

Finanzierung der Belegarztpraxis

P. Gyger, G. Helfer, R. Achermann

Die Schweizerische Ärztezeitung publizierte einen Bericht, wonach die FMH in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Vereinigung der Belegärzte an Privatkliniken (SVBP) einen auf TARMED beruhenden Belegarzttarif für Spitalaktivitäten zu Lasten der sozialen Grundversicherung ausgearbeitet habe [1]. Dem Tarif sollen die Resultate einer Erhebung der Kosten der Belegarztpraxis in den Jahren 2000 und 2001 zugrundegelegt werden. Belegarztpraxen verursachen nicht nur Kosten. Sie greifen auch auf verschiedene Finanzierungsquellen zurück. Mit einer Tarifänderung wird die Struktur der Finanzierung geändert. Ein neuer Tarif muss deshalb auch hinsichtlich der Finanzierung beleuchtet werden.

Die SVBP führte letztes Jahr eine Umfrage zur Ermittlung des Praxisaufwandes von Belegarztpraxen durch, um betriebswirtschaftliche Datengrundlagen zu erhalten, die den Status des Belegarztes mit Tätigkeit in der eigenen Praxis und im Spital aufzeigen sollten. Für die Jahre 2000 und 2001 wurden 1100 Datensätze für die verschiedenen Fachbereiche ausgewertet. Für den Praxisaufwand im Jahr 2000 wurde ein Medianwert von Fr. 358 204.– und im Jahr 2001 ein solcher von Fr. 376 325.– ermittelt. Der ermittelte Praxisaufwand soll dazu verwendet werden, einen betriebswirtschaftlich abgestützten Belegarzttarif für die Grundversicherung zu erstellen.

Nach Ansicht der Belegärzte müssen sie an den Spitaltarifvereinbarungen als Vertragspartei mitwirken, da andernfalls ein Vertrag zu Lasten Dritter vorliege. Aus diesem Grund wollen die Belegärzte mit den Unfall- und den Krankenversicherern Verhandlungen über den Belegarzttarif führen, damit dieser so bald wie möglich zur Anwendung kommen könne.

Aus rechtlicher Sicht ist ein Tarifvertrag mit Belegärzten nicht notwendig

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) sieht vor, dass die Vertragsparteien Pauschalen für die Vergütung der stationären Behandlung insgesamt vereinbaren, also Pauschalen von Leistungspaketen, die vom Spital erbracht werden und die je nach Klassifikationssystem unterschiedlich umschrieben sind (Tage, Fälle, DRG usw.). Gerade dadurch, dass an diesen Leistungspaketen verschiedene Gruppierungen von Medizinalpersonen beteiligt sein müssen, ist das Spital als Institution charakterisiert. Deshalb er-

folgt im stationären Bereich die Rechnungsstellung für die Tätigkeit bzw. die Leistungen von Ärzten, Hebammen, Spitalapothekern, Krankenpflegern oder Physiotherapeuten usw. zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht separat. Aufgrund der Formulierung von Art. 39 und Art. 49 KVG ist davon auszugehen, dass bei stationären Behandlungen einzig und allein das Spital Leistungserbringer ist.

Wenn Spitäler mit Versicherern Pauschalen für stationäre Leistungen vereinbaren, in denen die ärztliche Leistung mitenthalten ist, geht der entsprechende Vertrag deswegen nicht zu Lasten Dritter, denn mit dem Tarifvertrag werden die an der Leistungserbringung beteiligten Ärzte weder zu einer Leistung verpflichtet noch zu einem Tarif gezwungen. Einzig das Spital verpflichtet sich gegenüber dem Versicherer. In welcher Form die ärztliche Leistungskomponente durch das Spital sichergestellt und wie sie entschädigt wird (feste Anstellung, Belegarzt mit Vergütung durch Spital usw.), muss nicht Gegenstand der Tarifvereinbarung sein. Die Tatsache, dass Leistungen von Dritten erbracht werden, begründet aus rechtlicher Sicht nicht, dass es einen eigenen Tarif mit den Versicherern braucht, denn dies ist nicht Sinn und Zweck der in Art. 49 KVG vorgesehenen Pauschalierung.

