

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 Versorgungerguppen 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

Ärztenschaft 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