



Synapse

Schwerpunktthema: TARMED-Eingriff

- 1 Der bundesrätliche Tarifeingriff missachtet den Nutzen der Medizin
- 4 «Am Konsens der Tarifpartner führt kein Weg vorbei»
- 8 Mehr Qualität, mehr Wirtschaftlichkeit – ohne TARMED
- 9 Ärzteschaft im Clinch mit dem Bundesrat
- 10 Ökonomischer Nutzen – menschlicher Nutzen
- 12 «Das Globalbudget ist dysfunktional, nicht zu reparieren und sollte ersetzt werden!»
- 14 Der grosse Schritt vom Wissen zum Handeln
- 15 «Kinderneurologische Arbeit ist sozialmedizinische Arbeit»
- 17 Ambulante Tarife: der Beitrag der FMCH
- 18 Zweiter TARMED-Eingriff – eine Sparübung mit hohen Kosten!

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel



Die Synapse finden Sie auch unter:
www.synapse-online.ch

Leitartikel

Der bundesrätliche Tarifeingriff missachtet den Nutzen der Medizin

Schwerpunkt dieser *Synapse*-Ausgabe ist der zweite Tarifeingriff des Bundesrates in den Ärztetarif TARMED, der am 1.1.2018 in Kraft treten soll.

Wir beleuchten ihn aus verschiedenen Perspektiven und lassen unterschiedliche Ansichten und Meinungen zu Wort kommen.

Die Schweiz hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, nach einer aktuellen Beurteilung amerikanischer Experten (Commonwealth Fund, zitiert in *New York Times*, Sept. 2017) sogar das beste. Dies drückt sich u.a. in der hohen Lebenserwartung und der grossen Patientenzufriedenheit aus, aber auch in der Tatsache, dass alle Menschen Zugang zur medizinischen Versorgung haben. Die Qualität hat allerdings ihren Preis. Das Schweizer Gesundheitssystem ist eines der teuersten weltweit. Es wird sich künftig weiter verteuern, weil die Bevölkerung älter wird, chronische Krankheiten zunehmen und der medizinische Fortschritt weitere Kosten generieren wird. Die vier wichtigsten modifizierbaren Risikofaktoren, die im Wesentlichen die Krankheitslast in 30 Jahren bestimmen und Milliarden Franken an direkten Gesundheitskosten verursachen werden, sind Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel und hyperkalorische Ernährung. Aktuell ist das Parlament, dessen Mehrheit von entsprechenden Lobbys beeinflusst wird, an einer marktliberalen Gesetzgebung interessiert, die im Sinne

einer nachhaltigen, lebenslänglichen Kundenbindung erlaubt, dass Kinder und Jugendliche mit Werbemassnahmen verführt werden. Der selbstverantwortliche Umgang mit Suchtmitteln scheint kein Problem zu sein. Offenbar kümmert es das Parlament auch nicht, dass diese politischen Weichenstellungen gemäss Weltbank-Publikationen das Phänomen sozialer Ungleichheit verstärken. Das heisst: Gewinne (Suchtmittelverkauf) werden privatisiert und Verluste (Gesundheitsschäden und deren Kosten) sozialisiert. Die Behandlung 30 Jahre später ist ausserhalb des parlamentarischen Verantwortungshorizonts. Durch eine entsprechende Gesetzgebung, die zumindest Kinder und Jugendliche ausreichend schützen würde, liessen sich Milliarden an Gesundheitskosten und folglich Prämien sparen, was aber leider erst in 30 Jahren und nicht innerhalb der nächsten Wahlperiode Meriten gibt. Die Kostensicht auf das Schweizer Gesundheitswesen ist die «Standardsicht» breiter Teile der Politik, der Medien und der Bevölkerung – und stimmt gleichwohl nur zur Hälfte. **Denn der Nutzen**

der Medizin wird damit völlig ausgeklammert und ignoriert, was fatale Folgen hat: nicht nur auf das Selbstverständnis der Medizin und der Mediziner, sondern auch auf das «Machtverhältnis» zwischen Medizin und Ökonomie. Diese kostenfixierte Standardsicht wurde nur möglich, weil die Ökonomie inzwischen das Primat von der Medizin im stationären Bereich im Gesundheitswesen teilweise übernommen hat und im ambulanten Bereich ein solches noch anstrebt. Zum Leidwesen der Ökonomie ist festzuhalten, dass die besten hinsichtlich Patientenbehandlungsqualität und zugleich erfolgreichsten medizinischen Institutionen im stationären Bereich von Ärztinnen und Ärzten geführt werden mit sekundär ökonomischer Zusatzausbildung (*Harvard Business Review*, Dezember 2016). Dieses Wissen scheint noch nicht in der Schweiz angekommen zu sein. Die meisten ökonomischen Ansätze gehen hierzulande noch immer von einem Fabriksetting aus, nur sind Patientinnen und Patienten keine genormten Werkstücke und möchten auch nicht so behandelt werden. Folglich hält ein Den-

ken Einzug, das Steigerung von Effizienz und Minimierung von Kosten im Gesundheitswesen priorisiert und die ärztliche Leistung wie auch die Leistungen aller anderen Medizinal- und Gesundheitsberufe marginalisiert. Rein ökonomisch geführte stationäre Einrichtungen führen zudem ethisch fragwürdige Entlohnungspraktiken ein wie leistungsbezogene Boni für Operationen. Angestellte Ärztinnen und Ärzte geraten in den Konflikt zwischen den ökonomischen Interessen des Arbeitgebers und einer verantwortungsvollen, medizinisch indizierten Tätigkeit.

Wie konnte es so weit kommen?

Der ökonomische Hebel zu diesem Paradigmawechsel war u.a. die Einführung der WZW-Kriterien. Gemäss Krankenversicherungsgesetz (Art. 56 KVG) und der dazugehörigen Verordnung (Art. 76 KVV) sind die Krankenkassen beauftragt, Wirtschaftlichkeitsverfahren bei Ärztinnen und Ärzten durchzuführen, um zu kontrollieren, ob die WZW-Kriterien eingehalten werden.

Dass solidarisch finanzierte medizinische Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen, ist nachvollziehbar, ebenso, dass man bis zu einem gewissen Grad die Effizienz erhöhen und Kosten sparen kann, ohne die Qualität zu verringern. Problematisch wird es aber, wenn Ärzte durch administrative und ökonomische Vorgaben so eingeschränkt bzw. zeitlich belastet werden, dass ihr Engagement in der Patientenversorgung darunter leidet.

Und das ist ganz offensichtlich zunehmend der Fall: Studien in mehreren Schweizer Spitälern haben gezeigt, dass die Ärztinnen und Ärzte mehr Papier als Patientinnen und Patienten behandeln. 30% aller Versicherungsanfragen sind medizinisch qualitativ ungenügend und unnötig, da sie am Heilungsverlauf von Krankheit oder Unfall gar nichts ändern, sie führen allenfalls noch zu einer Verschlechterung des Heilungsverlaufs, indem die Beschwerden von Patientinnen und Patienten in Zweifel gezogen werden. Sie verursachen Riesenkosten und führen zu Ineffizienz. Im ambulanten Bereich zeichnet sich eine ähnliche, alarmierende Entwicklung ab.

Wenn schon von WZW und dem Einsatz von Prämiegeldern die Rede ist: Um Kosten zu sparen, haben die Versicherer eine Möglichkeit, die sich bis jetzt immer noch rechnet: nur «gute Risiken» zu versichern. Deshalb geben die Versicherer mehrere hundert Millionen Franken pro Jahr aus

für die Selektion guter Risiken: durch Werbemassnahmen und über Versicherungsmakler. Ein Versicherungsmakler verdient, prämienfinanziert, pro Monat dreimal so viel wie ein Hausarzt. Grund- und Zusatzversicherungsbereich sind nicht zuverlässig getrennt, und die Aufsichtsbehörden arbeiten wohl völlig unkoordiniert. Es ist nicht davon auszugehen, dass das BAG (Grundversicherung) und die FINMA (Zusatzversicherung) koordiniert arbeiten, sonst kämen wohl einige Überraschungen ans Licht, was bisher nur von der Sendung Kassensturz thematisiert wurde. Es bleibt zu erwähnen, dass es auch fortschrittliche Versicherer mit ethischen Standards gibt, die kooperativ mit den Gesundheitsberufen versuchen, das Gesundheitswesen in eine gute, patientenorientierte Richtung zu verbessern. Das Problem dabei ist nur, dass die Versicherer, die sich wirklich für eine Verbesserung der Situation der chronisch Kranken einsetzen, mit den heutigen Regelungen noch bestraft werden: Sie ziehen zwangsläufig «schlechte Risiken» (eben chronisch Kranke) an und haben finanziell negative Folgen zu gewärtigen.

Grundsätzliche Fragen ...

Die Gesundheit ist ein wertvolles Gut, das nicht (nur) mit ökonomischen Instrumenten gemessen werden kann. Sie stellt eine wichtige Grundlage dafür dar, dass wir im Leben Chancen wahrnehmen können. Die Zuwendung zu einem kranken Menschen ist ein grundlegendes und unbedingt bewahrenswertes Merkmal einer humanen Gesellschaft, für das vor allem eine Berufsgruppe zuständig ist: die Ärztinnen und Ärzte. Diese sind aber in den letzten Jahren und Jahrzehnten unter derart massiven (Spar-)Druck geraten, dass dies auch ihre Patienten zu spüren bekamen. Der Ruf nach Effizienz, Rationierung und Sparmöglichkeiten bringt das Gesundheitssystem an die Grenzen seiner Belastbarkeit und provoziert grundsätzliche Fragen: Ist dieses System noch zukunftstauglich? Braucht es einen ganz neuen Blick auf die Medizin im Sinne einer Würdigung des Nutzens – und viel weniger einen Fokus auf die Kosten? Oder ist ein neues Gesundheitsverständnis der Patienten angesagt? Was können wir uns in Zukunft noch leisten?

... und Antworten

In einer der früheren Ausgaben der *Synapse* hat der Medizinethiker **Prof. Dr. Giovanni Maio** zum Thema Ökonomisierung der Medizin geschrieben: «Immer mehr

etabliert sich ein Verständnis von Medizin, das reduziert wird auf die Einhaltung von Protokollen, Ablaufplänen und einer Fülle an Dokumentationen und Leistungsnachweisen – und Kontrollen. All das, was nicht gemessen werden kann, fällt aus dem Raster der Bewertung heraus. Und kontrolliert wird nur das Messbare (...). Das mag alles wichtig sein, aber all das erinnert eher an einen Betrieb, wo es gar nicht um Menschen, sondern um die Herstellung von Gegenständen geht.» Das Primat der Ökonomie habe zu einer Medizin als Produktionsbetrieb geführt, schrieb Maio weiter, mit der fatalen Folge, dass in der modernen Medizin heute grundsätzlich falsche Anreize gesetzt und falsche Kontrollsysteme eingeführt würden.

Mit der Messbarkeit gehe die Dokumentierbarkeit einher, weil die Leistung der Ärzte im Zuge der Ökonomisierung der Medizin auf den dokumentierbaren Eingriff reduziert werde und alle vorausgehenden Eingriffe und Prozesse des Sich-an-die-Diagnose-Herantastens, der vielen informellen Gespräche, des Nachdenkens ausgeklammert werden.

Fazit: Das Machen wird belohnt, das Zuhören bestraft, die Interventionszeit berechnet, die Beratungszeit übersehen, die Steigerung des Durchlaufs zum Wert erhoben und die Behutsamkeit und Sorgfalt als etwas angesehen, was den Betrieb nur aufhält. Genau in diesem Sinne werden auch die Zeitlimitationen im zweiten Tarifeingriff wirken.

Das ethische Format eines Prof. Maio würden wir uns auch von der SAMW wünschen, die sich zum Teil blauäugig instrumentalisieren lässt (wie kürzlich in der *Weltwoche*). Auch wenn die SAMW gemäss Liste nicht offiziell im Rahmen der Vernehmlassung zum zweiten Tarifeingriff angeschrieben wurde, hätte man doch eine Stellungnahme zur Rationierung von Leistungen, die Kinder, psychisch Kranke und ältere polymorbide Mitmenschen am stärksten treffen, erwarten können. Stattdessen schreibt sich die SAMW auch relativ naiv die Digitalisierung auf die Fahne, vielleicht unwissend, dass massive Industrie- und Geschäftsinteressen, beispielsweise einer Swisscom oder der Post, dahinterstehen. Datenschutz- und Sicherheit, da aufwendig und teuer, werden von diesen Playern möglichst tief gehalten, die Weiterverwendung der Daten, da bare Münze, hoch, über Kleingedrucktes in Verträgen, denen online zugestimmt werden muss, will man beispielsweise eine «app» anwenden. Patientendaten sind eben Gold

für gewisse Leute und werden nicht zwingend zum Wohle der Patientinnen und Patienten eingesetzt: Risikoselektion, fragwürdige Vermarktung oder Vorenthaltung medizinischer Leistungen sind mögliche Einsatzgebiete.

