

Alles in 5 Minuten?

Rolf Temperli, Heidi Zinggeler Fuhrer

Die Tarifpartner haben sich das sportliche Ziel gesetzt, bis Ende Jahr einen neuen Tarif für die ärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich zu kreieren. Tarifpartner sind die FMH, die Spitäler H+ und die Unfallversicherer zusammen mit Militär- und Invalidenversicherung MTK/ZMT (Medizinartarifikommission der Zentralstelle für Medizinartarife UVG). Neu dabei ist curafutura (die vier Krankenkassen CSS, Helsana, Sanitas und KPT, welche zusammen zirka 45% des Leistungsvolumens abdecken). Santésuisse verweigert nach wie vor die Zusammenarbeit.

Zahlreiche Fachteams (Vertreter der Tarifpartner und der hauptsächlich betroffenen Fachgesellschaften) erarbeiten das Grundgerüst des neuen Tarifs – Kapitel für Kapitel – nach den gleichen Grundsätzen: Sachgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Gesetzeskonformität, möglichst einfach, möglichst datenbasiert. Sachgerechtigkeit bedeutet, nicht gewisse Leistungserbringer oder Fachgebiete ohne zureichenden Grund zu privilegieren oder zu diskriminieren. Soweit alles klar!

Im geltenden Tarif gibt es offensichtliche Diskriminierungen: die höchstbewertete ärztliche Leistung (Dignität FMH 12) ist 2,5-mal mehr wert als die des Haus- und Kinderarztes (Dignität FMH 5). Die Begründung dafür (Einkommenseinbusse während der überlangen Weiter- und Fortbildungszeit bzw. verringerte Lebensarbeitszeit im Beruf) ist heute noch falscher, als sie bei Einführung des TARMED vor elf Jahren schon war.

Gäbe es denn Gründe für unterschiedliche Abgeltungen? Wenn ja, welche? Die Ausnahmekönnerin? Der Triagist? Die Jungen aus den Spezialkliniken? Die Alten mit der breiten Erfahrung? Die Teuren? Die Billigen? Wer wird in welche Gruppe eingeteilt? Und vom wem? Die Haltung von MFE ist klar: das einzige genau definierte Kriterium ist der Facharztstitel mit einem Curriculum von minimal fünf oder sechs Jahren. Unter Fachärzten kann es keine unterschiedlich bewerteten Leistungen geben. Eine Lösung muss für Nicht-Fachärzte gefunden werden.

Die einfachst mögliche Tarifierung wäre die Reduktion auf eine einzige ärztliche Leistung pro 5 Minuten, für alle, für alles. Wem brächte das welche Vorteile, welche Nachteile? Vor allem den Versicherern gefällt diese Variante. Was würde sie für die Haus- und Kinderärzte bedeuten?

Die Tarifkommission MFE ist der Meinung, dass ein Zeittarif in Frage kommt, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass dies für alle gilt.

Nach den Vorstellungen der Tarifpartner soll es Handlungsleistungen (wie aktuell der «Status» oder die «Vorsorgeuntersuchung») nur noch dort geben, wo sie genau definiert werden können und eine geringe zeitliche Streubreite aufweisen (Beispiel: Sectio caesarea). Korrekt tarifiert, dürfte es über längere Zeit gerechnet keinen Unterschied geben, ob eine Leistung als Zeit- oder als Handlungsleistung definiert ist.

Unbestritten ist, dass zahlreiche Handlungsleistungen im aktuellen Tarif überbewertet sind, das heisst mit zu hohem Zeitaufwand veranschlagt sind, und ungerechtfertigte Umsätze erlauben. Ebenso unbestritten ist, dass das Wegfallen von Handlungsleistungen keine Belohnung der Effizienz mehr zulässt. Wie würde sich das auf Ihren Praxisalltag auswirken?

Die Tarifkommission MFE hält am Status (kleiner, mittlerer und grosser Status, wie im Vorschlag Kapitel 40 formuliert) und an der Vorsorgeuntersuchung im Vorschulalter fest.

Und die Besuchsinkonvenienzpauschale? Müssen Besuche besser abgegolten werden als Konsultationen in der Praxis? Und wie wäre das zu begründen? Muss der Hausbesuch speziell gefördert werden? Aus versorgungspolitischen oder aus wirtschaftlichen Gründen? Wirtschaftlich aus Sicht des Arztes, des Versicherers, der Gesellschaft?

