

# TarMed aus der Sicht des chirurgisch tätigen Belegarztes

Dass der SUVA/SLK-Tarif in verschiedener Hinsicht überholt und erneuerungsbedürftig ist, bestreiten auch die Chirurgen nicht. Die verschiedenen chirurgischen Fachgesellschaften haben einer Gesamtrevision des Arzttarifes ihre Unterstützung zugesagt. Expertengruppen wurden gebildet, die zusammen mit der Projektleitung die Tarifpositionen erarbeitet haben. Von den Mitgliedern der Expertengruppen vernahm man damals positive Signale. Es war von realistischen Zeitangaben, von Dignitäten, von severity score etc die Rede, alles werde betriebswirtschaftlich aufgebaut.

Als die erste Version des TarMed publik wurde, distanzieren sich die Delegierten der ersten Stunde. Zu vieles hat sich in der Zwischenzeit ohne ihr Dazutun verändert. Die FMS erreichte eine Überarbeitung. Die Expertengruppen wurden von den Fachgesellschaften reaktiviert. Unter grossem Zeitdruck wird zur Zeit alles durchforstet, verglichen, berechnet. Noch ist dieses sogenannte Re-Engineering nicht abgeschlossen. Trotzdem soll jetzt der Tarif eingeführt werden.

Warum löst der TarMed bei den Invasiven diese Ablehnung aus? Er gibt vor, betriebswirtschaftlich zu sein. Da heisst, bei korrekter Anwendung des Tarifs sollte ein optimal organisierter Betrieb funktionieren und ein Einkommen erwirtschaftet werden können, das den Vorgaben „Referenzeinkommen“ und „Jahresarbeitszeit“ entspricht.

Bereits 1999 mit Tarmed-Version alpha 2.2 und erneut während dem ganzen Monat Mai 2001 mit der Version 1.0 habe ich meine laufend erbrachten Leistungen parallel zu den heute gültigen Tarifen gerechnet. Da die Nachfrage nach Dienstleistungen die verfügbare Kapazität meiner Tätigkeit übersteigt, dürfte die immer wieder insuinierte Mengenausweitung zu vernachlässigen sein. Die Arbeitsabläufe sind optimiert. Die Kennzahlen sind seit 10 Jahren im Rahmen der ROKO-Studie erfasst und validiert worden. Alle Leistungen, ambulant wie stationär, in der Sprechstunde wie im Operationssaal wurden ohne Zusatzhonorare gerechnet. Natürlich entspricht dies nicht der heutigen Realität, doch ist gerade dies der entscheidende Faktor, werden doch zunehmend Forderungen laut, Zusatzhonorare seien in Hinblick auf den betriebswirtschaftlichen TarMed zu beseitigen.

Die Sprechstundentätigkeit, die die Hälfte meiner Arbeitszeit beansprucht, aber nur 15 % der Einnahmen ausmacht, erfährt unter TarMed ein Plus von 60 %. Die Steigerung der Einnahmen geht auf das Konto der eigentlichen ärztlichen Leistungen. Dagegen vermindern sich die Einnahmen aus dem Röntgen um 20 % (Labor und SD werden in meiner Praxis nicht angeboten). Die Einnahmen aus der chirurgischen Tätigkeit (heute 85 % der Gesamteinnahmen) erfahren unter TarMed einen gewaltigen Einbruch und erreichen gerade noch 25 % - also ein Viertel - der heutigen Einnahmen.

Dazu 3 Beispiele:

1 TarMed-TP =1 Fr.	Hüft-Total-Prothese	Hallux valgus (Osteotomie)	Arthroskopische Meniscectomie
1-er Privat Luz.Priv.Tarif	2547.00	1224.00	1224.00
½-Privat Luz.Priv.Tarif	2079.00	999.00	999.00
Allgemein SUVA/SLK	1470.00	618.75	618.75
die ärztliche Assistenz	30 %	1/3	1/3
TarMed AL	429.31	208.36	224.64
Assistenz	206.45	19.53	42.33

Konsequent nach TarMed abgerechnet kann ich mit dem heutigen work load rund 350 000 CHF pro Jahr einnehmen. Meine Betriebskosten betragen aber mehr als 500 000 CHF. Dieser Betrag liegt leicht über dem Vergleichswert der ROKO-Studie, ist aber im Verhältnis zum Gesamtumsatz plausibel. Auch habe ich im Rahmen der Neuorganisation und Praxisverlegung ins OrthoZentrum St. Anna jede erdenkliche Rationalisierungsmöglichkeit ausgeschöpft. Soll die gleiche Dienstleistungsqualität geboten werden, lässt sich einfach nichts mehr einsparen.

