

Die am häufigsten gestellten Fragen zu TarMed

Die Öffentlichkeit vergleicht das Referenzeinkommen des Arztes mit dem Bruttoeinkommen eines Angestellten. Ist dieser Vergleich korrekt? Kann der Arzt, der zu 100% mit der vorgesehenen Produktivität arbeitet, dieses Einkommen wie ein Angestellter erreichen? Oder muss er von diesem Einkommen die Unkosten abziehen, die nicht direkte Praxisinfrastrukturkosten sind wie z.B. Haftpflichtversicherung, Arbeitgeberanteil der Sozialversicherung im Falle von Angestellten, obligatorische Mitgliederbeiträge an medizinische Gesellschaften wie z.B. die FMH, Fortbildung usw.? Hat man berechnet, wie gross diese Unkosten im Durchschnitt sind?

P. S. in V.

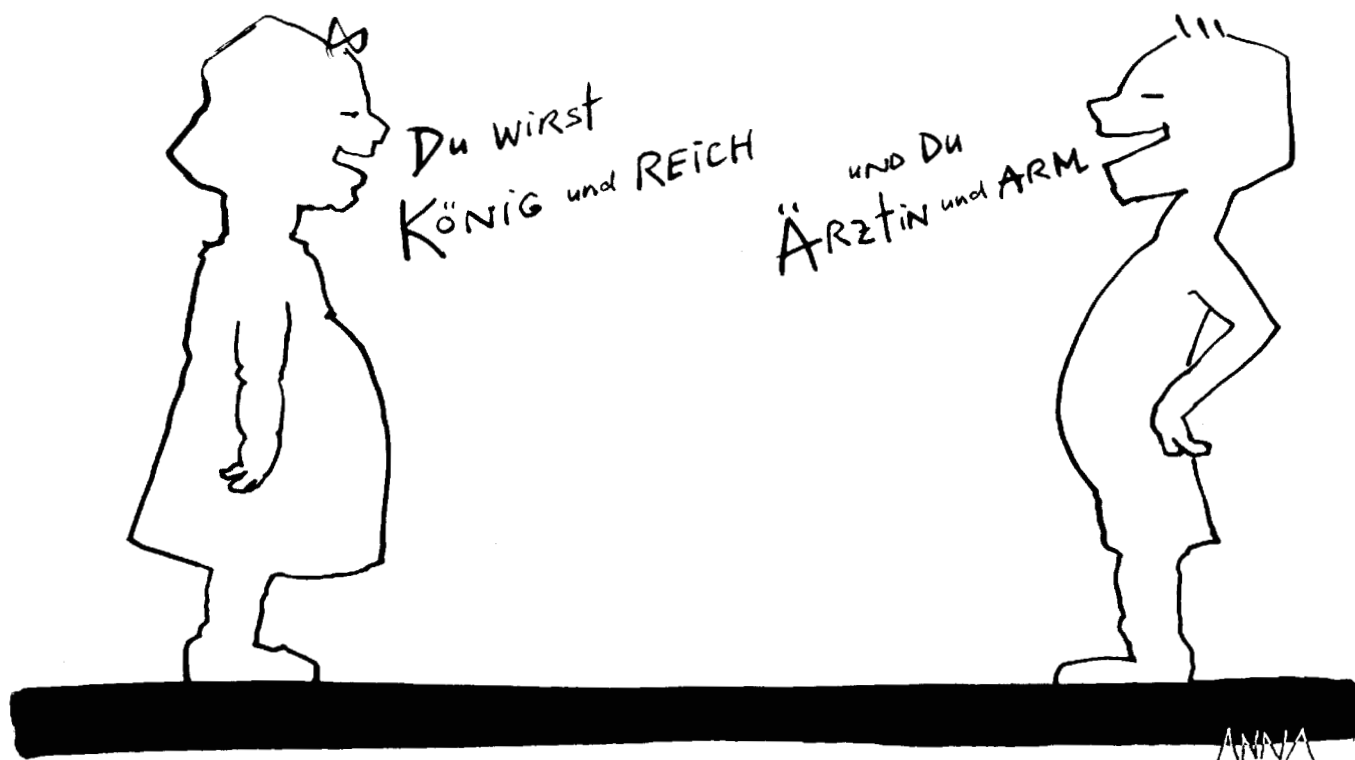
Das Referenzeinkommen entspricht dem Einkommen des Selbständigerwerbenden (inkl. dessen Sozialabgaben), bezogen auf eine Normarbeitszeit (1920 Stunden). Ärztliche Fortbildung wird mit 80 Stunden

als Arbeit gerechnet (entsprechend Fortbildungsordnung der FMH) bzw. ist in diesen 1920 Stunden berücksichtigt. Mitgliederbeiträge und Haftpflichtversicherung werden als Teil der Praxisunkosten verstanden und werden mit der TL abgegolten. Dieser Umstand war unter andern z.B. auch massgeblich dafür, dass das perioperative Management bzw. die Belegarztstätigkeit mit einer TL versehen werden mussten.

