

# Ein Jahr TARMED – Rückblick und Ausblick<sup>1</sup>

Bruno Kissling, Hans-Werner Leibundgut  
Ein Mail-Interview

**Hans-Werner Leibundgut, Präsident Trustcenter Pontenova, stellt sich kritischen Fragen zum TARMED und zur Interpretation des Praxisspiegels. Seine – im Mail-Wortlaut belassenen – persönlichen Antworten und Visionen nach diesem ersten TARMED-Jahr sind sehr interessant und teilweise brisant.**

**Taxpunktwertabsenkungen, Praxisumsatz 2004: 2001, Praxisspiegel, Sitzungsmittel und Co. ...**

Wir haben nun ein Jahr Erfahrung mit dem TARMED. Jeder von uns kann seinen Praxisumsatz des Jahres 2004 mit dem Kostenneutralitäts-Referenzjahr 2001 vergleichen. Einige HausärztInnen werden feststellen, dass ihr Umsatz unter dem TARMED gleich oder höher ausgefallen ist als unter dem alten Tarif. Bei sehr vielen KollegInnen dürfte er aber empfindlich tiefer zu liegen gekommen sein. Und trotzdem könnten sie unter Umständen im Praxisspiegel ein höheres Sitzungsmittel aufweisen als ihr Vergleichskollektiv, womit sie TARMED-Kosten-mässig schlechter dastehen. Eine Vielzahl von verunsichernden Wahrnehmungen und schwer interpretierbaren Bildern ist möglich.

Viele von uns mussten im vergangenen Jahr, mit entsprechend unguuten Gefühlen, eine oder gar mehrere Taxpunktwertabsenkungen in Kauf nehmen. Es scheint, dass ein von vielen HausärztInnen unter TARMED neu praktiziertes Abrech-

nungsverhalten, nämlich die Abrechnungsperioden von 3 auf 2 Monate zu reduzieren, die KN-wirksame Kostensumme fälschlicherweise überhöht hat und dadurch für die Taxpunktwertabsenkungen mit verantwortlich wurde. Dieser Schaden soll nun durch eine sofortige Rückkehr zur alten, vor dem TARMED üblichen, 3monatigen Abrechnungsperiode teilweise wieder aufgefangen werden.<sup>2</sup>

Die Trustcenters konnten im vergangenen Jahr eine riesige Menge von Daten akquirieren, die von den Mitgliedern im Praxisspiegel eingesehen werden können. Dort können viele interessante Beobachtungen gemacht werden, die nicht nur Klarheit bringen, sondern auch einige konkrete Fragen aufwerfen.

## Mail-Interview

*Bruno Kissling: Was passiert, wenn in den kommenden Monaten zugunsten einer höheren Bewertung des Taxpunktwertes möglichst viele Abrechnungen durch verlängerte Abrechnungsintervalle aus der KN-wirksamen Zeitzone hinausgeschoben würden – mit der Absicht, die zusätzliche falsche Anäufung der Kostensumme durch die 2monatlichen Abrechnungsintervalle etwas aufzufangen?*

Hans-Werner Leibundgut: Dieses Verhalten würde von *santésuisse* zu Recht als vertragswidrig bezeichnet werden. Eine Verlängerung der Rechnungsdauer (Intervall von der ersten bis zur letzten Sitzung) von aktuell 65 auf 80 Tage sowie der Liegedauer (Intervall von der letzten Sitzung bis zum Rechnungsdatum) von 35 auf 50 Tage – also wie im Jahr 2001 – ist dagegen kostenneutralitätskonform ... und dringend notwendig.

