

«Im Vergleich zum Ausland haben Mediziner in der Schweiz noch paradiesische Zustände»

Der Tarif für die Vergütung ambulanter ärztlicher Behandlungen ist veraltet. Doch Versicherer, Ärzte und Spitäler können sich nicht auf ein neues Modell einigen. Der Gesundheitsökonom Stefan Felder erklärt im Gespräch mit Christof Forster die Blockade



Mit Einzelleistungstarifen verdient der Arzt mehr, wenn er mehr macht. Bei Pauschalen gilt das Gegenteil.

CHRISTOPH RUCKSTUHL / NZF

Herr Felder, Sie verfolgen das Gesundheitswesen seit langem. Die Politik bringt keine Reformen zustande, die Kosten steigen offenbar unaufhaltsam. Können Sie uns erklären, was da los ist? Ich lerne jeden Tag dazu. Es geht im Gesundheitswesen um sehr viel Geld. Deshalb ist es für die Politik schwierig, Reformen durchzusetzen.

Die gesamte Branche ist sich einig, dass die Vergütungen für Arztbehandlungen in Praxen und Spitalambulatorien hoff-



Stefan Felder
Gesundheitsökonom

nungslos veraltet sind. Trotzdem kann man sich nicht auf einen neuen Tarif einigen. Wieso?

Es sind viele finanzielle Interessen tangiert. Die Spitäler sind betroffen und die Kantone als Besitzer der Spitäler. Der neue Tarif geht auch die gesamte Ärzteschaft an. Je nach Ausgestaltung hat er unterschiedliche Auswirkungen auf Hausärzte und Spezialisten. Aufseiten der Krankenversicherer gibt es zwei grosse Verbände, die gestalten wollen und ein Reputationsrisiko haben. Dies macht die ganze Sache so kompliziert.

Was meinen Sie mit Reputationsrisiko? Die beiden Kassenverbände, Santésuisse und Curafutura, vertreten je rund die Hälfte der Versicherten. Derzeit ist Curafutura aktiver und hat zusammen mit der Ärzteschaft den neuen Tarif Tardoc ausgehandelt und eingereicht. Doch die Konkurrenz zwischen den Verbänden macht die Einführung des neuen Tarifs so schwierig.

Die Situation beim Tarif ist blockiert, solange der Bundesrat nicht entscheidet. Ist der Leidensdruck schlicht noch zu klein, dass wir uns solche Blockaden leisten können?

Beide Kassenverbände haben ein Interesse, möglichst gut aus diesem Konflikt herauszukommen. Das blockiert die Situation. Man schiebt sich die Sün-

denbockrolle gegenseitig zu. Zudem ist Santésuisse in der Defensive. Curafutura, die im Tarifstreit die fünf grössten Versicherer vereint, hat den grössten Hebel als Santésuisse, wo die restlichen Kassen Mitglied sind. Auch der Spitalverband H+ unterstützt den Tardoc nicht mehr. Die Spitäler befürchten, sie kämen im spitalambulanten Bereich zu stark unter Druck.

Waren Tarifverhandlungen einfacher, als es nur einen Kassenverband gab?

Damals war es ein Kartell, man nahm Rücksicht auf den Letzten. Jetzt kann Curafutura mit den fünf stärksten Versicherern im Rücken die Interessen besser bündeln und ist schlagkräftiger als Santésuisse mit mehr als vierzig Versicherern. Aber daraus entsteht das Problem der gegenseitigen Blockade. Vermutlich hat auch das Bundesamt für Gesundheit einen gewissen Vorbehalt gegenüber Curafutura. Bei Gesundheitsminister Alain Berset ist jedenfalls eine Reserviertheit zu spüren. Curafutura hat einen konkreten Vorschlag, Santésuisse bringt eine Wundertüte, bei der man nicht weiss, was drin ist. Trotzdem blockiert er den Prozess.

«Im Gesundheitswesen geht es um sehr viel Geld. Deshalb ist es für die Politik schwierig, Reformen durchzusetzen.»

