

# Absehbare Auswirkungen von TARMED

W. Häuptli

Die Ärztekammer vom 13. Dezember 2001 hat mit grosser Mehrheit TARMED, Version 1.1, genehmigt. Somit dürfte die vorgesehene Urabstimmung zeitgerecht in den kommenden Wochen erfolgen. Von seiten des Genehmigungsprozesses innerhalb der Ärzteschaft steht der ordentlichen Einführung per 1. Januar 2003 also nichts mehr im Wege, vorausgesetzt natürlich, die Urabstimmung endet bejahend. Nun wurden aber ernsthafte Bedenken gegenüber TARMED bereits im Vorfeld, dann aber besonders an der Ärztekammer geäussert und sind bis heute nicht verstummt. Eine Gefährdung der Patienten werde leichtsinnig in Kauf genommen, war zu vernehmen. Solch schwerwiegende Vorwürfe bedürfen einer Stellungnahme, diskreditieren sie die befürwortenden Vertreter der Ärzteschaft doch beträchtlich.

## Mängel und Gefahren von TARMED

Mit TARMED sollen künftig gesamtschweizerisch ambulant erbrachte Leistungen zulasten der Sozialversicherung abgerechnet werden. Wird weiter zutreffen, dass der Taxpunktwert aufgrund objektiver Kriterien festgelegt (Berechnungsannahme Fr. 1.-) und mit der Einführung von TARMED sich gar die LOA-Problematik auflösen wird, so ist zurzeit absehbar eine Fachgruppe ernsthaft bedroht, nämlich Radiologie. In der Schweizerischen Ärztezeitung wurde eingehend darüber berichtet [1]. Schon kurze Zeit nach Einführung von TARMED dürfte sich die radiologische Versorgung zu verändern beginnen. Die Rentabilität der freien Institute dürfte rasch schwinden, bald würden die ersten schliessen. Parallel dazu würde das Defizit der Spitalinstitute ansteigen und die öffentliche Hand zusätzlich belastet, was vor allem dort drastische Massnahmen zeitigen dürfte, wo die Belastung schon heute kaum mehr erträglich ist.

Natürlich ist nicht nur in diesem bedrohten Bereich die Abbildung und Abgeltung der medizinischen Leistung selbst nach wiederholter Überarbei-

tung in TARMED 1.1 nicht perfekt. Daraus sollte aber nicht voreilig ein massiver Vorwurf abgeleitet werden, da dies in Anbetracht der komplexen Angelegenheit, der teils spärlich gesicherten Berechnungsgrundlagen und der nicht stets sachlichen Verhandlungsatmosphäre weiter nicht verwunderlich ist. Denn selbst unter günstigsten Voraussetzungen wird es den perfekten Tarif nie geben. Weiter sind Mängel bezüglich ihrer Konsequenz zu gewichten. So bedeutet die Gefährdung der Patienten natürlich eine schwerwiegende Auswirkung. Es stellt sich deshalb ernsthaft die Frage, ob dieser erhobene Vorwurf zutrifft und ob im Falle widersprüchlicher Beurteilung die vorgesehenen Massnahmen zur Abwendung der befürchteten Folgen genügen.

