

Einkommen von Chef- ärzten und leitenden Ärzten im Bereich des Faches Gastroenterologie nach der Einführung von TarMed

An die Mitglieder der Fachgesellschaft der Schweizerischen
Gastroenterologen FMH (FAGAS)

H. W. Aenishänslin

Die Einführung von TarMed wird noch einige Zeit dauern. Trotzdem sind verständlicherweise erneut Fragen darüber aufgekommen, wie sich das Einkommen von Chefärzten und leitenden Ärzten im Bereich des Faches Gastroenterologie nach Einführung von TarMed gestalten wird. Nach Besprechungen im Vorstand unserer Fachgesellschaft und im Einverständnis mit ihm formuliere ich deswegen diesen Brief. Sie erinnern sich, dass ich mich in ähnlicher Sache mit einem «offenen Brief» bereits am 7. Februar 1999 an Sie gewendet habe.

Ausgangslage

Die Zusammensetzung des Einkommens von Chefärzten und Leitenden Ärzten (künftig «Spitalärzte») ist kantonal unterschiedlich geregelt. In einigen Kantonen, wie z.B. Zürich, setzt es sich im Bereich des Faches Gastroenterologie zum Teil aus einem Fixum und zum Teil aus der Tätigkeit in der ambulanten Endoskopie (und der zugehörigen Sprechstunde) zusammen. In anderen Kantonen, z.B. Basel-Stadt, wird die gesamte Tätigkeit eines solchen Spitalarztes durch ein angemessenes Fixum abgegolten. In beiden Modellen kommen Einnahmen aus der stationären privatärztlichen Tätigkeit dazu.

Korrespondenz:

Dr. H. W. Aenishänslin

Präsident Fachgesellschaft der Schweizerischen Gastroenterologen
FMH (FAGAS)

Oristalstrasse 25

CH-4410 Liestal

E-mail: hw.aenishaenslin@bluewin.ch

Die Höhe der Bezüge aus der ambulanten Endoskopie sind je nach Vertrag verschieden. Tarifarische Grundlage bildet in der Regel der Spitalleistungskatalog SLK. Der Spitalarzt erhält bis jetzt vom gesamten Preis einer technischen Leistung einen mehr oder weniger hohen Anteil. Die Aufteilung erfolgt willkürlich. Wichtig zum Verständnis der nachfolgenden Ausführungen ist der Umstand, dass der SLK nicht unterscheidet zwischen ärztlicher und technischer Leistung.

AL und TL als Neuerung in TarMed

Im TarMed setzt sich der Preis für eine Leistung, z. B. für eine bestimmte Endoskopie, zusammen aus der ärztlichen (AL) und der technischen Leistung (TL). TarMed ist in seinem Ansatz ein betriebswirtschaftlich gerechneter Tarif und im wesentlichen ein Zeittarif. Die frankenmässige Bemessung der AL hängt neben dem Zeitfaktor von der sogenannten Dignität und der Produktivität ab, jene der TL von der zugrundeliegenden Infrastruktur, von Raumbedarf, Personal etc. Je nach Umfang der für die Leistung notwendigen Infrastruktur ist die TL verschieden hoch angesetzt.

Bei der künftigen Regelung der Abgeltung einer Tätigkeit in der ambulanten Endoskopie für Spitalärzte könnte die betreffende Spitalverwaltung nun davon ausgehen, dem Arzt nur noch jenen Teil des Gesamtpreises einer technischen Untersuchung gutzuschreiben, welchen die Tarifstruktur für den Arzt vorsieht, nämlich die AL. Die TL würde die Verwaltung für sich alleine beanspruchen. Eine solche Lösung könnte für einzelne Spitalärzte zu einer nicht unerheblichen Lohneinbusse führen.

Sonderregelungen, wie sie an vielen Spitalern noch der Fall sind (z.B. doppelte Verrechnung einer technischen Leistung, einmal für das Portmonnaie des Arztes und einmal für jenes des Spitals), werden künftig richtigerweise vermieden. Es gibt also nur noch *einen* gültigen Preis, basierend auf TarMed (Sonderabsprachen z.B. mit Fallpauschalen vorbehalten). In diesen Preis – zusammengesetzt aus AL und TL – haben sich Arzt und Verwaltung zu teilen. Offen ist, nach welchen Kriterien diese Teilung erfolgen soll. TarMed schlägt dafür keine Regelung vor. Die Verwaltungen der Spitäler könnten argumentieren, dass vom Gesamtpreis die TL vollständig dem Spital gehört und nur die AL dem Arzt oder gar davon noch ein Teil dem Spital, weil der Arzt vom Spital angestellt sei. Der Spitalarzt wird sich aber – verglichen mit jetzt – mit der vergleichsweise tiefen AL allein nicht zufriedengeben können. Als Beispiel diene die Ösophago-Gastro-Duodenoskopie: Gemäss aktuellem Stand ist der Gesamtpreis Fr. 514.–, davon Fr. 81.– für die AL und Fr. 433.– für die TL.

Die Haltung des Spitals wäre dann verständlich, wenn der Arzt auch für seine Tätigkeit im Ambulatorium durch einen angemessenen Grundlohn entschädigt wäre. Wenn wie bisher in einzelnen Kantonen das Einkommen des Spitalarztes zum Teil

aber aus der ambulanten Tätigkeit stammt, dann muss sich der betreffende Spitalarzt um eine Neugestaltung seines Vertrages kümmern.