Mit Abs. 2 von Art. 49 KVG wollte der Gesetzgeber aus ökonomischen Gründen (Ausreisserproblematik) ermöglichen, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sein müssen. Damit sind jedenfalls nicht die ärztlichen Leistungen von Belegärzten gemeint. Im übrigen hat der Bundesrat in dem herangezogenen Entscheid vom 6. November 2002 betreffend Tariffestsetzung für die allgemeine Abteilung in der Privatklinik Société Lanixa SA (NE) festgehalten, dass Art. 49 Abs. 1 KVG keine Verpflichtung zur Festlegung einer einzigen Tagesvollpauschale enthalte, welche sämtliche Leistungen umfasst; in Anlehnung an den PLT-Tarif im Kanton Zürich sei die Festlegung einer Tagespauschale für die Spitalleistungen und einer Fallpauschale für die Arzthonorare gesetzeskonform. Es ging jedoch nicht darum, dass die Tagespauschale mit dem Spital und die Fallpauschale mit den Belegärzten zu vereinbaren gewesen wäre, sondern Tarifpartner war einzig das Spital.

1 Burri B, Brunner HH. Der Belegarzt in der sozialen Grundversicherung. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(1/2):32-4.

Korrespondenz:
Pius Gyger
Helsana
Stadelhoferstrasse 25
Postfach
CH-8001 Zürich

Finanzierung der Belegarztpraxis

Zur Deckung der Kosten von Belegarztpraxen wurde im Bereich der Krankenversicherung bis anhin in erster Linie auf folgende Finanzierungsquellen zurückgegriffen (Abb. 1):

- a) Erträge aus ambulanter Tätigkeit in der Praxis (Arztarief ambulante Behandlungen);
- b) Nettoerträge aus der Medikamentenabgabe (vor allem in SD-Gebieten);
- c) Erträge aus ambulanter Belegarztstätigkeit im Spital (ambulanter Spital- oder Arztarief, allenfalls gesonderte Abgeltungsregelung Spital-Arzt);
- d) Erträge aus Belegarztstätigkeit bei stationären, nur grundversicherten Patienten (Abgeltung gemäss Vereinbarung mit Spital, ambulanter Spital- oder Arztarief);
- e) Erträge aus Belegarztstätigkeit bei stationären, zusatzversicherten Patienten (Zusatzhonorare Einzelleistungstarife oder Anteil an Zusatzversicherungs-pauschalen).

Wie ist der neuerschaffene Tarif in die heutige Finanzierungssituation einzuordnen?

Wieviel jede Finanzierungsquelle (Tarif) zur Kostendeckung beiträgt, ist nicht bekannt, aber für die Beurteilung der gegenwärtigen Tarifsituation und die Notwendigkeit einer Neuordnung von wesentlicher Bedeutung.

Die Ertragsquellen a) und b) wären von diesem neuen Tarif nicht betroffen, weil es sich um ambulante Behandlungen in der Praxis handelt. Es kommt TARMED zur Anwendung.

Mit dem neuen Tarif würde Ertragsquelle d) – und nach Ansicht der Ärzte ebenfalls Ertragsquelle c) – auf eine neue Tarifbasis gestellt. Während die Belegärzte bisher mit den Spitalern ihre Abgeltung aushandelten oder für ihre Leistungen direkt Rechnung stellten, müsste der neue Tarif nun mit den Versicherern ausgehandelt werden. Welche Kostenanteile nach Berücksichtigung der übrigen Finanzierungsquellen damit gedeckt wären, ist offen.