*Was ist zu erwarten, falls die Kosten nach der KN-Phase rapide ansteigen würden, weil die praktizierenden ÄrztInnen ab diesem Zeitpunkt nicht mehr «mit angezo-*

*ner Handbremse fahren» würden, sondern alle im Tarif vorgesehenen Leistungen regelkonform in Rechnung stellen würden?* Gesetzt den Fall, dass keine Nachfolgeregelung vereinbart wird, soll die Ärzteschaft von ihrem Recht, die neuen Positionen, wie «Arbeit in Abwesenheit des Patienten» zu verrechnen, ruhig Gebrauch machen. Der Sinn der Empfehlung, die Anwendung dieser Positionen jetzt noch einzuschränken, liegt darin, dass es diese 2001 noch nicht gab. Kassen, Behörden und Politiker werden sich bei einem massiven Kostenanstieg nach der KN-Phase dann in ihrer Meinung bestärkt wissen, dass der Ärzteschaft die Kandare angelegt gehören, und die Befürworter des Globalbudgets erhielten Aufwind.

*Im Praxisspiegel ist das Sitzungsmittel ein einfach handzuhabendes Werkzeug, eine Arztpraxis mit einer «gleichen» Gruppe von Praxen zu vergleichen. Wie gleich ist gleich? Werden beispielsweise die Altersstruktur einer Praxis oder andere spezifische Merkmale der betreuten PatientInnen berücksichtigt?*

Der Praxisspiegel muss und wird auch verfeinert werden. Gerade grosse Referenzkollektive, wie diejenigen der Grundversorger, müssen in Zukunft unterteilt werden können. Im Laufe dieses Jahres werden wir zusätzliche Spezifikationen wie Fähigkeits- und Fertigkeitenausweise bzw. Schwerpunkte einbauen und Dimensionen wie Grösse des Praxisstandortes, Alter des Praxisinhabers (üblicherweise korreliert dieses mit dem Alter seiner Patienten), Selbstdispensation oder Teilnahme am Notfalldienst einführen.

*Was bedeutet ein im Gruppenvergleich des Praxisspiegels zu hohes Sitzungsmittel bei gleichzeitig tieferem Gesamtumsatz pro Sitzung oder umgekehrt?*

Z.B. ein Arzt, der mehr Zeit für seine Patienten aufwendet und nicht über Selbst-

<sup>1</sup> La version française de cet article sera publiée dans un des prochains numéros de Primary Care.

<sup>2</sup> Coradi B. Notmassnahmen in der Kostenneutralität. PrimaryCare 2004;4:1054–6.

dispensation verfügt – also ein kostengünstiger Kollege, wie auch der umgekehrte Fall (tiefes Sitzungsmittel – hoher Umsatz). Im Sitzungsmittel sind nur TARMED-Positionen berücksichtigt, während in den Gesamtumsatz auch die Medikamentenkosten einfließen.

*Ist er wirklich ein kostengünstiger Kollege? Die Rückforderungsklagen der santésuisse beispielsweise nehmen auch ganz besonders Bezug auf die veranlassten Kosten. Das bedeutet, dass der hier erwähnte Arzt, wenn er Patienten mit einem hohen Durchschnittsalter oder einer speziellen Kategorie betreuen sollte, sehr hohe veranlasste Medikamentenkosten, die im Praxisspiegel nicht sichtbar werden, aufweisen könnte. Ist er dann in den Augen der Administratoren immer noch ein kostengünstiger Kollege?*

Diese «Sippenhaft»-Methode der santésuisse ist in der Tat unakzeptabel. Die Gerichte haben diese Betrachtungsweise bisher noch unterstützt, weil die beklagten Ärzte keine Argumente vorzuweisen hatten. Diese Zeit ist vorbei. Dank den Trustcentern können nun Erklärungen für z.B. überdurchschnittlich hohe veranlasste Medikamentenkosten geliefert werden: Weicht eine Praxis in der Zusammensetzung der Patientenstruktur vom Vergleichskollektiv ab und weist sie andere Besonderheiten (z.B. eine Allgemeinmedizinerin mit viel Gynäkologie oder Psychiatrie; ein Rheumatologe, der nur Überweisungen für teure Therapien hat; ein Onkologe, der die Chemotherapien nur in der Praxis durchführt, etc.) so ist das nun belegbar.