Die grössten Innovationsbremsen hinsichtlich Digitalisierung und zugleich Nutzniesser sind aktuell die Hersteller von Praxissoftware, den sogenannten Primärsystemen. Dank fehlender Anforderungen sind Daten nicht migrierbar, und die Hersteller profitieren massiv von ihrer Quasi-Monopolstellung. Datenmigrierbarkeit müsste eine zwingende Anforderung an die Hersteller von medizinischer Praxis- und Spital-Software werden.

Ökonomischer oder menschlicher Nutzen?

Wie am Anfang dieses Beitrages dargelegt, geht es darum, den Nutzen der Medizin verstärkt hervorzuheben und damit die Stellung der Ärzteschaft zu verstärken. Mit Nutzen ist einerseits die individuelle medizinische Betreuung von Patienten gemeint, aber ebenso die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens, eines Bereiches, der ständig wächst und tausende von Arbeitsplätzen schafft und garantiert. Das hat auch eine wissenschaftliche Studie (Infras) nachgewiesen. In dieser Ausgabe der *Synapse* gehen wir (u.a. in einem Beitrag des Psychiaters Dr. Peter Kern) genau auf diese beiden Aspekte des Nutzens der Medizin ein.

Abschliessend ist festzuhalten, dass die Gesundheitskosten seit 1996 (teuerungsbereinigt) um 72%, die OKP-Krankenkassenprämien aber um 107% gestiegen sind. Diese Differenz von 35%, um welche die Krankenkassenprämien im Prinzip zu teuer sind, sollten das BAG (als Aufsichtsbehörde) sowie die Krankenkassen und Kantone (als Verantwortliche) der Bevölkerung erklären. Und wenn schon nicht vermeidbar, sollten diese 35% wenigstens sozialer finanziert werden.

Ferner wird mit dem zweiten Tarifeingriff nur ein kleiner Teil der Kosten reguliert, nach der Maxime der politischen Machbarkeit. Wesentlichere Bereiche bleiben ausgespart.

Ein Globalbudget ist übrigens auch keine Lösung (siehe Interview mit Dr. Udo Schulte in dieser *Synapse*), ausser Politik und Administration wollen die Schweiz in einem internationalen Ranking der Disease Burden Study Group hinsichtlich Versorgungsqualität von Rang 3 auf Rang 20 «zurückbomben», passend zu Rang 19, auf welchem sich die Schweiz hinsichtlich des politisch verantworteten rückständigen Umgangs mit Risikofaktoren befindet (*Lancet* 2016;388:1813–50), was eingangs erläutert wurde.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und sind auf Ihre Meinungen gespannt.

Die Redaktion der *Synapse*

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
E-Mail: synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünfte, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, E-Mail: julian.mettler@hin.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

© 2017 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel.
Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Dr. Karin Würz, Leiterin Marketing und Kommunikation
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 49, Fax 061 467 85 56
E-Mail: kwuerz@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 16.11.2017

printed in
switzerland



Die Redaktion der *Synapse* (v.l.n.r.) Bernhard Stricker, Redaktor, Dr. med. Carlos Quinto, med. pract. Katja Heller, Dr. med. Tobias Eichenberger, Dr. med. Alexandra Prünfte, Dr. med. Peter Kern, Ruedi Bienz, Vorsitzender GL EMH Schweizerischer Ärzteverlag.



Sekretariat der Ärztesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

«Am Konsens der Tarifpartner führt kein Weg vorbei»

Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Ärztgesellschaften (KKA) zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (Originalwortlaut).

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, nachfolgend im Rahmen der Vernehmlassung uns zur geplanten Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung zu äussern. Die geplanten Änderungen sind für einen erheblichen Teil der in freier Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte von grosser Bedeutung. Die Konferenz der Kantonalen Ärztgesellschaft vertritt vor allem deren Interessen, weswegen uns die vorliegende Stellungnahme sehr wichtig ist und wir uns sehr gerne äussern.

I. Allgemeine Bemerkungen

1. Die Konferenz der Kantonalen Ärztgesellschaften bedauert es ausserordentlich, dass der Bundesrat von seiner subsidiären Kompetenz zur Anpassung der Einzelleistungstarifstrukturen nach Art. 43 Abs. 5bis KVG Gebrauch machen will. Der Grund ist das Scheitern der Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern. Dies wiederum ist vor allem auf die Intransparenz der in *santésuisse* organisierten Versicherer zurückzuführen. Halbwegs konstruktive Verhandlungen fanden demgegenüber mit H+ und *curafutura* statt. Wegen *santésuisse* gelang es auch nicht, rechtzeitig eine revidierte Tarifstruktur einzureichen. Auch dies bedauert die KKA ausserordentlich. Denn die grundsätzliche Revisionsbedürftigkeit der Tarifstruktur TARMED ist aus Sicht der KKA völlig unbestritten. Ebenso klar ist aber, dass im System der sozialen Krankenversicherung Vereinbarungen zwischen den Tarifpartnern wenn immer möglich den Vorrang haben sollen gegenüber staatlichen Interventionen. Dies braucht indessen bei allen Beteiligten, auch bei der Politik und beim Bundesrat, eine erhebliche Geduld. Es ist völlig unmöglich und illusorisch, bei einem derart komplexen Geschäft wie der Totalrevision der Tarifstruktur TARMED schnelle Resultate zu erwarten. Aus der Entstehungsgeschichte von Art. 43 Abs. 5bis

KVG folgt vielmehr, dass die Massnahme des Tarifeingriffs darauf abzielt, dem Bundesrat ein Druckmittel gegenüber den Tarifpartnern in die Hand zu geben, um diese zu veranlassen, sich zu einigen, damit die Tarifstruktur sachgerecht bleibt. Aber eben: Es handelt sich um ein Druckmittel, und die Idee dahinter war nicht, dass der Bundesrat in die komplex zusammenhängende Tarifstruktur eingreift, um diese nach eigenen politischen Vorstellungen umzugestalten. Diese ist vielmehr durch Konsens der Tarifpartner zu revidieren.

2. Politisch gesehen besteht das Hauptproblem des geplanten Tarifeingriffs denn auch darin, dass sich ein Teil der Versicherer in ihrer Unnachgiebigkeit gegenüber den Anliegen der Ärztgesellschaft bestätigt sehen, ist doch der geplante Tarifeingriff vor allem ein Sparingriff zulasten der Ärzteschaft. Mit anderen Worten: Mit einer Verweigerungshaltung gegenüber der Ärzteschaft können diese Versicherer einen Tarifeingriff provozieren, der genau in ihrem Sinne ist. Damit aber wird der Abschluss einer Vereinbarung mit den Versicherern noch schwieriger. Es müsste eigentlich genau das Gegenteil geschehen: Die Dysfunktionalitäten der geltenden Tarifstruktur müssten so lange weiter wirken können, bis diese Versicherer im eigenen Interesse bereit sind, Kompromisse einzugehen. Der geplante Tarifeingriff verunmöglicht dies. Nur schon aus diesem Grunde lehnt die KKA den geplanten Tarifeingriff derzeit ab. Neben diesen politischen gibt es noch eine Reihe weiterer Gründe, welche zu dieser Ablehnung führen und nachfolgend erläutert werden.

II. Der Tarifeingriff führt zu Versorgungsproblemen

3. Im Bereich der ambulant tätigen Ärzteschaft zeichnen sich zunehmend Versorgungsprobleme ab. Dies gilt namentlich, aber nicht nur für die Grundversorger. Betroffen sind aber auch Behandlungsleistungen im Bereich der Pädiatrie und Kinderpsychiatrie – Ärztes-

gruppen, welche durch den geplanten Tarifeingriff besonders betroffen wären. Ganz allgemein gefährdet der «Spareingriff» die Versorgungssicherheit der Bevölkerung und führt zu Umlagerungen in kostenintensivere Sektoren mit höheren Gesamtkosten.

4. Ein gutes Beispiel ist die geplante Beseitigung der Notfall-Inkonvenienzpauschale. Diese hat ganz erhebliche Auswirkung auf die ambulante Notfallversorgung der Bevölkerung, denn damit entzieht man den praxisambulanten Notfallstationen die wirtschaftliche Grundlage. Es müssten dann die kostenintensiveren Notfallstationen der Spitäler oder der Notruf 144 in die Bresche springen. Dies führt einerseits zu höheren Kosten und andererseits zu einer geringeren Versorgungssicherheit – das schlechtestmögliche Resultat. Die Sicherung der ambulanten medizinischen Notfallversorgung für die Bevölkerung ist für die Patientinnen und Patienten von grösster Bedeutung und hat auch für die praxisambulante Ärzteschaft eine hohe Priorität. Deshalb haben die kantonalen Ärztgesellschaften in den letzten Jahren neue Modelle und Organisationsstrukturen entwickelt, damit auch in Zukunft die ambulante Notfallversorgung gewährleistet werden kann. Es geht nicht an, nun diese Bemühungen mit der Notfall-Inkonvenienzpauschale zu hintertreiben. Dieses Beispiel zeigt, dass der geplante Tarifeingriff erhebliche Auswirkungen auf die ambulanten Versorgungssysteme und die Behandlungspfade haben kann.

5. Auswirkungen ergeben sich auch im Bereich der Ressourcen. Diese Ressourcen werden mit den geplanten Tarifeingriffen noch zusätzlich in Anspruch genommen. Aus der Sicht der ambulant tätigen Ärzteschaft ist zu fordern, dass eine Tarifstruktur längerfristig angelegt sein sollte, damit sich die Akteure finanziell, z.B. mit Bezug auf Investitionen, Anpassungen in der Praxissoftware etc., aber auch organisatorisch mit Bezug auf die Praxisabläufe darauf einstellen können. Dies wäre mit dem geplanten Tarif-

eingriff nicht der Fall. Er ist ja vielmehr kurzfristig angelegt. Nur schon aus diesem Grund lehnt die KKA den Eingriff ab. Denn die damit verbundenen Änderungen, z.B. in den Abrechnungsregeln, bei einzelnen Tarifpositionen etc., haben ressourcenintensive Folgen für die Praxisinfrastruktur. Es ist denn dies auch bezeichnend für die ganze Vorlage: Diese erfolgt allein und ausschliesslich auf dem Rücken der Ärzteschaft. Die Versicherer kommen völlig ungeschoren davon.

6. Die Regulierungsfolgen dieses Eingriffs für die praxisambulante medizinische Versorgung können also erheblich sein. Es ist zu erwarten, dass bei denjenigen Leistungen, bei denen eine erhebliche Tarifabsenkung erfolgte, sich auch das entsprechende medizinische Angebot reduzieren wird. Dabei genügt eigentlich schon, wenn betroffene Ärztinnen und Ärzte den Eindruck haben, dass die entsprechende Leistung nicht mehr rentabel erbracht werden kann. Es wird automatisch zu einer Vermeidungshaltung führen. Damit werden wohl Verschiebungen von der ambulant tätigen Ärzteschaft zu den Spitälern erfolgen. Dies wiederum kann mit dem von der Politik zunehmend geforderten Grundsatz «ambulant vor stationär» in Kollision ge-

raten und ist auf jeden Fall sicherlich kontraproduktiv für eine effiziente und wirtschaftliche praxisambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung.

III. Verlierer sind die Patientinnen und Patienten sowie die Ärzteschaft

7. Die Einbussen an Versorgungssicherheit werden zulasten der Patientinnen und Patienten gehen. Verlierer sind aber auch und insbesondere die Ärztinnen und Ärzte. Der Eingriff geht vor allem zu ihren Lasten. Wie bereits erwähnt, vermindert der einseitige massive Tarifeingriff zulasten der Ärzteschaft die an sich schon geringe Bereitschaft der Versicherer zusätzlich, ernsthaft die Revision der Tarifstruktur zu verhandeln. Der Eingriff belohnt die Versicherer für intransigentes, unilaterales Verhalten. Letztere verhalten sich ökonomisch rational, wenn sie sich der Zusammenarbeit bzw. den Verhandlungen in der Erwartung eines Tarifeingriffs zu ihren Gunsten entziehen. Dies zeigen auch die TPW-Verhandlungen auf kantonaler Ebene, welche zu einem erheblichen Teil von der KKA geführt werden. Damit werden das Verhandlungsprimat und die vom KVG vorausgesetzte konsensuale Legitimation von Tarifen völlig unterminiert. Es ist

nicht ansatzweise ersichtlich, wieso – gemäss Verweisung im BAG-Kommentar zur Praxis des Bundesverwaltungsgerichtes – ein Anreiz geschaffen werden soll, «dass sich die Tarifpartner auf eine autonome Konfliktlösung besinnen». Das Gegenteil ist der Fall. Die Versicherer können nur profitieren, wenn sie sich weiterhin intransigent zeigen.