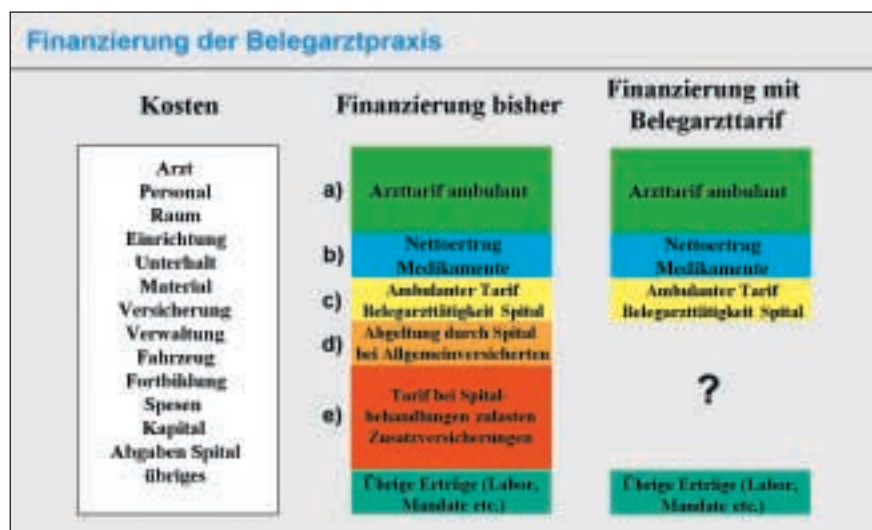
Belegärzte erwirtschaften gegenwärtig den grössten Teil ihrer Umsätze aus der Spitaltätigkeit mit Honorarrechnungen bei spitalzusatzversicherten Patienten. Die Rechnungsstellung basiert in der Regel auf Einzelleistungstarifen mit einer medizinischen Nomenklatur. Beim Grossteil der abgerechneten Leistungen handelt es sich um Pflichtleistungen gemäss KVG. Diese Form der Rechnungsstellung wird von den Versicherern seit längerem kritisiert und angefochten, weil die Pflichtleistungen im Grundversicherungstarif (Spitalpauschale) enthalten sein müssen (Art. 49 KVG) und Zusatzversicherungen nur Zusatzleistungen abgeltend sollen. Werden sie von den Belegärzten gesondert mittels Einzelleistungstarifen zu Lasten der Zusatzversicherung in Rechnung gestellt, liegt ihrer Meinung nach ein Verstoß gegen die Tarifschutzbestimmungen des KVG (Art. 44) vor. Es ist unklar, ob die beteiligten Ärzteverbände beabsichtigen, den Belegärzterarif auch auf Pflichtleistungen bei Zusatzversicherten anzuwenden. Auf jeden Fall ist diese Frage mit Überlegungen zur Abgeltung bei stationären zusatzversicherten Patienten zu verknüpfen.

Die Kosten müssen der Finanzierung gegenübergestellt werden

Bei der Tarifierarbeitung muss unter Berücksichtigung der übrigen Finanzierungsquellen bzw. der gegenwärtigen Finanzierungssituation geklärt werden, welche Finanzierungsänderungen sich ergeben.

Bei der Tarifierung auf Basis der Kosten ist es im Sozialversicherungsbereich üblich, dass die Kostensituation hinsichtlich der Effizienz der Leistungserbringung in Frage gestellt wird. Die Ärzteverbände argumentieren, dass die Arztpraxis während der durch die Tätigkeit im Spital bedingten Abwesenheit des Belegarztes weiterlaufen muss. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die Praxis während dieser Zeit nicht eher stillsteht und ob es Aufgabe der sozialen Grundversicherung ist, den entsprechenden Ausfall zu finanzieren.

Abbildung 1
Finanzierung der Belegarztpraxis.