Gemäss Aussagen von Kollegen sind Einbrüche in anderen Fachgebieten in ähnlichem Umfang zu erwarten.

**Es geht also nicht darum, mehr oder weniger zu verdienen. Mit dem TarMed lassen sich nicht einmal die Betriebskosten einer chirurgischen Belegarztpraxis decken. Dieser Tarif ist nicht betriebswirtschaftlich und führt über kurz oder lang in den Konkurs.**

Was sind die Gründe dieser grotesken Situation?

Die FMS hat seit längerem auf einige Missstände hingewiesen und auch (wenige) Korrekturen erreicht. So wurde zB. die völlig paradoxe Zuordnung von höherer Produktivität mehrerer kleiner Eingriffe an einem OP-Tag und niedriger Produktivität von wenigen langdauernden Eingriffen der Logik folgend umgetauscht. Nach wie vor unberücksichtigt ist die generell zu hohe Einstufung der Produktivität im Operationssaal. Ein Ferrari kann zwar 250 km/h fahren, ist aber deswegen trotzdem nicht in einer Stunde von Zürich in Genf....

Ein zentraler Punkt ist das Verhältnis zwischen Arztleistung AL und technischer Leistung TL. Die AL stellen den eigentlichen „Arztlohn“ dar, eben der aus den Vorgaben „Referenzeinkommen“ und „Referenzarbeitszeit“ resultierende individuelle Betrag. Mit der TL sollen hingegen die Betriebskosten abgegolten werden, ohne damit viel Geld zu verdienen (Eliminierung von Amortografen). Die ROKO-Studien zeigen, dass das Verhältnis Betriebskosten zu Arzteinkommen in der Orthopädie 2:1 ist. Ein Blick in den TarMed zeigt jedoch, dass hier das Verhältnis AL zu TL annähernd umgekehrt ist. Bei den operativen Leistungen sind die Verhältnisse noch krasser, da der Operateur überhaupt keine TL erhält, diese gehen alle ans Spital. Zwar wird in jüngster Zeit von sogenannten arzt nahen technischen

Leistungen gesprochen, dagegen wehren sich aber verständlicherweise die Kliniken, sind doch die TL auch für sie kaum kostendeckend: Hüft-Total-Endoprothese 1024.10 CHF, Hallux valgus 395.23 CHF, Arthroskopische Meniscectomie 216.58 CHF. Wie damit ein aufwändiger personalintensiver OP-Betrieb finanziert werden soll bleibt ein Rätsel.

Die invasiv Tätigen sehen mit gemischten Gefühlen dem weiteren Verlauf entgegen. Es dürfte klar sein, dass wir diesem Vertragswerk nicht zustimmen können. Die Ärztekammer hat den Tarif trotz den Widerständen und Warnungen der FMS grossmehrheitlich angenommen. Die Urabstimmung wird dem folgen. Offensichtlich nimmt die Mehrheit der Ärzteschaft den wirtschaftlichen Zusammenbruch eines Teils ihrer Kolleginnen und Kollegen in Kauf. Fragt sich bloss, zu welchem Nutzen. Was die Invasiven, im Speziellen die chirurgischen Belegärzte, zukünftig unternehmen werden, interessiert offensichtlich niemanden weiter, weshalb an dieser Stelle auf die Schilderung möglicher Szenarien verzichtet werden kann.

Luzern, 6.1.2002

Dr.med.J.E.Brandenberg

TarMed-Delegierter der  
Schweiz.Gesellschaft für Orthrop.Chirurgie SGO