

*Einschreiben*

Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern

Baden, 09.06.2017

Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung – Anpassung des Ärztetarifs TARMED per 01.01.2018:

## **Stellungnahme der ASOBA**

### **Ausgangslage**

Die ASOBA (Association of Swiss Office Based Anaesthesiologists) vertritt die frei praktizierenden Anaesthesieärztinnen, -ärzte, die ihre Leistungen in einem rein ambulanten, ausserklinischen Setting erbringen. Diese Leistungen werden im Rahmen des Tarmed oder tarmedbasierter Fallpauschalen honoriert.

Die geplanten Veränderungen der ambulanten Tarife haben direkte Auswirkungen auf das Angebot und die Honorierung im Bereich der ASOBA Mitglieder.

### **Allgemeine Beurteilung der Revision**

In der Einleitung der Verordnung wird genau dargestellt, wieso der Bundesrat in die Tarifgestaltung eingreift. Dabei kommt vor allem die Frustration zum Ausdruck, dass es die Tarifpartner nicht erreicht haben, einen von allen Teilnehmern akzeptierten Vorschlag zu erarbeiten. Auf Seite 6 der Unterlagen steht, *dass die Behörde bei der Festsetzung des Ersatztarifs durchaus einen strengen Massstab anlegen darf und soll, geht es doch darum, den in Artikel 43 Absatz 6 KVG genannten Zielen nachzukommen (...), aber auch einen Anreiz zu schaffen, dass sich die Tarifpartner auf eine autonome Konfliktlösung besinnen.* Da die Spezialärzte entweder übermässig abrechnen oder eine Überversorgung betreiben – so der Tenor der Verordnung - werden folgerichtig ausschliesslich sie mit dem neuen Tarif gemassregelt.

Dieser Tarif ist weder zu Ende gedacht noch fusst er auf betriebswirtschaftlich nachvollziehbaren Fakten.

## Beurteilung der vorliegenden Änderungen aus Sicht des ambulant praktizierenden Anästhesiearztes

### *Ad 1. Dignitätsfaktoren*

Die Begründung die Dignitätsfaktoren zu streichen, weil alle Fachärzte Ihren Titel nach 5 oder 6 Jahren erreichen können, ist eine direkte Kampfansage an die Spezialärzte! Wir alle wissen, dass insbesondere in den operativen Fächern, eine langjährige Ausbildung der Garant für eine erfolgreiche Behandlung ist. Wir sind überzeugt, dass keiner der Verfasser dieser Revision sich von einem Arzt mit 6 Jahren Ausbildung am offenen Herzen operieren lässt. Sollten diese Änderung beibehalten werden, ist der Weg zur Zweiklassenmedizin Tür und Tor geöffnet. Zuerst fällt die Motivation zur Ausbildung und mit einiger Verzögerung werden die fähigen Ärzte zu Mangelware. Diese wiederum können sich vom Tarif distanzieren und nur noch Privatpatienten behandeln. Wer sich dies nicht leisten kann, wird nach langem Warten mit schlecht und mangelhaft ausgebildeten Ärzten vorliebnehmen müssen.

### *Ad 2. Erhöhung der Produktivität in den Operationssparten*

*‘Somit verringert sich der Anreiz, eine Operation ohne zwingende medizinische Notwendigkeit durchzuführen (Seite 9).*

Sicher, das Anheben der Produktivität kann teilweise mit einer schlechteren Bezahlung der ärztlichen und technischen Leistung erzwungen werden. Produktivität definiert sich aber als erbrachte Leistung pro Zeiteinheit. Da die Zeiteinheiten bei bestehenden Kapazitäten gegeben sind, kann die Produktivität kurzfristig nur durch eine Steigerung der Leistungen erreicht werden. Zumindest kurzfristig könnte dies zu einer Mengenausweitung und Steigerung der Gesamtkosten führen. Damit verbunden wäre sicherlich eine sinkende Qualität sowohl bei der Indikationsstellung wie der Umsetzung.

Hat das BAG im Sinne, die Tarife bei den DRGs ebenfalls entsprechend zu korrigieren? Wenn dies nicht gleichzeitig geschieht, wird der ambulante Sektor zusätzlich benachteiligt.