Zerstrittene Branche wartet auf Bundesratsentscheid

For. · Voraussichtlich am nächsten Mittwoch wird der Bundesrat über die Einführung des neuen ambulanten Arztarbeitsvertrags Tardoc entscheiden. Entwickelt und eingereicht haben ihn die Ärztevereinigung FMH und der Kassenverband Curafutura. Der Spitalverband H+ war in einer ersten Phase dabei, verliess aber später den Verhandlungstisch. Von Beginn weg abseits stand der Kassenverband Santésuisse. Er lehnt den zwischen den Ärzten und Curafutura ausgehandelten Tardoc ab. Aufgrund seiner Struktur bestehe eine grosse Gefahr, dass der neue Tarif trotz gegenteiligen Beteuerungen zu mehr Behandlungen und damit zu höheren Kosten und Prämien führe, sagt Roger Scherrer, Geschäftsführer der Santésuisse-Tochter Tarifsuisse. Der Tardoc sei in der Struktur und bei den Kostenmodellen ähnlich wie der Vorgänger Tarmed. Er basiere nicht auf realen Kostendaten. Scherrer: «Mit dem Tardoc würden die Fehler des alten Tarifs zementiert.»

Niemand bestreitet, dass der geltende Tarif Tarmed überholt ist. Für die einen Leistungen erhalten die Ärzte zu viel Geld, für die anderen zu wenig. Der Tarmed passt sich zudem nicht dem medizinischen Fortschritt an. Das schafft Anreize, zu viel zu machen. Über den Tarif rechnen Ärzte und Spitäler für ambulante Behandlungen jährlich 12 Milliarden Franken ab. Damit steuert ein veralteter Tarif ein Drittel der Gesamtkosten der Grundversicherung. Die Idee hinter dem neuen Tarif ist diese: Ärztliche Leistungen sowie die Nutzung von Geräten und Praxisräumen, sogenannte technische Leistungen, werden in Zeit gemessen. Danach wird ein Nutzungspreis berechnet, wie Lohn und Miete. Der alte Tarif hat 4600 Positionen zum Abrechnen, der neue noch 2700.

Statt auf einen Einzelleistungstarif wie Tardoc setzt Santésuisse auf Pauschalen. So wird bereits heute im stationären Bereich des Spitals abgerechnet. Der Verband arbeitet mit den Spi-

Soll der Bundesrat den eingereichten Tarif namens Tardoc bewilligen?

Ja. Der geltende Tarif Tarmed ist aus den 1990er Jahren. Er hat viel zu viele Positionen, welche die Ärzte abrechnen können. Der Tardoc ist sicher noch nicht das Gelbe vom Ei, aber eine deutliche Verbesserung gegenüber dem alten Tarif. Gleichzeitig ist klar, dass er weiterentwickelt und mit Pauschalen ergänzt werden muss.

Kritiker sagen, der Tardoc sei einfach ein Tarmed in neuen Kleidern. Er stütze sich ebenfalls auf Expertenwissen statt auf die realen Kostendaten aus den Praxen. Stimmt das?

Beim alten Tarif war dies zum Teil so. Beim neuen versuchte man, dies zu verbessern. Beim Tarmed sind gewisse Leistungen zu hoch vergütet. Ebenso passte sich der Tarif dem medizintechnischen Fortschritt nicht an, die Parameter stimmen nicht mehr. Das schafft Anreize, zu viel zu machen.

Santésuisse äussert grundsätzliche Kritik an Einzelleistungstarifen, wie der Tardoc einer ist. Diese führten zu höheren Kosten als Pauschalen, weil die Ärzte derart viele Positionen zum Abrechnen hätten. Stimmt das?

Ja, es gibt eine gewisse Tendenz zur Mengenausweitung. Bei Einzelleistungstarifen erhält der Patient grundsätzlich alles, was er möchte. Aber das kostet halt auch. Und der Arzt verdient mehr, wenn er viel macht. Bei Pauschalen gilt das Gegenteil: Wenn er weniger macht, bleibt mehr für ihn. Die Anreize gehen also jeweils in die andere Richtung. Kommt hinzu, dass es sehr schwierig ist für den Versicherer, bei Einzelleistungstarifen nichtnotwendige medizinische Leistungen oder falsche Abrechnungen zu erkennen. Das spricht für die Einführung von Pauschalen, dort, wo es möglich ist. Im Vergleich zum Ausland haben Mediziner in der Schweiz noch paradiesische Zustände.

Jeder Tarif hat Fehlanreize. Mit Pauschalen besteht die Gefahr, dass mehrfach kranke Personen medizinisch unterversorgt sind, während gesündere Patienten überversorgt werden.

