

EIDGENÖSSISCHE FINANZKONTROLLE (EFK)

EVALUATION TARMED: FALLBEISPIELE HAUPTBERICHT

Schlussbericht

Zürich, 3. Juni 2010

Anna Vettori, Simon Schmid, Thomas von Stokar

1922_HAUPTBERFALLBSPTARMED_100510.DOC



INFRAS

INFRAS

**BINZSTRASSE 23
POSTFACH
CH-8045 ZÜRICH
t +41 44 205 95 95
f +41 44 205 95 99
ZUERICH@INFRAS.CH**

**MÜHLEMATTSTRASSE 45
CH-3007 BERN**

WWW.INFRAS.CH

INHALT

1.	EINLEITUNG	4
1.1.	HINTERGRUND	4
1.2.	ZIEL UND FRAGESTELLUNGEN	5
1.3.	METHODISCHES VORGEHEN	7
1.4.	AUSSAGEKRAFT DER STUDIE	7
1.5.	AUFBAU DES BERICHTS	9
2.	GRUNDLAGEN	10
2.1.	FALLBEISPIELE	10
2.2.	DOKUMENTENANALYSE	11
2.3.	QUALITATIVE INTERVIEWS	11
2.4.	DATENAUSWERTUNGEN	12
3.	ELEMENTE DER TARMED-VERGÜTUNG	19
3.1.	DIE BERECHNUNG UND BEWERTUNG DER AL UND DER TL	19
3.2.	DIE BEWERTUNG DER ÄRZTLICHEN LEISTUNGEN AL	21
3.3.	GRUNDLEGENDES ZUR TECHNISCHEN LEISTUNG	24
3.4.	KOSTENSATZ TL GRAT	30
3.4.1.	Aufbau der Modellpraxis	31
3.4.2.	Zuordnung von Kosten zu modellen	34
3.4.3.	Aufschlüsselung der kosten auf sparten	36
3.4.4.	Zusammenführung indirekte und direkte Sparten	40
3.4.5.	Aufstellung der Kosten am Beispiel der Sparte EKG-Platz	41
3.4.6.	Sensitivität des Berechnungsmodells	43
3.5.	KOSTENSATZ TL INFRA	44
3.5.1.	Betriebszeit	45
3.5.2.	Anlagenutzungskosten	46
3.5.3.	Personalkosten	50
3.5.4.	Sach- und Umlagekosten	53
3.5.5.	Verteilzeit	54
3.5.6.	Zusammenfassung der Berechnung TL	55
3.5.7.	Sensitivität des Berechnungsmodells	56
3.6.	BEURTEILUNG DER SPARTENBERECHNUNGEN	58
3.7.	WEITERE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE VERGÜTUNG DER LEISTUNGSERBRINGER	61

3.7.1.	Grundversorger	61
3.7.2.	Spektrum der erbrachten Leistungen	62
3.7.3.	Taxpunktwerte	62
4.	WIRKUNGSMECHANISMEN	68
4.1.	HANDLUNGSMODELL LEISTUNGSERBRINGER	68
4.2.	REAKTIONEN AUF TARIFÄNDERUNGEN	70
4.3.	WEITERE EINFLUSSFAKTOREN	72
5.	ZUSAMMENFASSUNG DER FALLBEISPIELE	74
5.1.	MERKMALE DER FALLBEISPIELE	74
5.2.	ERGEBNISSE	78
6.	BEURTEILUNG	84
6.1.	BEANTWORTUNG DER EVALUATIONSFRAGEN	84
	HAUPTFRAGE 2: ENTSPRECHEN DIE TARMED-VERGÜTUNGEN DER KOSTENREALITÄT (ARZTPRAXIS UND SPITAL)?	84
	HAUPTFRAGE 3: FALLS ZU TIEF ODER ZU HOCH BEWERTET, WELCHES SIND MÖGLICHE WIRKUNGEN?	88
6.2.	SCHLUSSFOLGERUNGEN	89
ANNEX 92		
	ANNEX 1: INTERVIEWS	92
	ANNEX 2: VERWENDETE DATENAUSWERTUNGEN	95
	ANNEX 3: GRAT	100
	ANNEX 4: WIRKUNGSMECHANISMEN	116
	ANHANG 5: AUSWAHL VON LEISTUNGSPAKETEN	120
	GLOSSAR	126
	LITERATUR	127

1. EINLEITUNG

1.1. HINTERGRUND

Gemäss Krankenversicherungsgesetz Art. 43. Abs. 5 KVG müssen die Einzelleistungstarife im Krankenversicherungsbereich auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstruktur beruhen. Aus diesem Grund wurden per 1.4.2004 die unterschiedlichen kantonalen Tarife und der Spitalleistungskatalog durch eine gesamtschweizerisch geltende Taxordnung, den sogenannten TARMED, abgelöst.¹ Im Bereich UV/IV/MV wurde dieser Tarif ebenfalls vertraglich übernommen. Folgende Organisationen haben die Tarifstruktur partnerschaftlich erarbeitet: der Verband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, H + Die Spitäler der Schweiz, die Medizinertarifkommission MTK UVG, das Bundesamt für Militärversicherung BAMV, die Invalidenversicherung IV sowie santésuisse.

TARMED ist der Einzelleistungstarif, der für sämtliche in der Schweiz erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen im Spital und in der freien Praxis Gültigkeit hat. Die Tarife bilden die ärztlichen Diagnosen und Therapien ab und umfassen fast 4'700 Tarifpositionen. Die Tarifpositionen bezeichnen Einzelleistungen und sind in eine ärztliche (AL) und technische Leistung (TL) aufgesplittet. Der Wert einer Position wird in Taxpunkten angegeben. Basis für die Berechnungen der Taxpunkte bilden teilweise empirische Daten (z.B. Daten aus der rollenden Kostenstudie (RoKo) für das KOREG-Modell). Teilweise wurden Angaben, die in die Berechnungen eingeflossen sind, auch normativ – d.h. über Verhandlungen der Tarifpartner – festgelegt (insbesondere beim INFRA-Modell). Die Vergütung, die der Arzt oder das Spital abrechnen kann, ergibt sich sodann aus Taxpunkt und Taxpunktwert (TPW). Letzterer betrug ursprünglich CHF 1 und wurde bei der Einführung von TARMED je nach Kanton reduziert, um die Kostenneutralität zu gewährleisten. Das bedeutet, dass die Gesamtkosten nach der Einführung nicht höher sein sollten als vorher.

Seit der Einführung werden TARMED verschiedene Mängel nachgesagt:

- › Die Tarife seien veraltet, weil normative Eckwerte noch aus der Entstehungszeit des TARMED stammen,
- › die Berechnungen enthielten Fehler (z.B. beim Mengengerüst) und realitätsfremde Annahmen (z.B. bezüglich Auslastung),
- › die Minutagen seien ebenfalls realitätsfremd,

¹ Der Bundesrat hat im Jahre 2002 die Tarifstruktur TARMED 1.1r genehmigt. Am 1. Mai 2003 starteten die Unfall-, Militär- und Invalidenversicherer mit der Einführung von TARMED. Seit dem 1. Januar 2004 wird TARMED flächendeckend angewendet.

- › die Berechnungen der Vergütungen seien nicht nachvollziehbar,
- › TARMED sei zu kompliziert etc.

Zwar wurden in den letzten Jahren zahlreiche Positionen und Bestimmungen angepasst und in beschränktem Ausmass auch neue Leistungen in den Tarif aufgenommen. Es fand jedoch keine grundlegende Weiterentwicklung statt². Mit dem Projekt TARMED 2010 ist nun eine gründliche Revision geplant, das Konzept scheint jedoch momentan blockiert.³

Die EFK hat deshalb in Absprache mit dem BAG und dem Preisüberwacher beschlossen, eine Evaluation des TARMED durchzuführen. Ziel der gesamten Evaluation ist es abzuklären, ob TARMED seine Ziele erreicht hat und inwieweit Optimierungspotenzial besteht. Folgende Fragestellungen stehen für die Evaluation im Vordergrund:

1. In welchem Ausmass wurden die Ziele des TARMED erreicht?
2. Entsprechen die TARMED-Vergütungen der Kostenrealität?
3. Falls zu tief oder zu hoch bewertet, welches sind mögliche Wirkungen?
4. In welchem Ausmass ist die Tarifpflege für TARMED zuverlässig und zeitgerecht?
5. Sollte der Bund im Prozess der Tarifpflege aktiver oder zurückhaltender sein?

Zu diesem Zweck führt die EFK fünf Module durch, die sich gegenseitig zu einer Gesamtevaluation ergänzen:

- › Modul 1: Leitfadengestützte Experteninterviews und -Gespräche,
- › Modul 2: Analyse öffentlich zugänglicher Informationen und interner Dokumente,
- › Modul 3: Prozessanalysen,
- › Modul 4: Längsschnittanalysen,
- › Modul 5: Fallstudien von Leistungspaketen.

Der vorliegende Bericht behandelt das Modul 5 und beinhaltet elf Fallbeispiele.

1.2. ZIEL UND FRAGESTELLUNGEN

Ziel der Untersuchung ist es, im Rahmen von Fallstudien abzuklären, ob und inwieweit die Tarifstrukturen stimmig sind und die betriebswirtschaftliche Leistungsbemessung nachvollzogen werden kann. Anhand von zehn ausgewählten Fallbeispielen soll aufgezeigt werden,

² Eine Ausnahme ist die Revision III, in welcher das Kapitel „Bildgebende Verfahren“ komplett überarbeitet wurde.

³ Gemäss SGP (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie) scheint die Realisierung des Projekts in weite Ferne gerückt (www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol20/n1/pdf/tarmednews-ge.pdf).

wie die Taxpunkte ausgewählter Positionen berechnet wurden und welches ihre Bemessungsgrundlagen waren. Nach Möglichkeit sollen allfällige Abweichungen zur heutigen Kostenrealität und deren Auswirkungen auf die Leistungserbringer erfasst werden.

Kern der Untersuchung bilden die Hauptfragen 2 und 3 der Gesamtevaluation mit folgenden Unterfragen:⁴

- › Hauptfrage 2: Entsprechen die TARMED-Vergütungen in der Arztpraxis und im Spital der Kostenrealität?
 - 2.1 Welche Komponenten des TARMED wurden berechnet, welche sind Resultat von Verhandlungen?
 - 2.2 Auf welche Art und Weise wurden die fünf Parameter für die Entschädigung ärztlicher Leistungen – Dignität, Referenzeinkommen, Jahresarbeitszeit, Produktivität, verrechnete Arbeitszeit – berechnet und mit welchen finanziellen Wirkungen?
 - 2.3 Wie werden Änderungen der medizinischen Praxis und die technologischen Entwicklungen im TARMED berücksichtigt?
 - 2.4 Wie verbreitet sind Pauschalverträge für ambulant erbrachte Leistungen?
 - 2.5 In welchem Ausmass entsprechen die TARMED-Vergütungen den betriebswirtschaftlich errechneten Kosten?⁵ (s. KVV Art. 59)
 - 2.6 Welches sind die Begründungen für eventuelle Abweichungen?

- › Hauptfrage 3: Welches sind die möglichen Wirkungen im Vergleich zur Kostenrealität zu hohen bzw. zu tiefen Vergütungen?
 - › 3.1 Welche Wirkungen haben eventuelle Fehlbewertungen (falsche Anreize) auf:
 - › Vergütungen der Sozialversicherungen, Ärztteeinkommen und Spitalumsätze?
 - › Verschiebungen Arztpraxis <-> Spital?
 - › Verschiebungen innerhalb der Spitäler: ambulant <-> stationär?
 - › Andere Leistungen, wie Leistungen der Zusatzversicherungen, der medizinischen Laborkontrollen, der Selbstdispensation?

Die Fallbeispiele stammen aus fünf medizinischen Spezialgebieten und können wie folgt unterteilt werden:

⁴ Vgl. Ausschreibung vom 3.2.2009.

⁵ Der Taxpunktwert war mit CHF 1 berechnet worden, mit der Abwertung wurde gemäss Einschätzung der FMH die Kostenrealität in Frage gestellt.

ÜBERSICHT ÜBER DIE FALLBEISPIELE				
	Allgemeinmedizin + innere Medizin	Ophthalmologie	Gynäkologie	Oto-Rhino- Laryngologie
Konsultation	1 Konsultation + ärztl. Leistung in Abwesenheit der Patienten (zur Normalarbeitszeit ohne Erstkonsultation und Dringlichkeitszuschlag) (12.5+10 Min.)			
Konsultation (+)	2 Konsultation mit Notfall- und In- konvenienzpau- schalen (10 Min.)	5 Konsultation mit Refraktions- bestimmung (sub- jektiv)	8 Gynäkologische prä- ventive Untersuchung, als alleinige gynäkol. Leistung	
Konsultation + technische Leis- tung	3 Konsultation mit EKG	6 Konsultation mit Tonometrie (Augendruckmessung)	9 Konsultation mit 2. Ultraschallunter- suchung in der Schwangerschaft	11 Erstexpertise für Vermittlung von Hörgeräten
„Intervention“	4 Besuch 25 Minu- ten mit einem Weg von 2x5 Minuten (25+10 Minuten)	7 Kataraktoperation	10 Abortbehandlung bei missed abortion od. operativer Schwanger- schaftsabbruch bis und mit 12. SSW	

Tabelle 1 Quelle: EFK.

1.3. METHODISCHES VORGEHEN

Für die Untersuchung der Fallbeispiele entlang der Fragestellungen wurden folgende Methoden eingesetzt:

1. Dokumentenanalyse: Auswertung von Dokumenten und Literatur zu TARMED und zur Berechnung der Tarife.
 2. Expertengespräche mit den beteiligten Tarifpartnern (Facharztgesellschaften, Ärzte, H+, Spitäler, santésuisse, Versicherer, Preisüberwacher etc.).
 3. Auswertungen von Leistungsdaten von der Ärztekasse zur Entwicklung der Vergütung bei den ausgewählten Fallbeispielen und von santésuisse zur Mengen- und Umsatzentwicklung.
 4. Theoretische Analyse der Anreizwirkungen basierend auf ökonomischen Überlegungen.
- >
- >

1.4. AUSSAGEKRAFT DER STUDIE

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnten keine betriebswirtschaftlichen Erhebungen oder Erfassungen von Minutagen bei Leistungserbringern durchgeführt werden, weil

sie den Untersuchungsrahmen deutlich gesprengt hätten.⁶ Diese wären jedoch unabdingbar, um die Frage der Kostenrealität wissenschaftlich fundiert zu beantworten. Deshalb liefert die Evaluation keine abschliessenden Resultate, sondern auf Basis der oben dargestellten Methoden möglichst transparent hergeleitete Hinweise und Hypothesen, die empirisch weiter zu prüfen sind.

Im Zentrum der Untersuchung stand die Frage nach der Kostenrealität der Vergütung gemäss TARMED und der Auswirkungen von allfälligen Abweichungen. Im Laufe der Evaluation zeigte sich, dass die Akteure den Begriff Kostenrealität unterschiedlich definieren:

- › Gemäss Ärzteschaft zeigt die Kostenrealität, inwieweit die Vergütung gemäss TARMED die betriebswirtschaftlichen Kosten der Leistungserbringer im Rahmen der gegebenen Praxisauslastung zu decken vermag.
- › Die Versicherer hingegen verstehen unter Kostenrealität, dass diejenigen Kosten gedeckt werden, die für eine effiziente Leistungserbringung notwendig sind.

Wenn wir den Begriff in der Folge benützen, verwenden wir ihn aus rein praktischen, definitorischen Gründen im Sinne der Leistungserbringer. Die Definition gemäss Versicherer mag gesundheitsökonomisch sinnvoll sein, schafft aber in der vorliegenden Evaluation eine weitergehende Unklarheit, indem zuerst geklärt werden müsste, was die Akteure unter einer effizienten Leistungserbringung verstehen.

Wie oben dargelegt konnte die Kostenrealität im Rahmen der vorliegenden Untersuchung empirisch nicht bestimmt werden. Ziel der Evaluation war es, mit Hilfe der Datenanalysen und Expertengespräche Hinweise zu bekommen, wo die Tarife vermutlich der Kostenrealität entsprechen und wo möglicherweise nicht und wo vertiefte Analysen angezeigt sind. Eine eigentliche Wirtschaftlichkeitsbemessung im Sinne der Beurteilung der Angemessenheit der Abgeltung kann die Evaluation nicht leisten. Sie fokussiert auf die folgenden beiden Hauptaspekte:

1. Berechnungsmodelle

Die grundlegenden Berechnungsmodelle INFRA und GRAT, ihre Mechanismen und Anreizwirkungen wurden nachvollzogen und so weit wie möglich transparent dargestellt. Es wur-

⁶ Nach Ansicht von Facharztgesellschaften hätte – um Aussagen über die Minutage zu erhalten –, die Angemessenheit einer Leistung über ein strukturiertes Interview bei Spezialisten, welche diese Leistungen auch durchführen, ermittelt werden müssen. Zudem hätte man die Minutage einer operativen Leistung strukturierter erfragen müssen (Vorbereitungszeit/eigentliche operative Handlung/Berichtszeit/Nachbereitungsaufwand).

den ausserdem beispielhaft die Auswirkungen auf den Kostensatz GRAT aufgezeigt, unter der Annahme, dass die Berechnungen aufgrund veränderter Kosten angepasst würden.

2. Hinweise auf Verhaltensreaktionen und die Angemessenheit der Tarife

Für die Fallbeispiele wurden die verfügbaren Daten zu Fallzahlen, durchschnittlichen Vergütungen sowie die Einschätzung der Leistungserbringer zur Behandlungspraxis etc. ausgewertet. Ziel war es, aufzuzeigen, ob sich aufgrund der ausgewerteten Daten Hinweise finden liessen, dass die Ärzte und Spitäler auf die Einführung des TARMED per 2004 ihr Behandlungsverhalten verändert haben. Dahinter steht die Annahme, dass Ärzte und Spitäler ökonomisch rational reagieren. Dies hat zur Folge, dass sie bei wesentlichen Tarifänderungen ihr Verhalten anpassen. Wenn die Tarife signifikant sinken, wären ihre Kosten nicht mehr gedeckt.

Die Studie wird also nicht die Kostenrealität aufzeigen, sondern sie versucht, aufgrund von Datenauswertungen und Interviewaussagen aufzuzeigen, wie die Leistungserbringer vermutlich auf die Einführung von TARMED reagiert haben. Daraus können Hinweise auf Tarife abgeleitet werden, die möglicherweise nicht angemessen sind. Die Ergebnisse unserer Studie sind als Indizien zu verstehen, sie sind keine wissenschaftlichen Belege. Um eine abschliessende Beurteilung der Kostenrealität vornehmen zu können, bräuchte es eine vertiefende zweite Phase inkl. empirischer Erhebungen.

Die vorliegende Studie zeigt ausserdem den Stand der aktuellen Diskussionen bzw. Argumentationen bei den Tarifpartnern bezogen auf die Tarife der ausgewählten Fallbeispiele.

› **1.5. AUFBAU DES BERICHTS**

Der Bericht beschreibt gleich im anschliessenden Kapitel die methodischen Grundlagen und insbesondere die Datenquellen. Im Kapitel 3 werden sodann die Berechnung und die Wirkungsmechanik der Kostensätze TL für GRAT und INFRA dargestellt. Im vierten Kapitel werden die möglichen Wirkungsmechanismen, die bei einer Veränderung der Vergütung auftreten analytisch hergeleitet. Kapitel 5 fasst die Ergebnisse der Fallbeispiele zusammen und Kapitel 6 schliesst mit einer Beurteilung und Schlussfolgerungen.

2. GRUNDLAGEN

In diesem Kapitel werden die eingesetzten Methoden und Datenquellen beschrieben. Die analytischen Überlegungen werden im Kapitel 4 ausführlich dargestellt.

2.1. FALLBEISPIELE

Basis der Untersuchung bilden elf ausgewählte Fallbeispiele. Für die Fallbeispiele hat die EFK unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien elf Leistungen ausgewählt, die jeweils aus verschiedenen Tarifpositionen bestehen (siehe Fallbeispiele). Die Leistung bzw. das Leistungspaket wurde jeweils durch eine einzelne TARMED-Position, die so genannte Triggerposition, eindeutig bestimmt. Für die Auswahl waren folgende Kriterien massgebend:

- › für die Fragestellungen geeignet,
- › abgrenzbar und geeignet für Vorher-Nachher-Vergleich,
- › Mischung aus Vorschlägen von Ärztesellschaften und anderen betroffenen Akteuren,
- › bedeutender Anteil am Einkommen bzw. häufig verwendete Position,
- › Position wurde revidiert bzw. Antrag auf Revision wurde gestellt,
- › Vergütung durch OKP oder UV/IV/MV,
- › bedeutende technologische Entwicklung,
- › Kombination von Zeit und Einzelleistungstarif.

Die Fallbeispiele bzw. die damit verbundenen Tarifpositionen wurden teilweise in Absprache mit santésuisse, den Ärztesellschaften und dem Spitalverband H+ festgelegt. Es ist uns nicht bekannt, welche Akteure welche Fallbeispiele eingebracht haben. Von Seiten von H+ wurde die Auswahl der Fallbeispiele bemängelt, weil sie nur einen geringen Anteil am Leistungsspektrum eines Spitalambulatoriums darstellen. Die von den Spitälern am stärksten kritisierten Tarifpositionen betreffen die nichtärztlichen Leistungen (Tagesklinik), weil hier die Löhne seit 1996 nicht mehr angepasst worden sind. Die ZMT weist darauf hin, dass

- › als typisch standardisiertes Fallbeispiel lediglich das Beispiel 11 aufgenommen worden sei. Die Erstexpertise für Vermittlung von Hörgeräten sei quasi eine Leistungspauschale.
- › mit Ausnahme der Fallbeispiele 7 und 10 die Fallbeispiele typische Leistungen in der Arztpraxis seien und die Tarifierung der technischen Leistungskomponente fast ausnahmslos mit dem KoReg-Modell GRAT erfolge.
- › für den Unfallversicherungsbereich typische und repräsentative Fallbeispiele (z.B. aus den Fachbereichen Orthopädie, Handchirurgie, Radiologie) nicht gebildet worden seien.

- › bei der Wahl der Fallbeispiele ebenso wenig auf die spezielle Situation im Spitalambulatorium Rücksicht genommen worden sei.

Die Kritik der Leistungserbringer und Versicherer ist nachvollziehbar. Es ist jedoch zu bedenken, dass die Fallbeispiele aufgrund verschiedener Kriterien ausgewählt werden mussten und eine für alle Leistungen der Leistungserbringer repräsentative Auswahl nicht möglich war.