Ich arbeite seit 12 Jahren als Psychiater in der Stadt Zürich. Gemäss meiner kleinen internen Statistik arbeite ich ca.1200 Std./Jahr, die ich via Kasse abrechnen kann. Fortbildungen, die ich ziemlich intensiv betreibe, sind in dieser Stundenzahl natürlich nicht eingerechnet. Eine Umfrage unter den Kollegen ergab vergleichbare Zahlen. Ich betrachtete mich bisher als 100% arbeitend. Muss ich in Zukunft 150% arbeiten, sprich 1920 Stunden, was auch in unserem Beruf nicht geht, um auf das Vergleichseinkommen zu kommen. Oder war ich bisher einfach ein fauler Hund? Oder wie stellen sich die für den TarMed Verantwortlichen die Realität dieses Tarifes beim Psychiater vor? Ich finde, sie haben es sich mit der Beantwortung der Frage an C. J. in Z. ziemlich einfach gemacht.

Noch eine 2. Frage: Was heisst aktueller blauer Tarif? Heisst das: Aktueller blauäugiger Tarif?

H. B. in Z.



Für die Antwort gehen wir davon aus, dass die genannten 1200 Stunden tarifarisch verrechenbare Arbeitszeit ist. Mit der TarMed-Tarifstruktur werden Sie mehr Arbeit tarifarisch verrechnen können, als dies bis jetzt der Fall war (Stichwort: Arbeit für den Patienten, Arbeit in Abwesenheit des Patienten). Die genannten 1200 Stunden dürften durchaus auf 1500 bis 1600 Stunden ansteigen. Unter Berücksichtigung tarifarisch nicht verrechenbarer Arbeitszeit von 15% können Sie davon ausgehen, dass Sie die Normarbeitszeit von 1920 Stunden, die dem Vergleichseinkommen entspricht, erreichen werden. Sie waren kein fauler Hund und werden zumindest gleichviel verdienen wie nach «aktuellem blauem Tarif» – Interventionen von Frau Dreifuss und weitere Interventionen des Preisüberwachers in den Kantonen vorbehalten.

Aktueller blauer Tarif: UV/MV/IV-Arzttarif, in blauem Buchdeckel, deshalb blauer Tarif; Tarifierung psychiatrischer Leistungen höher als in den meisten KVG-Tarifen der Kantone.

Bei einer am 1.12.99 durchgeführten Abnahme meines Praxis-OPs hielten Herr G. Geser (VZKV) und Herr M. Rübél (AGZ) schriftlich folgendes fest: «Ihr Praxis-OP ist abgenommen. Diese Bewilligung ist aber bis zur Einführung des TarMed im Kanton Zürich befristet. Eine allfällige Besitzstandswahrung bei Einführung des TarMed kann nicht geltend gemacht werden, da zum Zeitpunkt der Abnahme des Praxis-OPs die Zertifizierungskriterien für den Betrieb eines OPs nach den TarMed-Bestimmungen bereits bekannt waren.» Obwohl ich ein HIN-Abo habe und die Grat-Infos dauernd verfolge, ist mir nichts aufgefallen, was wie Zertifizierungskriterien für einen Praxis-OP aussieht. Bin ich blind oder nutzen die Herren Geser und Rübél die etwas verworrene Lage für den Versuch, willkürlich Fakten in ihrem Sinne zu schaffen.

B. F. in Z.

Die Zertifizierungskriterien für OPs sind in der Tat nicht erarbeitet. Entscheidend ist, dass Zertifizierungen im Praxis- wie Spitalbereich nach gleichen Kriterien erfolgen müssen und Massnahmen erst möglich sind, wenn OPs zertifiziert sind. Überdies muss nach allgemeinen rechtsstaatlichen Prinzipien nach Publikation der Kriterien bzw. Anwendung im einzelnen Fall eine Frist zur Adaptierung eingeräumt werden. Sie dürfen getrost damit rechnen, dass hier auch die Spitäler nachhaltig auf die Anwendung solcher Prinzipien pochen werden. Offen ist, ob das kantonale Konkordat bei der Tarifeinführung auf zusätzliche Vereinbarungen drängen wird; wir würden Ihnen empfehlen, diesbezüglich in enger Tuchfühlung mit der AGZ zu bleiben.

Der Nachholbedarf im Infrastrukturbereich bei den Psychiatern ist hinlänglich dokumentiert. Dessen Abgeltung sollte durch TarMed gewährleistet werden. Nun wird argumentiert, dass dies erst dann der Fall ist, wenn sich höhere Infrastrukturkosten in der ROKO zeigen. Wir müssen demnach nicht die Leistung erbringen, damit sie bezahlt wird, sondern diese statistisch mit einer Verzögerung von mindestens 2 Jahren darstellen, bevor wir vielleicht und ohne Rückwirkung eine Erstattung erhalten. Dieses Vorgehen entspricht klar einer Rechtsungleichheit, so werden logischerweise neue bildgebende Verfahren nicht erst dann abgegolten, wenn sie in der Statistik auftauchen. Im übrigen können wir Psychiater uns dies aufgrund unserer Tarifsituation gar nicht leisten. Lösungsvorschlag?