8. Die KKA ist demgegenüber klar der Auffassung, dass der Staat die Tarifautonomie der Vertragspartner nicht weiter unterminieren soll, auch wenn oder gerade weil die Gräben zwischen den Verhandlungspartner heute sehr gross sind. Die aktuellen Verhandlungen der KKA mit den Tarifpartnern, welche zum Ziel haben, die erbrachten Leistungen in gegenseitiger Datentransparenz abzubilden und einen neuen Preisbildungsmechanismus zu entwickeln, werden aufgrund dieses isolierten Tarifeingriffs zusätzlich stark behindert. Es ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass der Druck von Seiten der frei praktizierenden Ärzte auf die kantonalen Ärztesellschaften stark steigen wird, als Kompensation von den Versicherern höhere Taxpunktwerte zu verlangen. Dieser Druck ist jetzt schon gross, er wird klarerweise steigen. Demgegenüber ist festzuhalten, dass noch im

Jahre 2013 gemeinsam mit tarifsuisse Steuerungsempfehlungen für den kantonalen Taxpunktwert für das Jahr 2014 abgegeben werden konnten, mit HSK sodann für die Jahre 2014 und 2015. Partnerschaftliche Lösungen sind möglich, wenn sich der Staat nicht zu stark einmischte. Dieser hat für optimale Rahmenbedingungen zu sorgen und neue Versorgungsformen zu fördern, nicht zu behindern. Es ist vor allem mit Anreiz-, nicht mit Verbotssystemen zu schaffen.

IV. Der Tarifeingriff erfüllt gesetzliche Voraussetzungen nicht

9. Auch wenn die Verordnungszuständigkeit für diesen Tarifeingriff nach Art. 43 Abs. 5bis KVG grundsätzlich gegeben ist, weil sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen konnten, ist dessen Sachgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Sinne von Art. 43 Abs. 4 KVG und Art. 46 Abs. 4 KVG nicht gegeben. Diese Voraussetzungen müssten aber erfüllt sein, damit der Tarifeingriff inhaltlich gerechtfertigt wäre.

10. Unbillig ist der Eingriff, weil er völlig einseitig zulasten der Ärzteschaft erfolgt, welche offensichtlich allein die Folgen Kostensteigerung ertragen sollen. Dies widerspricht der sonst im BAG-Kommentar oft zitierten Praxis des Bundesverwaltungsgerichts, welches im Zusammenhang mit den Taxpunktwerten völlig zu Recht klar festhält, dass die Last von Kostensteigerung nicht allein einer Stakeholder-Gruppe aufgebürdet werden dürfen. Was für den Taxpunktwert gilt, muss auch für die Tarifstruktur gelten, weil – wie im BAG Kommentar zu Recht erwähnt wird – die Grundsätze für die Bestimmung der Struktur und der Vergütungshöhe identisch sind.

11. Nicht sachgerecht ist der Eingriff nicht nur als Folge seiner Einseitigkeit, sondern weil ein leitender Gesichtspunkt, wie der Eingriff erfolgen soll, nicht wirklich erkennbar ist. Mit anderen Worten: Es fehlen – dies zeigen auch die Ausführungen im BAG-Kommentar – strukturbezogene Überlegungen, welche zum Eingriff führen und diesen begründen. Damit fehlt es auch an der tarifmodellbezogenen Kohärenz. Man hat den Eindruck, dass relativ willkürlich einzelne Positionen besonders hervorgezogen werden, weil es sich dort am besten sparen lässt. Dies gilt insbesondere auch für die Senkung von angeblich zu hohen Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen. Diese Positionen wurden bereit im Jahr 2014 beim ersten Eingriff in die Tarifstruktur gekürzt und sollen

nun erneut eine Kürzung erfahren. Wie auch beim ersten Tarifeingriff ergibt sich diese Kürzung nicht aus einer ergebnisoffenen Überprüfung der Tarifstruktur auf ihre Sachgerechtigkeit, sondern aus dem mit dem Eingriff verbundenen Ziel, Einsparungen in der Höhe von CHF 700 Mio. zu realisieren. Das ist widerrechtlich.

12. Dies hat das Schiedsgericht des Kantons Luzern im Zusammenhang mit dem ersten Tarifeingriff in einem jüngst ergangenen Urteil klar festgehalten. Das Urteil ist juristisch sehr gut begründet und hat sich unter Berücksichtigung von Doktrin und Praxis in einer bislang unbekanntem Detailtiefe mit dem ersten Tarifeingriff auseinandergesetzt. Das Gericht kommt zum Schluss, dass der Eingriff in die Tarifstruktur ausschliesslich politisch motiviert war (kostenneutrale Umsetzung der finanziellen Besserstellung der Hausärzte) und die Auswahl der betroffenen Tarifpositionen nicht betriebswirtschaftlich hergeleitet und begründet wurde, was insgesamt nicht zu einer sachgerechteren Tarifstruktur führt. Diese Feststellung gilt umso mehr für den nunmehr geplanten, dreimal so grossen Tarifeingriff.

13. Dieser ist eine rein politisch motivierte Sparübung zulasten der Ärzteschaft und es erfolgt in keiner Weise ein Quervergleich zwischen einzelnen Tarifpositionen, um die Tarifstruktur als solche sachgerechter zu gestalten. Der einzige relevante Gesichtspunkt sind angebliche Übertarifierungen. Dies allein genügt indessen, wie der Luzerner Entscheid mit aller Deutlichkeit zeigt, nicht für die Sachgerechtigkeit.

Zwar ist denkbar, dass der Tarifeingriff bei einigen wenigen Einzelleistungen zufälligerweise zu einem sachgerechten Ergebnis führt. Da die Vorschläge für die Ordnungsänderung indessen jede betriebswirtschaftliche Bemessung vermissen lassen, geht der Tarifeingriff nur in eine Richtung – eine Abwertung, um so das erklärte Sparziel zu erreichen. Von einem sachgerechten Eingriff in die Tarifstruktur kann so klar nicht die Rede sein; die Überlegungen müssen weiter gespannt sein und es ist nicht sachgerecht, wenn der Tarifeingriff ganz einfach zu einer reinen Sparübung zulasten der Ärzteschaft wird. Dafür bietet Art. 43 Abs. 5bis KVG keine Rechtsgrundlage, der Tarifeingriff verletzt vielmehr das Gebot der Sachgerechtigkeit nach Art. 43 Abs. 4 KVG.

14. Damit ist schliesslich die Wirtschaftlichkeit angesprochen. Wirtschaftlich-

keitsgesichtspunkte müssen einbezogen werden. Dazu zählt neben der betriebswirtschaftlichen Bemessung der einzelnen Tarifpositionen insbesondere auch die Betriebswirtschaftlichkeit auf Stufe der durch den Tarifeingriff betroffenen Teile der Ärzteschaft. Hier wiederum ist klar festzuhalten, dass Teile der Ärzteschaft in einer Weise betroffen sind, welche ganz ernsthaft die Frage der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung aufwirft, unter Einschluss der damit verbundenen Fragen der angemessenen medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Solche Überlegungen finden sich im BAG-Kommentar überhaupt nicht. Möglicherweise hängt es auch damit zusammen, dass die Folgen des Eingriffs von Seiten des BAG massiv unterschätzt werden. Berechnungen der FMH haben auf jeden Fall ergeben, dass es Gruppen von Ärzten gibt, die äusserst massiv betroffen sein werden, welche bis zur wirtschaftlichen Existenzbedrohung geht. Dies ist wiederum Folge eben eines Vorgehens, welches willkürlich einzelne Positionen herausgreift und sich allein für die Sparpotenziale interessiert.

V. Wo bleibt die Gesundheitsökonomie?

15. Der Tarifeingriff lässt wesentliche gesundheitsökonomische Aspekte ausser Acht. Denn würden die relevanten gesundheitsökonomischen Trends berücksichtigt werden, würde der Eingriff nicht derart einseitig zulasten der Ärzteschaft in einer Weise ausfallen, welche auch die Grundsätze des KVG, so wie vom Bundesverwaltungsgericht konkretisiert, verletzt.

16. Als Spareingriff – was in dieser Form ja nicht zulässig ist – taugt die partielle Tarifrevision wenig, denn über den TAR-MED wurden 2015 rund 11 von 71 Milliarden Franken Gesundheitskosten abgerechnet. Es handelt sich rund um 1/7 unserer gesamten Gesundheitskosten, von denen rund 60% in praxisambulanten (7 Milliarden) und rund 40% im spitalambulanten Sektor (4 Milliarden) generiert werden. Es ist ganz offensichtlich, dass mit einem solchen Eingriff das Kostenproblem nicht gelöst werden kann, zumal auch mit kostentreibenden dysfunktionalen Auswirkungen gerechnet werden muss. Es ist mit Verschiebungen in den spitalambulanten sowie in den stationären Bereich zu rechnen. Der Notfall wird noch stärker beansprucht werden, soweit er als Teil der stationären Grundversorgungsverpflichtung erbracht wird.

17. In diesem Zusammenhang ist auch festzuhalten, dass die ambulanten Behandlungen zu 100% über die Prämien, die stationären Behandlungen aber letztlich mehrheitlich über Steuern finanziert werden. Wenn nun bedingt durch den medizinischen Fortschritt sowie kantonale Vorgaben stationäre Behandlungen vermehrt ambulant durchgeführt werden müssen, führt dies zu einer stärkeren Belastung der Prämienzahler, und der Anteil der Gesundheitsausgaben, der über die Krankenkassenprämien finanziert wird, steigt. Dies zeigt, dass die Kostenfrage weitaus differenzierter zu betrachten ist, als dies derzeit geschieht.

18. Überhaupt: Die Gesundheitsausgaben sind seit 1996 um 42% linear gestiegen, die Prämien hingegen um 107%, und damit deutlich stärker. Dies wirft ganz zentrale Fragen auf: Haben wir wirklich eine Kostenexplosion, oder nicht einfach überdurchschnittlich ansteigende Prämien? Wie steht es mit der Effizienz der Versicherer?

VI. Der Trend zum Etatismus in der Gesundheitspolitik

19. Der geplante Tarifeingriff deckt sich mit dem sich erheblich verstärkenden Trend zu einem ausgeprägten Etatismus in der Gesundheitspolitik. Die Staatskompetenzen werden immer stärker beansprucht und sollen noch zusätzlich ausgebaut werden, dies mit zum Teil völlig unklaren Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Sicherlich hängt dies auch damit zusammen, dass es immer schwieriger wird, zwischen Versicherern und Leistungserbringern vertragliche Einigungen zu erzielen. Indessen widerspricht eine schleichende Verstaatlichung der Gesundheitsversorgung dem geltenden Konzept des KVG. Und die Versorgung wird mit Bestimmtheit nicht besser.

20. Dies zeigen auch die untenstehenden Vorstösse mit ihrer Forderung nach weitreichenden Staatskompetenzen im Gesundheitswesen bei völliger Unklarheit der Auswirkungen auf die Patientenversorgung:

- Die Motion im SR 16.3987 (OKP-Kostenanstieg dämpfen durch geeignete

Kostenbegrenzungs-Massnahmen) fordert, dass zwingende Kostenbegrenzungsmaßnahmen in Kraft treten sollen, sobald der OKP-Kostenzuwachs die Nominallohnentwicklung um das 1,1-Fache übersteigt. Welche Leistungen bei welchen Patienten mit diesem reduzierten Budget nicht mehr bezahlt würden, lässt der Vorstoss offen.

- Die Parlamentarische Initiative 17.402 verlangt, dass Leistungserbringer und Versicherer zukünftig «in den Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen» vorsehen, über die der Bundesrat zudem Grundsätze aufstellen kann. Dies klar eine elegante Verklausulierung für die Einführung eines Globalbudgets.
- Gemäss Parlamentarischer Initiative 17.401 soll der Bundesrat zukünftig eine Tarifpflege-Organisation konzipieren und sie auch selber einsetzen können. Dennoch scheint man von dieser Organisation nicht allzu viel zu erwarten. Denn trotzdem soll der Bundesrat zukünftig die Tarife und Preise selber festsetzen können, die dafür nötigen Daten sollen ihm die Leistungserbringer und Versicherer zur Verfügung stellen müssen.

VII. TARMED-Revision: Am Konsens der Tarifpartner führt kein Weg vorbei

21. Unter dem geltenden KVG ist die Einigung zwischen den Tarifpartnern der Regelfall, der staatliche Eingriff die Ausnahme. Dies muss sowohl für die Taxpunktweite wie auch für die Tarifstruktur gelten. Letztere muss hierbei eine korrekte Basis für die Entschädigung der Leistungserbringer nach möglichst konsistenten Kriterien bilden, nicht auf der Basis von im Augenblick geborenen Ad-hoc-Eingriffen ohne konsistente Muster.

22. Die Tarifstruktur ist von absolut zentraler Bedeutung. Es ist völlig unbestritten, dass die im Jahre 2004 eingeführte, national einheitliche ambulante Tarifstruktur TARMED veraltet ist und deshalb zu revidieren ist. Eine Tarifstruktur hat von Gesetzes wegen die Aufgabe, die Kosten für die Erbringung medizinischer

Leistungen realistisch und betriebswirtschaftlich korrekt abzubilden. Dies hat so gegolten und muss weiterhin so gelten. Die Tarifstruktur ist ein Abbild der Betriebswirtschaftlichkeit. Zusammen mit dem Taxpunktwert ergibt sie die konkrete Basis für die Entschädigung der Leistungserbringer. Der Eingriff des Bundesrates in die Tarifstruktur TARMED erfüllt diese Voraussetzungen eindeutig nicht. Er behindert sogar ganz erheblich die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern über die neue Struktur. Auch insoweit erweist er sich als kontraproduktiv. Denn am Konsens der Tarifpartner führt kein Weg vorbei. Niemand will eine verordnete Tarifstruktur. Aus diesem Grund steht die KKA fest hinter dem Revisionsprojekt TARCO. Dieses bezweckt, eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Tarifierung aller ambulanten ärztlichen Leistungen und soll bis Ende 2017 abgeschlossen sein. Ziel ist es, per Mitte 2018 dem Bundesrat einen partnerschaftlichen und gemeinsamen Tarifvorschlag zur Genehmigung zu unterbreiten. Dieser Prozess soll nicht durch einen Tarifeingriff zusätzlich behindert und verzögert werden.