Die involvierten Gremien diskutieren im Moment erst über Grundsätze und Nomenklatur. Schon jetzt erhitzen sich die Gemüter stark. Die FMH muss sich intern einig werden, um nicht als Verhindererin des Revisionsprojekts dazustehen.

Die in den Fachteams (MFE ist an den Diskussionen im Fachteam «ärztliche Grundleistungen» involviert) beratenen Kapitelvorschläge werden allen anderen Fachteams und den Fachgesellschaften zur Vernehmlassung unterbreitet. Dieser Prozess wird in den nächsten Monaten stattfinden und von den Fachgesellschaften und

Tarifexperten einen enormen Aufwand abverlangen. Der einer Leistung zugesprochene Preis wird am Schluss nicht nur vom mit den Kantonen auszuhandelnden Taxpunktwert abhängig sein, sondern auch von der Zuteilung der Taxpunkte. Mit dem aktuellen Tarif erwirtschaften einige Fachgesellschaften deutliche Gewinne aus zu hoch veranschlagten Handlungsleistungen (Minutage) oder zu hoch taxierten technischen Leistungen, währenddem andere einen Teil der Infrastrukturkosten aus der ärztlichen Leistung bezahlen, die eigentlich den ärztlichen Lohn darstellen sollte. Die Grund-Konsultation besteht aktuell aus 54% ärztlicher und 46% technischer Leistung. Wie alle problemlos ihren Buchhaltungszahlen entnehmen können, liegt der Unkostenanteil in Tat und Wahrheit deutlich höher. Schon allein die korrekte Berechnung der Unkosten muss zu einem deutlichen Anstieg der TL in der Konsultation und somit zu einem begründbaren Kostenanstieg führen. Im aktuellen Tarif finden sich auch zahlreiche Leistungen mit einer offensichtlich zu hohen TL, welche korrigiert werden muss.

Die Anpassung der Abgeltung der ärztlichen Leistungen ist der zweite Kostenfaktor. Die vom BAG geforderte Kostenneutralität widerspricht der Prämisse von Wirtschaftlichkeit und Sachgerechtigkeit. Auch auf dieser Ebene stehen schwierige Diskussionen bevor.

Zu guter Letzt wäre dann noch der Taxpunktwert auszuhandeln. Ausgehend von der Forderung nach Sach-

gerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit können auch in diesem Bereich Veränderungen erwartet werden. Sind unterschiedliche Taxpunktwerte in Spital und Praxis, zwischen Kranken- und Unfallversicherern, unter den Kantonen oder Regionen, zwischen Stadt und Land oder gar zwischen Grundversorgern und Spezialisten vertretbar? Welche Argumente sprechen dafür? Welche dagegen?

Und was ist mit Kapitel 40? Unter der aktuell diskutierten Voraussetzung, dass neben der quantitativen (unterschiedliche Abgeltung der ärztlichen Leistung) auch die qualitative Dignität (Abgrenzung gewisser Leistungen für bestimmte Fachärzte) aufgehoben werden soll, wird es ein abgegrenztes Kapitel für Hausarzt- und Kindermedizin nicht geben. Alle Kapitel und Positionen sollen für alle offen sein, alle sollen die gleiche Position für die Konsultation zum gleichen Preis abrechnen. Es soll keine geschützten Gärten mehr geben. Könnten wir damit leben? Auch dann, wenn es zum Beispiel keine spezifisch pädiatrischen Positionen mehr geben sollte?

Es ist wichtig, sich jetzt über all diese Fragen Gedanken zu machen. Der Vernehmlassungsprozess wird sehr kurz sein und aus logistischen Gründen vor allem unter den Tarifdelegierten und den Vorständen der Dach- und Fachgesellschaften stattfinden. Der Einzelne wird keine direkte Stellungnahme abgeben können.

Gerne nimmt die Tarifkommission Ihre Fragen, Sorgen und Anregungen entgegen. Jetzt.

Korrespondenz:
Dr. med. Rolf Temperli
Facharzt FMH für Kinder-
und Jugendmedizin
Hessstrasse 27d
CH – 3097 Liebefeld
temperli-rossini[at]
bluewin.ch