### *Ad 5. Senkung von zu hohen Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen*

Die Reduktion der Minutage auf Kataraktoperationen ist sicher gerechtfertigt. Doch unsere Erfahrungen zeigen, dass die vorliegende Reduktion nicht realistisch ist! 22 Minuten Raumbelegung sind nur bei absolut problemlosen Patienten (was nur selten unserem Patientengut entspricht) und mit einer personell hochdotierten Operationseinheit zu erreichen. Zieht man gleichzeitig in Betracht, dass der Augenarzt mit der Praxistätigkeit bei geringerem Behandlungsrisiko gleichviel oder gar mehr verdienen kann, dann werden langfristig nur noch die einfachen Operationen im privatärztlich-ambulanten Setting durchgeführt. Die restlichen Patienten werden zur Operation ins Spital überwiesen.

*Ad 12. Zuschlag von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten löschen*

Sicher besteht heute die Möglichkeit, über Materialien einen vermeintlichen Gewinn zu erwirtschaften. Dieser dient aber zur Deckung anderer, nicht abgedeckter Kosten:

- Bei nicht-alltäglichem Verbrauchsmaterial ist der Bedarf nicht planbar und ein gewisser Anteil an Verfall kann nicht verhindert werden
- Das Vorhalten von diversen Notfall-Artikeln und -Medikamenten

Hier ein Vorschlag, wie der Arzt zur Reduktion der Kosten bei den Verbrauchsmaterialien motiviert werden könnte:

Der Arzt hat aufgrund der Einzelstückpreis-Limite von Fr. 3.- wenig Ansporn kostengünstiges Material einzukaufen. Schon bei Einführung des Tarmed war die Dreifrankengrenze umstritten. Damals standen das Weglassen oder aber eine massiv höhere Grenze (Fr. 300.-) zur Diskussion.

Mit den heute zur Verfügung stehenden Daten, könnte sehr genau errechnet werden, welche Tarmedpositionen mit welchen Kosten im Bereich Verbrauchsmaterial verbunden sind. Es wäre somit sinnvoll, die Tarmed-Leistungen entsprechend besser zu vergüten und auf das Verrechnen der Verbrauchsmaterialien bis zu einem deutlich höheren Betrag (z.B. Fr. 500) gänzlich zu verzichten. Damit könnte ein effektiver Sparanreiz gesetzt werden!

Erlaubt sei die Frage, ob - mit derselben Begründung - durch eine Reduktion der Medikamentenpreise um pauschal 10% nicht ein viel grösseres Sparpotential besteht.

## Fazit

Die in *Artikel 43 Absatz 6 KVG genannten Ziele* werden mit dieser Anpassung nicht erreicht!

Im Gegenteil: Die Änderungen würden mittelfristig zu einer Verschiebung der operativen Leistungen in die öffentlichen(!) Spitäler oder zu einer aufgezwungenen Mengenausweitung in der Praxis führen. Anstatt Kostenreduktion wäre eine Kostenverlagerung bei gleichzeitiger Qualitätseinbusse zu erwarten.

Die Abschaffung der Dignitäten zeugt von einer Geringschätzung der Aus-, Weiter und Fortbildung und des Engagements bei den Spezialärzten. Kurzfristig würden eine Demotivation bei den jüngeren und ein Rückzug aus dem aktiven Berufsleben bei den älteren Spezialärzten resultieren. Langfristig würde dies zu einem Mangel an qualifizierten Spezialärzten führen, die bereit wären, komplizierte und risikobehaftete Behandlungen durchzuführen. Dies wäre weder im Interesse der Patienten noch im Interesse der Grundversorger.

Der Vollzug der vorgeschlagenen Änderungen im Bereich Dignität, Produktivität, Amortisation und Verbrauchsmaterial ohne gleichzeitige Anpassung im DRG-Bereich wäre eine eklatante Schlechterstellung der Ärzte in der privatärztlichen Praxis.

**Eine Verlagerung der operativen Leistungen aus dem kostenintensiven stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich wird mit dieser Revision verhindert.**

Dr. med. Mathis Lang  
Facharzt Anästhesiologie  
Präsident ASOBA