2.2. DOKUMENTENANALYSE

Für die Analyse der Berechnungsmodelle konnten wir auf verschiedene Dokumente und Unterlagen der Tarifpartner zurückgreifen. Diese wurden teilweise extra für unsere Untersuchung zusammengestellt, was wir an dieser Stelle nochmals verdanken möchten. Zu den wichtigsten Unterlagen zählten:

- › Unterlagen der Ärztekasse zu GRAT/KOREG,
- › Unterlagen der ZMT zu INFRA,
- › Unterlagen der EFK zum Fallbeispiel 11, Hörexpertise,
- › Unterlagen des Preisüberwachers zum Fallbeispiel 7, Kataraktoperation,
- › diverse weitere Artikel⁷ etc.

Eine vollständige Zusammenstellung der verwendeten Unterlagen findet sich im Literaturverzeichnis.

2.3. QUALITATIVE INTERVIEWS

Wichtiges Element der Untersuchung bildeten Expertengespräche mit VertreterInnen von Ärztesellschaften, Spitäler, H+, santésuisse, Versicherungen, Praxisärzte, Privatkliniken, Preisüberwacher etc. Eine Liste der befragten Experten befindet sich im Anhang. Ziel der Interviews war, ein breites Spektrum von Erkenntnissen und Sichtweisen zu erfassen. Befragt wurden die zuständigen Stellen (Tarifexperten oder ähnliche Position) der Tarifpartner sowie weitere Beteiligte/Betroffene. Von santésuisse wurde kurz vor Abschluss der Arbeiten bemängelt, dass keine Vertrauensärzte von Versicherern befragt worden seien. Diese hätten die Aussagen der Leistungserbringer besser beurteilen können. Wir teilen diesen Kritikpunkt insofern, als es für uns relativ schwierig war, die Aussagen der Leistungserbringer

⁷ FMH 2001: „Die TARMED-Black-Box, die keine Black-Box ist“. In: Schweizerische Ärztezeitung, 2001:82:Nr 25.

wie auch der Versicherer zu überprüfen. Wir sind jedoch davon ausgegangen, dass die Versicherer von sich aus Vertrauensärzte beiziehen. Die Facharztgesellschaften forderten ausserdem, dass Aussagen von Grundversorgern anders zu werten seien als diejenigen von Spezialärzten, die auch operativ tätig sind. Wir haben versucht, diesen Punkt in den Fallbeispielen zu berücksichtigen.

Die Befragung erfolgte mit einem teilstrukturierten Gesprächsleitfaden. Die Gespräche wurden sodann protokolliert und in den Fallbeispielen verarbeitet. Die Aussagen werden im Bericht als Aussage der betroffenen Akteurgruppe bezeichnet (Bsp.: Interviewpartner auf Seiten der Ärzte haben gesagt, der Tarif sei...), ansonsten werden die Aussagen aber – wie in der sozialempirischen Forschung üblich – anonymisiert dargestellt. Damit die Interviewpartner ihre Aussagen in einem politisch weniger belastetem Kontext machen konnten, wurde ihnen Vertraulichkeit zugesichert. Einzelne Ärzte haben uns ausserdem gebeten, sie auf der Liste der Interviewpartner nicht namentlich zu erwähnen. Den Gesprächen mit den Ärztesgesellschaften folgte ein schriftlicher Austausch von ergänzenden Fragen und Bemerkungen. Die Vertreter der Tarifpartner, insbesondere von Ärztekasse, H+ und santésuisse haben uns ausserdem für die Analyse der Berechnungsmodelle mehrmals Rede und Antwort gestanden. Allen Interviewpartnern möchten wir an dieser Stelle nochmals danken. Im Anschluss an die Sitzung im Dezember 2009 haben alle Teilnehmenden zum Hauptbericht und den Fallbeispielen schriftlich Stellung genommen. Wir haben daraufhin gewisse Organisationen nochmals kontaktiert, um Unklarheiten und Fragen zu klären, die sich aus der Stellungnahme ergeben haben. In dieser Phase haben wir nochmals Feedback von der SGGG und teilweise auch von santésuisse erhalten. Von der SOG haben wir trotz mehrfachen Anfragen keine weiteren Antworten erhalten. Dies hatte zur Folge, dass die Aussagen nicht oder nur teilweise beurteilt werden konnten. Um die ganze Breite des Meinungsspektrums aufzeigen zu können, wurden die Aussagen aber im Bericht belassen.

Um die Aussagen der Interviewpartner in den Fallbeispielen klar von den Fakten und der Beurteilung von INFRAS abzugrenzen, werden die Aussagen der Interviewpartner in der indirekten Rede (im Konjunktiv) aufgeführt.

2.4. DATENAUSWERTUNGEN

Ziel der Datenauswertungen war, Hinweise darauf zu erhalten, wie die Leistungserbringer auf die Einführung von TARMED reagieren. Dabei wurden folgende Datenquellen miteinbezogen:

› Auswertungen der Ärztekasse,

- › Spitaldaten von Helsana und CSS,
- › santésuisse Tarifpool,
- › Warenkorbstudien von FMH und santésuisse (FMH/sas).

Die Auswertungen der Ärztekasse zu den Sitzungskosten sowie der Spitaldaten von Helsana und CSS werden in den folgenden Abschnitten kurz beschrieben. Die übrigen Daten (relative Auswertungen von Ärztekassendaten, Daten aus dem santésuisse Tarifpool und die FMH/sas-Warenkorbstudien) befinden sich im Anhang, da sie von untergeordneter Bedeutung für die Untersuchung waren bzw. gar nicht in die Untersuchung einbezogen wurden.

Ärztekasse

Die EFK hat uns für die Untersuchung Auswertungen der Ärztekasse zur Verfügung gestellt. Diese Auswertungen umfassten folgende Angaben:

- › Durchschnittlich verrechneter Betrag in CHF pro Sitzung (durchschnittliche Sitzungskosten) für die Jahre 2001 bis 2008 für die Kantone Zürich, Bern, Solothurn, Aargau, Thurgau und Waadt, mit Ausweisung der Detailpositionen nach altem kantonalen Tarif und TARMED, inkl. Diverses und Labor.
- › Anzahl Sitzungen für die Jahre 2001 bis 2008 für die Kantone ZH, BE, VD, SO, AG, TG.
- › Relative Angaben zur Mengen- und Umsatzentwicklung auf der Ebene einzelner Tarifpositionen (siehe Anhang).

Für die durchschnittlichen Sitzungskosten wurden von der Ärztekasse jeweils alle Rechnungen, in welcher die Triggerposition vorkam, berücksichtigt. Die Triggerposition ist diejenige Position, welche die Hauptleistung des Fallbeispiels beinhaltet. Konkret wurden im Fallbeispiel 3 Elektrokardiogramm alle Rechnungen, welche die Position 17.0010 Elektrokardiogramm (EKG) enthielten, berücksichtigt. Das Ergebnis waren Tabellen, welche für jedes Jahr und jeden einzelnen der ausgewählten Kantone alle Positionen (alte und TARMED) auflisteten, die zusammen mit der Triggerposition verrechnet wurden. Die Positionen wurden dabei anteilmässig gewichtet angegeben. Diese Auswertungen wurden für die meisten Fallbeispiele und für die ausgewählten Kantone und die Jahre 2001 bis 2008 durchgeführt. Für die übrigen Fallbeispiele konnten die Auswertungen nicht durchgeführt werden, weil aufgrund der Struktur der alten Tarife nicht in allen Fällen eine Triggerposition in den alten Tarifen verfügbar war. Die folgende Tabelle zeigt exemplarisch das Ergebnis dieser Auswertungen für das Fallbeispiel 3 und die Triggerposition Elektrokardiogramm 17.0010. Neben

der gewichteten Vergütung je Position werden auch die TARMED Vergütung je Position (berechnet mit dem im Kanton gültigen TPW) sowie das Gewicht der einzelnen Positionen angezeigt. Ein Gewicht von 0.81 bedeutet, dass die Position in 81% aller Sitzungen, in denen die Triggerposition vorkam, ebenfalls abgerechnet wurde.

FALLBEISPIEL 3 KONSULTATION MIT EKG: EMPIRISCHE ZUSAMMENSETZUNG DER SITZUNGEN MIT TRIGGERPOSITION „ELEKTROKARDIOGRAMM“ (17.0010) IM KANTON BERN FÜR DAS JAHR 2008				
Position	Bezeichnung	Empirisch CHF	TARMED CHF	Gewicht
00.0010	Konsultation, erste 5 Min.	12.42	15.27	0.81
00.0020	+ Konsultation, weitere 5 Min.	14.44	15.27	0.95
00.0030	+ Konsultation, letzte 5 Min.	5.58	7.64	0.73
00.0050	Vorbesprechung diagnostischer/therapeutischer	0.83	15.27	0.05
00.0140	Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten	2.01	15.27	0.13
00.0410	Kleine Untersuchung durch den Facharzt	8.35	48.77	0.17
00.0420	Umfassende Untersuchung durch den Facharzt	5.22	81.28	0.06
00.0510	Spezifische Beratung durch den Facharzt	3.76	15.27	0.25
00.0520	Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung	0.70	15.27	0.05
00.0715	Punktion, venös, zwecks Blutentnahme	3.40	7.04	0.48
00.2285	Nicht formalisierter Bericht	1.57	33.60	0.05
00.2505	Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale F	0.67	38.70	0.02
00.2510	Notfall-Inkonvenienzpauschale A	1.75	43.00	0.04
17.0010	Elektrokardiogramm (EKG)	30.95	30.88	1.00
39.0020	Grundtaxe für das Röntgen	5.74	32.41	0.18
39.0190	Röntgen: Thorax und/oder Rippen	5.40	27.81	0.19
39.0195	+ Röntgen: Thorax und/oder Rippen	1.56	17.35	0.09
39.2000	Röntgen: Abdomen, erste Aufnahme	2.56	30.38	0.08
Diverses		5.93		
Total		115.17		

Tabelle 2 Quelle: Ärztekasse. Grün: Triggerposition. Gelb: Am häufigsten verwendete Positionen neben der Triggerposition.

Zusätzlich wurden uns die durchschnittlichen Sitzungskosten für die ausgewählten Kantone und die Jahre 2001 bis 2008 in einer zusammenfassenden Tabelle zur Verfügung gestellt. Die durchschnittlichen Sitzungskosten enthalten dabei sämtliche mit der Triggerposition verrechneten Positionen, gewichtet entsprechend ihrer Häufigkeit. Für die Sitzungskosten in den Jahren 2001 bis 2004 wurden die Positionen gemäss den damals gültigen Tarifwerken

(z.B. Zürcher Klon) verwendet. Ab 2004 basieren die Sitzungskosten auf dem TARMED. Aufgrund der Mengen sind die Auswertungen nicht für alle Fallbeispiele valide (siehe Anhang). Die folgende Tabelle zeigt ein Beispiel dieser Auswertung:

FALLBEISPIEL 3 KONSULTATION MIT EKG: DURCHSCHNITTLICH VERRECHNETE SITZUNGSKOSTEN IN CHF.								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Allgemeinmedizin								
Zürich	141.3	139.2	133.8	143.8	136.3	137.1	141.9	145.2
Solothurn	120.4	123.7	119.7	119.5	115.1	118.0	121.8	124.8
Aargau	130.3	132.1	135.2	131.8	135.0	139.5	140.5	143.8
Thurgau	295.4	260.2	205.8	139.5	126.0	133.8	137.1	135.9
Bern	90.9	88.1	87.1	110.3	106.9	112.2	114.9	115.7
Waadt	225.2	240.3	242.6	131.5	132.3	134.4	142.8	148.1
Mittelwert	167.2	163.9	154.0	129.4	125.3	129.2	133.2	135.6

Tabelle 3 Quelle: Ärztekasse

Bei der Interpretation dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass die durchschnittlichen Sitzungskosten auf kantonal und jährlich unterschiedlichen Taxpunktwerten basieren, welche die Höhe des Betrages um bis zu 20% beeinflussen können. In einigen Fallbeispielen wurde deshalb der Einfluss dieser Taxpunktwerte rechnerisch eliminiert.

Die Auswertungen der Ärztekassen haben wir anschliessend weiter ausgewertet. Die folgende Tabelle listet die Fragen auf, entlang derer wir die Auswertungen zu den Sitzungskosten analysiert haben. Die Ergebnisse und Anschlussfragen wurden anschliessend mit den Interviewpartnern (Ärztegesellschaften, H+, Ärztekasse, santésuisse, einzelne Ärzte) diskutiert.

AUSWERTUNGEN AUF SEITEN INFRAS		
Auswertung	Fragen	Anschlussfragen
Sitzungskosten nach Kantonen und Jahren (siehe Tabelle 3)	<ul style="list-style-type: none"> › Wie entwickelt sich das Mittel in den einzelnen Kantonen unter Berücksichtigung allfälliger TPW-Anpassungen? › Inwieweit zeigt sich eine Tendenz über alle Kantone? › Wo gibt es grössere Unterschiede zwischen den Kantonen? 	<ul style="list-style-type: none"> › Kantone mit grossen Veränderungen werden in den Detailauswertungen, welche die Positionen je Kanton für jedes einzelne Jahr angeben, genauer betrachtet. › Welche Faktoren können das Sitzungsmittel beeinflusst haben? (z.B. TPW-Anpassungen, Tarife vor TARMED waren sehr hoch bzw. sehr tief).
Anzahl Sitzungen	<ul style="list-style-type: none"> › Wie hat sich die Anzahl Sitzungen entwickelt? › 	<ul style="list-style-type: none"> › Welche Faktoren können die Anzahl Sitzungen beeinflusst haben? (z.B. Demographie).
Sitzungskosten mit Detailpositionen	<ul style="list-style-type: none"> › Empirische Zusammensetzung des Fallbeispiels anhand des Kantons Bern mit Angabe des empirisch verrechneten Durchschnittsbetrages, des theoretischen Betrages (TPxTPW) und der Gewichtung der einzelnen Positionen. › Welche Positionen haben das grösste Gewicht? › Wie entwickeln sich die einzelnen Positionen über die Jahre? › Wie viele Positionen werden i.d.R. mit der Triggerposition verrechnet? › Wie entwickelt sich die Zusammensetzung im Laufe der Jahre? › Gibt es grössere Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen, z.B. grössere Positionen, die nur in einzelnen Kantonen vorkommen? Auf welche Positionen lassen sich Unterschiede zurückführen? › Welche Rolle spielen Diverses und Labor? 	<ul style="list-style-type: none"> › Welche Faktoren können die Zusammensetzung beeinflusst haben, z.B. medizinischer Fortschritt. › Welche Gründe können für grössere kantonale Unterschiede angeführt werden.

Tabelle 4

Helsana/CSS

Da die Ärztekasse keine Abrechnungen von Spitälern erfasst, haben wir für die spitalrelevanten Fallbeispiele (EKG, Abort, Katarakt) Daten von Helsana und CSS angefragt. Aufgrund beschränkter zeitlicher und finanzieller Ressourcen mussten wir darauf verzichten, von Helsana und CSS auch Daten für die übrigen Fallbeispiele anzufordern. Grundsätzlich liessen sich die Daten der Ärztekasse durch Rechnungsdaten der Versicherer plausibilisieren.

Helsana hat uns für diese Fallbeispiele Daten aus privaten und öffentlichen Spitälern zur Verfügung gestellt. Daraus liessen sich Durchschnittskosten pro Sequenz berechnen und die Zusammensetzung der Fallbeispiele ermitteln. Eine Sequenz umfasst alle TARMED-Positionen eines Versicherten bei einem Spital an einem Tag. Dies kann auch zwei Behand-

lungen am gleichen Tag umfassen, wenn z.B. mehrere Kliniken und Ärzte des gleichen Spitals beteiligt gewesen sind. Die Helsana-Daten umfassen nach TARMED abgerechnete Leistungen, die über OKP oder Zusatzversicherungen verrechnet wurden. Bei der Interpretation zu berücksichtigen ist, dass die Abrechnungen unter Umständen nicht alle Kosten enthalten könnten. So ist zum Beispiel gemäss Helsana denkbar, dass Leistungen für Anästhesie von einem Belegarzt oder bildgebende Verfahren spitalextern durchgeführt werden und daher nicht im Rechnungsbetrag ersichtlich sind.

Von der CSS Versicherung wurden für die Fallbeispiele Kataraktoperation und Abortbehandlung Abrechnungsdaten zur Verfügung gestellt. Die Daten wurden in den Kategorien Ärzte und Spitäler geliefert. Ärzte sind in diesen Daten ambulante Leistungserbringer: diese können in einer Gruppenpraxis arbeiten, eine eigene Praxis führen oder auch als Belegärzte arbeiten. Die Gesamtheit der Daten umfasste sämtliche TARMED-Positionen, die auf den Abrechnungen aufgelistet waren. Für die Auswertung wurden die Daten nach bestimmten Kriterien gefiltert, um eine homogene Menge von vollständigen Datensätzen zu den Fallbeispielen zu erhalten. Zu diesen Kriterien zählten z.B., dass die Tarifpositionen allesamt am selben Tag fakturiert worden waren, dass Tarifpositionen aus gewissen Kapiteln darin vertreten sein mussten (Grundleistungen, Triggerposition mit adäquatem Betrag, Anästhesie, OP-Leistungen).

Aus den Daten der CSS konnte einerseits die Entwicklung der durchschnittlichen Vergütung für ein Fallbeispiel nachgezeichnet werden:

DURCHSCHNITTLICH VERRECHNETE BETRÄGE IN CHF PRO BEHANDLUNGSSEQUENZ IN ARZTPRAXEN UND SPITÄLERN			
	2006	2007	2008
Ärzte			
Sequenzen mit Triggerposition 08.2760	1'217.08	1'188.72	1'210.17
Spitäler			
Sequenzen mit Triggerposition 08.2760	1'477.04	1'460.83	1'488.15

Figur 1 n=1588 (Ärzte), 2359 (Spitäler). Quelle: CSS.

Andererseits konnte die empirische Zusammensetzung eines Fallbeispiels zu einem bestimmten Zeitpunkt ermittelt werden:

FALLBEISPIEL 7		
ABGERECHNETE POSITIONEN BEI EINER KATARAKTOPERATION, ARZTPRAXEN CH 2008		
Tarifposition		Empirisch CHF
00.0010	Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)	15.45
00.0020	+ Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)	6.20
	...	
08.1440	Retrobulbäre oder parabulbäre Injektion, pro Seite	12.42
08.2760	Extractio lentis/Phakoemulsifikation	427.48
08.2780	+ Implantation einer künstlichen Linse bei Extractio lentis/Phakoemulsifikation	193.74
	...	
	Diverse (Betrag < 2.00 CHF)	6.89
	Gesamt	1'210.17

Figur 2 n=1588. Quelle: CSS.

3. ELEMENTE DER TARMED-VERGÜTUNG

Die TARMED-Vergütung setzt sich zusammen aus dem Kostensatz AL und/oder TL, der Minutage und dem Taxpunktwert. In diesem Kapitel werden die Berechnung dieser Elemente dargestellt und die sich daraus ergebenden Anreizmechanismen aufgezeigt. Am Beispiel des Kostensatzes GRAT wird ausserdem illustriert, wie sich Veränderungen der Kosten auf die Kostensätze auswirken.

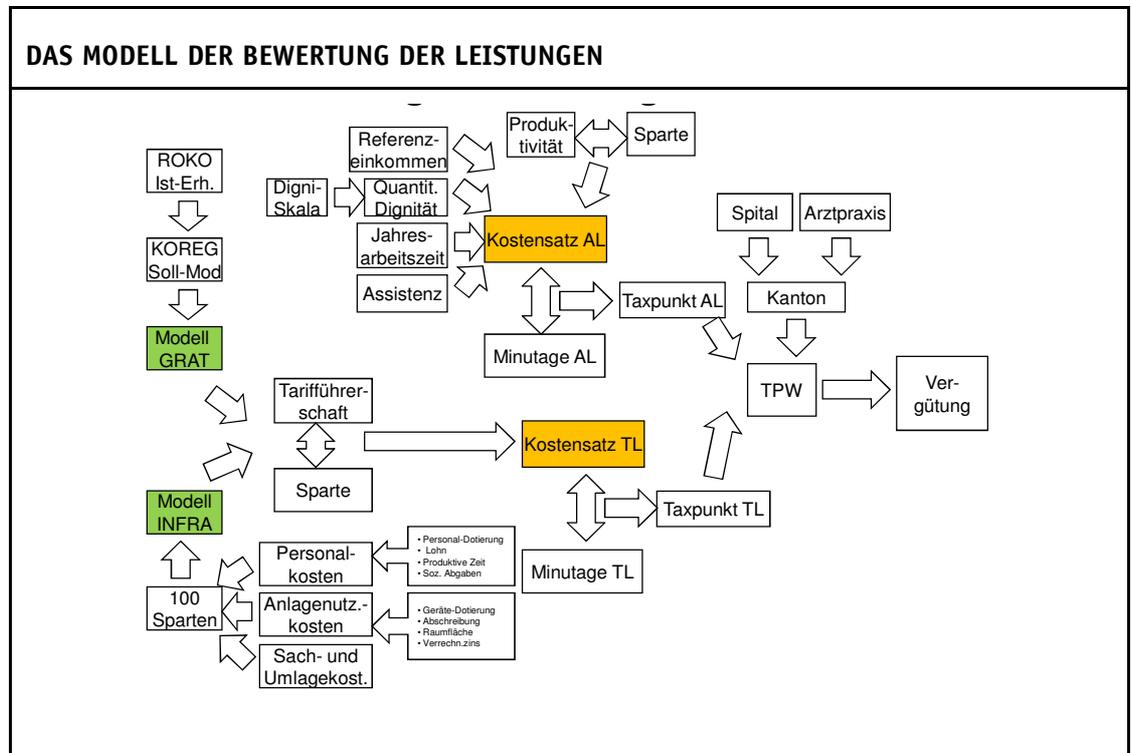
Die einleitenden Ausführungen zur Berechnung und Bewertung der AL und TL sowie das Kapitel zur Bewertung der AL wurden von der EFK übernommen. Diejenigen zu GRAT und INFRA basieren auf Unterlagen und Gesprächen mit den Tarifpartnern.

3.1. DIE BERECHNUNG UND BEWERTUNG DER AL UND DER TL

TARMED wurde bewusst als Einzelleistungstarif und nicht als Zeittarif oder Pauschaltarif gestaltet. Wie in Einzelleistungstarifen üblich, erfolgt die monetäre Bewertung der Einzelleistung in zwei Schritten:

- › **Erster Schritt:** Die relative Wertung jeder Einzelleistung geschieht mit der Festsetzung des Taxpunkts (TP). So kann erreicht werden, dass die Struktur des Tarifs *über längere Zeit* konstant gehalten werden kann.
- › **Zweiter Schritt:** Mit der Festlegung der Taxpunktwerte (TPW) wird in Einzelleistungstarifen die Höhe der Leistungsvergütung in Franken festgelegt. Gemäss MD kann somit „die Entwicklung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen unabhängig von der Tarifstruktur berücksichtigt werden“.