23. Schliesslich darf Folgendes nicht vergessen werden: Ein ausgezeichnetes Gesundheitssystem, wie es die Schweiz hat, kostet. Man kann nicht immer bessere Medizin haben wollen ohne die Bereitschaft, dies auch zu bezahlen.

Aus all diesen Gründen ersucht Sie die KKA, vom beabsichtigten Tarifeingriff abzusehen. Dessen Nachteile überwiegen allfällige Vorteile bei weitem. Ausserdem behalten wir uns unter Bezugnahme auf unser Gesuch um Abnahme der Vernehmlassungsfrist allfällige Ergänzungen ausdrücklich vor.

Abschliessend danken wir Ihnen für die Berücksichtigung unserer Überlegungen und Argumente und grüssen Sie freundlich.

Dr. med. Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Dr. med. Fiorenzo Caranzano, co-presidente CMC

**Sagen Sie uns Ihre Meinung
zur Synapse auf: www.synapse-online.ch
oder per Mail an synapse@emh.ch**

Mehr Qualität, mehr Wirtschaftlichkeit – ohne TARMED

Der Bundesrat muss in den TARMED eingreifen, weil es seine subsidiäre Pflicht ist. Doch die Silo-Tarifsysteme wie TARMED oder SwissDRG haben ausgedient. Qualität und Wirtschaftlichkeit lassen sich nur erreichen mit Vergütungssystemen, die sich am Patientennutzen orientieren.



Anna Sax

Als der Bundesrat vor fünf Jahren im Rahmen des Masterplans Hausarztmedizin den Hausärztinnen und Hausärzten Mehreinnahmen von 200 Millionen Franken versprach, war der Streit vorpro-

grammiert. Mitte 2014 griff der Bund erstmals in die TARMED-Struktur ein, erfüllte sein Versprechen gegenüber den Hausärztinnen und machte Abstriche bei den technischen Leistungen. Es liess sich nicht länger wegdiskutieren, dass es Verliererinnen geben würde. Die Verhandlungen, wer wie viel verlieren sollte, überliess der Bundesrat erst einmal den Tarifpartnern. Die Rahmenbedingungen bekräftigte er im Juni 2015: Die Kostenneutralität habe sowohl in Bezug auf die Tarifstruktur wie auch auf Veränderungen des Leistungsvolumens zu gelten. Diese Vorgabe bedingt erstens eine Umverteilung zwischen den Fachgebieten, denn die Hausärztinnen haben ja bereits eine Besserstellung erreicht. Wenn zweitens Mengensteigerungen nicht zu Mehrkosten führen dürfen, muss der Preis gesenkt werden, was faktisch auf ein Globalbudget hinausläuft.

Gute Hausärzte, böse Spezialisten?

Die Tarifpartner standen vor einer fast unlösbaren Aufgabe, das Scheitern der Verhandlungen war wenig überraschend. Der Bundesrat gab diesen Sommer abermals den Tarif durch, wie es seiner subsidiären Aufgabe entspricht. Die verordneten Anpassungen im TARMED, die Anfang Jahr in Kraft treten werden, machen niemanden richtig glücklich, und das liegt nicht nur daran, dass viele Leistungserbringende sich als Verlierer sehen. Es liegt auch am TARMED selbst, der äusserst komplex und ein Stück weit manipulierbar ist, weil rund 4700 verschiedene Positionen abgerechnet werden können. Aus ökonomischer Sicht ist ein Einzelleistungstarif ohnehin

ein Unding, weil die Vergütung von der Quantität der erbrachten Leistungen bestimmt wird und völlig unabhängig davon erfolgt, ob die Patientin einen Nutzen davon hat. Er verleitet zu Überversorgung, wenn eine Sparte zu hoch bewertet ist, oder auch zu Mangelversorgung, wenn bestimmte Fachgebiete im Vergleich zu anderen finanziell unterdotiert sind.

Das Abstimmungsresultat zum Gegenvorschlag der Hausarztinitiative 2014 hat gezeigt, dass Haus- und Kinderärzte in der Bevölkerung eine hohe Wertschätzung geniessen. Fast 90 Prozent der Stimmenden sagten Ja zur Verankerung der Grundversorgung in der Verfassung. Dagegen werden Chirurgen, Radiologen oder Augenärztinnen gerne als «Abzocker in Weiss» dargestellt. Schwarzweissmalerei in Bezug auf die Lauterkeit der Motive ist aber wenig sinnvoll und bringt auch keine Fortschritte bei der Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung. Wirtschaftliche Fehlanreize, nicht charakterliche Eigenschaften führen zu inadäquater Versorgung. Auch Ärztinnen sind Menschen, die auf Anreize reagieren bzw. durch ökonomische Zwänge in unfreiwillige Interessenkonflikte geraten. Tatsache ist, dass wir mit dem TARMED ein komplexes, intransparentes und unausgewogenes Tarifsystem haben, das die Ärzteschaft entzweit, die Qualität vernachlässigt und mit dazu beiträgt, die medizinische Versorgung zu verteuern.

Isolierte Betrachtung führt nicht zum Ziel

Der TARMED, so viel Kritik er auch verdient, sollte aber nicht als alleiniger Sündenbock für die aus dem Ruder laufenden Krankenkassenprämien herhalten müssen, wie es *santésuisse* gerade wieder vorexerziert. Ueli Kieser, Willy Oggier und Andreas Bühler wiesen 2015 in von der FMH in Auftrag gegebenen Expertisen [1] darauf hin, dass die bundesrätliche Forderung nach einer «doppelten Kostenneutralität» einer Tarifrevision

praktisch kaum durchführbar und auch nicht im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sei. Der Jurist Kieser bezeichnete es als «unzulässig», dass eine Leistung, die im KVG vorgesehen ist, ungenügend vergütet wird. Ungenügend würde heissen, dass eine Leistung als Folge der tiefen Vergütung nicht mehr erbracht wird und damit der gesetzliche Anspruch faktisch aufgehoben ist. Wenn man diesen Gedanken weiterführt, könnte man sich fragen, ob ein Mangel an Hausärzten und Psychiaterinnen, aber auch ein Mangel an Pflegepersonal auf zu tiefe Vergütungen zurückzuführen sei und so ein gesetzlicher Anspruch auf Anpassung nach oben abgeleitet werden könnte.

Ein Tarif muss immer auch im Zusammenhang mit dem Gesamtsystem gesehen werden. Der Gesundheitsökonom Oggier wies unter anderem darauf hin, dass die Entwicklung im ambulanten Bereich auch von kantonalen Spitalplanungen und der Substitution von stationären durch ambulante Leistungen bestimmt wird. Wenn die Kantone verlangen, dass immer mehr Leistungen ambulant statt stationär erfolgen, braucht es entsprechend mehr Ressourcen für den ambulanten Sektor und steigen hier auch die Kosten. Diese Mehrkosten schlagen übrigens wegen der vollen Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung direkt auf die Krankenkassenprämien durch. Bühler schliesslich betonte, dass «die Gesamtkosten nicht allein über die Tarifstruktur und die Tarife gesteuert werden (können)», da noch andere, nicht steuerbare Einflussfaktoren auf die Kosten einwirken. Ein Fazit aus den Betrachtungen der drei Experten lautet jedenfalls, dass der TARMED nicht isoliert zu betrachten und wohl auch kaum für sich allein zu reformieren ist.

Welche Alternativen?

Der Tarifeingriff des Bundesrats ist vor dem Hintergrund der Nicht-Einigung der Tarifpartner und der Verteilungskämpfe in-

nerhalb der Ärzteschaft ein notwendiger Schritt, der vom Gesetz so verlangt wird. Er wird aber keine nachhaltige Kostenreduktion bewirken. Einsparungen dürfen auch nicht das Ziel sein, wenn die Qualität und die Versorgungssicherheit im Zentrum stehen sollen. Die Menschen werden einerseits älter und streben andererseits nach mehr Autonomie und Selbstbestimmung im Umgang mit der eigenen Gesundheit, mit dem hohen Alter und mit dem Lebensende. Um diesen Bedürfnissen zu begegnen, braucht es flexible und integrierte Versorgungsmodelle. Die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Medizin, zwischen Pflege, Betreuung und Begleitung werden fließend, und entsprechend muss

die Finanzierung diese Grenzen überwinden.

Nicht nur TARMED, auch SwissDRG, die Finanzierung der Psychiatrie, der Rehabilitation und der Langzeitpflege sind überholt. Mittel- und langfristige werden sie performanceorientierten Vergütungsmodellen [2] weichen müssen, die sich daran orientieren, was den Patientinnen und Patienten am meisten Nutzen bringt. Die Fragen «wer bezahlt?» und «wer verdient?» sollen nicht länger darüber bestimmen, wer welche Gesundheitsleistungen erhält. Auch Globalbudgets können eine Variante sein, wenn damit zum Beispiel interprofessionelle Versorgungsergebnisse in bestimmten Regionen abgedeckt werden. Bereits heute lässt das

KVG verschiedene Formen integrierter Versorgungs- und Vergütungsmodelle zu. Es gibt genügend Beispiele, die beweisen, dass bessere Qualität nicht mehr kosten muss, im Gegenteil: Bei einer Gesamtbeurteilung ist mehr Wirtschaftlichkeit nur mit mehr Qualität zu erreichen. Die Silo-Tarife müssen verschwinden, der TARMED hat ausgedient.

Anna Sax

Anna Sax, lic. oec. publ., MHA, ist Gesundheitsökonomin

1) Schweizerische Ärztezeitung, 2015;96(43):1554–8.

2) Forum Managed Care FMC, Denkstoff Nr. 3, Juni 2017.

TARMED-Jahresrückblick

Ärzterschaft im Clinch mit dem Bundesrat

Der Bundesrat passt den ambulanten Ärztetarif TARMED auf den 1. Januar 2018 neu an. Er stützt sich dabei auf die Rückmeldungen aus der Vernehmlassung im Frühling dieses Jahres und berücksichtigt einige Einwände der Ärzteschaft. Eine Zusammenfassung der TARMED-Aktivitäten des Bundesrats und der Ärzteschaft im Jahr 2017.



Bernhard Stricker

Bundesrat Berset hat im Namen des Gesamtbundesrats den Ärztetarif TARMED im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz nach 2014 dieses Jahr bereits zum zweiten Mal überarbeitet. Er tat dies, weil sich die Tarifpartner bis heute nicht auf eine Gesamtrevision einigen konnten und weil es ab dem 1. Januar 2018 keine von allen Tarifpartnern gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur mehr gäbe.

Zu den Vorschlägen des Bundesrats, die er von März bis Juni 2017 in die Vernehmlassung schickte, sind rund 650 Stellungnahmen eingegangen. Dabei war weitgehend unbestritten, dass die gesamte Tarifstruktur nicht mehr zeitgemäss ist und revidiert werden muss. Zu den einzelnen Massnahmen haben sich die Teilnehmer unterschiedlich geäussert. Die Kantone, politischen Parteien und Versicherer beurteilen die Anpassungen eher positiv. Die Leistungserbringer hingegen haben die Änderungsvorschläge des Bundesrats stark

kritisiert, vorab die FMH, und zwar erstmals an der Pressekonferenz vom 20. Juni 2017 (einen Tag vor Ablauf der Vernehmlassungsfrist). FMH-Präsident Dr. Jürg Schlup begründete die Ablehnung vor allem damit, dass der Eingriff die ambulante Versorgung massiv schwäche: «Diese Abwertung ambulanter Leistungen zielt an den Ursachen vorbei. Wer Kosten im Gesundheitswesen sparen will, muss mehr ambulant behandeln und weniger stationär.»

Das bundesrätliche Prinzip «ambulant vor stationär» wird von der FMH denn auch voll unterstützt und mitgetragen, nicht aber im Kontext des Tarifeingriffs, der nach Ansicht der FMH genau dieses Prinzip untergrabe. Ausserdem fehle es an «Sachgerechtigkeit», was FMH-Zentralvorstandsmitglied Dr. Urs Stoffel an der PK zur Aussage bewog: «Der Eingriff basiert ausschliesslich auf den Vorschlägen der Versicherer, was bereits die gesetzlich bedingte Sachgerechtigkeit von vornweg ausschliesst.»

Fazit: Die FMH forderte «die Politik» auf, «das Gesundheitssystem» als Ganzes zu betrachten, die heutigen Fehlanreize (durch die ungleiche Tarifierung und Finanzierung von stationären und am-

bulanten Leistungen) zu beseitigen und auf symbolische Strafaktionen zu verzichten.

