 eine Lücke entstanden wäre. Bei den TARMED-Anpassungen per 1. Januar 2018 ging es hauptsächlich darum, übertarifierte Leistungen in gewissen Bereichen des TARMED zu korrigieren und dadurch die Tarifstruktur sachgerechter auszugestalten.

Dieser zweite TARMED-Eingriff des Bundesrats änderte nichts an der Tatsache, dass die Revision des TARMED weiterhin dringend ist. Da die Tarifrevision grundsätzlich kostenneutral erfolgen soll, bedeutet eine Besserstellung der Grundversorger eine Schlechterstellung der Spezialisten. Wir erwarten, dass die Verhandlungen auch angesichts des öffentlichen Drucks rasch vorankommen und erfolgreich abgeschlossen werden können oder aber der Bundesrat bald erneut von seiner subsidiären Kompetenz, die TARMED-Struktur anzupassen, Gebrauch machen wird.

3.2 Zu den Fragen

3.2.1 Zu Frage 1:

Was für Möglichkeiten sieht der Regierungsrat, um dieser kostentreibenden Aufwärtsspirale im Gesundheitswesen etwas entgegenzuhalten?

Die veraltete Tarifstruktur TARMED muss dringend revidiert werden. Wie in Ziffer 3.1.2 dargelegt, handelt es sich beim TARMED und den daraus resultierenden Einkommen der Ärzteschaft um eine nationale Angelegenheit. Gefordert sind die Tarifpartner und subsidiär der Bundesrat. Gemäss Studie stieg bei den Selbstständigerwerbenden das Durchschnittseinkommen zwischen 2009 und 2014 um 2,5%; bei den Angestellten fiel es hingegen um 5,1%.

Am 10. Dezember 2018 haben wir uns im Rahmen der Vernehmlassung zur Teilrevision des KVG betreffend «Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1» gegenüber dem Bund für die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und insbesondere für die Schaffung eines nationalen Tarifbüros ausgesprochen: *«Die Kantone gehören zu den zentralen Akteuren bezüglich Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung. Dementsprechend haben auch wir grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen und begrünnen deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms. ... Die Schaffung eines nationalen Tarifbüros begrünnen wir ausdrücklich. Es kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen ein sinnvoller Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden...»*. Ein nationales Tarifbüro für den ambulanten Bereich könnte analog SwissDRG aufgebaut bzw. SwissDRG angeschlossen werden.

3.2.2 Zu Frage 2:

Welche konkreten Instrumente hat der Regierungsrat, um dieser ungunstigen Entwicklung bei der Entlohnung der Ärzteschaft entgegenzuwirken? Wird er diese auch einsetzen?

Wie in Ziffer 3.1.2 dargelegt, handelt es sich beim TARMED und den daraus resultierenden Einkommen der Ärzteschaft um eine nationale Angelegenheit. Gefordert sind die Tarifpartner und

subsidiär der Bundesrat. Uns obliegt es lediglich, die von den Krankenversicherern und der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn (GAeSO) ausgehandelten Taxpunkt-werte (Tarifhöhe) zu genehmigen bzw. festzusetzen (Beschwerdemöglichkeit der Tarifpartner). Seit 2007 ist im Kanton Solothurn der Taxpunkt-wert der Spitäler von 95 Rappen um 6,3% auf 89 Rappen gesunken und jener zwischen der frei praktizierenden Ärzteschaft und tarifsuisse bei 84 Rappen konstant geblieben (HSK seit 1. Oktober 2014 neu 85 Rappen).

3.2.3 Zu Frage 3:

Welche Gesetzesänderungen wären nötig und möglich, um solche exzessiven Löhne zu verhindern?

Gesetzesänderungen, die das Einkommen der Selbstständigerwerbenden beschränken oder Zusatzversicherungen verbieten würden, erachten wir als ordnungspolitisch fragwürdig und als Widerspruch zur Handels- und Gewerbefreiheit. Mit einer Änderung des KVG könnte der Grundsatz der Tarifautonomie, wonach es primär Sache der Tarifpartner ist, die Tarife in gesamtschweizerischen Verträgen zu vereinbaren, aufgehoben und die Tarif-Kompetenz dem Bundesrat übertragen werden. Dies wäre allerdings ein Paradigmenwechsel, der letztlich zu einer «Staatsmedizin» führen könnte.

Heute obliegt es den Krankenversicherern, Leistungen, die über das Mass hinausgehen, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist, zu verweigern oder zu Unrecht bezahlte Vergütungen zurückzufordern (Art. 56 Abs. 1 und 2 KVG). Zudem können gegen Leistungserbringer, die gegen die gemäss KVG vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen verstossen, auf Antrag der Krankenversicherer durch das als Schiedsgericht in KVG-Belangen amtierende kantonale Versicherungsgericht Sanktionen ergriffen werden (z.B. Verwarnung, gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, Busse, vorübergehender oder definitiver Ausschluss von der Tätigkeit zulasten der OKP; Art. 59 Abs. 1 KVG).

3.2.4 Zu Frage 4:

Welche Lösungsvorschläge hat die Regierung, um die Grundversorger gegenüber den Spezialisten zu stärken?

Wie in Ziffer 3.1.2 dargelegt, ist es Sache der Tarifpartner, im Rahmen der TARMED-Revision dafür zu sorgen, dass die Entschädigungen der Spezialisten und der Grundversorger in einem angemessenen Verhältnis stehen. Da die Tarifrevision grundsätzlich kostenneutral erfolgen soll, ist eine Besserstellung der Grundversorger mit einer Schlechterstellung der Spezialisten verbunden.