Der Preis einer Leistung, oder die Höhe der Vergütung durch die Sozialversicherung ergibt sich als Produkt aus Taxpunkt und Taxpunktwert. Im TARMED werden kantonale unterschiedliche TPW zwischen Arztpraxen und Spitalambulatorien genutzt. Ein Diskussionsthema waren im Entwicklungsprozess unterschiedliche TPW zwischen AL und TL.



Figur 3 Quelle: EFK.

Im TARMED werden die ärztlichen Leistungen – Taxpunkt AL – separat von den technischen Leistungen bewertet – Taxpunkt TL. Die AL umfasst die Bewertung der ärztlichen Leistungen inklusive der ersten und zweiten medizinischen Assistenz. Anästhesieleistungen werden separat verrechnet. Die TL umfassen bei jeder TARMED-Position das notwendige nicht-ärztliche Personal samt Sachleistungen wie Infrastruktur (Mobilien und Immobilien etc.). Materialien (wie Medikamente und Prothesen), die teurer als CHF 3.- sind, werden separat vom TARMED verrechnet (nach MIGEL und Medikamentenliste samt eigener Rechnungslegung).

Die Taxpunkte AL und TL hängen vom Kostensatz pro Minute und von der Minutage der aktuellen Leistung/Tarifposition ab. Beim Kostensatz TL wurden zwei Modelle durchgerechnet: 1) Das Modell „Arztpraxis“ GRAT, basiert auf Erhebungswerten den rollenden Kostenstudien der Ärztekasse (ROKO) und Modellannahmen (KOREG). 2) Das Modell „Spitalambulatorium“ INFRA basiert auf einer (normativen) Bewertung von 30 bis 60 Parametern für die ca. 100 Sparten (Kostenstellen).

3.2. DIE BEWERTUNG DER ÄRZTLICHEN LEISTUNGEN AL

Die Berechnung des Kostensatzes AL wird durch vier Parameter (= Eckwerte) der ärztlichen Aktivität bestimmt:

- › Das Referenzeinkommen,
- › Die Dignität,
- › Die Jahresarbeitszeit,
- › Die Produktivität.

Bei chirurgischen Leistungen kommt die Assistenz (und evtl. Zweite Assistenz) als fünfter Faktor dazu.

Referenzeinkommen (RE): Das Referenzeinkommen entspricht dem „kalkulatorischen Unternehmenslohn“, näher definiert als Bruttogehalt des frei praktizierenden Arztes inkl. Sozialleistungen. Die Berechnung des Referenzeinkommens stützt sich auf das mengengetriggerte Gehalt von Chefarzten, leitenden Ärzten und Oberärzten im Kanton ZH im 1998 (ca. 176'000 Franken), zuzüglich des Sozialleistungsanteils der Arbeitgeber (ca. 31'000 Franken). Das berechnete Bruttogehalt wird auch mittels der rollenden Praxiskostenstudie (ROKO) und anderer Referenzgrössen (Gehalt von vergleichbaren Personalgruppen) plausibilisiert. Das Referenzeinkommen wird, trotz Eingreifen des Preisüberwachers, s. unten, auf Fr. 207'000 fixiert.

Dignität (DF): Die Dignität soll die Dauer und den Inhalt der verschiedenen Facharztausbildungen berücksichtigen. Die sogenannte qualitative Dignität regelt die Berechtigung zur Verrechnung einer Leistung. Die quantitative Dignität ist ein Kalkulationsfaktor, um die Höhe des ärztlichen Stundenlohnes zu bestimmen. Gemäss MD, S. 73: „ Mit der Graduierung der Dignität soll eine Einkommensdifferenzierung vorgenommen werden, d.h. es soll eine Kompensation für längere Weiter- und Fortbildungszeiten im Hinblick auf eine für alle Ärzte gleich hohe Lebenseinkommenschance erfolgen.“ Zur Berechnung der Dignitätsfaktoren – abgestufte Referenzwerte FMH 5 bis FMH 12 – wird die (normativ festgesetzte) Häufigkeit der Leistungen jeder Tarifposition samt ihrer Minutage genutzt. Ziel war, die Dignitätsfaktoren kostenneutral festzusetzen. Diese Dignitätsskala wird mit Hilfe von Annahmen über Patientenmix der verschiedenen Dignitäten und Länge der Ausbildung (Lebenseinkommen) berechnet. Da Ärzte der FMH12 (z.B. Neurochirurgen) auch Leistungen tieferer Dignitätsklassen verrechnen (z.B. Konsultationen od. andere Grundleistungen der Dignität 5) ist

natürlich deren erwartetes Einkommen nicht 2.5 Mal höher als das Einkommen der FMH5-Ärzte.

Dignität	Dignitätsfaktor
FMH 5	0.905
FMH 6	1.0436
FMH 7	1.086
FMH 8	1.3046
FMH 9	1.4785
FMH 10	2.2625
FMH 5	2.2625
FMH 6	0.905

Tabelle 5 Dignitätsfaktoren.

Jahresarbeitszeit: Auf Antrag der FMH wurde die Jahresarbeitszeit vertraglich mit 9.2 Std. Arbeitszeit pro Tag auf 1'920 Stunden (115'200 Minuten) folgendermassen festgesetzt:

	Tage	Stunden	Minuten
Jahresarbeitszeit, brutto	365.25	3'348	
Abzüge:			
- Wochenende	104	953	
- Feiertage	10	92	
- Ferien	23	211	
- Militär/Zivilschutz	2	18	
- Krankheit/Unfall	7	64	
- Schwangerschaft	0.05	0	
- Diverse Absenzen	1	9	
- Fortbildung		80	
		1'428	
Jahresarbeitszeit, netto	208.7	1'920	115'200

Tabelle 6 Berechnung der netto Jahresarbeitszeit. Quelle: Masterdokumentation der ZMT, EFK.

Produktivität: Die Produktivität entspricht der tarifwirksamen Nettojahresarbeitszeit. Sie setzt den Anteil der verrechenbaren Arbeitszeit in Relation zur aufgewendeten Arbeitszeit. Als nicht verrechenbar gelten: Verteilzeiten, Praxismanagement, Nichterscheinen der Patienten, Pausen, nicht verrechenbare Handlungen (für den Patienten), Studium und Führung eigener Akten, Warten auf Infrastruktur. Im Rahmen von GRAT (ROKO, KOREG) wurde der Umfang von Overheadleistungen ermittelt. Die Produktivität wurde nach Sparten differenziert, um der unterschiedlichen Organisation der Leistungserbringung Rechnung zu tragen. So ist z.B. die Produktivität der Sparte Sprechzimmer 85%, Operationssaal 1 (OPI) 45%, OPII

50% und OPIII 55%. Grundlage für die Festlegung der Produktivität ist eine Arbeitszeiterhebung, gemäss MD wurden diese IST-Zahlen mit „normativen Elementen“ ergänzt.

Die vier obigen Komponenten werden genutzt, um den **Kostensatz AL pro Minute** festzulegen. Dies geschieht wie folgt (MD S. 78):

BERECHNUNG DES KOSTENSATZES, BEISPIEL SPRECHZIMMER		
a) Referenzeinkommen	207'000	Franken
b) Brutto Jahresarbeitszeit 1'920 Stunden	115'200	Minuten
c) Basiskostensatz = a/b	1.80	Fr. / Min.
d) Spartenspezifischer Kostensatz, mit Produktivität Sprechzimmer (85%) = c/85%	2.11	Fr. / Min.
e) Modifizierter Kostensatz, bei Dignitätsfaktor FMH5 (0.9050) = d * 0.905	1.91	Fr. / Min.

Tabelle 7 Quelle: EFK.

Der Basiskostensatz ist für alle Ärztekategorien (Dignitäten) gleich hoch

Mit der Assistenz wird die ärztliche Unterstützung des Hauptoperators bei chirurgischen bzw. interventionellen Leistungen tarifarisch geregelt. Die 1. Assistenz wird bezüglich Produktivität und quantitativer Dignität dem Operator gleichgestellt.

PARAMETER 1. ASSISTENZ		
VE	207'000	
Jahres-AZ	115'200	
Dignität	Digni-Faktor	%
FMH 5	0.9050	0.50
FMH 6	1.0436	0.50
FMH 7	1.0860	0.60
FMH 8	1.3046	0.60
FMH 9	1.4785	0.65
FMH 10	2.2625	0.65
FMH 12	207'000	

Tabelle 8 Quelle: ZMT.

Die 2. Assistenz wird zu einem fixen Satz abgegolten.

PARAMETER 2. ASSISTENZ		
VE	207'000	
Jahres-AZ	115'200	
Dignität	Digni-Faktor	%
FMH 5	0.9050	0.40

Tabelle 9 Quelle: ZMT,

AL-Minutage (Arzt und Assistenz): Die Minutage AL GRAT setzt sich aus drei Teilen zusammen: 1) der Zeit für ärztliche Leistungserbringung („Schnitt-Naht-Zeit“), 2) der Vor- und Nachbereitungszeit und 3) der Befundungszeit (Bericht). Die Minutagen AL GRAT (Operator und eventuelle Assistenz) wurde in mehreren Runden im Rahmen der Expertengespräche mit den Fachgesellschaften (normativ) festgelegt und von den Kostenträgern auf Plausibilität und Angemessenheit überprüft. Auf eine empirische Festlegung wurde aus Zeit-, Komplexitäts- und Kostengründen verzichtet. Gemäss Aussagen hätte eine Erhebung keine besseren Resultate gebracht als eine normative Festsetzung. Nicht inbegriffen in der Minutage AL GRAT sind Wartezeiten, Lehre/Ausbildung/Forschung samt Spezialfällen (wie Ausreisser). Im TARMED wurden flächendeckend die Minutagen AL GRAT genutzt, es gibt keine Minutagen AL INFRA.

Die Multiplikation der **Minutage** mit dem **Kostensatz** gibt den Taxpunkt (TP) für die ärztliche Leistung.

Anmerkung INFRAS: Nach Ansicht der ZMT seien die Minutagen in vielen TARMED-Kapiteln nachweislich zu hoch. Dies könne u.a. damit belegt werden, dass die rapportierte Operationsdauer tiefer sei als die Dauer, die gemäss Tarif verrechnet würde. Auf der anderen Seite gäbe es laut ZMT auch Minutagen, die zu tief seien.

3.3. GRUNDLEGENDES ZUR TECHNISCHEN LEISTUNG

In seiner Entstehung geht der TARMED im Wesentlichen auf die zwei Projekte GRAT und INFRA zurück. Bereits Ende der achtziger Jahre (1986) wurde von der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK unter Beizug von MV und IV) mit der Tarifrevision GRAT begonnen, die sich zunächst nur auf den Bereich der freipraktizierenden Ärzte erstreckte. Das Projekt INFRA entstand Ende der neunziger Jahre als Totalrevision des Spitalleistungskataloges und wurde vom Spitalverband H+, vom Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen KSK (neu: santésuisse), von der Medizinaltarif-

Kommission der Unfallversicherung MTK, von der Militärversicherung MV und der Invaliditätsversicherung IV getragen.

Der Tarif für medizinische Leistungen TARMED kann also als Zusammenführung der überarbeiteten Tarife für medizinische Leistungen in der Praxis und im Spital betrachtet werden. Quer zu dieser entstehungsgeschichtlichen Unterscheidung in Spital und Praxis steht jedoch die im TARMED vorgenommene Unterscheidung von ärztlichen Leistungen und technische Leistungen. Während die Abgeltung für *ärztliche Leistungen* (AL) das Einkommen der Ärzte repräsentiert, bringt die Vergütung für die *technischen Leistungen* (TL) die Kosten für die Nutzung der Praxis- bzw. Spitalinfrastruktur samt Geräten, Verbrauchsmaterialien, Personal und Verwaltung zum Ausdruck. Grundsätzlich soll der Leistungserbringer aus der Vergütung der TL kein zusätzliches Einkommen erzielen.

Während die Taxpunkte AL für alle Leistungen des TARMED über eine im GRAT entwickelte Methodik berechnet werden (KOREG AL), fusst die Berechnung der Taxpunkte TL je nach Tarifposition in einem der Kostenrechnungssysteme GRAT (KOREG TL) oder INFRA. Diese beiden Berechnungssysteme folgen einem unterschiedlichen Ansatz. GRAT ist ein „arztgetriebenes“ Modell: das heisst im Wesentlichen, dass innerhalb einer Modellpraxis sämtliche indirekten Kosten gleichzeitig voll auf alle darin enthaltenen, tarifierbaren Sparten umgelegt werden, weil immer nur eine Sparte gleichzeitig vom Arzt genutzt werden kann. Dabei wurde mit einem Wert von 1.3 Ärzten pro Praxis gerechnet: Die im Modell ermittelten Werte wurden mit der spartenspezifischen Betriebsdauer (=Anzahl Stunden, in denen die Sparte von einem der Ärzte genutzt wird) so korrigiert, dass die Praxiskosten mit dem gleichzeitigen Einsatz von 1.3 Ärzten pro Praxis gedeckt werden können⁸. Wenn der Arzt nicht in der Praxis ist, steht die Praxis gewissermassen still. INFRA beschreibt demgegenüber ein „infrastrukturgetriebenes“ Modell: das bedeutet, dass innerhalb des Modellsitals die indirekten Kosten ihren relativen Anteilen entsprechend auf die darin enthaltenen, tarifierbaren Sparten umgelegt werden, weil im Prinzip sämtliche Sparten gleichzeitig genutzt werden können⁹. Darüber hinaus beruhen die Modelle GRAT und INFRA in unterschiedlichem Mass auf „empirisch“ ermittelten und „normativ“ festgelegten Elementen, wie sich in den folgenden Abschnitten zeigen wird.

8 Dieser Wert von 1.3 Ärzten beschreibt gemäss Angaben von Versicherern jedoch nicht eine Praxis, in welcher parallel gearbeitet wird, sondern trägt den Ferien-, Weiterbildungs- und sonstigen Absenzen Rechnung. Die Entwicklung gehe von der Medizin her in Richtung der Gruppenpraxis: Dies müsste vom Tarif her gefördert werden, werde aber durch diesen Parameter nicht gemacht.

9 Im Modell wird mit Elementen wie der Verteilzeit der Tatsache Rechnung getragen, dass eine hundertprozentige Auslastung der Infrastruktur praktisch unmöglich ist.

Im Rahmen der Tarifführerschaft wurde festgelegt, welches System bei welcher Tarifposition zur Anwendung gelangt. Die Verhandlungspartner haben dazu folgende Prioritäten festgelegt:

1. *Häufigkeit:*

Wo wird die Leistung am häufigsten und qualitativ am besten durchgeführt?

2. *Wirtschaftlichkeit*

Welches Kostenrechnungssystem bringt den tieferen Preis?

3. *Ähnliche Leistungen*

Mit welchem Kostenrechnungssystem wurden benachbarte Sparten (vgl. Abschnitt 3.3) berechnet?

4. *Entscheid/Eingriff*

Welcher Ort der Leistungserbringung ist erwünscht?

Die folgende Tabelle zeigt, welches Kostenrechnungssystem für die Triggerpositionen der Fallbeispiele 1–11 jeweils massgebend war und listet die entsprechenden Sparten und Kostensätze TL auf:

SPARTEN UND KOSTENRECHNUNGSSYSTEME FÜR DIE FALLBEISPIELE				
Fallbeispiel	System	Sparte	Kostensatz TL [CHF/Min.]	Kostensatz TL alternatives Modell
FB 1: Konsultation	GRAT	Sprechzimmer (0001)	1.639	1.226 (INFRA)
FB 2: Notfall-Inkonvenienz	-	-	-	-
FB 3: EKG	GRAT	EKG-Platz (0060)	2.287	2.651 (INFRA)
FB 4: Besuch	GRAT	Sprechzimmer (0001)	1.639	1.226 (INFRA)
FB 5: Refraktionsbestimmung	GRAT	UBR Ophthalmologie (0017)	2.587	2.202 (INFRA)
FB 6: Applanationstonometrie	GRAT	UBR Ophthalmologie (0017)	2.587	2.202 (INFRA)
FB 7: Kataraktoperation	INFRA	OP I (0049)	7.186	4.312 (über Tarifposition 35.0020)
FB 8: Gynäk. Präventive Untersuchung	GRAT	UBR Grundversorger (0022)	1.913	2.326 (INFRA)
FB 9: Ultraschalluntersuchung	GRAT	Gynäkologischer/geburtshilflicher Ultraschall (0172)	2.421	1.307 (INFRA)
FB 10: Operativer Schwangerschaftsabbruch	INFRA	OP I (0049)	7.186	4.312 (über Tarifposition 35.0020)
FB 11: Erstexpertise für Hörgeräte	GRAT	UBR ORL (0018)	2.355	2.202 (INFRA)

Tabelle 10 Quelle: eigene Darstellung. UBR=Untersuchungs- und Behandlungsraum.

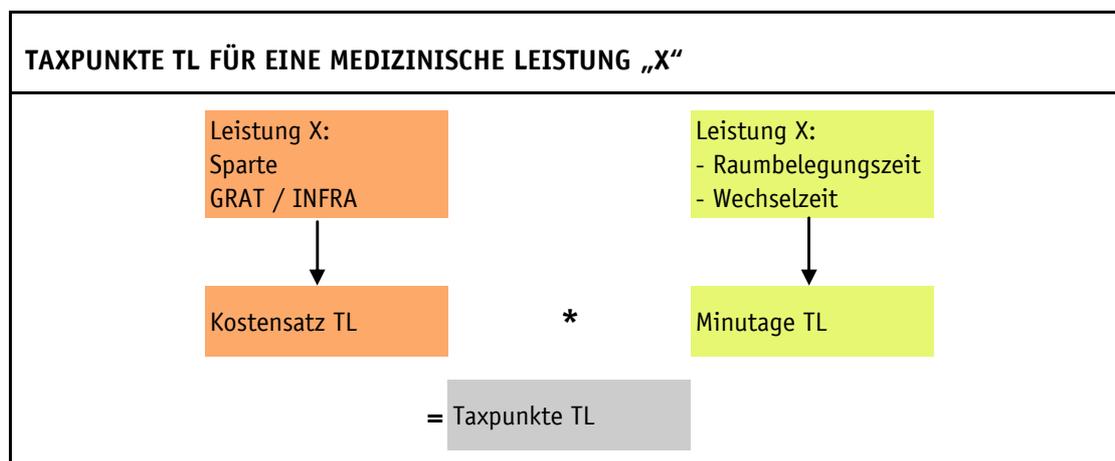
Die in den Fallbeispielen 1–11 untersuchten Leistungen wurden also grösstenteils durch das Kostenrechnungssystem GRAT tarifiert. Beim Vergleich der aktuellen Kostensätze mit den Kostensätzen des jeweils alternativen Berechnungsmodells zeichnen sich keine Regelmässigkeiten ab. Bei einigen der mit GRAT tarifierten Fallbeispiele wäre der Kostensatz mit INFRA tiefer, bei anderen wäre er höher gelegen.

Den Ausgangspunkt von GRAT und INFRA bildet die Nomenklatur von medizinischen Leistungen, die sich heute im TARMED als Gerüst von Tarifpositionen (00.0010 Konsultation, erste 5 Minuten etc.) wiederfindet. Die Tarifstruktur des TARMED entstand in einem längeren Prozess, in welchen die Projektleitung, die Tarifpartner und verschiedene Ärztesellschaften involviert waren. Jede medizinische Leistung bzw. Tarifposition wird dabei einer *Sparte* (GRAT) bzw. einer *Funktionseinheit* (INFRA) zugeteilt, so dass ihr ein spezifi-

scher *Kostensatz TL* zugewiesen werden kann¹⁰. Aus dem *Kostensatz TL* und der *Minutage TL*, die für jede Leistung spezifisch festgelegt ist, berechnen sich die *Taxpunkte TL* für die Leistung.

Nicht im *Kostensatz TL* ausgedrückt sind die Sachkosten, die bei einer bestimmten medizinischen Leistung zusätzlich anfallen können: Diese umfassen einerseits medizinische Verbrauchsgüter, die teurer sind als CHF 3.00 (dieser Wert betrug ursprünglich CHF 200.00) und andererseits Medikamente gemäss Spezialitätenliste und Laboranalysen gemäss Analysenliste.

Die Berechnung der *Taxpunkte TL* aus dem *Kostensatz TL* und der *Minutage TL* wird in der folgenden Grafik illustriert:



Figur 4 Berechnung der *Taxpunkte TL* für eine medizinische Leistung „X“. Quelle: eigene Darstellung.

Am Beispiel der Triggerposition für die Kataraktoperation lässt sich diese Berechnung aufzeigen:

- › Die Leistung „Extractio lentis ...“ (08.2760) fällt in die mit INFRA berechnete Sparte „OP I“. Der *Kostensatz TL* für diese Sparte beträgt 7.186 CHF pro Minute.
- › Die *Minutage* (Dauer) der Leistung beträgt 37 Minuten und setzt sich zusammen aus 37 Minuten *Raumbelungszeit* und 0 Minuten *Wechselzeit*.
- › Das Produkt aus dem *Kostensatz TL* und der *Minutage TL* beträgt 265.88 CHF. Im TARMED werden jedoch die Frankenbeträge durch *Taxpunkte* ersetzt.

¹⁰ Die Begriffe „Sparte“ und „Funktionseinheit“ sind synonym, im Folgenden wird jeweils der Begriff „Sparte“ in beiden Zusammenhängen verwendet

Entscheidend für die Bestimmung des Kostensatzes TL ist, wie angetönt, die Einteilung einer Tarifposition in eine bestimmte Sparte: Sparten sind die in den Kostenrechnungssystemen verwendeten Kategorien, mit welchen sich Tarifpositionen gruppieren lassen, so dass ihnen ein Kostensatz TL zugewiesen werden kann¹¹. Die Definition und Abgrenzung der Sparten entstand gemäss Aussagen von Tarifexperten in Absprache zwischen zwei Projektgruppen, der Tarifstrukturgruppe und der Kostenmodellgruppe. Die in GRAT und INFRA verwendeten Sparten sind grösstenteils als Räume konzipiert, die eine bestimmte Grösse aufweisen, bestimmte Geräte beinhalten und ein bestimmtes Personal erfordern. Der Kostensatz TL für eine bestimmte Sparte stellt also den Minutenpreis für die Miete der kompletten Infrastruktur dar, die durch eine Sparte beschrieben wird. Die Kostenrechnungssysteme GRAT und INFRA decken ihrem Anwendungsgebiet entsprechend (Arztpraxis und Spital) eine unterschiedliche Menge von Sparten ab.

Insgesamt werden in GRAT und INFRA rund 130 Sparten unterschieden, wobei nicht alle diese Sparten im gegenwärtigen TARMED effektiv genutzt werden. Als Beispiele werden in den folgenden Abschnitten die ausschliesslich in GRAT berechnete Sparten „Sprechzimmer Psychiatrie“ und „EKG-Platz“ (Abschnitt 3.4.5) sowie die ausschliesslich in INFRA berechnete Sparte „OP I“ (Abschnitt 3.5) näher erläutert.