Argumente in dieser Situation für den Spitalarzt

Der Spitalarzt wird sich auf den Standpunkt stellen, dass Endoskopien im ambulanten (und bei Zusatzversicherten im stationären) Bereich neben anderen mit zu den wichtigsten Einnahmequellen eines Spitals gehören. Bei ungenügender Entschädigung eines Spitalarztes könnte dieser sein Interesse an der ambulanten Endoskopie verlieren und seine Verfügbarkeit reduzieren. Die Anzahl der Untersuchungen würde in der Folge abnehmen und damit auch die Einnahmen und vielleicht auch die Attraktivität einer ambulant tätigen Abteilung. Eine solche Abnahme von Untersuchungsfrequenzen könnte Konsequenzen im Hinblick auf die Belegung des Spitals durch halbprivate und private Patienten haben, weil einige dieser potentiellen stationären Patienten via Ambulatorium nicht mehr für das Spital gewonnen werden könnten. Weiter könnten Spitalärzte in bisher fester Anstellung bei Einkommenseinbussen den Spitaldienst quittieren und abwandern, entweder in die freie Praxis oder in Privatspitäler. Und nicht zuletzt kann der Spitalarzt argumentieren, dass er Teil des Systems ist und dass ohne ihn ein Ambulatorium nicht funktioniert (wie auch nicht ohne Krankenschwester oder ohne Spitalverwalter). Weil eben in der ambulanten Endoskopie der Spitalarzt ein Teil des unternehmerischen Systems ist, wäre ihm auch ein Anteil der TL gutzuschreiben.

Eine Neuordnung der Verträge unter den genannten Umständen drängt sich also auf. Es gibt verschiedene Möglichkeiten:

1. Der Spitalarzt arbeitet weiterhin nach «Aufwand» und erhält einen vertraglich geregelten Anteil an einer bestimmten technischen Verrichtung, z. B. einer Endoskopie, neben der AL also auch einen Teil der TL.
2. Die Endoskopieabteilungen – gut vorstellbar an kleineren Spitälern – werden verselbständigt unter der unternehmerischen und ärztlichen Leitung von einem oder zwei Ärzten, welche im Nebenamt als Chefärzte oder leitende Ärzte auch die stationären Belange dieses Spitals betreuen.
3. Die letzte Möglichkeit besteht in der Entlohnung der festangestellten Spitalärzte mit einem Fixum, dessen Höhe sich nach Kompetenz und Verantwortung richtet und welches sämtliche Arbeiten, also auch technische Untersuchungen im Rahmen der sozialen Krankenversicherung (allgemeine

Patienten) abdeckt. Allfällige Einkommen von Zusatz-, Halbprivat- und Privatversicherten im stationären Bereich kämen dazu. Die Höhe des Lohns für festangestellte Spitalärzte hätte selbstverständlich die Länge der Weiterbildungszeit, das Mass der Verantwortung und der Kompetenz zu berücksichtigen.

Die aufgezeigten Möglichkeiten sind im übrigen auch vor dem Hintergrund zu betrachten, dass die Tendenz besteht, an den Spitälern im Mittelbau der ärztlichen Versorgung mehr und mehr Ärzte fest anzustellen.

Einige Randbemerkungen

TarMed begünstigt den Arzt in der freien Praxis nicht. Sein Einkommen resultiert ebenfalls aus der AL. Mit dem Anteil der TL bezahlt er die Kosten für seine Praxis wie es auch das Spital tut. Für Praxis und Spital mag gelten, dass bei idealer Organisation und bei guter Auslastung ein gewisser Teil der TL als «unternehmerischer Gewinn» zusätzlich verfügbar ist.

Die zunehmende Konkurrenzierung zwischen Spital und Praxis, aber auch zwischen den Spitälern und zwischen den Praxen, wegen der zunehmend höheren Dichte an qualifizierten Ärzten stellt ein Problem dar, welches auf tarifarischer Ebene mit TarMed nicht zu lösen ist. Das Unternehmerrisiko nimmt bei der gesamten Ärzteschaft ohnehin zu, ambulant und im Spital.

Eine Hilfestellung bei der Ausgestaltung der neuen Verträge von seiten des TarMed darf nicht erwartet werden. TarMed beinhaltet keine solche Regelung. Verträge und Einkommensgestaltung sind eben Sache der Kantone, der Gemeinden und der Spitäler.

Die Empfehlungen

Es liegt an den Spitalärzten, den Chefärzten und den leitenden Ärzten der betroffenen Kantone, sich zusammenzutun und gegenüber ihren Spitalverwaltungen und Direktionen von dem Inkrafttreten von TarMed zu argumentieren mit dem Ziel, ihre Verträge neu zu ordnen. Je mehr diese Ärzte auch ein unternehmerisches Risiko auf sich nehmen wollen, desto mehr kann das in den neuen Verträgen berücksichtigt werden. Je mehr aber sie sich ihrer eigentlichen Arbeit als Chefärzte, Leiter einer Weiterbildungsstätte und Angehörige eines Lehrkörpers widmen wollen, desto eher sollten sie auf ein umfassendes, sämtliche Tätigkeiten einschliessendes Fixum tendieren.