## Gefährdung der Patienten?

Eine Gefährdung der Patienten wurde vor allem im Zusammenhang mit der festen Zuteilung der medizinischen Assistenz zu den Leistungen vorgeworfen. Es wurde moniert, dass nur der Arzt in Funktion des ihm detailliert bekannten Eingriffs und des Patienten über die nötige Assistenz entscheiden könne. In der Verhandlung wurde dieser Sachverhalt nie in Abrede gestellt. Andererseits waren die Versicherer mangels blindem Vertrauen aber tatsächlich nicht bereit, die Verrechnung beliebiger Assistenz zu gewähren. Demzufolge wurde die Assistenzdotation, gestützt auf die Angaben der Experten, festgelegt. Anlässlich des Re-engineerings (RE) I wurden schliesslich die Dezimalen eliminiert: 0,3 Assistenz ging zu 0; 0,4–1,3 Assistenz ging zu 1; über 1,3 Assistenz zu 2 Assistenten über. Natürlich entspricht dieser neue Soll-Wert nur dem Durchschnitt des wegen Besonderheit der Patienten und anderem streuenden Ist-Werts. Doch ist er tatsächlich stets zu tief angesetzt, so dass generell eine Gefährdung des Patienten abgeleitet werden muss? Aufgrund des Vergleichs mit dem Ausland dürfte eher das Gegenteil zutreffen. Damit dürfte also «nur» eine Gefährdung des Patienten zu befürchten sein, wenn nicht leistungsbezogene Besonderheiten mehr als die Normassistenz erfordern. Und in diesem Fall sind die Versicherer durchaus bereit, eine zusätzliche Assistenz zu bezahlen. Nur fordern sie, dass die Besonderheit klar definiert und nachvollziehbar sei. Dieser Weg wurde im RE I bereits eingeschlagen. Bei gewissen Operationen erlaubt der Body Mass Index >33 die Verrechnung einer zusätzlichen Assistenz, sofern weniger als 2 Assistenten tarifiert sind. Und auch die Assistenz bei Interventionen am Herzen wurde an bestimmte Konditionen geknüpft. Weiter dürfte den Besonderheiten der Kinderchirurgie mit höherem Assistenzbedarf als in der Erwachsenen-chirurgie bei nächster Gelegenheit auf ähnliche Art Rechnung getragen werden.

TARMED dürfte also aufgrund der Assistenzdotation kaum eine und sicher keine ernsthafte Gefährdung der Patienten darstellen, zumal die wenigsten Leistungen, bei denen dieses Risiko potentiell vorliegt, ambulant erbracht werden. Weiter sind die Ver-

Korrespondenz:

Dr. med. W. Häuptli

Vorsitzender der Verhandlungsdelegation Reenging

Schwanenplatz 7

CH-6004 Luzern

tragsparteien willens, bestehende Mängel des Tarifs zu beheben, denn das Feuer zur qualitativ und quantitativ richtigen Abbildung der medizinischen Leistung ist keineswegs erloschen. Im Gegenteil, an der Notwendigkeit dieser sogenannten Tarifpflege zweifelt keine der Vertragsparteien. Dies gilt für andere Teile des Tarifs selbstverständlich ebenso, also auch für Leistungen, die bereits nicht mehr erbracht werden, entsprechend also gelöscht, und andere, die neu dazu gekommen sind, allen Kriterien der WZW standhalten und infolgedessen im Tarif aufgenommen werden sollten.

gesetzt sein, so wird Radiologie die erste Fachgruppe sein mit ausgewiesenem Bedarf nach Notmassnahmen und somit besonderer Überwachung bei Einführung von TARMED sowie im voraus festgelegter Reaktion bei Eintreffen bestimmter Situationen. Tarifpflege, RE II und Notmassnahmen werden von allen Vertragsparteien als nötig erachtet. Gemeinsam und gemäss dem Willen aller sollen diese Massnahmen auch rechtzeitig vollzogen werden. Die Notwendigkeit begleitender Massnahmen bei der Tarifeinführung ist also nicht nur erkannt. Es besteht berechnigte Zuversicht, dass diese auch effizient umgesetzt werden.

---

### **Not- und Begleitmassnahmen**

Radiologie andererseits erfordert andere Massnahmen wie Überprüfung und Korrektur der bereits als fehlerhaft erkannten Eckwerte, was zum RE II gehört. Sollte dies nicht vor Einführung von TARMED um-

---

### **Literatur**

- 1 Häuptli W. Auswirkungen von TarMed auf die Radiologie. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(18):933-6.  
<http://www.saez.ch/pdf/2001/2001-18/2001-18-343.pdf>.