Die Sparte „Sprechzimmer Psychiatrie“ figuriert als eine von fünf Sparten (Sprechzimmer Psychiatrie, UBR Grundversorger, Labor, Apotheke/SD, Indirektes) im Modell A (Psychiatrische Praxis) der Kostenrechnungssysteme GRAT. Zur Berechnung des Kostensatzes TL GRAT werden die Minutenpreise für Raum, Zins, Abschreibung, Materialien und Medikamente, Unterhalt, Übriges (fix), Übriges (variabel), Eigenkapitalzins und Lohnsumme addiert.

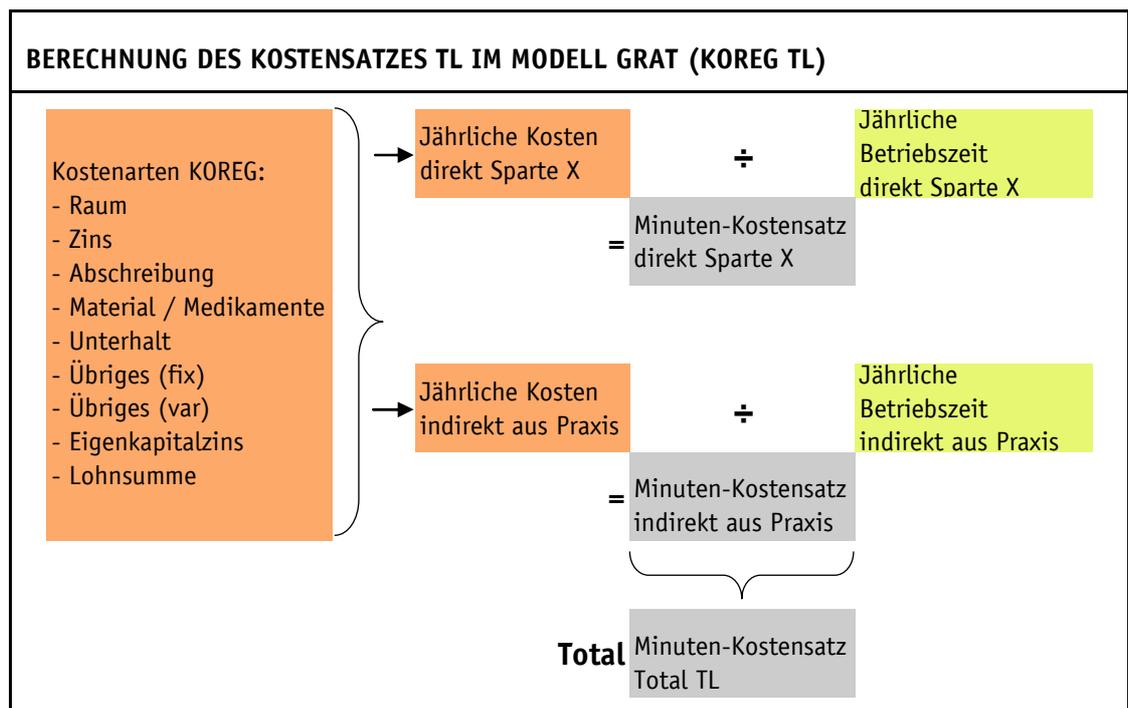
Der Sparte „OP I“ werden alle medizinischen Leistungen zugeteilt, welche einen Eingriff an den Extremitäten beinhalten und dafür einen Operationssaal des Typus 1 mit einer bestimmten Grösse, Personalausstattung und Ausrüstung erfordern. Die wesentlichen Bestandteile des Kostensatzes TL INFRA sind die Anlagenutzungskosten (Abschnitt 3.5.2), die nichtärztlichen Personalkosten (Abschnitt 3.5.3) sowie die Sach- und Umlagekosten (Abschnitt 3.5.4).

¹¹ Gemäss Tarifexperten kann eine Sparte beschrieben werden als „Bereich in der Praxis oder im Spital, in welchem ein bestimmtes Bündel von Leistungen erbracht wird. Jeder Bereich ist durch eine besondere Infrastruktur (Raum, feste und mobile Apparate und Geräte) und durch eine bestimmte Zahl von nichtärztlichem Personal charakterisiert“ (Ärzteliste, 2009).

3.4. KOSTENSATZ TL GRAT

Sämtliche Angaben und Tabellen zum Kostensatz GRAT wurden uns von der Ärztekasse zur Verfügung gestellt. Das für die Herleitung der Berechnung ausgewählte Praxismodell (Modell A Psychiatrie) sowie das für die Sensitivität ausgewählte Fallbeispiel (EKG) wurden ebenfalls von der Ärztekasse ausgewählt. INFRAS hatte darauf keinen Einfluss. Die in den Tabellen unkenntlich gemachten Zahlen waren auch für uns nicht ersichtlich.

Grundlage für GRAT bildet das Kostenmodell KOREG. Dieses dient dazu, die technische Leistung in der Arztpraxis, d.h. die Kostensätze für verschiedene Sparten, zu bestimmen. KOREG ist ein statistisch-empirisches Modell. Die folgende Figur illustriert die grundlegende Berechnungsmethodik, mit welcher der Kostensatz TL aus dem Kostenmodell KOREG ermittelt wird:



Figur 5 Berechnung des Kostensatzes TL im Modell GRAT. Quelle: Eigene Darstellung.

Die obige Figur zeigt, dass der Kostensatz TL aus zwei Elementen besteht: einem direkten Kostensatz aus der tarifierbaren Sparte (z.B. Sprechzimmer Psychiatrie 0002) und einem indirekten Kostensatz aus der/den indirekten Sparten der Modellpraxis (Indirektes 1100). Diese Kostensätze werden jeweils geteilt durch die tarifarisch festgelegte Betriebsdauer der Sparte, welche in der Arbeitszeiterhebung ermittelt wurde. Die Entstehung dieser Elemente wird in den folgenden Abschnitten erläutert.

Um die Kosten und Kostensätze für die direkten und indirekten Bestandteile zu ermitteln, wurden verschiedene Modellierungs- und Kalkulationsapplikationen – GratBas, Invest, GetPing, Ist, Soll – eingesetzt. Wesentliche Grundlage dafür sind die Daten aus der rollenden Kostenstudie Roko. Die RoKo erfasst mittels eines standardisierten Fragebogens Finanz-, Leistungs- und Infrastrukturdaten von Arztpraxen und wird von der Ärztekasse jährlich durchgeführt; ca. 2000 Arztpraxen nehmen auch heute noch daran teil. Besonders hoch ist die Abdeckung in den Kantonen SO, BE und AG. Im Jahr 1995, das als Basis für die KOREG diente, haben ca. 5000 Praxen den Fragebogen ausgefüllt.

In den folgenden Abschnitten wird im Detail aufgezeigt, wie die massgebenden Kosten ermittelt und innerhalb der Modellpraxis auf Sparten verteilt wurden, so dass die Summe aller Sparten und ihrer Betriebsdauern mit den in der RoKo ermittelten Kosten übereinstimmt. Danach wird die Sensitivität des Berechnungsmodells auf einige der darin enthaltenen Parameter geprüft.

3.4.1. AUFBAU DER MODELLPRAXIS

Praxismodelle

Da es ganz unterschiedliche Arztpraxen gibt, wurden als erstes sechs Praxismodelle festgelegt. Die Praxismodelle bilden die wesentlichen und häufigsten Praxistypen ab. Sie unterscheiden sich insbesondere in Bezug auf ihre Ausstattung:

- › Modell A (Psychiatrie),
- › Modell B (Schneidende),
- › Modell C (ORL/Ophthalmologie),
- › Modell E (Innere),
- › Modell F (Grundversorger),
- › Modell G (Gynäkologie/Urologie).

Die Praxismodelle sind in der Applikation GratBas festgelegt.

Sparten (Kostenstellen)

Jedem Praxismodell wurden die für seinen Typ typischen Sparten zugeordnet. Die Sparten entsprechen den Kostenstellen in einer Kostenrechnung. Die Sparten und ihre Abgrenzung wurden in Absprache zwischen der Tarifstrukturgruppe und der Kostenmodellgruppe erstellt. Insgesamt umfasst GRAT über 100 Sparten. Dazu zählen u.a. Sprechzimmer, Röntgen, Wartezimmer etc. Die meisten dieser Sparten sind tarifwirksam, was bedeutet, dass ihre Kosten in die Berechnung des Kostensatzes einfließen. Daneben wurden noch weitere Spar-

ten definiert, um die nicht tarifwirksamen Kosten eliminieren zu können (sogenannte Eliminationssparten). Dazu zählen die nicht TARMED-Tätigkeiten:

- › 1000 Physiotherapie,
- › 1001 Labor,
- › 1002 Praxis-Apotheke,
- › 1003 Belegarzt/Spital.

Die Kosten dieser Sparten werden dann nicht weiter auf den TARMED umgelegt. Weiters wurde eine indirekte Sparte 1100 Indirektes geschaffen, welche die Kosten sämtlicher Nebenräume wie WC, Gang, Lager, Wartezimmer, Parkplatz etc. sowie das Backoffice der Arztpraxis, (Schreib- und Abrechnungstätigkeiten, Buchhaltung, Empfang) erfasst. Die Sparten wurden sodann den verschiedenen Praxismodellen zugeordnet (siehe Bsp. im Anhang).

Die Sparten in jedem Praxismodell wurden sodann mit den folgenden Parametern modelliert:

- › Die Häufigkeit gibt an, inwieweit die Spartenkosten einem Modell zugeteilt werden. Die Sparte Sprechzimmer z.B. kommt praktisch in allen Arztpraxen vor, die Sparten Labor und Apotheke/SD hingegen nur zu einem bestimmten Anteil. Die Häufigkeiten wurden ebenfalls im Rahmen der RoKo erhoben.
- › Der Anteil der Personalkosten pro Sparte gibt an, inwieweit das Praxispersonal in der betreffenden Sparte tätig ist. In der Sparte Sprechzimmer z.B. ist dieser Anteil 0%, weil die medizinische Praxisassistentin hier keine Funktionen hat. Sie wendet aber z.B. 10% ihrer Zeit für das Labor auf. Wenn nun in 6% aller Praxen ein Labor besteht, dann werden 0.6% der Personalkosten der Sparte Labor zugewiesen. Wie bereits erwähnt, werden die Laborkosten nicht auf die TARMED-Tarife umgelegt. Das Beispiel mit dem Labor dient einzig der Illustration. Personalkosten, die nicht einer Sparte zugeordnet werden können, werden der Sparte Indirektes zugewiesen. Die Anteile basieren ebenfalls auf Angaben auf der Roko.
- › Die Nettobetriebsdauer einer Sparte gibt die Auslastung der Sparte an, d.h. die Anzahl Stunden an, in denen eine Sparte genutzt wird. Die Auslastungen wurden normativ festgelegt. Die Sparte Sprechzimmer Psychiatrie 002 z.B. wird während 1'540 Stunden im Jahr genutzt, die Sparte Sprechzimmer 0001 1'237 Stunden und die Sparte Indirektes 1100 wird 1632 Stunden genutzt. Die Spartenbetriebsdauern addieren sich unter Berücksichtigung der Häufigkeit, mit der eine Sparte im Praxismodell vorkommt, zur tarifarischen Netto-

Arbeitszeit¹². Die Nettoarbeitszeit beträgt 1632 Stunden. Sie ergibt sich aus der Brutto-Jahresarbeitszeit von 1920 Stunden und dem Produktivitätsfaktor von 85%.

- › Die Brutto-Jahresarbeitszeit wurde zum überwiegenden Teil normativ, jedoch auf Basis der Ergebnisse der Arbeitszeiterhebung Praxis festgelegt. Sie versteht sich exkl. Wochenende, Feiertage, Ferien, Krankheit, Fortbildung etc. Mit der Produktivität werden sodann die nicht tarifwirksame Tätigkeiten – Praxismanagement, Verteilzeiten, Nichterscheinen des Patienten, Pausen, nicht verrechenbare Handlungen (für den Patienten), Studium und Führung eigener Akten, Warten auf Infrastruktur (OP-Sparten) – abgezogen. Für die Sparte Sprechzimmer liegt die Produktivität bei 85%. Die Netto-Jahresarbeitszeit beträgt somit 1632 Stunden. Sie gibt jene Arbeitszeit des Arztes an, die er durchschnittlich für bzw. am Patienten leistet.
- › Ein weiterer Parameter legt die Anteile für jedes Praxismodell fest, mit welchem die Kosten für Material und während der Behandlung benötigter Medikamente auf die verschiedenen Sparten zugeteilt werden. Diese Anteile wurden normativ festgelegt. Die Kosten für Verbandsmaterial z.B. laufen im Praxismodell A zu 100% in die Sparte 1100 Indirektes. Von Seiten santésuisse wird hier eingewandt, dass Materialkosten, welche teurer als CHF 3 sind, separat in Rechnung gestellt werden können. Dasselbe gelte für Medikamente, welche nicht in den Tarif integriert seien, sondern mittels Spezialitätenliste (SL) abgerechnet würden. Gemäss santésuisse sei ausserdem aufzuzeigen, wie im GRAT-Modell die entsprechenden Parameter herausgerechnet worden seien. Insbesondere sei datengestützt zu belegen, wie die 3-Franken-Grenze im GRAT-Modell beim Materialverbrauch ausgeschieden worden sei. Dasselbe gelte auch für die während der Behandlung benötigten Medikamente. Es stelle sich insbesondere die Frage, wie im Modell die normativ eingerechneten Medikamentenkosten gegenüber den Medikamenten der Spezialitätenliste aktiviert und ausgeschieden worden seien, so dass Doppelverrechnungen gegenüber dem Patienten vermieden werden.

Die Festlegung der Sparten, die Steuerparameter und die Spartenanteile von Material und Medikamenten sind gemäss Ärztekasse ebenfalls im GratBas festgehalten.

¹² Die Betriebszeit der Sparte Indirektes wurde im Rahmen einer Überarbeitung von 1648 Stunden auf 1632 reduziert; die gewichtete Summe der restlichen Sparten ergibt im Total jedoch immer noch den alten, grösseren Wert. Je kleiner die Betriebszeit einer Sparte im Modell angenommen wird, desto grösser ist der Kostensatz bzw. desto weniger Zeit muss effektiv gearbeitet und verrechnet werden, um Einnahmen im Umfang der Modellpraxiskosten zu erzielen.

3.4.2. ZUORDNUNG VON KOSTEN ZU MODELLEN

Zuordnung der Roko-Daten zu Praxismodellen

Die Kosten jeder einzelnen Praxis aus der RoKo und ihre kalkulatorischen Elemente werden dem entsprechenden Praxismodell zugewiesen. Das Ergebnis ist eine Liste (Getping), welche sämtliche Angaben aus der RoKo (Kosten, Raumgrössen, Finanzdaten etc.), die Anzahl der Praxen in diesem Praxismodell, welche Angaben geliefert haben, sowie den Mittelwert der Angaben zeigt (siehe folgende Tabelle, welche uns von der Ärztekasse zur Verfügung gestellt wurde. Die Angaben zu Anzahl und Mittelwert wurden allerdings von der Ärztekasse bewusst unkenntlich gemacht). Die Raumgrössen dienen zum Beispiel dann bei der Verteilung der Raumkosten als Umlageschlüssel. In dieser Liste enthalten sind auch Angaben, die nicht in die Berechnung der Kosten TL einfließen, sondern in die AL, z.B. AHV Arzt, Berufliche Vorsorge, Weiterbildung. Diese sind zum Nachweis der Vollständigkeit angeführt.

Theoretisch hätten gemäss Angaben der Ärztekasse die Versicherer hier die Möglichkeit gehabt, bereits auf Ebene des Kosteninputs Korrekturen anzubringen (KorrPing), d.h. die Werte der Durchschnittskosten zu korrigieren. Weil die Werte der untenstehenden Tabelle das Geschäftsgeheimnis der Arztpraxen darstelle, sei es den Versicherern offen gestanden, hierüber via einen Treuhänder Rechenschaft einzufordern. Diese Möglichkeit sei jedoch nicht genutzt worden. Gemäss santésuisse hat die Durchsicht der damaligen Protokolle der Projektoberleitung TARMED keinerlei Eintrag gezeigt, welcher diese Aussage bestätigt hätte. Gemäss Santésuisse wäre ausserdem zu präzisieren, wie die Korrekturen technisch anzubringen gewesen wären.

LISTE (GETPING) MIT ANGABEN AUS ROKO

Modell	DataField	Count	Mean	
ModF	Modell F (Grundversorger)			
	A11	Medikamente	2'186	138'136.36
	A12	übriger Materialaufwand	2'286	247'133.18
	A121	Verbandsmaterial	1'638	1'232.33
	A122	Labormaterial	1'251	33'421.85
	A123	Röntgenmaterial	1'126	2'123.36
	A124	übriger übriger Material	1'237	4'136.73
	A1T	Total Material/Medi	2'178	144'848.54
	A2T	Personalaufwand	2'178	112'917.42
	A3T	Raumaufwand	2'178	38'124.37
	A4T	Kapitalaufwand	2'178	4'111.31
	A5T	Abschreibungen	2'178	209'171.48
	A61	Praxisversicherungen	2'188	2'192.73
	A62	AHV Arzt	2'167	147'226.30
	A63	Beruf. Vorsorge	2'266	2'126.47
	A6T	Total Versicherungen	2'178	41'748.47
	A71	Verwaltungsaufwand	2'138	22'431.89
	A72	Beruf. Fortbildung	1'178	1'168.33
	A73	Unterhalt und Reparaturen	2'362	1'348.33
	A74	Fahrzeugaufwand	2'188	4'431.54
	A7T	Übriger Aufwand	2'178	41'748.47
	AA	Total Aufwand	2'178	412'947.31
	B1	Eigenkapital	1'188	147'174.89
	B2	Anlagevermögen	1'188	148'144.39
	L13	Kons pro Jahr	2'138	2'462.17
	L14	Besuche pro Jahr	318	313.85
	LP3	Total M2	2'438	147'347.35
	LP31	m2 Physio	438	2'467.42
	LP32	m2 Röntgen	1'438	14'311.12
	LP33	m2 Labor	1'132	1'247.78
	LP34	m2 Apotheke	83	483.37
	LP35	m2 Ultraschall	138	1'282.36
	LP36	m2 OP	133	1'168.43
	LP37	m2 Nebenräume	2'362	2'343.43
	LP38	m2 SprechZimmer	1'178	2'284.35
	LP39	m2 BehandlungsZimmer	1'143	2'123.31
	LP40	m2 Empfang	788	1'468.37
	LP41	m2 Sekretariat	773	1'434.14
	LP42	m2 Lager	138	1'282.31
	Stdehe	Stunden (unbez) Ehefrau	2'178	2'12.84
	StdFrE	Kalk Lohn Ehefrau	2'178	4'136.73

Tabelle 11 Quelle: Ärztekasse.

Kalkulatorische Elemente

Neben den in der RoKo ausgewiesenen Kosten wurden den Modellen auch kalkulatorische Kosten zugewiesen. Diese umfassen 61 TCHF pro Jahr für das Salär des zu 100% mitarbeitenden Partners und 4.5% Verzinsung des Eigenkapitals. Diese Kosten sind je nach Modell abhängig von der durchschnittlichen Anzahl Stunden pro Woche des mitarbeitenden Part-

ners und der Höhe des Eigenkapitals in die Spartenkosten eingeflossen. Die kalkulatorischen Elemente sind ebenfalls im GratBas festgehalten.

Istkosten je Praxismodell und je Kostenart

Aus dieser Liste werden sodann die Istkosten je Kostenart für jedes Praxismodell berechnet. Dies geschieht, indem die Kosten gemäss RoKo direkt einer der neun Kostenarten zugewiesen werden, z.B. die Kosten für Raumaufwand (Miete, Strom etc.). Die Abschreibungen und Unterhaltskosten werden über die in Invest ermittelten Umlageschlüssel den entsprechenden Kostenstellen zugeteilt. Die Istkosten zeigen für jedes Praxismodell die Kosten je Kostenart.

ZUWEISUNG DER KOSTEN GEMÄSS ROKO AUF KOSTENARTEN JE PRAXISMODELL		
IST: Kosten_Totale		Zeigt die Kosten-Totale pro Kostenart und Modell
Modell	Koa	Koa_Total
ModA	Modell A (Psychiatrie)	
	1 Raum	22'467.46
	2 Zins	2'421.16
	3 Abschreibung	6'861.05
	4 Mat/Medi	10'048.43
	5 Unterhalt	2'821.53
	6 Übriges (fix)	9'200.20
	7 Übriges (var)	20'965.03
	9 EKZ	4'000.41
	10 Lohnsumme	32'559.40
	Summe	111'364.67

Tabelle 12 Quelle: Ärztekasse.

3.4.3. AUFSCHLÜSSELUNG DER KOSTEN AUF SPARTEN

Schlüsselbasis

Aus diesen Istkosten lässt sich sodann die Schlüsselbasis je Kostenart berechnen, z.B. CHF/m² für die Kostenart Raum etc. Zusätzlich lassen sich empirische Werte mit normativ

festgelegten Werten in Bezug setzen, z.B. die gemäss RoKo empirisch erfassten Abschreibungen und die Abschreibungen, wie sie sich aufgrund der normativ festgelegten Abschreibedauer ergeben. Dabei zeigt es sich, dass die empirischen Abschreibungen ca. einen Drittel der normativ festgelegten Abschreibungen erreichen. D.h., dass die Praxisausstattungen stärker abgeschrieben sind als erwartet bzw. das Mobiliar veraltet oder die Ausstattung empirisch geringer als normativ ermittelt ist.

Besondere Umlageschlüssel

Die Umlageschlüssel dienen dazu, die Kosten für Abschreibungen und Unterhalt auf die Sparten (= Kostenstellen) zuzuweisen. Die Kosten für Unterhalt und Abschreibungen wurden in der RoKo erhoben. Zusätzlich haben alle Facharztgesellschaften für sich ein Inventar der Räume und Ausstattung angelegt und die dazugehörigen Preise erfasst. Das Inventar wurde für das Jahr 1995 erstellt. Abschreibedauer und Unterhaltskostensatz wurden aus einer Vorgabe der Versicherer übernommen. Bürogeräte z.B. werden auf zehn Jahre abgeschrieben. Daraus ergab sich eine Liste, in der jedes Gerät, jede Ausstattung mit Preis, Abschreibungsdauer (codiert) und Unterhaltssatz (ebenfalls codiert) versehen ist. Aus dieser Liste wurde sodann die Ausstattung für jedes Praxismodell ermittelt. Die Ausstattung des Praxismodells F Grundversorger z.B. hat demnach einen Wert in der Höhe von 980 TCHF, davon entfallen 110 TCHF auf den Röntgenraum, 200 TCHF auf den Empfang und Nebenräume, 140 TCHF aufs Labor. Diese Räume werden in jedem Praxismodell den Sparten zugeordnet. Also z.B. der Empfang der Sparte 1100 Indirektes, das Labor der Sparte 1001 Labor. Die Kosten der Sparte Labor werden dabei wie erwähnt nicht auf TARMED umgelegt. Daraus lassen sich sodann die Umlageschlüssel für die in der RoKo erhobenen Abschreibungen und Unterhaltskosten je Sparte ermitteln. Die Umlageschlüssel wurden mit dem Investverfahren ermittelt: Wenn in Invest ermittelt wird, dass 10% der Abschreibungen auf das Sprechzimmer entfallen, so werden also 10% der Abschreibekosten aus der RoKo dem Sprechzimmer zugewiesen.