Das stimmt grundsätzlich. Das Ausmass dieses Effekts hängt von der Ausgestaltung der Pauschalen ab. Zum Beispiel sollte man bei chronisch Kranken wie Asthmapatienten den Schweregrad der Erkrankung differenzieren: je stärker das Asthma, desto höher die Pauschale. Wichtig ist auch, dass der Patient den Arzt wechseln kann. Dies wirkt der Unterversorgung entgegen.

Nicht alle Eingriffe lassen sich gut pauschalisieren. Welche Behandlungen eignen sich dafür?

Zum Beispiel die Behandlung von Krampfadern oder dem grauen Star. Das sind recht homogene Leistungen. Es lässt sich gut abschätzen, was es dazu an Arbeitsschritten des Arztes, an Assistenzdiensten und an medizinischem Material braucht. Nicht geeignet sind Pauschalen zum Beispiel in der Kinderchirurgie. Die Fälle sind dort sehr divers. Weil zunächst oft nicht klar ist, was das Problem ist, sind umfangreiche diagnostische Abklärungen notwendig.

Die Schweiz hat Erfahrungen mit Pauschalen. Sie wurden 2012 im stationären Bereich der Spitäler eingeführt. Sind deshalb dort die Kosten weniger stark gestiegen als im ambulanten Bereich?

Ja, die Fallpauschalen haben den Kostenanstieg gebrochen. Die Spitäler schauen genau, dass nicht zu lange abgeklärt wird oder der Patient nicht zu lange im Bett liegt. Einige Spitäler machen Defizite, es läuft eine notwendige Bereinigung und Spezialisierung unter den Kliniken. Es ist auch zu einer Auslagerung von Fällen in den spitalambulanten Bereich gekommen. Dort haben die Kosten in den vergangenen Jahren stark zugenommen.

Gäbe es diese Effizienzsteigerungen auch im ambulanten Bereich mit der breiten Einführung von Pauschalen?

Ich bin skeptisch, ob sie breit eingeführt werden können. Im Spital ist das viel einfacher. Dort kommen die Grösse, die Spezialisierung der Ärzteschaft und die Vielfalt der Patienten auf natürliche Weise zusammen. Der Hausarzt dagegen ist ein Generalist und behandelt viel weniger Patienten, so dass sein unternehmerisches Risiko grösser ist. Unter den Spezialisten gibt es zudem Unterschiede darin, wie sie praktizieren.

Santésuisse arbeitet mit den Spitälern an Pauschalen, die 50 Prozent der Behandlungen in Arztpraxen und Spitalambulatorien abdecken sollen. Halten Sie das für realistisch?

Dieses Ziel ist zu hoch gesteckt, jedenfalls bei Einzelbehandlungen. Der Vorschlag von Santésuisse und dem Verband der Chirurgen deckt nicht einmal 10 Prozent des Volumens im ambulanten Bereich. Es brauchte auch Versicherten- und Patientenpauschalen. Eine Mischung zwischen Einzelleistungstarifen und Pauschalen verschiedener Art ist notwendig. Deshalb sollte der Bundesrat jetzt den Tardoc genehmigen. Das verhindert Pauschalen in keiner Weise.

Curafutura und die Ärztevereinigung FMH widersprechen der Kritik von Santésuisse, wonach der neue Tarif zu höheren Kosten führt. «Die Einführung des Tardoc erfolgt kostenneutral», sagt der Curafutura-Direktor Pius Zängler. In einer zweijährigen Übergangsphase führe der neue Tarif nicht zu tarifbedingten Kostensteigerungen. Damit seien die Vorgaben des Gesetzgebers erfüllt.

Das Bundesamt für Gesundheit hat den eingereichten Tarif geprüft. Dem Vernehmen nach gibt es Zweifel, ob die Kostenneutralität erfüllt ist. Das Amt hätte es zudem begrüsst, wenn zumindest auch die Spitäler den Tarif unterstützen. Für den Bundesrat ist die Aufgabe knifflig. Neben den Optionen Genommen oder Ablehnen könnte er am Mittwoch einen dritten Weg wählen: den Tardoc als gute Grundlage anerkennen und gleichzeitig an alle Tarifpartner appellieren, diesen gemeinsam zu verbessern. Damit es vorwärtsgeht, setzt er idealerweise eine Frist.