Bundesrat gibt teilweise nach

Diese heftige und klare Kritik blieb offensichtlich nicht ungehört. Der Bundesrat hält zwar an seiner ursprünglichen Stossrichtung fest. So werden etwa Leistungen, die dank des medizinischen oder technischen Fortschritts weniger Zeit in Anspruch nehmen als früher und deren Abgeltung deshalb seiner Meinung nach zu hoch ist, entsprechend tiefer bewertet. Gleichzeitig anerkennt er die Kritik der Ärzte, dass bei einzelnen Personengruppen der Behandlungsbedarf grösser ist, als er in der ersten (Vernehmlassungs-)Version vorgesehen hatte. Vorab für kleine Kinder und ältere Personen, bei denen erfahrungsgemäss ein höherer Arbeitsbedarf besteht, sollen die Limitationen gelockert werden. Dasselbe gilt für die Behandlung psychisch kranker Personen. Bei anderen Patientinnen und Patienten – etwa mit komplexen Krebserkrankungen – können die Limitationen im Einzelfall nach Absprache mit dem Versicherer verdoppelt werden.

Mit diesen TARMED-Anpassungen können laut Bundesrat Einsparungen von rund 470 Millionen Franken pro Jahr erzielt werden. Dies entlastet die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um rund 1,5 Prozent. Geplant waren ursprünglich (bei der 1. Vernehmlassungsvariante) Einsparungen von 700 Millionen Franken.

Ärzeschaft vereint Richtung Gesamtrevision

Die Ärzteschaft hat den vom Bundesrat verabschiedeten Grundsatzentscheid an einer zweiten Pressekonferenz der FMH zu diesem Thema (am 18. August 2017) «zur Kenntnis genommen» und feststellt, dass die Kritik der Ärzteschaft

teilweise aufgenommen wurde. Gleichzeitig hält die FMH aber fest, dass der bundesrätliche Tarifeingriff dem Grundsatz der «Sachgerechtigkeit» (gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG muss der TARMED betriebswirtschaftlich bemessen und sachgerecht strukturiert sein) widerspricht.

Die Ärzteschaft will das so nicht hinnehmen und gemeinsam einen besseren, sachgerechteren Tarif erarbeiten. Die Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die chirurgisch und invasiv tätigen Ärztinnen und Ärzte (fmCh) sowie die Psychiater und Psychotherapeuten (FMPP) haben deshalb beschlossen, gemeinsam mit der FMH eine sachgerechte Gesamtrevision des ambulanten Tarifs anzustreben, um

die kostengünstige ambulante Medizin und Versorgung zu stärken.

Ihr Ziel ist eine nachhaltige Gesamtrevision, die die Sachgerechtigkeit und Betriebswirtschaftlichkeit des ambulanten Tarifs wiederherstellt. In über 30 Arbeitsgruppen mit insgesamt über 150 beteiligten Personen arbeiten derzeit medizinische Experten der Fachgesellschaften sowie Tarifexperten der FMH am Tarifrevisionsprojekt TARCO. Dieser Tarifvorschlag soll bald mit den Tarifpartnern diskutiert werden, mit dem Ziel, Mitte 2018 dem Bundesrat einen Vorschlag zur Genehmigung einzureichen.

Bernhard Stricker, Redaktor Synapse

Der TARMED-Eingriff aus der Sicht der Psychiatrie

Ökonomischer Nutzen – menschlicher Nutzen

Betrachtungen zum bundesrätlichen Tarifeingriff am Beispiel eines psychotherapeutischen Einzelfalls.



Dr. med. Peter Kern

Die Kosten/Nutzen-Diskussion im Gesundheitssektor ist generell komplex, weil es neben der rein ökonomischen Betrachtungsweise auch eine menschliche gibt. So kann eine lebenslang

dauernde psychiatrische Begleitung ökonomisch zwar viel kosten, menschlich gesehen aber lebenserhaltend wirken, indem z.B. ein Suizid vermieden werden kann. Leider wird in der öffentlichen Diskussion einseitig der ökonomische Aspekt angeschaut (und dies erst noch oft verkürzt), womit die Gefahr entsteht, den menschlichen Aspekt zu «vergessen». Anhand eines Psychotherapiebeispiels möchte ich diese Komplexität veranschaulichen.

Fallbeschreibung

Ein 35-jähriger, akademisch gebildeter Mann mit gut bezahlter Stelle sucht bei mir um notfallmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe nach, weil er in seinen Problemen nicht mehr weiter weiss, depressiv verstimmt ist und suizidale Gedanken hat. Er hat aus Überforderungsgefühlen seine Stelle gekündigt, hat Alkohol- und Medikamentenprobleme

und steht gefühlsmässig verzweifelt vor dem Nichts. Zu einem Klinikeintritt kann er sich nicht entschliessen. Wir vereinbaren, eine Psychotherapie zu beginnen mit dem primären Fokus, den Patienten mit vertieftem Problemverständnis punkto persönlicher Situation und Suchtproblematik zu einer Entzugsbehandlung zu motivieren. Dabei werden weitere Problemfelder sichtbar mit Schulden, Abhängigkeit von der Sozialhilfe, Schwierigkeiten mit den Rechtsbehörden und selbstschädigendem Verhalten im sozialen Kontext als Folge der biographisch bedingten emotionalen Erkrankung, die die Hauptaufmerksamkeit der therapeutischen Arbeit erhält. Die Behandlung ist geprägt von Therapieunterbrüchen, stationären Aufenthalten und Rückfällen in die Sucht. Es erfolgt eine IV-Berentung. Der Mann benötigt betreutes Wohnen.

Im Verlauf der Therapie verbringt der Mann 340 Tage in stationärer Behandlung, die ambulante Therapie dauert insgesamt 8 Jahre. In deren Verlauf beginnt der Mann nach 3 Jahren IV-Rente einen von der IV unterstützten und bezahlten Rehabilitationsversuch, der gelingt. Der Mann fasst wieder Fuss in seinem Beruf, steigt in der Karriereleiter sogar eine Stufe höher. Er ist seit 10 Jahren stabil. Seine an der Basis seiner Schwierigkeiten

liegenden emotionalen Probleme sind aufgearbeitet, er hat eine gute Lebensqualität, ist beruflich und privat zufrieden, ist ohne Suchtmittel genussfähig.

Ökonomische Werte

Ökonomisch betrachtet ergeben sich Kosten für ambulante Therapie, Medikamente, Klinikaufenthalte, IV-Leistungen für Rente und Rehabilitation, Sozialhilfe, geschütztes Wohnen. Die ambulante Therapie kostete im Gesamtverlauf 34'000 Franken, die ambulant abgegebenen Medikamente 5500 Franken, die stationären Kosten bei 340 Tagsätzen von angenommenen 800 Franken belaufen sich auf 272'000 Franken, das betreute Wohnen geschätzt auf 100'000 Franken für 1 Jahr, die Sozialhilfe für ein Jahr auf 24'000 Franken, die IV-Rente für 3 Jahre auf 72'000 Franken, das Rehabilitationsjahr bezogen auf den Patienten geschätzt 36'000 Franken. Dazu mir nicht bekannte Zahlungen an den Arbeitgeber, der die Rehabilitation bei sich akzeptierte, möglicherweise auch 36'000 Franken. Also insgesamt rund 580'000 Franken, wobei die im Rechtssystem angefallenen Kosten nicht berücksichtigt sind. Der ökonomische Nutzen ergibt sich einerseits aus den nicht mehr benötigten Gesundheits- und IV-Leistungen. Während nicht gesagt werden kann, welche

Gesundheitskosten ohne Therapieerfolg weiter angefallen wären und noch anfallen würden, betragen die eingesparten IV-Rentenkosten bei dem vor Krankheit erzielten Einkommen des Patienten jährlich 25'000 Franken, also vom 43. bis 65. Lebensjahr insgesamt 550'000 Franken. Andererseits entsteht aus dem durch den Patienten bisher und in Zukunft erzielten Erwerbseinkommen und seinen Zahlungen an die Allgemeinheit (Steuern, AHV-Beiträge) ein weiterer ökonomischer Nutzen. Mangels realer Zahlen müssen wir mit Schätzungen operieren. Gehen wir von einem für sein Berufsniveau durchschnittlichen Verdienst von 150'000 Franken aus. Das führt inklusive Arbeitgeberbeitrag zu einem jährlichen AHV-Beitrag von 15'000 Franken. Das ergibt bis zu seiner Pensionierung einen Gesamtbetrag von 330'000 Franken. Der bis zur Pensionierung fällige Steuerbeitrag bei angenommenem steuerbarem Einkommen von 100'000 Franken und einem Steuerzinssatz von 25% wird 550'000 Franken betragen.

Streng genommen müssen zum obigen ökonomischen Nutzen auch die aus den Salären der mit dem Patienten im Gesundheitswesen arbeitenden Berufsleute anfallenden Steuererträge und AHV-Beiträge noch dazugerechnet werden. Ebenso die wiedererlangte Kaufkraft des Patienten, mit der er am Konsumkreislauf teilnehmen kann.

Ohne diesen erweiterten Nutzen und ohne die anderen erwähnten, aber nicht bezifferbaren Nutzwerte ergibt die Kosten/Nutzen-Rechnung einen Nutzenüberhang von 850'000 Franken, der in der ökonomisch verkürzten reinen Gesundheitskostenrechnung nirgends sichtbar wird!

Menschliche Werte

Die menschlichen Werte im obigen Fallbeispiel zeigen sich darin, dass der Patient zu sich selbst in positiver Wertschätzung zurückgefunden hat. Das bedeutet: positive Lebensenergie, guter Selbstwert, freudige Teilnahme am menschlichen Beziehungsgeschehen, Erlangung eigener Unabhängigkeit emotional und finanziell, Befreiung von identifikatorisch bedingter Selbsterniedrigung und Selbstschädigung. Insgesamt ein fundamentaler Wandel.

Das bedeutet, dass auch die ärztliche Arbeit von menschlichen Werten geleitet war: Verständnis und Teilnahme am seelischen Leiden des Patienten, ehrliches Offenlegen der seelischen Mechanismen und der bewussten und unbewussten Antriebe, das Festhalten und Verteidigen der (Therapie-)Beziehung als positiven Wertes gegen alle Entwertung patientenseits, das Resistentbleiben gegenüber der vom Patienten «angebotenen» Hoffnungslosigkeit, wohlwollende Geduld und langer Atem.

Der menschliche Lohn dieser 8-jährigen Arbeit ist das Erleben dieser so befriedigenden Entwicklung, das Wissen und Erleben, dem Patienten eine lebenswichtige Hilfe gewesen zu sein, aber auch als Helfer nicht mehr nötig zu sein und doch im Leben des Patienten Wichtigkeit zu behalten.

Ein Einschub

Es darf nicht verschwiegen werden, dass der oben beschriebene Ablauf (ökonomisch und menschlich) spektakulär ist; aber ein Einzelfall ist es auch wieder nicht. Die Wirkungen der Therapien werden jedoch oft vor allem auf der menschlichen Ebene sichtbar, sei es, dass eine seelische Entwicklung möglich wird, sei es, dass eine Begleitung dem Patienten einfach ermöglicht, «weiterzumachen». Wenn ein Patient dank Therapie seine Arbeitsstelle weiter ausfüllen und behalten kann, bleibt dieser Nutzen ökonomisch stumm. Nur die Kosten erblicken das Licht.

Die öffentliche Meinung ist schon lang überzeugt, dass die Gesundheitskosten (zu) hoch sind. Als diese Diskussion begann, habe ich eine Zeitlang jeden Patienten mit den Kosten seiner abge-

schlossenen Behandlung konfrontiert und ihn nach seiner Meinung gefragt. Mehrere Patienten ärgerten sich – Geld sei doch kein Thema, ohne Therapie würde er/sie nicht mehr leben. Eine Patientin meinte, diese Frage sei lächerlich: «Ich habe eine Freundin, die sich für diesen Betrag eine Schönheitsoperation geleistet hat, und Sie arbeiteten 3 Jahre mit mir.»

Ich stelle diese Frage schon lange nicht mehr, obwohl die Gesundheitskosten in

Politik und Medien ein Dauerthema geblieben sind. Es ist mir klar geworden, dass die beiden Werte-Ebenen der Ökonomie und der Menschlichkeit nicht miteinander vereinbar sind, wenn sie derart strikt getrennt werden. Ich finde es nicht zielführend, wenn die Ökonomie frei von jeder Menschlichkeit ist, ebenso wenig aber auch, wenn die Menschlichkeit bar jeder ökonomischen Betrachtungsweise ist. Ein Gegensatz, ein Konfliktfeld bleibt es auf jeden Fall. Die Frage ist, was

die Gesellschaft insgesamt höher gewichtet.

Dr. med. Peter Kern

Dr. med. Peter Kern ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Mitglied der Synapse-Redaktion

Fragen an Dr. med. Udo Schulte über die Erfahrungen mit dem Globalbudget in Deutschland

«Das Globalbudget ist dysfunktional, nicht zu reparieren und sollte ersetzt werden!»



Dr. med. Udo Schulte

Synapse: Wann und warum wurde in Deutschland das Globalbudget eingeführt?