SCHLÜSSELBASIS			
Ist: Schlüssel-Basis		Zeigt die Ist-Schlüssel pro Modell	
Modell	Koa	EinheitsPreis	Einheit
ModA	Modell A (Psychiatrie)		
	1 Raum	260.341	Fr/m2
	2 Zins	0.008	Fr/Fr_I
	3 Abschreibung	0.319	Fr/Fr_A
	4 Mat/Medi	1.000	Fr/Fr_
	5 Unterhalt	0.419	Fr/Fr_U
	6 Übriges (fix)	9'200.195	FR
	7 Übriges (var)	20'985.030	FR
	9 EKZ	0.014	Fr/Fr_I
	10 Lohnsumme	1.000	Fr/Fr_S

Tabelle 13 Quelle: Ärztekasse.

Durchschnittskosten je Praxismodell und Sparte

Anschliessend werden die Durchschnittskosten je Praxismodell und Sparte berechnet. Dies geschieht, indem die Schlüssel (z.B. Raumgrösse) mit der Schlüsselbasis (z.B. CHF/m²) multipliziert und mit der Häufigkeit gewichtet werden. Das Ergebnis sind die Kosten je Sparte für jedes Praxismodell. Die Kosten für den Raumaufwand (Kostenart Raum) werden mit diesem Verfahren auf die verschiedenen Räume im Praxismodell (Sprechzimmer, UBR Grundversorgung, Labor etc.) aufgeteilt.

Der Unterschied zwischen den Kosten einer modelltypischen Praxis und den Kosten einer Durchschnittspraxis ergibt sich daraus, dass in der Durchschnittspraxis gewisse Räume weniger häufig anzutreffen sind als in der modelltypischen Praxis. Die modelltypische Praxis enthält z.B. die vollen Kosten für ein Labor. Durchschnittlich haben jedoch nur 4% aller Psychiatriepraxen (siehe Beispiel) ein Labor, entsprechend fließen die Kosten für das Labor

nur anteilmässig ein. Das analoge Vorgehen wird für alle Sparten angewandt. Die Kosten der Sparte Labor werden wie bereits erwähnt nicht auf TARMED umgelegt.

Gemäss Ärztekassen hätten die Versicherer auch auf dieser Ebene Eingriffe vornehmen können (SOLL-Verfahren). santésuisse weist darauf hin, dass diesbezüglich Anreize für Gemeinschaftspraxen geschaffen werden sollten. Es sei z.B. nicht sinnvoll, wenn ein einzelner Radiologie alle notwendigen Geräte für sich alleine anschaffe, da er diese nicht genügend auslasten könne. Anreize für Gemeinschaftspraxen seien ausserdem vor allem ausserhalb von städtischen Zentren notwendig. In Städten seien in der Regel spezialisierte Einrichtungen, z.B. Röntgeninstitute, in der Nähe, so dass eine Arztpraxis nicht darauf angewiesen sei, eigene Geräte zu beschaffen. Ausserhalb von Städten jedoch sei die Auslastung von teuren Geräten ungenügend. Der Zusammenschluss zu Gemeinschaftspraxen sei dabei nur eine Möglichkeit. Zu prüfen sei auch die Möglichkeit, solche Leistungen einzukaufen. So erfolgen z.B. die Röntgenleistungen in Schwarzenberg durch das Spitalnetz Bern. Ein anderer Fall seien periphere Gegenden, wo es abzuwägen gilt, inwieweit der Service public sichergestellt werden müsse. Allenfalls seien Leistungen dann kantonal abzugelten.

ZUORDNUNG DER KOSTEN AUF DIE SPARTE					
IST: Kosten_Sparte					
<small>Zeigt die IST-Kostenstruktur pro Modell nach Modell-Praxis und Durchschnitts-Praxis sortiert nach Kostenarten</small>					
Modell	KOA	Sparte	SB	ModellPraxis	Durchschnitts-Praxis
ModA Modell A (Psychiatrie)					
1 Raum			SB:	260.341	
0002	Sprechzimmer Psychiatrie		32.000	8'330.92	32.000 8'330.92
0022	UBR Grundversorger		23.000	5'987.85	7.360 1'916.11
1001	Labor		13.000	3'384.44	0.780 203.07
1002	Apotheker/SD		4.000	1'041.37	0.160 41.65
1100	Indirektes		46.000	11'975.70	46.000 11'975.70
Summe				30'720.28	22'467.46

Tabelle 14 Quelle: Ärztekasse.

3.4.4. ZUSAMMENFÜHRUNG INDIREKTE UND DIREKTE SPARTEN

Berechnung des Kostensatzes

In einem letzten Schritt werden die Kosten der Durchschnittspraxis je Sparte (Raum, Zins, Abschreibung) durch die Nettobetriebsdauer der einzelnen Sparte dividiert. Daraus ergibt sich sodann der direkte Kostensatz TL.

BERECHNUNG DES KOSTENSATZES PRO SPARTE			
B_KOSatz_Detail			
Modell	Sparte	Kostenart	KoMin
ModA	Modell A (Psychiatrie)		
	0002	Sprechzimmer Psychiatrie	
		1 Raum	0.090
		2 Zins	0.004
		3 Abschreibung	0.009
		5 Unterhalt	0.001
		9 EKZ	0.007
		10 Lohnsumme	0.000
		Zusammenfassung für 'Sparte' = 0002	0.110

Tabelle 15 Quelle: Ärztekasse.

Der indirekte Kostensatz TL ergibt sich aus der Division der Kosten der Sparte 1100 Indirektes und der dazugehörigen Nettobetriebsdauer. Der Kostensatz ist für die verschiedenen Praxismodelle unterschiedlich, für die verschiedenen Sparten innerhalb eines Modells jedoch gleich.

Die Summe von direktem und indirektem Kostensatz ergibt den Kostensatz TL GRAT.

ZUSAMMENSETZUNG DES KOSTENSATZES TL				
Kosatz_Roh_2				
Modell	Sparte	dir	indir	TL
ModA	Modell A (Psychiatrie)			
	0002 Sprechzimmer Psychiatr	0.110	0.898	1.008
	0022 UBR Grundversorger	0.494	0.898	1.392

Tabelle 16 Quelle: Ärztekassen.

Das INFRA-Modell (siehe Abschnitt 3.5) hat Kostensätze für z.T. die gleichen Sparten berechnet, z.B. die Sparte Sprechzimmer. Der Kostensatz TL für die Sparte Sprechzimmer nach INFRA liegt allerdings tiefer als der Kostensatz TL für diese Sparte nach GRAT. Dies lässt sich damit begründen, dass die Auslastung der Infrastrukturausstattung höher ist.

Korrektur

In gewissen Fällen (z.B. Sprechzimmer des Psychiaters) wurde auf dem Kostensatz TL ein Korrekturfaktor eingeführt, weil dieser laut Ärztekasse zu tief gewesen sei (ca. 1 Taxpunkt pro Minute). Der Korrekturfaktor sei das Ergebnis von Verhandlungen mit den Tarifpartnern gewesen. Weitere Angaben dazu konnten aus Zeitgründen nicht abgeklärt werden.

3.4.5. AUFSTELLUNG DER KOSTEN AM BEISPIEL DER SPARTE EKG-PLATZ

Die folgende Aufstellung zeigt die Berechnung des Kostensatzes TL aus den Kostenarten und der Betriebsdauer für die Sparte „EKG-Platz“ (0066) auf. Dabei werden zunächst die direkten und indirekten Spartenkosten im Total berechnet. Diese Werte werden sodann durch die spartenspezifische Betriebsdauer dividiert, um einen Wert für die Kosten pro Zeiteinheit (Minuten) zu erhalten. Die Betriebsdauer indirekt beträgt im Beispiel EKG 1632 Std. und ist identisch mit der Nettoarbeitszeit (siehe 3.4.1); die Betriebsdauer direkt wurde aufgrund von Schätzungen mit 204 Std. eingesetzt (hat nichts mit der Spartenproduktivität von 79% zu tun):

BERECHNUNG DER DIREKTEN UND INDIREKTEN SPARTENKOSTEN EKG-PLATZ							
Sparte EKG direkt				Sparte EKG indirekt Modellpraxis F			
Raumaufwand ¹³			1'978.13	Raumaufwand			13'352.36
Zinsaufwand ¹⁴	+		484.29	Zinsaufwand	+		3'028.39
Abschreibung ¹⁵	+		1'084.87	Abschreibung	+		6'914.69
Material/Medikamente	+		0.00	Material/Medikamente	+		7'923.91
Unterhalt ¹⁶	+		124.90	Unterhalt	+		2'653.76
Übriges fix ¹⁷	+		0.00	Übriges fix	+		8'959.21
Übriges variabel ¹⁸	+		0.00	Übriges variabel	+		30'983.53
Eigenkapitalzins	+		447.91	Eigenkapitalzins	+		2'800.89
Lohn	+		6'237.52	Lohn	+		70'172.12
Spartenkosten [CHF]	=		10'357.62	Spartenkosten [CHF]	=		146'788.86
Betriebsdauer [Std.]	/		204	Betriebsdauer [Std.]	/		1632
TL direkt [CHF/Min.]	=		0.846	TL indirekt [CHF/Min.]	=		1.499

Tabelle 17 Quelle: eigene Darstellung.

Anschliessend werden die direkten und indirekten Kosten addiert und mit einem Korrekturfaktor (dieser wurde aufgrund der Verhandlungen unter den Tarifpartnern auf manche Sparten angewandt) multipliziert:

BERECHNUNG DES KOSTENSATZES TL EKG-PLATZ			
TL direkt			0.846
TL indirekt	+		1.499
TL total	=		2.345
TL-Korrekturfaktor	*		0.975
Kostensatz TL [CHF/Min.]	=		2.287

Tabelle 18 Quelle: eigene Darstellung.

13 Mietzins inkl. Nebenkosten und Parkplatzmiete bzw. Mietwert Praxisräume im eigenen Haus, Unterhalt (Wasser, Gas, Strom, Beleuchtungs- und Reinigungsmaterial, Unterhalt und Reparaturen).

14 Schuldzinsen (ohne Hypothekarzinsen), Factoring, Bankspesen, Kommission auf Betriebs-/Investitionskredit.

15 Apparate, Instrumente, Mobiliar, Einrichtungen, Leasinggebühren.

16 Reparaturen Praxiseinrichtungen, Serviceabonnemente, Anschaffungen von geringem Wert, Reinigung Praxiswäsche, etc.

17 Praxisversicherungen (Haftpflicht, Schaden, Rechtsschutz, ...).

18 Verwaltungsaufwand (Büromaterial etc.), Beiträge an Berufsverbände, berufliche Fortbildung sowie Fahrzeugaufwand.

3.4.6. SENSITIVITÄT DES BERECHNUNGSMODELLS

Um über die Beschaffenheit des GRAT-Berechnungsmodells weitere Aussagen zu machen, kann die Reaktion des Modells und seines Outputs (der Kostensatz TL) im Hinblick auf Veränderungen der zugrundeliegenden Normen, Werte und Parameter getestet werden. Die Analyse der Sensitivität wird im Folgenden anhand der Sparte „EKG-Platz“ aufgezeigt¹⁹. Diese Sparte ist für das Fallbeispiel 3 relevant.

Elastizität des Kostensatzes TL

Die Elastizität des Kostensatzes im Bezug auf einen Parameter gibt die relative Änderung des Kostensatzes auf eine relative Änderung des Parameters an. Wenn sich z.B. der Parameter „Löhne“ um den Faktor 1% erhöht, so schlägt sich dies in einer Erhöhung des Kostensatzes TL um den Faktor 0.53% nieder. Die Elastizität des Kostensatzes im Bezug auf die Löhne (= die Lohnelastizität des Kostensatzes) ergibt sich dann aus dem Verhältnis dieser beiden Faktoren, sie beträgt 0.53.

Die in der folgenden Tabelle für eine Reihe von Parametern ausgewiesenen Elastizitäten beschreiben somit die relativen Veränderungen des Kostensatzes TL auf die relativen Änderungen der Parameter. Die Elastizitäten wurden auf der Basis einer einprozentigen Veränderung der Parameter berechnet.

¹⁹ Die Analysen zur Sensitivität des Berechnungsmodells anhand der Sparte EKG-Platz wurden, wie auch das Update der Parameter auf das Jahr 2007, von der Ärztekasse zur Verfügung gestellt.

ELASTIZITÄT DES KOSTENSATZES TL FÜR DIE SPARTE EKG-PLATZ		
Bestandteile des Kostensatzes auf oberster Stufe		Elastizität
TL direkt (0060) Modell F		0.36
TL indirekt (1100) Modell F		0.64
Betriebsdauer		Elastizität
Betriebsdauer EKG (0060)		-0.36
Betriebsdauer Praxis indirekt (1100)		-0.64
Kostenarten (direkt + indirekt)		Elastizität
Raumaufwand		0.13
Zinsaufwand		0.03
Abschreibung		0.07
Materialien/Medikamente		0.03
Unterhalt		0.02
Übriges fix ²⁰		0.04
Übriges variabel ²¹		0.13
Eigenkapitalzins		0.03
Lohn		0.53

Tabelle 19 Elastizität des Kostensatzes TL. Quelle: Eigene Darstellung.

Die Elastizität der Bestandteile des Kostensatzes auf der obersten Stufe (TL aus direkter Sparte und aus indirekter Sparte) ist identisch mit dem relativen Anteil dieser Bestandteile am Kostensatz.

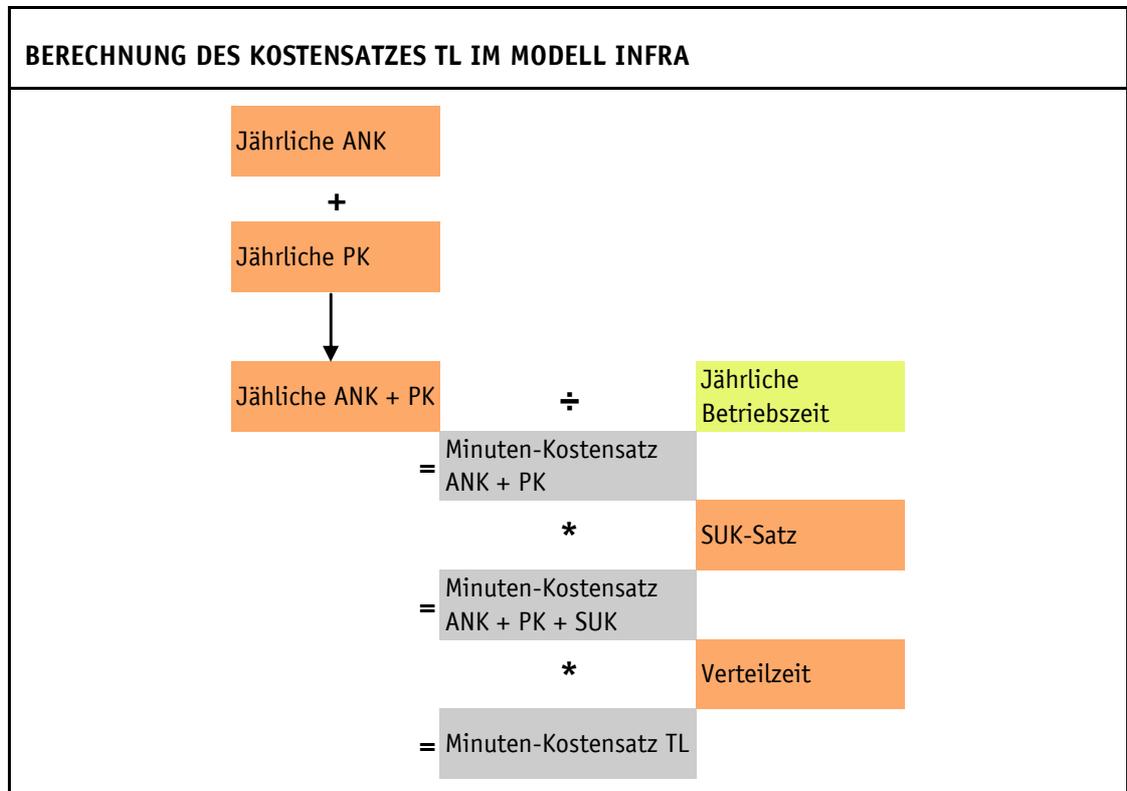
Auffallend an der Zusammenstellung ist vor allem die hohe Elastizität des Lohnbestandteils am Kostensatz: Verändern sich die Löhne um 1%, so verändert sich der Kostensatz um 0.53%. Das heisst, dass die Löhne einen sehr grossen Bestandteil an den Praxiskosten ausmachen. Sehr stark wirken sich auch die Spartenbetriebszeiten indirekt (-0.64) und direkt (-0.36) aus. Hingegen haben die Abschreibungen und damit indirekt die Gerätekosten nur einen geringen Einfluss.

3.5. KOSTENSATZ TL INFRA

Der Kostensatz TL für die Sparte „OP I“ setzt sich gemäss dem Modell INFRA aus den drei „Kostenblockmodulen“ Anlagenutzungskosten (Abschnitt 3.5.2), Personalkosten (Abschnitt 3.5.3), Sach- und Umlagekosten (Abschnitt 3.5.4) sowie aus der Verteilzeit (Abschnitt 3.5.5) zusammen. Die Berechnung des Kostensatzes TL aus diesen Kostenblockmodulen wird in der folgenden Grafik illustriert:

²⁰ Praxisversicherungen, Fortbildung.

²¹ Verwaltungsaufwand, Fahrzeugaufwand.



Figur 6 Berechnung des Kostensatzes TL im Modell INFRA. Quelle: Eigene Darstellung.

In den folgenden Abschnitten wird zunächst die Berechnung der diversen Kostenelemente aufgezeigt²². Ein wichtiges Element bei der Berechnung der Kostenelemente „Anlagenutzungskosten“ und „Personalkosten“ ist die Angabe der Betriebszeit, während der die Sparte für die Erbringung von medizinischen Leistungen zur Verfügung steht. Die Berechnung der Betriebszeit wird deshalb den Kostenelementen vorangestellt. Anschliessend wird die Sensitivität des Berechnungsmodells auf einige der darin enthaltenen Parameter geprüft.

3.5.1. BETRIEBSZEIT

Um für die Anlagenutzungskosten ANK und die Personalkosten PK einen Kostensatz pro Minute zu berechnen, muss zuerst die Betriebszeit definiert werden, in welcher die Sparte für tarifbare Leistungen zur Verfügung stehen soll.

Gemäss den Normierungen des INFRA-Modells wird die Sparte „OP I“ an 251 Tagen in einer 9-Stunden-Schicht betrieben. Der Entscheid für diesen Wert wurde von der Projektlei-

²² Die uns zur Verfügung stehenden INFRA-Dokumente beziehen sich auf das Jahr 2006 und bilden die Berechnungsgrundlage für die im aktuellen TARMED (Version 01.06.00) gültigen Taxpunkte.

tung INFRA (Expertengruppe) gefällt. Davon fallen zwei Tage Wartungszeit sowie eine Tagesvorbereitung von 64 Minuten und eine Tagesnachbereitung von 44 Minuten als nicht tarifierbare Zeiten weg.

Die Nettobetriebszeit der Sparte „OP I“ beträgt somit 107'568 Minuten pro Jahr.

BETRIEBSZEIT „OP I“		
	Tage	Minuten
Bruttobetriebsminuten pro Tag (Norm: 9 Std. für INFRA)		540 Min.
- Tagesvorbereitung (Spezifische Norm OP I)		64 Min.
- Tagesnachbereitung (Spezifische Norm OP I)		44 Min.
Nettobetriebszeit pro Tag		432 Min.
Bruttobetriebstage pro Jahr (Norm: Arbeitstage pro Jahr für INFRA)	251 Tage	
- Wartung (Spezifische Norm OP I)	2.0 Tage	
- Qualitätssicherung (Spezifische Norm OP I)	0.0 Tage	
- Unvorhergesehener Ausfall	0.0 Tage	
Nettobetriebstage pro Jahr	249.0 Tage	
Bruttobetriebsminuten pro Jahr (=Indirekte Zeit)		134'460 Min.
- Tagesvorbereitung pro Jahr		15'936 Min.
- Tagesnachbereitung pro Jahr		10'956 Min.
Nettobetriebszeit pro Jahr = Summe Betriebs- und Wechselzeiten = tarifierbare Zeit		107'568 Min.

Tabelle 20 Bestimmung der Nettobetriebszeit für die Sparte „OP I“.

Die Betriebszeiten werden heute nicht anders als zur Entstehungszeit des Berechnungsmodells eingeschätzt. Gemäss Aussagen von Versicherern sind die Betriebszeiten in dem Sinn unbestritten, dass sie kein Streitthema unter den Tarifpartnern sind. Berechnungen hätten ergeben, dass der Betrieb an sieben anstatt fünf Tagen aufgrund von Lohnzuschlägen etc. nicht rentabel gewesen wäre.

3.5.2. ANLAGENUTZUNGSKOSTEN

Die Anlagenutzungskosten pro Minute berechnen sich aus den Jahreskosten für Bau und medizintechnische Ausstattung (gemäss den spartenspezifischen Erfordernissen) sowie aus der Anzahl Minuten, in denen die Räumlichkeiten produktiv genutzt werden können.

Räumlichkeiten

Die notwendige Raumgrösse für die Betriebsräume (65.5m²) basiert auf Angaben von zwei Spitälern (Biel, Solothurn). Anschliessend wurde daraus anhand „eines von Experten festge-

legten Eckwertes“ (ZMT) und basierend auf den Daten der Referenzspitäler die Nettonutzfläche der jeweiligen Sparte (inkl. Anteil der Neben-, Personal- und Erschliessungsräume) hergeleitet (Nettonutzfläche = Betriebsraumgrösse + 100%). Die für den gesamten Spitalbetrieb nötige Bruttogeschossfläche (inkl. alle sonstigen Räume) wurde daraufhin anhand „eines für den Spitalbau bei wirtschaftlicher Konzeption üblichen und einheitlichen Umrechnungsfaktors“ (ZMT) und basierend auf den Daten der Referenzspitäler bestimmt (Bruttogeschossfläche = Nettonutzfläche + 63%).