In der Fachgebietsgruppe Grundversorgung betrug gemäss Studie 2014 das Durchschnittseinkommen 264'360 Franken und lag damit um 55'849 Franken bzw. 17,4% unter dem Durchschnittseinkommen aller Selbstständigerwerbenden. Dabei hat sich die erst per 1. Oktober 2014 eingeführte Zuschlagsposition für die Grundkonsultation, die eine höhere Vergütung hausärztlicher Leistungen bewirken soll (200 Mio. Franken), noch nicht niedergeschlagen.

Wir erachten eine «hausarztzentrierte Versorgung» (sog. Gatekeeping) als wichtiges Instrument einer integrierten Versorgung, welche die gezielte Leistungssteuerung durch eine Grundversorgerin bzw. einen Grundversorger als erste Anlaufstelle im Krankheitsfall umfasst. Dementsprechend haben wir in den letzten Jahren viel für die Förderung der Grundversorgung unternommen. Eine Entlastung der Hausärzte erfolgte insbesondere durch die Einführung von Amteiarzten (RRB Nr. 2004/1290 vom 21. Juni 2004) und die Schaffung von vorgelagerten Notfallpraxen am Bürgerspital Solothurn und am Kantonsspital Olten (Inbetriebnahme 2009).

Durch die Schaffung von Praxisassistentenstellen bei Grundversorgern und deren Finanzierung zu 80% beteiligt sich der Kanton auch an der "praktischen" Ausbildung (vgl. RRB Nr. 2007/2191 vom 18. Dezember 2007): Junge Ärztinnen und Ärzte können während ihrer Anstellung bei der Solothurner Spitäler AG (soH) eine sechsmonatige Ausbildung in einer Hausarztpraxis absolvieren. Damit wird Ärztinnen und Ärzten mit mindestens zwei Jahren klinischer Ausbildung und Tätigkeit ein fundierter Einblick und eine praxisnahe Ausbildung in der Hausarztmedizin ermöglicht.

Im Kanton Solothurn ist die Grundversorgung de facto nie dem Zulassungsstopp unterstellt worden und dies soll auch in Zukunft so bleiben. Dadurch wird vermieden, dass Interessentinnen und Interessenten an der Aufnahme einer Praxistätigkeit im Kanton Solothurn gehindert werden. Zudem besteht im Kanton Solothurn mit der Möglichkeit zur Selbstdispensation für die niedergelassene Ärzteschaft im Vergleich zu den meisten anderen Kantonen ein finanzieller Vorteil.

3.2.5 Zu Frage 5:

Was rät der Regierungsrat dem einfachen Bürger, der einerseits immer höhere Prämien bezahlt sowie stetig steigende Gesundheitskosten zur Kenntnis nehmen muss, und auf der anderen Seite jetzt schon mehrfach von Luxussalären der Ärzteschaft zu hören bekommen hat? Wie sollen wir als Gesellschaft mit diesem Missverhältnis in Zukunft umgehen?

Wir erwarten, dass die TARMED-Verhandlungen von den Tarifpartnern auch angesichts des öffentlichen Drucks bald erfolgreich abgeschlossen werden oder aber der Bundesrat von seiner subsidiären Kompetenz erneut Gebrauch machen wird, die Tarifstruktur TARMED anzupassen.

Gemäss Studie ist insgesamt das Durchschnittseinkommen der Ärzteschaft zwischen 2009 und 2014 gesunken. Dementsprechend haben zumindest in den letzten Jahren die Gesundheitskosten nicht aufgrund veränderter Einkommen der Ärzteschaft zugenommen. Vielmehr sind die Gesundheitskosten als direkte Folge der zunehmenden Inanspruchnahme von Leistungen gestiegen. Höhere Gesundheitskosten bedeuten immer auch höhere Krankenkassenprämien. Wenn die teilweise vorhandene «Konsumhaltung» durch eine gewisse Zurückhaltung ersetzt würde, könnte auf fragwürdige medizinische Leistungen verzichtet werden. Diesbezüglich können Versorgungsmodelle nützlich sein, in welchen eine Grundversorgerin bzw. ein Grundversorger die gezielte Leistungssteuerung übernimmt (Lotsenfunktion entlang der Versorgungskette). Letztlich steht aber immer die Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten im Vordergrund.

Offen ist die Frage, inwiefern die zunehmende Inanspruchnahme von Leistungen inskünftig mit einer Beschränkung des Angebots gesteuert werden soll. Derzeit wird von der Bundesversammlung die Teilrevision des KVG im Zusammenhang mit der Zulassung von Leistungserbringern beraten (vgl. Gesetzesentwurf [BBl 2018 3169] und Botschaft des Bundesrates vom 9. Mai 2018 [BBl 2018 3125]). Die Vorlage zielt einerseits auf die Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Leistungserbringung und andererseits auf eine Beschränkung der Anzahl der im ambulanten Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte ab. Den Kantonen soll die Möglichkeit eingeräumt werden, in medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbringen, auf eine Höchstzahl zu beschränken (vgl. Art. 55a E-KVG). Durch diese Neuregelung liessen sich zwar nicht die Einkommen der Ärzteschaft beeinflussen, aber das Volumen der Inanspruchnahme von Leistungen.



Andreas Eng
Staatsschreiber

Verteiler

Departement des Innern, Gesundheitsamt (3)
Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kanton Solothurn (GAeSO), Sekretariat, Ferchtweg 1,
4622 Egerkingen
Aktuariat SOGEKO
Parlamentsdienste
Traktandenliste Kantonsrat