Dr. med. Udo Schulte: Das Globalbudget wurde 1993 eingeführt und ist nur aus der damaligen

politischen Grosswetterlage zu verstehen. Deutschland steckte nach der teuren und umstrittenen Wiedervereinigung in einer Rezession. Bundeskanzler Helmut Kohl verteidigte den «Rheinischen Kapitalismus» des sozialen Ausgleichs. Er fürchtete eine politische Destabilisierung in der turbulenten Nachwendezeit. Zur Beruhigung der Marktliberalen erdachte man zur Senkung der Gesundheitskosten das Globalbudget. Es war einfach, klar, logisch, leicht verständlich und falsch. Das macht es in der Politik so beliebt.

Mit stagnierenden Mitteln steigende Anforderungen zu erfüllen, ging erwartungsgemäss schief. Es führte zu teilweise slapstickhaften politischen Verdecktungen und abenteuerlichen Transaktionskosten. 1998 erbt die SPD diese Ruine und perfektionierte das hinterlassene Chaos des politischen «Gegners». Mit energischem «mehr Dasselben» merzte sie Reste an Sinnhaftigkeit aus und zahlt an dem politischen Preis bis heute.

Wer waren die Initianten des Projekts Globalbudget?

Alle bestimmenden politischen Kräfte zollten ihren Tribut an den damaligen

Zeitgeist des angelsächsischen Marktliberalismus, fürchteten jedoch den Zorn der Betroffenen. So versuchte man «Kostensenkung auf einfachem Wege» durch das Globalbudget, ohne die Komplexität des Projektes zu begreifen.

Zu welchem Zweck und mit welchem Ziel wurde das Globalbudget eingeführt?

Die Arbeitgeber zahlen 50% an die Sozialversicherungskosten. Jede Kostensteigerung gilt als Gefährdung internationaler Wettbewerbsfähigkeit und damit deutscher Raison d'être. Das Ziel war eine Senkung der Betriebskosten der «Deutschland AG».

Die Politik betreibt ein genuin politisches Geschäft, indem sie in die Verteilung des erarbeiteten Wohlstands eingreift.

Welche (Zwischen-)Bilanz ziehen Sie heute aus Ihrer Sicht? Was hat sich bewährt, was nicht?

Im Gegensatz zur einfachen und populären Budgeteinführung übersteigt seine funktionale Gestaltung offensichtlich die Möglichkeiten demokratischer Politik. Jeder von den Verfechtern postulierte Benefit wurde durch die überbordenden Administrationskosten des Systems mindestens kompensiert. Das zeigt ein Vergleich der Kostenentwicklung in der unbudgetierten Schweiz und in Deutschland von 1993 bis heute.

Die Bilanz ist verheerend für die Motivation der Akteure und die Qualität und Effizienz der Versorgung. Das Globalbudget ist dysfunktional, nicht zu reparieren und sollte ersetzt oder gestrichen werden.

Wer hat davon profitiert? Wer sind die Verlierer?

Profitiert haben der juristische und der Verwaltungssektor der deutschen Volkswirtschaft. Ihr Aufwuchs im Gefolge der Budgetverwaltung hat die deutsche Arbeitslosenstatistik markant bereinigt. Profitiert haben weiterhin die technik- und industrienahen Sektoren der ambulanten Medizin, denen administrativ immer grössere Anteile der Budgets zugesteuert wurden.

Grosse Verlierer sind konservativ tätige Ärzte, deren Einkommen teuerungsbereinigt heute sehr deutlich unter dem von 1993 liegt. Folge ist dort ein schmerzender Nachwuchsmangel, besonders prägnant bei den Hausärzten.

Die grössten Verlierer sind letztlich die Versicherten, die höhere Prämien für eine tiefere Versorgungsqualität aufbringen müssen.

Wie geht es weiter? Welche Zukunft hat das Globalbudget in Deutschland?

Das Globalbudget hat in Deutschland eine glänzende Zukunft.

Seit seiner Einführung ist nicht nur die Zahl der «Gesundheitsökonomien» explodiert. Auch als Auffangbecken für zahllose Beratungs-, Verwaltungs- und Kontrollinstanzen ist es existenzsichernd und damit unverzichtbar geworden.

Wie «verankert» ist das Globalbudget heute innerhalb der deutschen Ärzteschaft, bei den Krankenkassen und in der Bevölkerung?

Innerhalb der Ärzteschaft ist es verankert als Inkarnation der ineffizienten Planwirtschaft und des Überwachungsstaates.

Die Krankenkassen lieben es wegen des gewaltigen Machtzuwachses. Sie definieren in engster Verflechtung mit der Politik heute, was «Gesundheit» ist und wie sie erreicht zu werden hat.

Die Bevölkerung begreift die tatsächlichen Auswirkungen dieser Budgetierung nicht. Sie grummelt im Sprechzimmer, wenn der für sein Medikamentenbudget persönlich haftende Arzt Einschränkungen verkündet. Es bleibt eine dumpfe Unzufriedenheit auf beiden Seiten.

Welchen Einfluss hatte die Einführung des Globalbudgets auf die personelle Sicherung der medizinischen Grundversorgung?

In der Grundversorgung ist die Lage der dort tätigen Ärzte gravierend verschlechtert worden. Bei den Hausärzten und einigen konservativen Fachärzten steht ein erheblicher Mangel an. Die hausärztlichen Altersabgänge können derzeit zu maximal 30% ersetzt werden.

Technik- und industrienahe Fachgebiete werden auf Kosten der Grundversorger subventioniert, weil sie stationäre Kosten einsparen helfen. Sie haben keinerlei Nachwuchssorgen.

Was raten Sie der Schweizer Ärzteschaft bezüglich Globalbudget?

Werden Sie aus dem Schaden der deutschen Ärzteschaft klug und nicht aus dem eigenen. Viel Glück!!!

Die Fragen stellte Bernhard Stricker

.....
Dr. med. Udo Schulte ist Facharzt für Allgemeinmedizin
.....

Der grosse Schritt vom Wissen zum Handeln

4,3 Milliarden Franken zahlte die Suva 2016 für die Kosten von Berufs- und Freizeitunfällen. Die Unfallkosten und die Unfallzahlen zeigen, wo das Berufsunfallrisiko hoch ist. Die «Lebenswichtigen Regeln», die in den betroffenen Branchen Unfälle verhindern sollen, sind bekannt und etabliert – und doch werden sie längst nicht immer eingehalten. Weshalb? Und was tut die Suva dagegen?



Gabriela Hübscher

Mit der Unfallprävention verhält es sich manchmal so, wie mit den guten Vorsätzen für die eigene Gesundheit: Am Neujahrstag nehmen wir uns mal wieder vor, mehr Sport zu treiben, aufhören zu rauchen oder ein paar Kilo abzunehmen. Wir wissen, dies alles wäre gesünder für uns – und doch lassen wir es nicht selten beim guten Willen bleiben. Ähnlich ist dies bei Gefahren in der Arbeitswelt. Die Arbeitssicherheitsexperten der Suva stellen immer wieder fest, dass Arbeitnehmende merken, wenn es für sie gefährlich wird. Sie wissen auch, was sie tun müssten, um die Gefahr zu beheben. Doch weshalb tun diese Menschen oft nichts? Ein Problem, das die Suva angeht – denn die Kosten sind immens.

Mehr Heilkosten, weniger Rentenkosten

Die knapp 2 Millionen Versicherten der Suva erlitten im Jahr 2016 rund 461'000 Unfälle und Berufskrankheiten. Daraus resultierten Unfallkosten von gut 4,3 Milliarden Franken, davon rund 1,8 Milliarden Franken wegen Berufs- und rund 2,5 Milliarden wegen Freizeitunfällen. Seit dem Jahr 2000 sind diese Kosten kaum gestiegen, denn gleichzeitig hat auch eine Umverteilung stattgefunden: Die Gesamtkosten eines Unfalls setzen sich aus den Heil- und Taggeldkosten sowie den Kapitalwerten (Invaliden- und Hinterlassenenrenten) zusammen. Der langfristige Trend zeigt deutlich, dass die Rentenkosten stark abnehmen, die Heil- und Taggeldkosten dafür stetig steigen. Im Jahr 2000 betrug der Anteil der Renten an den Unfallkosten 40 Prozent, 2016 waren es noch 25 Prozent. Im Gegensatz dazu zahlte die Suva im letzten Jahr 35 Prozent Heilkosten gegenüber 25 Prozent 2000. Ein Grund für diese Entwicklung ist auf die Strategie der Suva zurückzuführen, möglichst viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wieder in den Beruf einzugliedern. Denn sie will

den Menschen lieber eine Perspektive bieten, statt eine Rente zahlen.

Verhaltensänderung im Zentrum

Besonders tragisch sind die tödlichen Unfälle. In den vergangenen zehn Jahren sind jährlich rund 80 Arbeitnehmende an den Folgen eines Berufsunfalls gestorben. Um die Anzahl dieser Unfälle bis 2020 zu halbieren, lancierte die Suva 2010 das Präventionsprogramm «Vision 250 Leben». Dafür erarbeitete sie gemeinsam mit den betroffenen Verbänden und Gewerkschaften für alle Tätigkeiten mit hohen Risiken «Lebenswichtige Regeln» – einfach, plausibel und sofort umsetzbar. Werden diese Regeln verletzt, gilt für alle Vorgesetzten und Mitarbeitenden: STOPP! Die Arbeit kann erst weitergeführt werden, wenn die Gefahr behoben ist.

Eine Analyse der Berufsunfallzahlen zeigt nun deutlich: 60 Prozent der zwischen 2010 und 2014 tödlich endenden Berufsunfälle wären nicht passiert, wenn die «Lebenswichtigen Regeln» eingehalten worden wären. Andere Messungen der Suva zeigen wiederum, dass über 80 Prozent der befragten Arbeitnehmenden diese Regeln kennen, sie akzeptieren und relevant finden. Dennoch werden sie in der Praxis oft nicht umgesetzt. «Zwar sehen die meisten ein, dass es zum Beispiel bei einer Absturzhöhe von zwei

Metern ein Geländer braucht, da es tödlich enden kann, wenn man runterfällt», sagt André Meier, Leiter Arbeitssicherheit der Suva. Leider sei es aber auch so, dass Zeitmangel, fehlendes Material an Ort und Stelle oder Selbstüberschätzung die Arbeitnehmenden nicht handeln lasse. «Deshalb stellt unsere Präventionsstrategie in Zukunft das Verhalten der Menschen ins Zentrum und wie sich dieses beeinflussen lässt.» Die Suva wolle gerade bei den «Lebenswichtigen Regeln» den Schritt vom Wissen zum Handeln fördern.

Massnahmen gegen tödliche Unfälle

Einen ersten Schritt hat die Suva bereits getan: Vorgesetzte können ein Zeichen setzen, indem sie die von der Suva lancierte Sicherheits-Charta unterschreiben und damit die Stopp-Botschaft fest im Betrieb verankern. Bis heute haben über 5000 Mitglieder diese Charta unterschrieben. In einem zweiten Schritt will die Suva die direkten Vorgesetzten in Unternehmen weiter sensibilisieren. Diese sollen mit ihren Mitarbeitenden Sicherheitsgespräche führen, Regelverletzungen ansprechen und gemeinsam mit den Betroffenen konstruktive Lösungen suchen, wie die Regeln in Zukunft eingehalten werden können. «Denn die Vorgesetzten», sagt André Meier, «haben eine zentrale Vorbildfunktion.»

Das Risiko bestimmt die Prämie

Für die Prämienberechnung spielt das Risiko ebenfalls eine zentrale Rolle. Denn um die Kosten von Unfällen, Berufskrankheiten und der Unfallprävention zu decken, berechnet die Suva die Versicherungsprämien risikogerecht. Das heisst, die Prämienhöhe ist nicht für alle Betriebe gleich hoch, sondern wird durch verschiedene Faktoren bestimmt. Die Suva teilt jeden versicherten Betrieb einer Risikogemeinschaft zu. In diesen sind Betriebe mit gleichen oder ähnlichen Tätigkeiten und vergleichbarem Unfallrisiko gebündelt. Schliesslich legt die Betriebsgrösse fest, in welchem Prämienmodell der Betrieb versichert ist. Dieses System stellt zum Beispiel sicher, dass kleine Unternehmen nach einem Unfall nicht höhere Prämien zahlen müssen, sondern nur wenn die Kosten der gesamten Branche steigen. So kann die Suva gewährleisten, dass die Prämien fair sind. Diese müssen nur die Kosten decken, da die Suva nicht gewinnorientiert ist. Allfällige Gewinne erhalten die Versicherten in Form tieferer Prämien zurück.

Ziel ist die Tarifautonomie

Der neu festgesetzte Ärztetarif TARMED tritt im Krankenversicherungsgesetz 2018 in Kraft. Dies hat für die Unfallversicherungen folgende Auswirkungen: Die Suva ist einerseits durch den Tarifeingriff des Bundesrats mitbetroffen, da dieser in der Tarifstruktur wichtige Leistungspositionen im Zusammenhang mit der Unfallkausalität gestrichen oder gekürzt hat. In der Folge muss die Medizinaltarifkommission UVG (MTK) die UVG-relevanten Positionen mit den Leistungserbringer-Verbänden neu regeln. Dies gilt insbesondere für ärztliche Gutachten und Berichte sowie für die arbeitsmedizinischen Abklärungen. Andererseits profitiert die Suva von den Einsparungen, die der Tarifeingriff des Bundesrats mit sich bringt. Ziel der Suva ist es, dass die Tarifpartner – bestehend aus Verbänden der Leistungserbringer und Kostenträger – die Tarifautonomie zurückgewinnen, um eine für die Zukunft sachgerechte und entwicklungsfähige Tarifierung sicherzustellen.