Anhand von SIA-Normen wurden daraufhin die Quadratmeterzahlen der Bruttogeschossfläche in Gebäudeinvestitionskosten umgerechnet.

RÄUME "OP I"	
	m2 bzw. Kosten
Betriebsräume (Mittel aus zwei Spitälern Biel und Solothurn)	65.5 m2
Neben-, Personal und Erschliessungsräume (Umrechnungsfaktor +100%)	+ 65.5 m2
Zwischentotal Nettonutzfläche	131.0 m2
Alle sonstigen Räume (Umrechnungsfaktor +63%)	+ 82.53 m2
Total Bruttogeschossfläche	213.53 m2
Quadratmeterpreis gemäss SIA-Norm	* CHF 4024/m2
Total Gebäudeinvestitionskosten BKP 2	CHF 859'244

Tabelle 21 Bestimmung der Gebäudeinvestitionskosten BKP 2 für die Sparte „OP I“.

Die Raumgrössen werden heute gleich eingeschätzt wie zur Entstehungszeit des Modells. Gemäss Aussagen von Versicherern sind die Raumgrössen unbestritten.

Medizintechnische Ausstattung

Die Anlagenutzungskosten der Medizintechnikanlagen und -geräte wurden gemäss einem auch für Privatkliniken gültigen Grundsatz auf dem Neuwert und dem Stand der modernen Technik berechnet²³. Die Liste der im OP I notwendigen Geräte wurde von Experten festgelegt, für Grossgeräte aufgrund von konkreten Offerten, für übrige Geräte aufgrund von Expertenschätzungen bei Begehung der Räume. Die Preise beziehen sich auf den Neuwert der Geräte im Jahr 1997.

²³ Zu den für Privatkliniken der Schweiz (PKS) gültigen Normen siehe auch Spitaltaxmodell MTK/SVPK für Privatspitäler nach der Methode Naegeli/Hungerbühler.

GERÄTE "OP I"		
Posten	Preis 1.4.97	Abschreibung/Jahr
OPS-Einrichtung komplett mobile Geräte	CHF 467'000	CHF 46'700 (10 Jahre)
OPS-Einrichtung komplett feste Geräte	+ CHF 130'000	+ CHF 13'000 (10 Jahre)
BV-TV Kette	+ CHF 200'000	+ CHF 25'000 (8 Jahre)
Laser im OP (Menge: 0.1)	+ CHF 10'000	+ CHF 1'250 (8 Jahre)
Total Gerätekosten BKP 7+8	CHF 807'000	CHF 85'950 (9.4 Jahre)

Tabelle 22 Bestimmung der Gerätekosten BKP 7+8 für die Sparte „OP I“.

Die Gerätepreise werden heute unterschiedlich als früher eingeschätzt. Aufgrund der technischen Entwicklung besteht Anpassungsbedarf sowohl nach unten wie auch nach oben.

Gesamte Baukosten

Die totalen Baukosten des Modellspitals wurden wiederum mittels SIA-Normen (Baukostenplanung) abgeschätzt. Als Ausgangspunkt für die Schätzung dienen die oben gezeigten Gebäudeinvestitionskosten BKP (Baukostenplanung) 2. Die restlichen Posten (BKP 1: Vorbereitungsarbeiten, BKP 3: Primäre Einrichtungen, BKP 4: Umgebungsarbeiten, BKP 5: Baunebenkosten, BKP 9: Sekundäre Ausstattung) werden mit verschiedenen aus den SIA-Normen stammenden Prozentsätzen daraus abgeleitet, mit Ausnahme der spartenspezifisch zusammengestellten Gerätekosten BKP 7+8.

Die Masterdokumentation ZMT gibt Auskunft über die weiteren Berechnungsmodalitäten: „Für die Neubauinvestitionskosten exkl. Medizintechnikanlagen und -geräte wurde dabei in Analogie und Argumentation zum Spitaltaxmodell MTK/SVPK für Privatspitäler eine Rückindexierung um elf Jahre [1986] auf das durchschnittliche, mittlere buchhalterische Alter des Spitals vorgenommen[...] Die Grundstücknutzungskosten orientieren sich hinsichtlich der Berechnungsmodalität und Anrechenbarkeit im vorliegenden Ansatz an einem zurückhaltenden Baurechtszins in Analogie zum Spitaltaxmodell MTK/SVPK für Privatspitäler“ (S. 176), der entsprechende Prozentsatz wurde von der Projektleitung INFRA bestimmt. Für sämtliche Rückindexierungen wurde der Zürcher Baukostenindex zum jeweiligen Zeitpunkt verwendet.

Die folgende Tabelle zeigt das Total der Investitionskosten für die Sparte „OP I“ und deren jährliche Abschreibungen und weist die totalen Baukosten für die Jahre 1991, 1997 und 1986 aus²⁴:

²⁴ Von der Originalversion abweichende Rundungen sind möglich.

BAUKOSTEN „ OP I“ 1991		
Posten	Kosten	Abschreibungsaufwand/Jahr
BKP 2 Gebäudeinvestitionskosten	CHF 859'244	
davon: BKP 2 Rohbau (28% BKP 2)	CHF 240'588	CHF 4'811 (50 Jahre)
davon: BKP 2 HT-Inst. (72% BKP 2)	CHF 618'656	CHF 30'932 (20 Jahre)
BKP 1 Vorbereitungsarbeiten (2% BKP 2)	+ CHF 17'184	+ CHF 343 (50 Jahre)
BKP 3 Primäre Einrichtungen (5% BKP 2)	+ CHF 42'962	+ CHF 2'148 (20 Jahre)
BKP 4 Umgebungsarbeiten + 5 Baunebenkosten (8% BKP 2)	+ CHF 68'739	+ CHF 1'374 (50 Jahre)
BKP 7+8 (Apparate und Geräte)	+ CHF 807'000	+ CHF 85'950 (9.4 Jahre)
BKP 9 Sekundäre Ausstattung (2% BKP 2)	+ CHF 17'184	+ CHF 1'718 (10 Jahre)
INV TOT 91 Totale Investitionskosten 91	CHF 1'812'316	CHF 127'279 (14.2 Jahre) = durchschnittlicher Abschreibungs-faktor 7.2%
GRUND KO Grundstück (17.7% von INV TOT 91)	CHF 322'048	
INV Tot 91 G Totale Investitionskosten 91 + Grund-stück	CHF 2'134'364	
BAUKOSTEN „ OP I“ 1997		
INF TOT 97 Totale Investitionskosten 97 (BKP 7+8 + restliche Kosten 91 gewichtet mit ZBKIREF/ZBKIWIB)	CHF 1'750'380	
INF TOT 97 G Totale Investitionskosten 97 inkl. Grundstück (BKP 7+8 + restliche Kosten 91 inkl. Grundstück gewichtet mit ZBKIREF/ZBKIWIB)	CHF 2'052'587	
BAUKOSTEN „ OP I“ 1986		
INV Tot 86 Totale Investitionskosten 86 (BKP 7+8 + restliche Kosten 91 gewichtet mit ZBKIRI/ZBKIWIB)	CHF 1'553'101	

Tabelle 23 Bestimmung der gesamten Baukosten auf den Basisjahren 1991, 1997 und 1986 für die Sparte „OP I“.

Gemäss Aussagen von Versicherern sind die Baukosten heute weitgehend unbestritten, es besteht kein Anpassungsbedarf.

Jährliche Anlagenutzungskosten

Um die jährlichen Anlagenutzungskosten zu berechnen, werden anschliessend die Kapital- und Amortisationskosten für die Investitionskosten 1986 und die Kapitalkosten für die Grundstückskosten 1997 berechnet und addiert. Das Total wird mit dem Landesindex der Konsumentenpreise korrigiert, um den Zeitraum zwischen Tarifmodellierung und -inkraftsetzung auszugleichen:

JÄHRLICHE ANLAGENUTZUNGSKOSTEN „OP I“		
KAP D INV Kapitaldienst Investitionskosten (5% Zinssatz von ½ INV TOT 86)		CHF 38'827
AM INV Amortisation der Investitionskosten (7.02% Abschreibungsfaktor von INV TOT 86)		+ CHF 109'074
KAP GR INV Kapitaldienst Grundstückskosten (5% Zinssatz von INV TOT 97 G – INV TOT 97)		+ CHF 15'110
Total ANK TOT 4/97 Anlagenutzungskosten pro Jahr		CHF 163'169
Gewichtung Landesindex der Konsumentenpreise (LIKPINFRA/LIKPTARIF)		+ 0.1%
ANK TARIF Total Anlagenutzungskosten		CHF 163'169

Tabelle 24 Bestimmung jährlichen Anlagenutzungskosten für die Sparte „OP I“.

Kostensatz Anlagenutzungskosten

Die Anlagenutzungskosten für die Sparte „OP I“ werden aus dem Total der Anlagenutzungskosten und der Nettobetriebszeit pro Jahr berechnet. Sie betragen CHF 1.52/Min.

KOSTENSATZ ANK „OP I“		
ANK TARIF Total Anlagenutzungskosten		CHF 163'169.61
Nettobetriebszeit pro Jahr		107'568 Min.
Anlagenutzungskosten pro Minute		CHF 1.52

Tabelle 25 Bestimmung der Anlagenutzungskosten pro Minute für die Sparte „OP I“.

3.5.3. PERSONALKOSTEN

Die Personalkosten pro Minute berechnen sich aus den jährlichen Personalkosten sowie aus der Anzahl Minuten, in denen das Personal tarifarisch verrechenbare Tätigkeiten verrichtet. Um die jährlichen Personalkosten für die Sparte „OP I“ zu bestimmen, müssen zunächst die nominale Personaldotation (das notwendige Präsenzpersonal) und im Anschluss daran aus der Jahresarbeitszeit des Personals die effektive Personaldotation (das gesamthaft notwendige Personal) berechnet werden.

Personaldotation

Das direkt für die Sparte „OP I“ während der Betriebszeit notwendige Personal wurde in Expertengesprächen festgelegt. Dabei wurde zwischen nichtärztlichem Personal während der Auslastungszeit (=Raumbelegungs- und Wechselzeit) einerseits und der Tagesvor- und Tagesnachbereitungszeit andererseits unterschieden. Hinzu kommt das Personal, welches einer der Sparte übergeordneten Betriebsstelle zugeordnet, jedoch indirekt auch in der Sparte

produktiv tätig ist (z. B. Leitung, Disposition der Leitstelle, Hilfspersonal für die Geräteaufbereitung sowie Organisationstätigkeit der Sekretärin).

In der Sparte „OP I“ ist während der Betriebszeit folgendes Präsenzpersonal (in Stellenanteilen) notwendig:

NOMINALE PERSONALDOTATION "OP I"				
Personalkategorie	Raumbelegungs- und Wechselzeit	Tagesvorbereitungszeit	Tagesnachbereitungszeit	Indirekte Zeiten
Pflegeassistentin	0.80	0.50	0.50	0.63
Operationsschwester/-pfleger	1.00	1.00	0.50	0.00
Technische Operationsassistentin	0.00	0.00	0.00	0.00
Leitende OP-Schwester/-Pfleger	0.00	0.00	0.00	0.25

Tabelle 26 Bestimmung des Präsenzpersonals für die Sparte „OP I“ä.

Gemäss Aussagen von Versicherern sind die Werte zur Personaldotation weitgehend unbestritten.

Die Betriebszeit einer Sparte (Abschnitt 3.5.1) unterscheidet sich jedoch von der Personal-Jahresarbeitszeit. Die Personal-Jahresarbeitszeit berechnet sich gemäss PKS-Norm aus der Anzahl jährlicher Wochentage abzüglich von Ferien, Absenzen wegen Militärdienst oder Krankheiten und Zeit für die Fort- und Weiterbildung. Sie beinhaltet 241 produktive Tage pro Jahr. Dazu wird mit einer 42-Stunden-Woche gerechnet, es wird eine gewisse Zeit pro Tag als nichtproduktive Arbeitszeit in Abzug gebracht (Gesetzliche Pausen, Wegzeiten von und zu den Pausenräumlichkeiten, WC, Telefonate etc.), und es werden Zeitzuschläge auf Inkonvenienzen in normalen und ausserordentlichen Arbeitszeiten einberechnet.

Zur Umwandlung der nominalen in die effektive Personaldotation müssen deshalb zuerst Umrechnungsfaktoren für jede Personalkategorie berechnet werden. Diese Umrechnungsfaktoren drücken das Verhältnis der jährlichen Betriebszeit der Sparte im Vergleich zur Jahresarbeitszeit des Personals aus:

VERHÄLTNIS EFFEKTIVE/NOMINALE PERSONALDOTATION "OP I"				
Betriebszeit „OP I“	Raumbelagungs- und Wechselzeit 107'568 Min.	Tagesvorbereitungszeit 15'936 Min.	Tagesnachbereitungszeit 10'956 Min.	Indirekte Zeiten 134'460 Min
Personalkategorie				
Pflegeassistentin (86'242 Min.)	1.247	0.185	0.127	1.559
Operationsschwester/-pfleger (86'242 Min.)	1.247	0.185	0.127	1.559
Technische Operationsassistentin (86'242 Min.)	1.247	0.185	0.127	1.559
Leitende OP-Schwester/-Pfleger (101'008 Min.)	1.065	0.158	0.108	1.331

Tabelle 27 Bestimmung der Umrechnungsfaktoren Präsenzpersonal-Gesamtpersonal für die Sparte „OP I“.

Das gesamthaft notwendige Personal (in Stellenanteilen) ergibt sich aus dem Präsenzpersonal, multipliziert mit den Umrechnungsfaktoren:

EFFEKTIVE PERSONALDOTATION "OP I"					
Personalkategorie	Raumbelagungs- und Wechselzeit	Tagesvorbereitungszeit	Tagesnachbereitungszeit	Indirekte Zeiten	Total Personal
Pflegeassistentin	1.00	0.09	0.06	0.97	2.128
Operationsschwester/-pfleger	1.25	0.18	0.06	0.00	1.496
Technische Operationsassistentin	0.00	0.00	0.00	0.00	0.000
Leitende OP-Schwester/-Pfleger	0.00	0.00	0.00	0.33	0.333

Tabelle 28 Bestimmung des Gesamtpersonals für die Sparte „OP I“.

Personalkosten

Das Total der Personalkosten PK pro Jahr sowie pro tarifierbarer Minute ergibt sich für die verschiedenen Personalkategorien aus dem Jahreslohn und der effektiven Personaldotation. Der Jahreslohn basiert auf einer von H+ durchgeführten Lohnerhebung aus dem Jahr 1997

PERSONALKOSTEN "OP I"				
Personalkategorie	Jahreslohn (Norm INFRA)	Total Personal (siehe oben)	Total Kosten pro Jahr	Total Kosten pro Minute (107'568 Min.)
Pflegeassistentin	CHF 58'793	2.128	CHF 125'123	CHF 1.163/Min.
Operationsschwester/-pfleger	CHF 83'543	1.496	CHF 124'945	CHF 1.162/Min.
Technische Operationsassistentin	CHF 76'101	0.000	CHF 0	CHF 0.000/Min.
Leitende OP-Schwester/-Pfleger	CHF 95'592	0.333	CHF 31'812	CHF 0.296/Min.
Personalkosten PK pro Minute				CHF 2.62/Min.

Tabelle 29 Bestimmung der Personalkosten PK pro Minute für die Sparte „OP I“.

Gemäss Aussagen von Versicherern und von Seiten der Spitäler wird beanstandet, dass sich die heutigen Löhne einiges über dem Niveau des Modells befinden. Eine Anpassung des Modells wäre angezeigt.

3.5.4. SACH- UND UMLAGEKOSTEN

In die Kategorie SUK fallen alle Personal-, Sach- und Anlagennutzungskosten, die nicht einer tarifbaren Sparte zugerechnet sind. Sie umfassen damit insbesondere die Kosten der Verwaltung, der Ver- und Entsorgung und die Kosten aus dem Peripherbereich. Nicht zu den Sach- und Umlagekosten gezählt werden u.a. Arztbesoldungen und -honorare oder medizinische Sekretariate, falls diese direkt in der Betriebsstelle der Funktionseinheit geführt werden, Langzeit-Röntgenbildarchive und EKG-Archive (im Gegensatz zum vom Verwaltungspersonal geführten, zentralen Krankengeschichtenarchiv) sowie Lehre, Forschung und betriebsfremde Bereiche. Arztbesoldungen werden im ambulanten Spitalbereich mit der AL abgedeckt.

Die Sach- und Umlagekosten SUK werden in INFRA gleichmässig auf alle Sparten umgewälzt. Der SUK-Satz wird dabei als das Verhältnis der Sach- und Umlagekosten zu den tarifbar nutzbaren Anlagennutzungskosten ANK und den Personalkosten PK bestimmt. Die Berechnung des spartenübergreifenden SUK-Satzes erfolgte aus den Finanzbuchhaltungsdaten von zehn Spitälern und ergab einen SUK-Satz von 74.65%.

Als Norm für den SUK-Satz wurden in INFRA jedoch 70% festgelegt. Abweichend von der Norm wurde für einige Sparten von der Projektleitung INFRA (Expertengruppe) aufgrund von spartenähnlichen Räumen ein tieferer SUK-Satz bestimmt. Spartenähnliche "Räume" bezeichnen ähnliche Anlagennutzungs- und Personalkosten der entsprechenden Sparte. Der SUK-Satz für die Sparte „OP I“ beträgt 65%. Auch der Preisüberwacher hat einige Sparten analysiert (vgl. Preisüberwachung 1999a/b).

Die Sach- und Umlagekosten für die Sparte „OP I“ betragen somit 2.69 CHF pro Minute. Ausgehend von den in den vorangehenden Abschnitten berechneten Kostensätzen ergibt sich folgender Gesamtkostensatz für Sach- und Umlagekosten:

SACH- UND UMLAGEKOSTEN "OP I"	
ANK Anlagenutzungskosten	CHF 1.52/Min.
PK Personalkosten	+ CHF 2.62/Min.
Total aus Anlagenutzungskosten ANK und Personalkosten PK	CHF 4.14/Min.
SUK Sach- und Umlagekosten (+65%)	+ CHF 2.69/Min.
Sach- und Umlagekosten pro Minute	CHF 6.83/Min.

Tabelle 30 Bestimmung der Sach- und Umlagekosten SUK für die Sparte „OP I“.

In den Interviews wird allgemein eingeräumt, dass die Schätzung der Sach- und Umlagekosten auf einer dünnen Datenbasis beruht und zudem nur den gegenwärtigen Effizienzstand der Nutzung („IST“) berücksichtigt, aber keine normative Anforderung an ein Effizienzziel („SOLL“) stellt.

3.5.5. VERTEILZEIT

Die Verteilzeit beschreibt im INFRA-Modell die Zeit, die zwischen zwei tarifierbaren Leistungen vergeht. Verteilzeit kann heissen: Nichteintreffen des Patienten in der Betriebsstelle, Warten infolge unerwarteter Komplikationen des Patienten unmittelbar vor oder während des Eintreffens in der Betriebsstelle oder in der Funktionseinheit, Abbruch der Tätigkeit während der Vorbereitung (z. B. Operation), Notfallabruf des Arztes in eine andere Funktionseinheit oder Betriebsstelle, Warten am Telefon oder anderen Kommunikationsmitteln zu relevanten Informationen, Warten vor dem Aufzug oder vor der Rohrpostanlage etc.

Im TARMED werden technische Leistungen in Raubelegungs- (Leistungserbringung) und Wechselzeit (Wiederaufbereitung des Raumes) eingeteilt. Im INFRA-Modell wurde von der Projektleitung aufgrund von Expertenaussagen normativ angenommen, dass auch bei voller Auslastung des Spitals eine durchschnittliche Zeit von 5% in Bezug auf die Gesamtzeit (Summe aus Raubelegungszeit, Wechselzeit und Verteilzeit) verstreicht, weil der reibungslose Ablauf der Leistungen nicht immer möglich ist. Bei einer täglichen Nettobetriebszeit von 432 Minuten (siehe Abschnitt 3.5.1) beträgt die Verteilzeit demnach 22.7 Minuten.

Die Verteilzeit wird in INFRA als Prozentsatz auf alle anderen Kostenelemente ausgedrückt – inklusive der Sach- und Umlagekosten. Bei einer durchschnittlichen Verteilzeit von 5% ergeben sich somit Kosten von 0.36 CHF pro Minute.

VERTEILZEIT "OP I"	
Total aus Anlagenutzungskosten ANK, Personalkosten PK und Sach- und Umlagekosten SUK	CHF 6.83/Min.
VZ Verteilzeit (+5% von ANK+PK+SUK/95%)	+ CHF 0.36/Min.
Kosten inkl. Verteilzeit pro Minute	CHF 7.19/Min.

Tabelle 31 Bestimmung Kosten aus der Verteilzeit für die Sparte „OP I“.

Gemäss Aussagen von Versicherern wird die Verteilzeit nicht beanstandet.