*Wie steht es in Kantonen mit unterschiedlicher Handhabung der DMA in städtischen und ländlichen Regionen wie beispielsweise in den Kantonen Zürich und Bern? Erfahren dort die Stadtärzte nicht einen erheblichen Nachteil im Vergleich zu ihren Kollegen vom Land, wie aus dem Praxisspiegel gefolgert werden könnte? Ist da ein Ausgleich geplant?*

Während der KN-Phase herrscht das Gesetz der Kollektivstrafe. Alle, auch die «Anständigen», werden mit den TPW-Senkungen gemassregelt. Eine differen-

zierte TPW-Gestaltung ist m.E. durchaus denkbar, also ein (niedriger) TPW für DMA- und einer (ein höherer) für Nicht-DMA-Ärzte. (Vgl. dazu auch meine Antwort zur letzten Frage.)

*Wie muss man im Praxisspiegel seine Patientenzahl im Vergleich zum Kollektiv beurteilen?*

Viele Patienten ermöglichen es bzw. zwingen dazu, die Sitzungsdauer kurz zu halten, was eine kostengünstige Praxis mit hohem Umsatz bedeutet. Aber auch die Form der Alterspyramide ist von Interesse: Wie hoch ist der Anteil der über 65- bzw. über 85jährigen? Gibt es Unterschiede zu meinem Vergleichskollektiv?

*Die Frage der Vergütung der Blutentnahme konnte ab 1. Mai 2004 geregelt werden. Die dringende und zu viel Unmut Anlass gebende Frage der Dringlichkeitsposition scheint inzwischen, wie aus üblicherweise gut unterrichteten Kreisen zu erfahren ist, «vergessen» gegangen zu sein. Entschuldige die aggressive Frage, doch muss die Ärzteschaft in Streik treten, um hier Gehör zu finden?*

Emotionell hat die restriktive Interpretation der Notfallpositionen hohe Wellen geworfen, volumenmässig fallen diese nicht ins Gewicht: Die Position 00.2510 (Notfall A) kommt erst an 23. Stelle der «Positionen-Hitparade» und macht gerade 0,67% aller TARMED-Positionen (Kt. Bern 2004) aus. Störend sind m.E. die Interpretationslücken. Wenn ich einen Patienten gefälligerweise am Sonntag für einen Verbandwechsel oder eine Injektion bestelle, bin ich nicht berechtigt, einen «Notfall B» zu verrechnen. Mit etwas Empathie für die Seele des Grundversorgers wäre dieses Problem zu lösen – unseren «Oberen» sollte dies bewusster sein!

*Würdest Du diese «Notfall B»-Position auch für alle jene Situationen sehen, welche innerhalb des gleichen Halbtages oder Tages – bei bereits voll eingeschriebener Sprechstunde – auch noch behandelt werden müssen oder möchten? Dies ist eine sehr häufige Situation, welche – aus medizinischen Gründen oder aus der Sicht*

*des durch eine Befindlichkeit oder ein Symptom verunsicherten Patienten – täglich mehrfach vorkommt?*

Nein, diese ist hierfür zu hoch tarifiert. Eine halbe Notfall-A-Taxe wäre m.E. dafür ausreichend – wenn man sie denn anwenden möchte. Vergessen wir nicht: Es ist das Kennzeichen eines «freien Berufes», dass man Tarife anwenden kann und nicht muss. Ein bisschen Propaganda («prompter Service bei Dr. X») ist auch etwas wert.

*Welches sind die Lehren, die aus dem ersten TARMED-Jahr gezogen werden müssen?*

Das Abrechnungsverhalten der DurchschnittsärztIn im Kanton Bern (ich kann nur für diesen sprechen) zeichnet sich durch eine bemerkenswerte Konstanz (oder Sturheit, je nach Standpunkt) aus. Seit Beginn der KN-Phase sind die gemessenen Parameter in jeder monitorisierten Fachgruppe praktisch stabil – aber auf unterschiedlichem Niveau! Die Versuche der KN-Büros der KN-Regionen, Einfluss zu nehmen und eine Verhaltensänderung zu bewirken, haben im Jahr 2004 nicht gefruchtet. Der Berner Arzt weicht keinen Franken ab! Damit ist auch vorgezeichnet, wie eine gerechte Tarifkorrektur gehandhabt werden müsste: Individuell, nicht als Kollektivstrafe (siehe auch meine Antwort zur letzten Frage).