Forst 306 pro 1000 Vollbeschäftigte, im Bauhauptgewerbe waren es 183 pro 1000 Vollbeschäftigte. Zum Vergleich: Im Gesundheitswesen verunfallen zwischen 60 und 70 Personen pro 1000 Vollbeschäftigte. «Erfreulich ist, dass das Berufsunfallrisiko seit Jahren abnimmt», sagt André Meier. Dieser Rückgang ist zum einen auf die Präventionsarbeit der Suva im Bereich der Arbeitssicherheit zurückzuführen, zum anderen nehmen die risikoreichen Tätigkeiten durch den fortwährenden Strukturwandel generell ab – «beispielsweise wegen der Zunahme von automatisierten Abläufen».

Gabriela Hübscher

Sinkendes Fallrisiko dank Prävention

Wo Arbeitnehmende den höchsten Berufsunfallrisiken ausgesetzt sind, entnimmt die Suva dem sogenannten Fall-

risiko (Anzahl Unfälle pro 1000 Vollbeschäftigte). Nach wie vor bergen die Branchen Forst und Bau die höchsten Unfallrisiken. So verunfallten 2016 im

Gabriela Hübscher ist Mediensprecherin bei der Suva

Der TARMED-Eingriff aus der Sicht der Kinderneurologie

«Kinderneurologische Arbeit ist sozialmedizinische Arbeit»

Aus Sicht der Kinderneurologie ist zu begrüßen, dass gegenüber der ursprünglichen (Vernehmlassungs-)Version einige Änderungen vorgenommen wurden. Sie sind allerdings unzureichend.



Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Peter Weber



Dr. med. Tobias Iff

Welche Ziele verfolgen wir und welche Probleme sind mit der Umsetzung des neuen TARMED ab dem 1.1.2018 in der kinderneurologischen Versorgung zu erwarten?

Ziel 1: Adäquate und fachkompetente kinderneurologische Untersuchung und Evaluation

Die kinderneurologische Untersuchung besteht wie jede andere ärztliche Untersuchung aus einer ausführlichen Anamnese, der körperlichen Untersuchung (dem sogenannten Neurostatus plus Evaluation der Haut und Erhebung des intern-pädiatrischen Status) und einer fachkompetenten Synopsis. In dem bisherigen TARMED war ein Teil dieser Untersuchungen tarifmässig durch «Handlungstarife» abgebildet, die im neuen TARMED aufgehoben werden. Dadurch entsteht die Situation, dass langsames, nicht unbedingt gründliches Untersuchen finanziell attraktiv gemacht wird – die Wirtschaftlichkeit darunter leidet. Wesentlicher in diesem Zusammenhang erscheint uns aber die Bildung eines ein-

heitlichen Dignitätsfaktors. Aus der alltagspraktischen Erfahrung heraus ist die absolute Mehrheit der ärztlichen Kollegen in der Lage, einen Neurostatus adäquat zu erheben – die Herausforderung besteht in der differentialdiagnostisch umfassenden und adäquaten Beurteilung der Befunde und Einleitung der notwendigen oder auch Verzicht auf unnötige Massnahmen. Ca. 30–50% der kinderneurologischen Patienten erfüllen die Kriterien der «Seltenen Erkrankung», für die das Bundesamt für Gesundheit (BAG) einerseits eine «Nationale Strategie zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Krankheiten» beschlossen und eingeleitet hat, andererseits die notwendige Fachkompetenz mit Schaffung eines einheitlichen Dignitätsfaktors kontrahiert.

Ziel 2: Die Versorgung muss alters-, entwicklungs- und behindertenangepasst möglich sein.

Als Reaktion auf die Vernehmlassung zur ursprünglichen TARMED-Version des Bundesrats wurde die zeitliche Limitation

Die kinderneurologische Versorgung betroffener Patienten und ihrer Familien findet in einigen wenigen Praxen sowie in den Spezialambulanzen der Kinderkliniken statt. Der Zugang zur kinderneurologischen Untersuchung und Betreuung erfolgt nahezu ausschliesslich auf Zuweisung durch die Praxispädiater und Hausärzte und im Fall von Entwicklungsproblemen, die einer kinderneurologischen Beurteilung bedürfen, gelegentlich durch Fachstellen wie Schulpsychologische Dienste oder Frühförderstellen in Information mit den betreuenden Ärzten.

für die Grundkonsultation von generell 20 Minuten bei Kindern unter 6 Jahren (und Personen über 75 Jahre) auf 30 Minuten angehoben. Man kann darüber diskutieren, ob diese Erhöhung ausreichend ist oder nicht (das BAG verweist darauf, dass diese Zeit ja mit anderen Tarifpositionen kombinierbar sei und deshalb nicht von einer Begrenzung der Behandlungszeit auf 30 Minuten gesprochen werden könne). Unabhängig davon ignoriert auch die zugestandene Änderung, dass es nicht nur das chronologische Alter ist, das sich in dem Zeitfaktor bemerkbar macht, der für die Konsultation und Untersuchung eines Kindes notwendig ist, sondern sein Entwicklungsalter. Ein Grossteil der in der Kinderneurologie betreuten Patienten sind körperlich und/oder mental schwer behindert, so dass kein *Entwicklungsalter* von 6 Jahren vorliegt und deshalb ein mindestens so grosser Mehraufwand notwendig ist, wie wenn chronologisch jüngere Kinder untersucht werden. Der Hinweis, dass in Absprache mit dem Versicherer bei einzelnen Patienten ein erhöhter Behandlungsbedarf ausgewiesen und die Limitation verdoppelt werden kann, verkennt völlig die Realität, in der die Versicherer bereit sind, Mehrkosten zu bewilligen, und verkennt völlig den damit verbundenen administrativen Mehraufwand und die damit verbundenen Mehrkosten.

Ziel 3: Kinderneurologische Arbeit ist interdisziplinär.

Die komplexe Symptomatik kinderneurologischer Erkrankungen begründet die Indikation einer engen Zusammenarbeit mit den betroffenen Kindern/Jugendlichen, aber auch ihren Familien, den verschiedenen involvierten Therapeuten und den mit dem Kind beschäftigten Pädagogen. Die Integration in das Regelschulsystem ist die durch die Schweizerische Erziehungsdirektorenkonferenz mit dem Beschluss des Sonderpädagogik-Konkordats politisch favorisierte Strategie. Dazu bedarf es allerdings eines intensiven Austauschs seitens der Kinderneurologen mit den betreuenden Pädagogen, um ein für den pädagogischen Alltag notwendiges Know-how über die medizinischen Probleme des Kindes zu vermitteln. Die Limitation der

Leistungen in Abwesenheit (Telefonate und E-Mails mit den Therapeuten und Lehrpersonen des Kindes, Rundtischgespräche in Analogie zu den Tumorboards in der Onkologie) ist integraler Bestandteil unserer täglichen Arbeit bei einem Grossteil unserer Patienten, ebenso wie regelmässige ausführliche Besprechungen mit den Eltern – kinderneurologische Arbeit ist sozialmedizinische Arbeit. Hierfür lässt auch die revidierte Version unter ausschliesslicher Berücksichtigung des chronologischen Alters der Kinder, statt des Schweregrades ihrer Behinderung und Beeinträchtigung, keinen Raum. Die TARMED-Revision des BR erschwert die medizinisch notwendige Begleitung der Integration behinderter Kinder und Jugendlicher in Schule und Arbeitswelt.

Ziel 4: Kind- und behindertengerechte Untersuchungs- inkl. technischer und personeller Rahmenbedingungen

Die Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten hat eine Verminderung der technischen Leistungen zur Folge. Auch hier wird z.B. für die Anwendung der EEG-Untersuchung lediglich aufgrund des chronologischen Alters der Kinder die Notwendigkeit anerkannt, dass eine zweite Person bei der EEG-Ableitung aktiv mitarbeiten muss, z.B. bei erregten oder hyperaktiven Patienten mit einem Autismus, um eine auswertbare Ableitung überhaupt zu ermöglichen. Der neue Tarif trägt dieser Notwendigkeit des Mehraufwandes bei einem Grossteil unserer Patienten nicht Rechnung. Dass die Kostensätze der Untersuchungs- und Behandlungsräume in der revidierten Version nicht gesenkt werden, ist zu begrüssen, bildet die zunehmenden Unkosten kinderneurologischer Praxen bei steigenden Mieten für rollstuhlgängige, ausreichend grossräumige Praxen v.a. in den Städten allerdings nicht ab.

Ziel 5: Die Kinderneurologie als Fach muss attraktiv bleiben, damit der Nachwuchs gesichert werden kann.

Die Weiterbildung im Schwerpunktfach «Kinderneurologie – FMH» beträgt 4 Jahre, wovon 1 Jahr in der pädiatrischen Weiterbildungszeit integriert sein kann. Auf die damit fehlende Nachvollziehbarkeit der Begründung für die Einfüh-

rung eines einheitlichen Dignitätsfaktors haben wir bereits hingewiesen. Unabhängig davon ist der Entscheid eines jungen Kollegen, sich für eine Weiterbildung in der Kinderneurologie zu entscheiden, vielfältig – sicher nicht ganz ausser Betracht gelassen werden kann aber die Frage der Rentabilität. Aufgrund des neuen TARMED ist mit finanziellen Mindereinnahmen von 7–11% zu rechnen (für Einzelpositionen mehr). Welche Auswirkungen dies auf die Bereitschaft junger Kollegen hat, sich dieser Weiterbildung zu stellen, wird abzuwarten sein – wir befürchten, dass mittelfristig bei unattraktiven Tarifen der Nachwuchs in der Kinderneurologie schwieriger zu rekrutieren und die kinderneurologische Versorgung beeinträchtigt sein wird. Die gute Versorgung braucht auch die Weiterbildung von Spezialisten.

Ziel 6: Sicherung des dualen Versorgungssystems

Neben den Kinderneurologen in den Praxen sind durch die neue TARMED-Revision auch die kinderneurologischen Ambulanzen in den Spitälern, v.a. auch in den selbständigen Kinderspitälern, gefährdet. Die strukturell defizitäre Finanzierung der Spezialambulanzen in den Kinderkliniken lässt Investitionen und eine notwendige personelle Ausstattung nicht zu, es sei denn man akzeptiert stillschweigend Wege der Quersubventionierung. Die hochspezialisierte kinderneurologische Versorgung ist bei einer strukturellen Unterdeckung der Kosten im Rahmen der TARMED-Revision gefährdet.

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Peter Weber
und Dr. med. Tobias Iff*

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Peter Weber, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderneurologie (SGNP) und Präsident der Prüfungskommission der SGNP; Leiter der Abteilung Neuro- und Entwicklungs pädiatrie – Universitäts-Kinderspital beider Basel

Dr. med. Tobias Iff, Tarifdelegierter der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderneurologie (SGNP); Kinderneurologe in freier Praxis in Zürich

Ambulante Tarife: der Beitrag der FMCH¹

TARMED wurde seit seiner Einführung 2003/04 kaum weiterentwickelt. Sämtliche Revisionsversuche sind gescheitert. Mit dem rechtswidrigen Tarifeingriff von 2014 hat der Bundesrat viele Fehlanreize geschaffen. Mit dem zweiten Tarifeingriff setzt er den regulatorischen Teufelskreis fort. In dieser verfahrenen Situation sind innovative Lösungsansätze gefragt. Die FMCH nimmt ihre Verantwortung wahr und zeigt einen Weg aus der Sackgasse auf: Sie entwickelt gemeinsam mit *santésuisse* ambulante Leistungspauschalen.



Dr. med. Markus Trutmann

Ausgangslage

TARMED 1.1 bis 1.08, TARMED 1.08_BR, Tarvision, ats-tms 1.0, TARMED 1.09_BR und TARCO: Bei all diesen Tarifen und Tarifprojekten geht es um die sogenannte «Einzelleistungs-Tarifstruktur». An diesen Tariftyp sind juristische und politische Besonderheiten geknüpft. So kann es beispielsweise nur einen einzigen, schweizweit gültigen Einzelleistungstarif geben. Dieser muss vom Bundesrat genehmigt oder, bei vertraglosem Zustand, festgesetzt werden. Neuerdings kann der Bundesrat auch subsidiär eingreifen. Damit stehen einer erfolgreichen Revision relativ hohe Hürden im Wege. Ausserdem steht «TARMED» seit vielen Jahren im Fokus von Politik und Medien. Dies macht es schwierig, sachliche Diskussionen abseits des Rampenlichts zu führen. Die Tarifpartner müssen stets darauf bedacht sein, einen Gesichtsverlust zu vermeiden. Damit sinkt die Kompromissbereitschaft. Ohne Kompromisse sind aber keine Tarifverträge möglich.