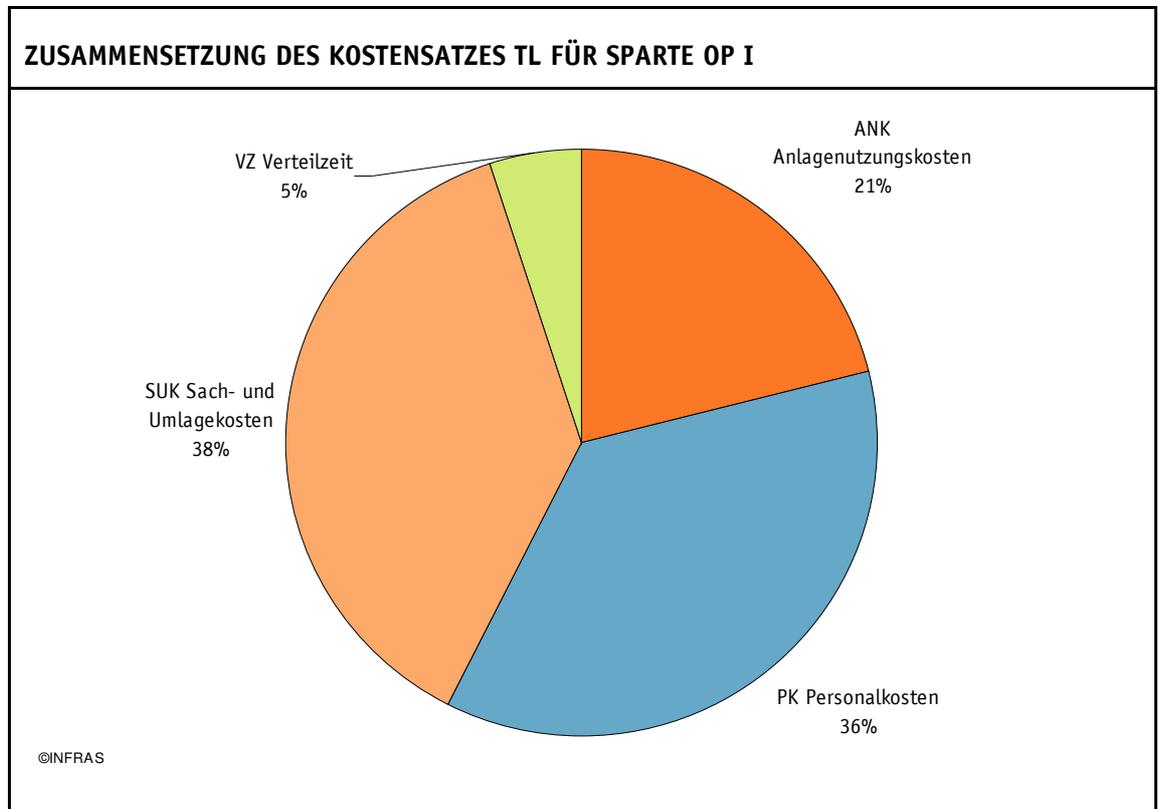
3.5.6. ZUSAMMENFASSUNG DER BERECHNUNG TL

Ausgehend von den in den vorangehenden Abschnitten berechneten Kostenblockmodulen ergibt sich ein Kostensatz TL von CHF 7.19 pro Minute:

KOSTENSATZ TL "OP I"	
ANK Anlagenutzungskosten	CHF 1.52/Min.
PK Personalkosten	+ CHF 2.62/Min.
Zwischentotal 1	CHF 4.14/Min.
SUK Sach- und Umlagekosten (+65% von Zwischentotal 1)	+ CHF 2.69/Min.
Zwischentotal 2	CHF 6.83/Min.
VZ Verteilzeit (+5% von Zwischentotal 2/95%)	+ CHF 0.36/Min.
Total	CHF 7.19/Min.

Tabelle 32 Zusammensetzung des Kostensatzes TL für die Sparte „OP I“.

Die folgende Figur illustriert die Zusammensetzung für die Sparte OP I grafisch:



Figur 7

Die obige Figur macht deutlich, dass die Personalkosten und die SUK den weitaus grössten Teil des Kostensatzes ausmachen. Die ANK und die Verteilzeit haben ein geringeres Gewicht.

3.5.7. SENSITIVITÄT DES BERECHNUNGSMODELLS

Um über die Beschaffenheit des INFRA-Berechnungsmodells weitere Aussagen zu machen, kann die Reaktion des Modells und seines Outputs (der Kostensatz TL) im Hinblick auf Veränderungen der zugrundeliegenden Normen, Werte und Parameter getestet werden.

Elastizität

Die Elastizität des Kostensatzes im Bezug auf einen Parameter gibt die relative Änderung des Kostensatzes auf eine relative Änderung des Parameters an. Wenn sich z.B. der Parameter „Löhne“ um den Faktor 1% erhöht, so schlägt sich dies in einer Erhöhung des Kostensatzes TL um den Faktor 0.63% nieder. Die Elastizität des Kostensatzes in Bezug auf die Löhne (= die Lohnelastizität des Kostensatzes) ergibt sich dann aus dem Verhältnis dieser beiden Faktoren, sie beträgt 0.63 bzw. 63%.

Die in der folgenden Tabelle für eine Reihe von Parametern ausgewiesenen Elastizitäten beschreiben somit die relativen Veränderungen des Kostensatzes TL auf die relativen Änderungen der Parameter. Eine negative Elastizität bedeutet, dass sich der Kostensatz verringert, wenn sich der Parameter erhöht. Die Elastizitäten wurden auf der Basis einer einprozentigen Veränderung der Parameter berechnet.

ELASTIZITÄT DES KOSTENSATZES TL FÜR DIE SPARTE OP I		
Bestandteile des Kostensatzes auf oberster Stufe		Elastizität
Anlagenutzungskosten		0.37
Personalkosten		0.63
SUK-Satz		0.39
Verteilzeit		0.05
Parameter und Normen tiefere Stufen		Elastizität
Bruttobetriebszeit pro Tag		-0.58
Nettonutzfläche		0.12
Quadratmeterpreis		0.12
Zinssatz		0.12
Medizintechnische Einrichtung		0.01
Jahresarbeitszeit		-0.62
Löhne		0.63

Tabelle 33 Elastizität des Kostensatzes TL. Quelle: Eigene Darstellung.

Die Elastizität der Bestandteile des Kostensatzes auf der obersten Stufe (Anlagenutzungskosten, Personalkosten, Sach- und Umlagekosten, Verteilzeit) ist identisch mit dem relativen Anteil dieser Bestandteile am Kostensatz.

Von den weiteren Parametern haben v.a. die Betriebszeit der Sparte (-0.58) und die Jahresarbeitszeit (-0.62) bzw. Löhne (0.63) eine starke Wirkung. Interessant an den darunterliegenden Parametern ist auch, dass sich eine Veränderung des Zinssatzes (z.B. von 5 auf 6 Prozentpunkte = 20%) stärker auswirkt als eine Erhöhung der medizinischen Gerätepreise um denselben Faktor. Eine relative Erhöhung der Nutzfläche oder der medizintechnischen Einrichtung wirkt sich im Vergleich zu einer relativen Erhöhung der Löhne gering aus.

Exemplarische Parameteränderungen

Beispielhaft kann zudem für eine Reihe von weiteren Parameterveränderungen die Sensitivität des Modells dargestellt werden:

WEITERE VERÄNDERUNGEN DES KOSTENSATZES TL FÜR DIE SPARTE OP I		
Veränderung	Veränderung absolut	Veränderung relativ
Nettobetriebszeit um einen Tag pro Jahr erhöht	-0.01 CHF	-0.2%
Abschaffung von Wochenenden und Ferientagen	-0.83 CHF	-12%
Betrieb im 24-Stunden-Takt	-2.30 CHF	-32.1%
Doppelt so grosse Räume	+7.63 CHF	+6.2%
Doppelt so teure Geräte	+0.53 CHF	+0.7%
Erhöhung Zinssatz um 1 Prozentpunkt	+0.17 CHF	+2.4%
Einsatz von 1 Operationsschwester mehr	+2.02 CHF	+28.1%
Erhöhung Löhne um 10%	+0.46 CHF	+6.3%
Erhöhung SUK-Satz um 1 Prozentpunkt	+0.04 CHF	+0.6%
Erhöhung SUK-Satz um 10 Prozentpunkte	+0.44 CHF	+6.1%
Erhöhung der Verteilzeit um 1 Prozentpunkt	+0.08 CHF	+1.1%

Tabelle 34 Reaktion des Kostensatzes TL auf verschiedene Veränderungen. Quelle: eigene Darstellung.

Es zeigt sich wiederum, dass das Personal einen zentralen Stellenwert im Modell einnimmt und der wichtigste Kostenfaktor ist. Eine Erhöhung der Löhne um 10% hat die gleichen Kostenauswirkungen wie eine Verdoppelung der Nutzfläche.

3.6. BEURTEILUNG DER SPARTENBERECHNUNGEN

Das GRAT-Modell stellt grundsätzlich ein an den empirischen Durchschnittskosten orientiertes Modell dar. Von Seiten der Ärzteschaft wird als Vorteil dieses Modells hervorgehoben, dass es die effektiven Kosten der Leistungserbringung realitätsnah widerspiegeln könne.

Aus der Sicht von Versicherern wird diese Ausrichtung eher als retrospektiv empfunden. *santésuisse* fordert insbesondere Möglichkeiten zur Eingabe von SOLL-Werten für Parameter wie Geräteauslastungen etc. Gemäss *santésuisse* sind die Auslastungen im GRAT-Modell heute zu tief. Dadurch würden höhere Kosten ausgewiesen als wenn die Geräte effizient genutzt würden. Auslastungsvorgaben würden gemäss *santésuisse* insbesondere Anreize für Gemeinschaftspraxen schaffen. Das GRAT-Modell hat zwar Stellschrauben eingebaut, an denen solche Effizienzvorgaben möglich wären. Allerdings wurden diese bei der Berechnung nicht genutzt; der Grund hierfür blieb unklar. Gemäss Angaben der Ärztekasse sind diese Möglichkeiten (Investitionsstamm, „KorrPing“, SOLL-Eingriffe für Schlüsselbasen und Schlüssel) den Tarifpartnern bekannt gewesen. *santésuisse* ihrerseits fordert die FMH auf, ihren Standpunkt protokollarisch zu belegen, da diese Aussage völlig haltlos und aus der Luft gegriffen sei. *santésuisse* bemängelt insbesondere die mangelnde Transparenz gegenüber den Kostenträgern, d.h. Leistungserbringern, politischen Behörden, Patientenorganisationen. Sie weist darauf hin, dass z.B. Korrekturen wie „KorrPing“ (RoKo-

Durchschnittskosten) schwierig zu bewerkstelligen seien, wenn man von Seiten der Versicherungen keinen Zugriff auf die Ausgangswerte des „GetPing“ habe. Weitere Nachteile des GRAT/KOREG-Modells sind gemäss santésuisse u.a.

- › dass eine prospektive Neutarifizierung neuer Sparten im GRAT nur schwer möglich sei und
- › dass das GRAT-Modell für Sparten, welche eine spitalnahe Infrastruktur benötigen, nicht geeignet sei.

Auch von Seiten ZMT wird auf Schwächen des GRAT-Modells hingewiesen:

- › Intransparenz bezüglich der Rohdaten aus der RoKo: Keine Informationen zur Datenqualität, zur regionalen Verteilung, zur Abdeckung der Facharztrichtungen.
- › Die direkte Kostenumlage auf die einzelnen Sparten der Modelle A bis F sei nur beschränkt möglich, die Umlage erfolge deshalb zu einem überwiegenden Teil über die Sparte "indirektes". Diese "Sparte" erhalte im KOREG -Modell deshalb ein zu grosses Gewicht. Da die Kosten der „Sparte indirektes“ nach dem Giesskannenprinzip verteilt würden, sei die Kostenrealität (im Sinne, dass die Tarife den effektiven Kosten der Leistungserbringer entsprechen) nicht gegeben.
- › Aktualisierungen im Modell GRAT seien sehr aufwändig und würden modellbedingt Änderungen bei sämtlichen anderen Sparten des Modells nach sich ziehen.

Das INFRA-Modell ist in seinem Aufbau stärker an Normvorgaben orientiert. Allerdings fließen auch hier Durchschnittskosten aus empirischen Erhebungen ein. Von den Versicherern wird am INFRA-Modell u.a. geschätzt, dass auch neue, wenig verbreitete Technologien tarifiert werden können. Zudem werden die Eingriffsmöglichkeiten an Sollaustlastungen hier als besser empfunden. Von allen Tarifpartnern wird hingegen die dünne Datenbasis des INFRA-Modells als Problem bezeichnet. Die ZMT beurteilt das Modell INFRA als wesentlich transparenter und ist der Ansicht, dass Neutarifizierungen im INFRA ohne grössere Probleme erfolgen könnten. Schwachpunkte beim INFRA-Modell sind nach Ansicht der ZMT:

- › intransparente Festlegung der Höhe des SUK-Satzes und übermässige Bedeutung des SUK-Satzes auf den Kostensatz TL. Weil empirische Daten von Seiten H+ gefehlt hätten, sei der SUK-Satz über alle Sparten gleich auf zuerst 70% festgelegt worden. Dadurch werde der Kostensatz verzerrt und entspreche nicht den effektiven Kosten. Dank besseren Kostenrechnungen in den Spitälern sollten bei den SUK heute genauere Angaben möglich sein.
- › zentrale Bedeutung der Modellparameter Spartenauslastung auf die Höhe des Kostensatzes TL. Es gäbe Infrastrukturen (z.B. Kapselvideoendoskopie), bei denen die normativ be-

stimmte Auslastung nicht erreicht werden könne, wenn mehrere Spitäler diese Leistung anbieten würden. Dadurch steige der Kostensatz. In diesem Falle stelle sich die Frage, ob die Versicherer diese höheren Kosten übernehmen müssten oder ob der Kostensatz nicht auch Anreize zur effizienten Auslastung geben sollte.

Aus unserer Sicht sind die Berechnungsmodelle für die Sparten komplex, aber strukturiert aufgebaut. Beide Modelle – GRAT und INFRA – dürften zumindest in ihrer Entstehungsphase Anfang/Mitte der 90er Jahre im Durchschnitt die effektiven Kosten der Leistungserbringer gedeckt haben, weil sie auf den damals effektiven Kosten beruhten. Seither haben sich jedoch verschiedene Parameter und evtl. auch Strukturen verändert. Insbesondere die Löhne, aber auch die Kosten für Materialien und Medikamente, der Verwaltungsaufwand und die Gerätekosten sind gemäss Daten der Ärztekasse seither gestiegen. Dies kann zur Folge haben, dass die Vergütung aus TL und TPW bei gewissen Leistungen die durchschnittlichen Praxiskosten nicht mehr decken (oder sie übersteigen). Anders formuliert: Die Kostenfaktoren haben sich so stark verändert, dass die Tarife die Kosten nicht mehr gut genug abbilden. Insofern scheint uns eine Überprüfung der Berechnungsgrundlagen angezeigt. Ab wie viel Abweichung eine Neubewertung nötig ist, bleibt letztlich eine Kosten-Nutzen-Abwägung. Ein weiterer Grund für die Überprüfung der Tarife ist, dass gewisse Parameter damals ausgehandelt wurden. Heute könnten sie auf der Basis von effektiven Kosten definiert werden.

Wenn man Anreize zur Effizienzsteigerung geben will, wie das in vielen anderen administrierten Sektoren gemacht wird, dann sollte man bei einer Neuberechnung der Sparten Benchmarking- bzw. Effizienzvorgaben (Price caps) einbauen, wie sie in anderen regulierten Märkten wie z.B. der Übertragung von Elektrizität schon länger Standard sind. Dies würde insbesondere heissen, dass die Tarife nicht aufgrund von Durchschnittskosten, sondern aufgrund von Kosten einer effizient betriebenen Praxis berechnet werden sollen. Im Weiteren sollten die von den Versicherern ins Feld geführten Nachteile der Kostenmodelle GRAT und INFRA berücksichtigt werden.

3.7. WEITERE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE VERGÜTUNG DER LEISTUNGSERBRINGER

3.7.1. GRUNDVERSORGER

Die Auswertungen der EFK zeigen, dass die Grundversorger grösstenteils Leistungen aus dem Kapitel 00 nutzen. So beträgt der Anteil von Leistungen aus dem Kapitel 00 an den Bruttoleistungen bei AM 87.61%, bei OPH 21.95% und GYN 32.75% (EFK 2009, S. 32). In den anderen Kapiteln dürfen die Grundversorger jeweils die „einfachsten“ Leistungen durchführen. Vielfach werden diese Leistungen dort auch als „Bestandteil von allgemeinen Grundleistungen“ bezeichnet, d.h. man rechnet sie über die Konsultation ab. Die Grundversorgerleistungen sind oft in den Sparten angesiedelt, welche tiefe Kostensätze TL haben (Sprechzimmer, UBR Grundversorger). Die Grundversorgerleistungen haben oft die kleinste Dignität, zudem haben die entsprechenden Sparten auch eine hohe Produktivität und somit auch den kleinsten Kostensatz AL. Aus den Fallbeispielen wird auch ersichtlich, dass die Grundversorger einen grossen Anteil ihrer Leistungen nach Zeit durchführen. Das hat zur Folge, dass sie durch effizienteres Arbeiten keinen Profit erzielen können. Im Gegensatz dazu können Fachärzte mehr Handlungstarife abrechnen. Weil die Minutagen – wie die Fallbeispiele vermuten lassen – bei gewissen Handlungstarifen als zu hoch beurteilt werden, gehen wir davon aus, dass die Einkommen von gewissen Fachärzten effektiv einiges höher sind als die Einkommen, die sie mit den im TARMED angegebenen Minutagen erzielen könnten. Dies ist bei den Grundversorgern weniger der Fall.

Gemäss Aussagen von Ärzten limitiere TARMED die Abrechnungsmöglichkeiten von Grundversorgern immer dann, wenn es finanziell interessant werde. Allgemeinmediziner könnten zwar höher bewertete Leistungen durchführen, müssten sie aber über die Konsultation abrechnen, wenn sie nicht über den entsprechenden Fachausweis verfügten. Bei den Dignitäten haben die Grundversorger gemäss Aussage eines Arztes in eine 10%-Kürzung eingewilligt, weil sonst die Fachärzte aus dem TARMED ausgestiegen wären. Die SOG weist diesbezüglich darauf hin, dass im Bereich Ophthalmologie die „Fachgrundversorger“ durch die Einführung des TARMED bessergestellt worden seien. Demgegenüber seien die operativen Leistungen eher abgewertet worden. Diese Aussage konnte von unserer Seite mangels Daten nicht überprüft werden.

Die Entwicklung der Bruttoleistungen von Grundversorgern und anderen Ärztegruppen seit der Einführung von TARMED werden im Bericht der EFK vertieft untersucht (EFK 2009).

3.7.2. SPEKTRUM DER ERBRACHTEN LEISTUNGEN

Typischerweise erbringen Ärzte Leistungen, die in ein mehr oder weniger breites Spektrum von Sparten fallen und mit unterschiedlicher Dignität bewertet sind. Während die Praxis-kosten für diese verschiedenen Leistungen relativ fix sind, hängen die Einnahmen der Ärzte davon ab, welche Leistungen effektiv erbracht und abgerechnet werden können. Für die Leistungserbringer mit einer durchschnittlichen Praxis lohnt es sich deshalb in der Regel, Tarifpositionen mit einer hohen TL abzurechnen, weil sie damit ihre Infrastrukturen (Geräte, Personal), die Fixkosten verursachen, besser auslasten können. Diese Tarifpositionen können sich durch die folgenden Merkmale auszeichnen:

› *Hohe quantitative Dignität*

Je höher die quantitative Dignität einer Leistung ist, desto grösser ist das aus der AL resultierende Einkommen im Vergleich zu Leistungen mit niedriger quantitativer Dignität.

› *Hohe TL-Minutage*

Wenn die Minutage TL höher ist als die Minutage AL, so trägt dies zur besseren Auslastung der Infrastruktur bei. Während die technische Leistung an einem Patienten noch läuft, kann sich der Arzt bereits einem anderen Patienten widmen.

› *Teure Sparte*

Der Kostensatz der Sparte schlägt sich direkt in der TL nieder. Die Erbringung von teuren, „techniklastigen“ Leistungen, deren Infrastruktur ohnehin finanziert werden muss, lohnt sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht.

Das Spektrum der erbrachten Leistungen (d.h. die Anzahl der Verrechnungen jeder einzelnen Tarifposition) wurde in der Entstehung von TARMED geschätzt, um die quantitativen Dignitäten zu berechnen und darüber hinaus die Starttaxpunktweite für Arztpraxen kostenneutral zu bestimmen. Wie anhand des Totalen Reviews der Tarifposition EKG gezeigt wurde, müsste eine Überprüfung der Berechnungsgrundlagen auch diesen Aspekt berücksichtigen. Seit der Einführung von TARMED im Jahr 2003/2004 stehen mittlerweile gute statistische Grundlagen dafür zur Verfügung.

3.7.3. TAXPUNKTWERTE

Der Taxpunktweite (TPW) gibt den Wert eines Taxpunktes in Franken an. Die Taxpunktweite unterscheiden sich nach Versicherung (OKP bzw. IV/UV/MV), nach Kanton und nach Leistungserbringer (Praxis, öffentliches Spital, Privatspital). Die Bandbreite der TPW liegt

- › in der Praxis (freipraktizierende Ärzte) zwischen 0.80 CHF/TP (Kte. GR, Lu, Zg, Sz) und 0.99 CHF/TP (Kte. Ju, Vd).
- › im öffentlichen Spital zwischen 0.75 (Kt. TI) und 0.96 CHF/TP in den Kte. VD und GE.
- › im Privatspital zwischen 0.80 CHF/TP im Kt. TI und 0.98 im Kt. SZ.²⁵ Der TPW für Privatspitäler liegt in den meisten Kantonen über dem TPW für öffentliche Spitäler.
- › Der Taxpunktwert im Bereich UV/IV/MV/AHV gilt für die ganze Schweiz und beträgt für freipraktizierende Ärzte 0.92 CHF und für Spitäler 1.00 CHF.

Die Taxpunktwerte für Ärzte haben sich nach der Senkung infolge der Kostenneutralität nur noch geringfügig geändert. In den Spitalambulatorien sind die TPW seit der Einführung von TARMED bis zu 20% gesunken und bis zu 24% gestiegen. Der TPW für UV/IV/MV/AHV wurde per 1.11.2004 von CHF 1 auf CHF 0.92 reduziert.

Der TARMED-Starttaxpunktwert war das Ergebnis der kostenneutralen Überführung des bisherigen Taxpunktwertes und der Häufigkeit der entsprechenden Leistungen. Unterschiedliche kantonale Starttaxpunktwerte sind entweder auf höhere bzw. tiefere Taxpunktwerte oder auf ein anderes ambulantes Leistungsspektrum zurückzuführen.

In den folgenden Tabellen wird eine Übersicht über die von 2004 bis 2009 gültigen Taxpunktwerte gegeben.

²⁵ www.santésuisse.ch.

TAXPUNKTWERTE ÄRZTE 2004–2009

VG	TPW	TPW	TPW	TPW	TPW	TPW	TPW	TPW	TPW
	2004 Nov	2004 Dez	2005 Jan	2005 Feb	2005 Jul	2006	2007	2008	2009
AGAE	0.89	0.89	0.87	0.87	0.92	0.90	0.89	0.89	0.89
BEAE	0.86	0.84	0.84	0.84	0.86	0.86	0.86	0.86	0.86
BLAE	0.94	0.92	0.92	0.92	0.95	0.96	0.93	0.94	0.94
BSAE	0.93	0.91	0.89	0.89	0.87	0.88	0.89	0.89	0.89
FRAE	0.91	0.91	0.88	0.88	0.86	0.92	0.92	0.91	0.92
GEAE	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.96	0.96	0.96	0.96
GRAE	0.78	0.78	0.78	0.78	0.78	0.78	0.80	0.80	0.80
JUAE	0.97	0.97	0.97	0.99	0.99	0.99	0.99	0.99	0.99
NEAE	0.89	0.89	0.89	0.89	0.89	0.93	0.92	0.92	0.92
OSTAE	0.82	0.82	0.82	0.82	0.84	0.84	0.82	0.82	0.82
SOAE	0.84	0.84	0.84	0.84	0.81	0.84	0.84	0.84	0.84
UNOAE	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.83	0.86	0.86	0.86
TIAE	0.97	0.97	0.97	0.97	0.97	0.97	0.97	0.96	0.95
VDAE	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.99	0.99
VSAE	0.78	0.78	0.78	0.78	0.78	0.79	0.80	0.81	0.81
LUAE	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80
SZAE	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80
ZGAE	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80	0.80
ZHAE	0.92	0.92	0.92	0.91	0.90	0.90	0.90	0.89	0.89

Tabelle 35 Quelle: santésuisse. AE = Ärzte.