H. L. in A.

Der Nachholbedarf betrifft vor allem den sogenannten sozialpsychiatrischen Aspekt Ihrer Tätigkeit; diesem wurde durch Schaffung der entsprechenden Positionen (erstmalig in einem Tarifwerk der Schweiz) Rechnung getragen. Künftig sollen die Tarife jährlich angepasst werden, was bedeutet, dass, im Gegensatz zu heute, kein wesentlicher Nachholbedarf mehr entstehen kann, weil auch z.B. im Bereiche der ROKO die Umsetzungszeit nicht «mindestens 2 Jahre» dauert.

Zur Besitzstandsgarantie und den Übergangsregelungen haben Sie H. K. in E. geantwortet, dass Leistungen, die jemand regelmässig und mit unbeanstandeter Qualität unter dem Regime der alten Tarife verrechnet habe, auch gemäss TarMed-Tarifstrukturen verrechnet werden können. Was heisst im gegenwärtigen Klima des Misstrauens «regelmässig und mit unbeanstandeter Qualität»? Wer wird dies definieren und auslegen? Wir sind hier der Willkür ausgeliefert.

P. M. in A.

Regelmässig bedeutet, dass Leistungen mit einer Häufigkeit erbracht werden, die den Erhalt der Kompetenz zur Erbringung dieser Leistung garantiert, vor allem aber, dass sie nicht erstmals kurz vor Einführung der Tarifstrukturen zum ersten Mal verrechnet wurde. Qualitativ nicht beanstandet: es liegen keine rechtswirksamen Entscheide vor, die diese Qualität negieren (z.B. entsprechende haftpflichtrechtliche Entscheide, gemeinsame Entscheide von Versicherern und Ärztesellschaften, nicht aber von Versicherern alleine).

Wozu brauchen wir die sogenannte Kostenneutralität kantonale, wo doch der Sinn des TarMed ursprünglich eine sauber betriebswirtschaftlich gerechnete, interkantonale vergleichbare Tarifstruktur und ein ebenso transparentes Vergleichseinkommen gesamtschweizerisch ermöglichen sollte, wenn gleichzeitig die MUMA gesamtschweizerisch eingeführt werden soll und dadurch das Ärzteeinkommen der Grundversorger in den ohnehin billigen SD-Kantonen nochmals (siehe Preisdiktat des BSV bei den Labortarifen ohne stichhaltigen Grund) massiv sinken würde? Damit würde die ungerechte Verteilung der Ressourcen zugunsten der Westschweizer Kantone für Jahre zementiert im Verhältnis 2:1 (Zweiklassenmedizin!). Wieso wird nicht vorerst ein interkantonaler Preis- und Kostenausgleich geschaffen auf der Basis der bisherigen Patientenkosten pro Jahr, damit alle Schweizer das gleiche Recht auf moderne Medikamente und ärztliche Abklärung hätten? Müsste nicht zuerst eine Kostenharmonisierung bei den Kantonen erfolgen, bevor ein gesamtschweizerischer Tarifvertrag mit kantonal unterschiedlichem Taxpunktwert (nach Diktat des kantonalen Kassenfunktionärs bei Aufhebung des Kontraktionszwangs?) eingeführt wird? Kostenvergleiche sind ja jetzt schon aufgrund der Kosten pro Patient und Jahr möglich! Wieso wird von Seiten der Tarifpartner und des Preisüberwachers auf die Kostenneutralität (sprich -reduktion) im ambulanten ärztlichen Bereich soviel Wert gelegt, wenn der Preisindex für ärztliche Leistungen im ambulanten Bereich bereits 1992 per Notrecht (wo gibt es das

sonst?) eingefroren wurde und mit dem unsäglichen neuen KVG 1996 verschiedene neue ambulante Leistungen (Mengenausweitung à la Bundesrätin Dreifuss) eingeführt wurden, während im Spital- und Pflegeheimbereich sowie in der Paramedizin (ohne Qualitätskontrolle) laufend neue höhere Taxen zu Lasten der Krankenkassen bewilligt werden (Index Spitalleistungen 1990 von 160 auf 230 im Jahr 1997). Wie kann der Preisüberwacher eine weitere Verlagerung vom günstigen ambulanten in den aufwendigen und schwerfälligeren stationären Bereich mit seinem sozialen Gewissen vereinbaren (nach Indexstop 1992 nun auch noch ambulante Kostenneutralität resp. drohendes Globalbudget)?

P. H. in N.

Wir können nur hoffen, dass die Angesprochenen bzw. Verantwortlichen diese Zeilen lesen. Sie analysieren nicht nur sauber die Problemlage und geben auch die offizielle Haltung der FMH wieder. Mehr noch zeigen Sie aber, wie klar das Problem an der Basis gesehen und vor allem empfunden wird. Die meisten Politiker und Kassenfunktionäre nehmen die damit verbundene immer höher steigende Wut gar nicht zur Kenntnis. Sie wird sich wohl dann Bahn brechen, wenn der Ärzteschaft noch das bundesrätliche Diktat, sämtliche «Empfehlungen» des Preisüberwachers «umzusetzen», vorgesetzt werden wird. Wie Sie sehen, gehen wir mehr als turbulenten Zeiten entgegen.