In einer derart verfahrenen Situation tut es not, von der Gemengelage Abstand zu nehmen. Mehr als alle anderen sind die Spezialärztinnen und Spezialärzte herausgefordert, nach innovativen Lösungen zu suchen. Denn auf sie richten sich alle Blicke. Den chirurgisch und interventionell tätigen Ärztinnen und Ärzten wird oft unterstellt, sie seien Neinsager und würden nur ihre Pfründe verteidigen. Die FMCH ist dazu angetreten, diese unfairen Behauptungen zu widerlegen und einen Weg aus der Sackgasse aufzuzeigen.

Ein Weg aus der Sackgasse

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) erlaubt bei den Tarifsystemen viel mehr Möglichkeiten, als gemeinhin wahrgenommen wird. Neben dem Einzelleistungstarif sind Zeittarife und Pauschaltarife möglich (vgl. Abbildung 1). Die FMCH lehnt Zeittarife entschieden ab, weil sie Ineffizienz belohnen und zu einem unnötigen Mengenwachstum verleiten. Hingegen sieht sie in Pauschaltarifen zahlreiche Vorteile. Ambulante Pauschaltarife sind in der Schweiz nichts Neues. Sie wurden bisher punktuell in einzelnen Fachgebieten (z.B. Ophthalmologie, ORL), in bestimmten Regionen oder im Unfallversicherungsbereich angewandt. Die Erfahrungen waren durchwegs positiv. Ambulante Pauschaltarife haben sich als einfach zu bedienende, zu wenigen Beanstandungen führende Abrechnungssysteme erwiesen. Pauschaltarife sind im ambulanten Bereich besonders einfach zu konstruieren. So decken wenige, standardmässig durchgeführte Eingriffe bis zu 80 Prozent, ja teilweise sogar 90 Prozent des Leistungsvolumens eines jeweiligen Fachgebiets ab. Konzentriert man sich auf die Pauschalierung dieser Eingriffe, erhalten sowohl Leistungserbringer wie auch Leistungsfinanzierer von vornherein die Gewissheit, dass sie sich in ein überschaubares Tarifprojekt mit einigermassen

berechenbarem Ausgang begeben. Pauschaltarife honorieren eine effiziente, qualitativ hochstehende Leistungserbringung. Dies trifft besonders dann zu, wenn den Pauschalen, wie dies beabsichtigt ist, Qualitätskriterien hinterlegt werden. Weiter weisen ambulante Pauschalen eine kostendämpfende Wirkung auf. Dem immer lauter werdenden Ruf von SP und CVP nach einem Globalbudget kann so eine glaubwürdige und qualitätsschonende Alternative entgegengesetzt werden. *Last but not least* liegt die Entwicklung von pauschalierenden Tarifsystemen auf der Linie der Agenda Gesundheit2020 des Bundesrats. Insgesamt kann die Entwicklung von ambulanten Pauschalen als pragmatisches, innovatives und zukunftsgerichtetes Projekt bezeichnet werden.

Bei der Entwicklung von ambulanten Leistungspauschalen arbeiten die FMCH bzw. die FMCH Tarifunion und der Dachverband der Krankenversicherer *santésuisse* von Beginn an tarifpartnerschaftlich zusammen. Auch hier wird ein Freiraum des KVG genutzt, welches den Tarifpartnern die Möglichkeit gibt, Tarifstrukturen gemeinsam zu entwickeln. Es handelt sich um eine klassische Form der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern. Leider ist die Zusammenarbeit von FMCH und *santésuisse* die einzige noch verblie-

4. Abschnitt: Tarife und Preise

Art. 43 Grundsatz

¹ Die Leistungserbringer erstellen ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen.

² Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:

- a. auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);
- b. für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);
- c. pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif);

¹ Zur Vereinfachung wird hier nicht zwischen FMCH und FMCH Tarifunion unterschieden. Die Entwicklung der ambulanten Leistungspauschalen liegt rechtlich in den Händen der FMCH Tarifunion.

Abbildung 1: Tariftypen gemäss KVG (Artikel 43 Absatz 2).

bene aktive Tarifpartnerschaft zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern. Umso wichtiger ist es, das gemeinsame Projekt zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen. Die Erfolgsfaktoren dieser Zusammenarbeit sind eine durchwegs pragmatische Haltung und eine gutschweizerische Kompromissbereitschaft der Tarifpartner.

Wie geht es weiter?

Leider hat der Bundesrat die Chance verpasst, bereits fertiggestellte Pauschalen in die Verordnung zum zweiten Tarifeingriff einzubauen. Das ist enttäuschend, ändert aber am weiteren Verlauf des Pro-

jekts nichts. Auch hier nutzen FMCH und *santésuisse* einen Freiraum des KVG: den Abschluss von nationalen oder kantonalen Tarifverträgen. Zurzeit wird letztere Variante priorisiert. Fertiggestellte Tarifkapitel sollen pilot- und kantonsweise eingeführt werden. Alle Tarifpartner, insbesondere auch die FMH, sind eingeladen, sich partnerschaftlich an diesem zukunftsgerichteten Projekt zu beteiligen.

Zu guter Letzt: TARCO

Die FMCH ist auch im Projekt TARCO der FMH an vorderster Front engagiert. Aus vertraglich vereinbarten Gründen kön-

nen hier keine Details preisgegeben werden. Immerhin kann festgehalten werden, dass die bisherigen Ergebnisse ermutigend sind. Die FMCH legt auch hier eine kompromissbereite Haltung an den Tag. An ihr soll das Projekt TARCO nicht scheitern. Allerdings steht noch ein langer, steiniger Weg bevor. Mehr über TARCO wird zu gegebener Zeit von der FMH zu erfahren sein.

Dr. med. Markus Trutmann

.....
Dr. med. Markus Trutmann ist Generalsekretär FMCH
.....

Der TARMED-Eingriff aus der Sicht der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich (AGZ)

Zweiter TARMED-Eingriff – eine Sparübung mit hohen Kosten!

Die mit dem Tarifeingriff geplante Sparübung wirkt übereilt und nicht zu Ende gedacht. Als Folge des Eingriffs sind massive Einschnitte in der ambulanten Versorgung und sogar Versorgungslücken zu erwarten.



Dr. med. Josef Widler

Durch Kostenverlagerungen wird der Tarifeingriff zu höheren Kosten führen und nicht zu den versprochenen Einsparungen von 480 Millionen Franken. Der Eingriff wird Versorgungslücken

aufreissen, die später nur schwer wieder geschlossen werden können. Deshalb hat die AGZ über ihre Website www.aerztefuer-zuerich.ch über 2600 Unterschriften für einen offenen Brief gesammelt und am 23. Mai 2017 einem Vertreter von Bundesrat Berset vor dem Bundeshaus überreicht mit der Forderung, den schädlichen Tarif wieder zurückzuziehen.

Mit dem Tarifeingriff wird am falschen Ende gespart: Nur 1/7 der Gesundheitskosten, nämlich 11 von insgesamt 71 Milliarden Franken, fallen im ambulanten Bereich an und werden mit dem TARMED verrechnet. Kostensteigerungen in diesem Bereich sind im Langzeitverlauf im Vergleich mit anderen Teilen der Gesundheitsversorgung moderat. Die überdurchschnittlichen Kostensteigerungen der letzten Jahre sind Auswirkungen gesundheitsökonomischer und gesundheitspolitischer Lenkungsmaßnahmen. Nicht wenige der geplanten Kürzungen

stehen im Widerspruch zu diesen Lenkungsmaßnahmen und führen zu kaum absehbaren und ungewollten Kollateralschäden zum Nachteil der Patienten und der Prämienzahler.

Inakzeptable Verschlechterung der Einkommenssituation der Ärzte

Die niedergelassenen Ärzte haben seit der Einführung des TARMED 2004 massive Preissenkungen für ihre ärztlichen Leistungen hinnehmen müssen. Vorgeesehen war, dass die Taxpunkte für die «Ärztliche Leistung» (AL) einem «Bruttolohn» eines Angestellten in der Höhe von 175'710 Franken (als Referenzeinkommen) entspricht. Doch durch die Senkungen der Taxpunktwerte seit der TARMED-Einführung erzielt ein durchschnittlicher Facharzt im Kanton Zürich heute (mit einer 100%-TARMED-Tätigkeit) ein Einkommen, das einem Bruttolohn von ca. 145'000 Franken entspricht. Damit liegt das TARMED-Einkommen der Zürcher Ärzte bereits 17% unter dem Sollwert des TARMED 1.08. Ohne Kompensation durch eine Taxpunkterhöhung würde die Umsetzung des Tarifeingriffs eine weitere Senkung des durchschnittlichen TARMED-Einkommens der Zürcher Ärzte um 4% bedeuten. Fehler in der Tarifstruktur können jedoch nicht durch Taxpunkterhöhungen kompensiert werden.

Der Tarifeingriff entspricht einer nicht mehr tragbaren weiteren Verschlechterung der Einkommenssituation der Ärzte und muss entschieden abgelehnt werden.

Streichung der Notfall-Inkonvenienzpauschale

Die vorgeschlagene Definition des «Notfalls», die zu einer Verrechnung eines Zuschlags berechtigt, ist absolut praxisuntauglich. Als Notfall soll nur noch gelten, wenn bei nicht erfolgter ärztlicher Untersuchung und Behandlung ein Organschaden zu erwarten gewesen wäre. Den «Notfall» definiert aber der Patient. Der Arzt kann erst im Nachhinein feststellen, ob die Notfalldefinition erfüllt ist oder nicht. Er alleine trägt das finanzielle Risiko. Weshalb soll also eine Praxis in Zukunft überhaupt noch Notfälle annehmen? Sie bringen den Praxisablauf durcheinander, führen zu längeren Wartezeiten, oder es müssen unentgeltlich Vorhalteleistungen erbracht werden. Mit dem Streichen der Dringlichkeits- und Notfallzuschläge für ambulante ärztliche Einrichtungen nach Art. 36a KVG, die ihr Angebot explizit auf Notfälle ausgerichtet haben, gefährdet der Tarifeingriff die ambulante Notfallversorgung der Bevölkerung. Bereits jetzt kann der Notfalldienst von diesen Institutio-

nen in Nächten und am Wochenende – mit den Notfallzuschlägen des TARMED – kaum kostendeckend geführt werden. Bei einem Wegfall der Notfallzuschläge müsste der Betrieb in den Nächten und am Wochenende eingestellt werden, weil ein Kostenausgleich durch den Tagdienst nicht möglich ist. Ein grosser Teil aller notfallmässigen Hausbesuche betrifft bettlägerige, gehunfähige, alte Menschen zu Hause und in Pflegeheimen sowie die Bevölkerung in spärlich besiedelten Landregionen. Als einzige Option in einem Notfall müssten diese Menschen durch die Ambulanz 144 in Spitäler gebracht werden.

Zeitliche Beschränkung der Konsultation auf 20 Minuten

Nur im Gespräch, das so kurz wie möglich, aber so lang wie nötig sein darf, können Patient und Arzt ohne Zeitdruck alles Wichtige besprechen und das nötige Vertrauen aufbauen. Im ärztlichen Gespräch werden Fragen geklärt, Ängste abgebaut und Wissen zur Behandlung vermittelt. Gut betreute Patienten nehmen ihre Medikamente regelmässiger ein, halten sich konsequenter an die

Behandlungspläne und verzichten auf überflüssige und teure zusätzliche Arztbesuche, Zweitmeinungen, MRI und andere Untersuchungen oder nutzlose Operationen.

Die Reduktion und Limitierung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten schaden zudem der interdisziplinären Zusammenarbeit und generieren Mehrkosten.

Kinderchirurgie besonders betroffen

Schliesslich führt die Senkung der Abgeltungen für chirurgische Leistungen im ambulanten Bereich zu Schliessungen ambulanter Kinderchirurgiepraxen und zu einem Angebotsabbau vor allem im HNO-Bereich.

Zahlreiche Operationen können ambulant durchgeführt werden. Der Tarifeingriff steht dieser Strategie diametral entgegen, denn einschneidende Kürzungen treffen die bereits unterbezahlten Kinderchirurgen ruinös, so dass mit nahezu flächendeckender Schliessung kinderchirurgischer Praxen gerechnet werden muss. Die HNO-Ärzte sind ebenfalls stark betroffen, die ihr Angebot, vor allem für Kinder, bereinigen müssen, um ihre

Praxen weiterbetreiben zu können. Es wird also weniger oft ambulant operiert, das heisst, es wird teurer für Patienten, Prämien- und Steuerzahler.

Konzentration auf das Projekt TARCO

Im Zentrum der Überlegungen müssen die Patienten stehen. Zur Sicherung der ambulanten Versorgung braucht es dringend nötige, seit 20 Jahren unterbliebene tarifarische Aufwertungen von Leistungen und eine Gesamtrevision des TARMED, die eine faire, kostendeckende Bewertung aller Leistungen garantiert. Fazit: Wir Ärztinnen und Ärzte müssen alles daran setzen, das Projekt TARCO rasch zu einem guten Ende zu bringen, und uns mit den Versicherern einigen – zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten.

Dr. med. Josef Widler

.....
Dr. med. Josef Widler ist Präsident der Ärztesellschaft Zürich (AGZ)
.....