Der Bundesrat hat bezüglich Praxiskosten in neueren Entscheiden festgehalten, dass bei der Berechnung der Spitalpauschale für die stationären Leistungen im Sinne von Art. 49 KVG ein Abzug zwischen 10 und 12 Prozent von den vom Spital ausgewiesenen, auf der Basis des SLK oder kantonaler Arzttarife vorgenommenen Entschädigungen an die Belegärzte vorzunehmen sei, da Infrastrukturkosten oder Löhne des nicht-ärztlichen medizinischen Personals bereits Teil der anrechenbaren Betriebskosten des Spitals seien. Seit 1. Januar 2004 hat die Entschädigung der Belegärzte nach Ansicht des Bundesrates ausserdem nach TARMED zu erfolgen, wobei nur die ärztliche Leistung (AL) anrechenbar sei.

Es ist also fraglich, ob in dem von den Belegärzten geforderten Tarif Infrastrukturkosten der leerstehenden Praxis berücksichtigt werden sollen. Die während der Tätigkeit des Belegarztes am Spital anfallenden Praxiskosten könnten auch durch andere Quellen finanziert werden, indem beispielsweise durch geeignete Zusammenarbeitsformen unter den Belegärzten die Praxis dennoch besetzt ist.

Umsätze der Belegärzte

Um die bestehenden Finanzierungsquellen den vom SVBP erhobenen Kosten der Belegärzte gegenüberstellen zu können, hat Helsana anhand ihrer Daten eine Schätzung der heutigen Umsätze der Belegärzte vorgenommen. Dabei wurden die Helsana-Daten anhand der Kostenanteile von Helsana gemessen an den Kosten aller Krankenversicherer pro Kanton auf alle Krankenversicherer hochgerechnet. Der Unfall-

bereich bleibt unberücksichtigt, müsste deshalb noch hinzugerechnet werden. Selektiert wurden alle Ärzte, die im Abrechnungsjahr 2003 über ihre ZSR-Nummer mehr als Fr. 10 000.– Spitalleistungen (ambulant und stationär) über Helsana abgerechnet haben. Dieses Kriterium erfüllten 1163 Ärzte. Bei 836 dieser Ärzte waren mindestens fünf Rechnungen für einen Zeitraum vorhanden, in dem sich der Versicherte nicht im Spital befand, so dass davon ausgegangen werden konnte, dass es sich bei dieser Teilmenge um Belegärzte handelt.

Es wurden, nach ärztlicher Fachrichtung unterteilt, folgende Leistungen berücksichtigt:

- Leistungen Arzt ambulant;
- Spitalleistungen ambulant und stationär;
- Medikamentenleistungen, zu 20 Prozent eingerechnet;
- Leistungen für Mittel und Gegenstände (MIGEL), zu 20 Prozent eingerechnet;
- übrige Leistungen.

Die ermittelten Beträge ergaben – wie der Abbildung 2 zu entnehmen ist – einen Medianwert von durchschnittlich Fr. 573 550.– über alle Fachrichtungen mit einer Spannweite von Fr. 314 299.– für die Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie bis Fr. 1 379 161 für die Fachrichtung Radiologie und Nuklearmedizin. In einzelnen Fachrichtungen ist die Anzahl so erfasster Belegärzte sehr klein, was die Aussagekraft von Durchschnittswert und Median relativiert. Zuverlässig dürften die Fachrichtungen Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie und orthopädische Chirurgie sowie Ophthalmologie sein.

Abbildung 2

Ertrag der Belegärzte nach Fachrichtung.



Ausblick

Verhandlungen über die stationären Taxen zu Lasten der Grundversicherung basieren heute auf der Diskussion eines Kostenausweises. Dabei werden die einzelnen Kostenpositionen hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit hinterfragt. Einer dieser Kostenbestandteile sind Honorare von Belegärzten. Aus diesem Grund werden sich die Krankenversicherer mit belegärztlichen Entschädigungen auseinandersetzen müssen, auch wenn sie im stationären Grundversicherungsbereich nicht als Vertragspartner der Ärzte auftreten.

Änderungen von Tarifen müssen auch hinsichtlich der Änderung der Finanzierungssituation überprüft werden. Insbesondere der Zusammenhang zu den ärztlichen Tarifen bei stationären zusatzversicherten Patienten dürfte noch zu reden geben.