*Hat der TARMED mit seinen über 40 000 Einzelpositionen zu mehr Klarheit im Tarifwesen geführt?*

Ich kann mit 3 Positionen 60% meiner Leistungen abdecken und benötige rund 1% dieser 40 000 Positionen: Für mich ist TARMED deshalb ein langweiliger Tarif. Individuell brachte er sicher keine Vorteile. Für das Kollektiv der Ärzteschaft Schweiz ist nun aber die Vergleichbarkeit gegeben. Wir wissen auch, welche Kantone und welche Fachgruppen die «Gewinner» und «Verlierer» sind. Das Gesundheitswesen Schweiz ist dadurch ein bisschen transparenter geworden.

*Hat der TARMED die Arbeit der Grundversorger aufgewertet, wie ursprünglich vorgesehen?*

Nein, Realisten haben dies auch nie behauptet.

*Dies war aber klar eines der ursprünglichen Ziele des TARMED. Die Grundversorgergesellschaften sind bei den Verhandlungen und bei ihrer immer wieder betonten grundsätzlichen Unterstützung des TARMED auch klar davon ausgegangen, auch wenn sie im Laufe der Zeit – aus rationalen Gründen und um die Verhandlungen aus dem Stocken zu bringen – schrittweise auf einen Teil der versprochenen und angezielten Aufwertungshöhe von ursprünglich 10% verzichtet hatten. Sind ihre Vertreter realitätsferne Idealisten gewesen?*

Diese hehren Ziele wurden zugunsten der Einheit der Ärzteschaft geopfert.

*Wie steht es mit den Erfahrungen aus dem TARMED betreffend Kohärenz unter den Ärztegruppierungen?*

Transparenz schafft nicht immer Freude und Freunde ...

*Sind die differenzierten Zahlen hilfreich für eine konstruktive Diskussion zwischen den Administratoren, Versicherern, Politikern und dem Preisüberwacher auf der einen Seite und den Ärztevertretern auf der anderen Seite?*

Die Glaubwürdigkeit in ärzteeigenes Zahlenmaterial, in die Trustcenter und die FMH ist in diesen KN-Monaten enorm gewachsen, und es ist im Interesse von uns allen, dass dieses Kapital nicht verspielt wird. Dies heisst aber nicht, dass unsere «Oberen» den Ideen der santésuisse für ein Globalbudget mit Wachstum Null bis zum St. Nimmerleinstag aufsitzen müssen ...

*Welches sind Deine Visionen für einen Tarif, der die Grundversorgung, deren Fortbestand zur Zeit bedroht ist, attraktiv macht?*

Es gibt noch ein «Leben danach – nach Kostenneutralität und TARMED» – gerade für Grundversorger! Meine Vision heisst «Diversifikation». Wieso nicht un-

terschiedliche Taxpunktwerte für jede Fachgesellschaft, für Stadt und Land, für unterversorgte Gebiete, für Notfalldienstleistende, für selbstdispensierende Ärzte, für Mitglieder einer Managed-Care-Organisation?

*Lieber Hans-Werner, ich danke Dir für dieses offene Gespräch. Hoffen wir, dass faire und respektvolle Verhandlungen schliesslich zu einem für alle befriedigenden Resultat führen werden. Hoffen wir auch, dass der TARMED letztlich seinen Teil zur Behebung des drohenden Hausärztemangels und der gefährdeten hausärztlichen Versorgung in den ruralen Gebieten beitragen wird.*

## Apropos

Die Hausärzte  
könnte**N** ohne  
Gesundheit**S**versorgungs-  
sys**T**em auskommen, aber  
ke**I**n  
Gesundhei**T**s-  
versorg**U**ngssystem ohne  
die Hausärz**T**e.

**FÜR HAUSARZTMEDIZIN**  
Die Hausärzte, Ihre Spezialisten für alle Fälle!

Peter Tschudi