TAXPUNKTWERTE SPITÄLER 2004–2009						
VG	TPW	TPW	TPW	TPW	TPW	TPW
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Jan	Jan	Jan	Jan	Jan	Jan
AGOS	0.94	0.94	0.94	0.90	0.90	0.90
AGPS				0.94	0.90	0.90
AGPSREHA				0.90	0.90	0.90
AIOS	0.82	0.82	0.97	0.98	0.92	0.90
AROS	1.00	1.00	0.9	0.90	0.90	0.90
AROSPSYCH	0.76	0.76	0.78	0.78		
ARPS	0.92	0.92	0.97	0.97	0.97	0.92
BEOS	0.92	0.92	0.89	0.91	0.91	0.91
BEPS	1.15	0.92	0.92	0.92	0.92	0.92
BLOS	0.94	0.94	0.92	0.94	0.94	0.94
BLPS	1.00	1.00	1	1.00	1.00	0.90
BSOSPS	0.95	0.95	0.92	0.94	0.94	0.94
FROS	0.97	0.97	0.75	0.85	0.85	0.85
FRPS	0.97	0.97	0.8	0.85	0.85	0.90
FROSPSPSYCHO	0.92	0.92	0.88		0.81	
GEOS	0.88	0.88	0.96	0.96	0.96	0.96
GEPS	0.98	0.98	0.96	0.96	0.96	0.96
GLOS	1.00	1.00	0.97	0.98	0.95	0.94
GLRCBRAUNWALD			0.98			
GROSPS	0.86	0.86	0.86	0.86	0.85	0.85
JUOS	0.94	0.94	0.94	0.86	0.86	0.86
LUOS	0.89	0.89	0.84	0.84	0.84	0.84
LUPS	0.94	0.94	0.94	0.94	0.94	0.90
NEOSPS	0.91	0.91	0.95	0.95	0.95	0.92
NEOSPSMONT	0.82	0.82	0.86	0.86	0.86	
SGOS	0.78	0.78	0.76	0.78	0.80	0.82
SGOSKINDER	0.89	0.89	0.89	0.89	0.89	0.89
SGPS	1.00	1.00	1	1.00		

VG	TPW	TPW	TPW	TPW	TPW	TPW
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Jan	Jan	Jan	Jan	Jan	Jan
SGPSSSTEPHANSHORN					0.96	0.80
SGPSVALENS	0.91	0.91	0.89	0.89	0.88	0.88
SHOS	0.92	0.92	1	0.86	0.86	0.86
SHPS	1.00	1.00	0.89	1.00	0.86	0.86
SOOS	0.95	0.95	0.95	0.95	0.94	0.93
SOPS	1.00	1.00	0.95			
SOPSObach	0.95	0.95	0.95	0.95	0.94	0.93
SOPSPALLAS				0.95	0.94	0.93
SZOS	0.97	0.97	0.97	0.95	0.92	0.91
SZPS	1.00	1.00	1	1.00	1.00	0.98
TGOS	0.92	0.92	0.92	0.92	0.92	0.92
TGPS	0.92	0.92	0.93	0.92	0.92	0.92
TIOS	0.83	0.83	0.75	0.75	0.75	0.75
TIPS	1.00	1.00	0.8	0.80	0.80	0.80
UNOOS	0.89	0.89	0.88	0.87	0.87	0.87
VDOS	0.99	0.99	0.97	0.98	0.97	0.96
VDPS	0.99	0.99	0.99	0.98	0.97	0.96
VSOS	0.72	0.72	0.89	0.90	0.90	0.89
VSPS	0.86	0.86	0.94	0.93	0.90	0.89
ZGOS	0.97	0.97	0.9	0.90	0.88	0.91
ZGPS	0.97	0.97	1	1.00	1.00	0.96
ZHOS	0.96	0.96	0.93	0.92	0.92	0.91
ZHPS	1.00	1.00	0.91	0.91	0.91	0.91

Tabelle 36 Quelle: santésuisse. OS = Öffentliche Spitäler, PS = Privatspitäler.

Von Seiten der Interviewpartner (Ärzte, Spitäler) wurde verschiedentlich darauf hingewiesen, dass der TPW einer der Hauptgründe für die fehlende Kostenrealität bei den Leistungserbringern sei. Von den Leistungserbringern wird dabei die Kostenrealität dahingehend verstanden, inwieweit die Vergütungen gemäss TARMED die betriebswirtschaftlichen Aufwendungen der Leistungserbringer (freipraktizierende Ärzte, Spitalambulatorien) gemäss den Modellwerten zu decken vermögen. Begründet wird die fehlende Kostenrealität von den Leistungserbringern damit, dass sämtliche TP unter der Annahme eines TPW von CHF 1 berechnet wurden. Gemäss Ärztekasse hätten die mit einem Taxpunktwert von CHF 1 berechneten Tarife die Kosten der Leistungserbringer gedeckt. Da der TPW gesenkt wurde, sei die Kostenrealität nicht mehr gegeben. Mit einem durchschnittlichen TPW von 0.89 entstehe theoretisch eine Lücke von 11%. Das es sich bei den TL um Aufwendungen handle, deren Kosten kurz- und mittelfristig nur beschränkt reduziert werden könnten, müsse der Fehlbetrag durch die Erträge aus der AL gedeckt werden. Dies habe zur Folge, dass das Ärzteteinkommen doppelt leide, weil erstens durch die Reduktion des TPW die Vergütung aus der AL

sinkt und zweitens durch die Reduktion des TPW die Vergütung aus der TL sinkt und diese mit der Vergütung aus der AL kompensiert werden müsse. Auf der anderen Seite sei man sich auf Seiten der Ärzte bewusst gewesen, dass der TARMED über eine gewisse Zeit Bestand halten müsse, weshalb man bei den Verhandlungen entsprechende „Reserven“ bzw. Flexibilitäten in der Tarifmechanik eingebaut habe.

Von Seiten der Facharztgesellschaften wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass das Ziel von TARMED die Ausarbeitung eines betriebswirtschaftlichen Tarifs gewesen sei. „Kostenneutralität“ oder eine Angleichung der Ärzteneinkommen unter den Spezialitäten seien kein Ziel gewesen. Die kostenneutrale Einführung sei eine politische Vorgabe gewesen und sei über die Steuerung der Taxpunktwerte erfolgt. Betriebswirtschaftlicher Tarif und Kostenneutralität seien zwei Forderungen, die nicht kompatibel seien.

santésuisse hält demgegenüber fest, dass es beim Taxpunktwertmodell in erster Linie darum gegangen sei, ein Kostenvolumen vorher unter kantonalen Tarifen und nachher unter TARMED zu vergleichen. In dieses Kostenvolumen seien neben dem Kostenminutensatz auch die Minutage und ein Mengenvolumen eingeflossen. Der Taxpunktwert sei abgesenkt worden, weil offensichtlich einer dieser Parameter im TARMED zu hoch angesetzt gewesen sei und deswegen quasi der Taxpunktwert als Stellschraube gebraucht werden musste. Welcher der Parameter – GRAT/INFRA, Minutagen, Untersuchungsvolumen, Morbidität – aber falsch sei, lasse sich ohne gründliche Analyse nicht herleiten. Nach Ansicht von santésuisse sei es multifaktoriell bedingt durch überhöhte Minutagen und falsche Modellparameter.

Nach Ansicht der ZMT ist der Taxpunktwert zumindest momentan in der OKP (kantonal) und bei den UV/MV/IV-Versicherern in erster Linie ein Kostensteuerungsparameter.

4. WIRKUNGSMECHANISMEN

In diesem Abschnitt wird anhand eines analytischen Handlungsmodells aufgezeigt, ob und wie die Leistungserbringer auf eine Veränderung der für sie massgebenden Tarife reagieren und welche Folgen sich daraus auf die Sitzungskosten und die Fallzahlen ergeben. Das Handlungsmodell zeigt die möglichen Wirkungsmechanismen und Verhaltensreaktionen sowie deren Folgen. In der Analyse der Fallbeispiele werden sodann in den empirischen Daten Hinweise auf derartige Wirkungsmechanismen gesucht.

4.1. HANDLUNGSMODELL LEISTUNGSERBRINGER

Das analytische Handlungsmodell, welches für die Wirkungsmechanismen verwendet wird, geht davon aus, dass sich der Leistungserbringer rational ökonomisch verhält, d.h. auf Preis- bzw. Tarifänderungen reagiert, und dass er die Kosten seiner Praxis mittelfristig decken muss. Das Modell umfasst die folgenden Elemente:

- › Ein *Akteur*: der Leistungserbringer selbst (Arzt, Spital) wird als „Einheit“ gedacht.
- › Die *Ziele* des Akteurs:
 - › Kosten der Leistungserbringung decken bzw. einen Profit erzielen.
- › Die *Mittel*, welche dem Akteur zur Verfügung stehen: Er kann Einfluss nehmen auf
 - › Kostenstruktur: Grösse der Praxis, Menge Angestellte und Geräte, evtl. Preise und Löhne,
 - › Leistungsangebot: Das Spektrum der Leistungen anpassen,
 - › Leistungsdurchführung: Im Auftrag des Patienten Leistungen erbringen, z.B. Patient häufig oder weniger häufig anbieten,
 - › Leistungsverrechnung: Leistungen verrechnen/nicht verrechnen.
- › Die *äusseren Umstände*, welche das Handeln des Akteurs beeinflussen (ermöglichen bzw. beschränken):
 - › Medizinische Erwägungen: Die Gesundheit des Patienten soll verbessert bzw. darf nicht verschlechtert werden.
 - › Gesetzliche Grundlagen: Gewisse Leistungen müssen als Pflicht bzw. zur rechtlichen Absicherung erbracht werden.
 - › Kostenstruktur: Die Kosten für Praxiseinrichtung und -betrieb sind kurz- und mittelfristig gegeben.
 - › Patientengut: Die Anzahl Patienten und ihr Krankheitsbild lässt sich nur bedingt steuern.

- › Tarifstruktur: Es gibt eine vorgegebene Tarifnomenklatur mit unterschiedlicher Vergütung für diverse Leistungen.

Aus der Charakterisierung wird deutlich, dass dieses Modell nicht ein medizinisches Handlungsmodell ist, welches die diversen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten des Arztes ausleuchten soll. Der Leistungserbringer wird hier explizit als ökonomischer Akteur gedacht. Medizinische Erwägungen fließen als äussere Umstände ins Modell ein, die je nach Fall im Einklang oder im Widerspruch zu den ökonomischen Zielen stehen können.

In der folgenden Betrachtung geht es um die Handlungsparameter, die dem Leistungserbringer prinzipiell zur Verfügung stehen (eine Beschreibung der einzelnen Elemente findet sich im Anhang). Der Leistungserbringer hat im Bezug auf das umrissene Modell diverse Freiheitsgrade in seinem Handeln:

1. Kostenseite: Ausgaben für Infrastruktur verändern, wobei Menge und Kosten beeinflusst werden können:
 - a. Menge der Praxisangestellten (=Anzahl Stellen) oder Kosten der Praxisangestellten (=Löhne) verändern,
 - b. Menge an genereller Praxisinfrastruktur (=Fläche, Mobiliar etc.) oder Kosten der generellen Praxisinfrastruktur (=Miete, Ausgaben für Mobiliar etc.) verändern,
 - c. Menge an spezifischer Praxisinfrastruktur (= medizinische Geräte) oder Kosten der spezifischen Praxisinfrastruktur (= Ausgaben für Geräte) verändern.
2. Angebotsseite: Das Leistungsangebot anpassen und das Spektrum ausrichten:
 - a. Die verfügbare Sprechstundenzeit verändern (=Öffnungszeit der Praxis), Überstunden bzw. Unterstunden machen,
 - b. Sich auf ein Spezialgebiet im Facharztgebiet (z.B. Kataraktoperationen im Fach Ophthalmologie) spezialisieren oder als Generalist auftreten,
 - c. Versuchen, die Patienten nach bestimmten Kriterien zu filtern (z.B. nur Patienten mit Privatversicherung annehmen),
 - d. Patienten in die Praxis verlagern, im ambulanten oder im stationären Bereich unterbringen (nur Spitäler).
3. Nachfrageseite: Gewisse Leistungen zusätzlich erbringen oder darauf verzichten:
 - a. Anzahl TARMED-Leistungen pro Sitzung verändern:
 - i. Menge an Zeitleistungen verändern (=“Konsultationen“),

- ii. Menge an „technischen“ Leistungen verändern (=Leistungen mit höherer Dignität, mit mehr TL-Zeit oder mit besonderen Sparten).
 - b. Anzahl Leistungen bzw. Qualität der Leistungen aus anderen Bereichen verändern:
 - i. Medikamente in Selbstdispensation,
 - ii. Laboranalysen in Präsenzdiagnostik,
 - iii. Sachleistungen wie Implantate, sonstige Produkte,
 - iv. Leistungen in den stationären Bereich verlegen,
 - v. Weitere (Hilfsmittel, z.B. Krücken).
- 4. Verrechnungspraxis: Art der Abrechnung der erbrachten Leistungen verändern:
 - a. Eindeutig definierbare Leistungen abrechnen oder nicht abrechnen (=> Aus Rücksicht auf den Patienten, wegen Druck von Versicherung, ...),
 - b. Nicht eindeutig definierbare Leistungen unter einer bestimmten Tarifposition abrechnen (z.B. Alternativpositionen verwenden),
 - c. Pauschalen aushandeln oder Einzelpositionsabrechnung bevorzugen.

Die Klassierung dieser „Freiheitsgrade“ wird in den folgenden Überlegungen dazu benutzt, verschiedene Handlungsstrategien analytisch voneinander abzugrenzen, wenn es um mögliche Reaktionen auf Abweichungen von der Kostenrealität geht.

4.2. REAKTIONEN AUF TARIFÄNDERUNGEN

Um die Wirkungsmechanismen zu beschreiben, gehen wir im Weiteren von einer modelltypischen Praxis aus, die ihre Leistungen basierend auf einem Tarif verrechnen kann, der die betriebswirtschaftlichen Kosten der Praxis decken kann. Man kann sich diese Praxis als empirische Durchschnittspraxis vorstellen, auf deren Basis der Tarif berechnet wurde: die Leistungen, welche diese Praxis erbringt, entsprechen der Leistungsverteilung, die zur Modellierung des Tarifs herangezogen wurde; die durchschnittliche Behandlungszeit des Arztes für eine bestimmte Leistung entspricht der Minutage des Tarifs etc.

Aus dieser Ausgangslage heraus wird die Situation untersucht, die sich (*ceteris paribus*) aus einer Tarifänderung für eine bestimmte Tarifposition („X“) ergibt. Im Zusammenhang mit den Fallbeispielen wäre dies z.B. die Tarifänderung der Triggerposition: Die Vergütung für diese Tarifposition steigt deutlich an bzw. sinkt deutlich ab und deckt somit nicht mehr die betriebswirtschaftlichen Praxiskosten. Im Vordergrund stehen die veränderten Anreize, die sich aus dieser neuen Situation ergeben, und die möglichen Strategien, mit denen der

Arzt auf sie reagieren kann. Dabei wird immer auch aufgezeigt, wie sich diese Strategien in den vorliegenden empirischen Daten (siehe Abschnitt zu Datenauswertungen im Anhang) auswirken.

STRATEGIEN BEI TARIFÄNDERUNGEN FÜR EINE (TRIGGER-)TARIFPOSITION X		
	Indikatoren	Folgen
0. Keine Reaktion		
X steigt/ sinkt	Durchschnittliche Sitzungskosten verändern sich entsprechend der Tarifänderung, Fallzahlen ändern sich nicht, Umsatz für X verändert sich entsprechend Tarifänderung	Veränderungen im Einkommen AL und in der Kostendeckung TL
1. Anpassung Kostenstruktur an Vergütung		
X steigt/ sinkt	Durchschnittliche Sitzungskosten verändern sich entsprechend der Tarifänderung, Fallzahlen ändern sich nicht, Umsatz für X verändert sich entsprechend Tarifänderung	Veränderungen im Einkommen AL, aber keine Veränderung in der Kostendeckung TL
2. Angebotsseitige Veränderung (Umverteilung der Patienten auf Praxen)		
X steigt/ sinkt	Durchschnittliche Sitzungskosten ändern sich evtl. nach oben oder unten, Fallzahlen ändern sich nicht, Umsatz verändert sich für X entsprechend der Tarifänderung	Tendenz zu Verbesserung Einkommen AL und Verbesserung Kostendeckung TL
3. Mengenveränderung Leistungen (an gleich bleibender Patientenverteilung)		
X steigt	Durchschnittliche Sitzungskosten ändern sich evtl. nach oben oder unten, Fallzahlen X steigen, Fallzahlen für Komplementärleistungen von X steigen, Fallzahlen für Alternativleistungen von X bleiben unverändert, dito für Umsatz	Zusätzliches Mehreinkommen AL und Kostenüberdeckung TL
X sinkt	Durchschnittliche Sitzungskosten ändern sich evtl. nach oben oder unten, Fallzahlen X sinken, Fallzahlen für Komplementärleistungen von X steigen, Fallzahlen Alternativleistungen von X bleiben unverändert, dito Umsatz	Verringerung Einkommensverlust TL und Verringerung Kostenunterdeckung TL
4. Veränderung Verrechnungspraxis		
X steigt	Durchschnittliche Sitzungskosten ändern sich evtl. nach oben oder unten, Fallzahlen X steigen, Fallzahlen für Komplementärleistungen von X steigen, Fallzahlen für Alternativleistungen von X sinken, dito für Umsatz	Zusätzliches Mehreinkommen AL und Kostenüberdeckung TL
X sinkt	Durchschnittliche Sitzungskosten ändern sich evtl. nach oben oder unten, Fallzahlen X sinken, Fallzahlen für Komplementärleistungen von X steigen, Fallzahlen Alternativleistungen von X steigen, dito Umsatz	Verringerung Einkommensverlust TL und Verringerung Kostenunterdeckung TL

Tabelle 37

Folgerungen für die Interpretation der Datenauswertungen

Die Wirkungsmechanismen sollen aufzeigen, welches die Ursachen hinter der beobachteten Datenentwicklung sein könnten. Sie dienen als Basis für mögliche Hypothesen, die in den einzelnen Fallbeispielen aufgestellt werden können und soweit möglich mit den Interviewaussagen überprüft wurden. Bei den Datenauswertungen hat es sich dann allerdings ge-

zeigt, dass es schwierig ist, aus einem Indikator alleine (z.B. Veränderungen der durchschnittlichen Sitzungskosten, Veränderung der Fallzahlen von X) Schlüsse zu ziehen.

Die Strategien „0. Keine Reaktion“ und „1. Anpassung Kostenstruktur“ wirken sich genau gleich auf die empirischen Daten aus. Auch wenn bei „2. Anpassung Leistungsangebot“ eine Umstrukturierung in der Landschaft der Leistungserbringer (ohne Mengenänderungen insgesamt) stattfindet, sieht man dies in der aggregierten Statistik nicht.

Wenn die Fallzahlen von X sinken, so bedeutet das, dass (ohne äussere Einflüsse) entweder eine Veränderung bei den Fallzahlen oder bei der Behandlungspraxis stattgefunden hat. Wenn die Fallzahlen der Alternativleistungen von X (Leistungen, die anstelle von X erbracht werden können) unverändert bleiben, so hat eine Veränderung im Bereich „3. Mengenveränderung“ stattgefunden. Wenn sich die Fallzahlen der Alternativleistungen von X in die umgekehrte Richtung bewegen, so hat eher eine Veränderung im Bereich „4. Verrechnungspraxis“ stattgefunden. Die Unterschiede in diesem Bereich sind demnach sehr subtil, es bedarf besonderer Plausibilisierungen, um Aussagen machen zu können.

Von Seiten von *santésuisse* wird in Bezug auf die Wirkungsmechanismen darauf hingewiesen, dass neben der Höhe der Vergütung insbesondere die Auslastung der Praxis den Umfang der durchgeführten Leistungen beeinflusst. Sei die Auslastung gering, würden eher Leistungen durchgeführt, die medizinisch nicht zwingend notwendig seien.

Eine weitere Schwierigkeit bei der Interpretation der Daten war, dass weitere externe Faktoren die Entwicklung beeinflusst haben (siehe Tabelle 38).

4.3. WEITERE EINFLUSSFAKTOREN

Verschiedene äussere Einflüsse, die nicht mit einer Handlungsstrategie des Leistungserbringers verbunden sind, wirken sich auf die Statistiken aus. In der folgenden Tabelle wird anhand von einigen der in den Interviews oft genannten Faktoren gezeigt, welche Änderungen sich daraus in der Entwicklung der verfügbaren Daten ergeben.

ÄUSSERE EINFLUSSFAKTOREN	
Faktor	Möglicher Einfluss auf Entwicklung der verfügbaren Daten
Demographische Alterung Bei gleichbleibender Bevölkerungszahl steigen der Altersdurchschnitt und damit auch die Morbidität für die meisten Krankheiten.	Durchschnittliche Sitzungskosten: + Fallzahlen: + Umsatz: +
Gesundheitsbewusstsein und Ansprüche Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt, u.a. dank besseren Informationen und technologischen Fortschritten. In den Fachgebieten Ophthalmologie (Sehleistung allg.) und ORL (Hörgeräte), weil sich z.B. die Akzeptanz gegenüber Hörgeräten verbessert hat. Zudem fragen die Patienten immer häufiger nach einer höheren Qualität, weil sie z.B. im Alter länger Autofahren wollen.	Durchschnittliche Sitzungskosten: 0 Fallzahlen: + Umsatz: +
Gesundheitskompetenzen Immer häufiger eignen sich Patienten im Internet medizinisches Wissen an und treiben damit Ansprüche und Nachfrage in die Höhe. Weitere Nachfragetreiber sind z.B. Gesundheitssendungen im Fernsehen. Hinzu kommt, dass viele Patienten kleinere Leiden nicht mehr selber behandeln können und deshalb öfters den Arzt aufsuchen. Betrifft v.a. Grundversorgerleistungen und Notfälle bzw. Pseudonotfälle.	Durchschnittliche Sitzungskosten: ? Fallzahlen: + Umsatz: +
Technologie Die Verbesserung der Technologie führt dazu, dass viele Leistungen heute mit besserer Qualität durchgeführt werden können. Technologischer Fortschritt führt nicht in jedem Fall zu einer Verbilligung der Geräte, sondern kann auch mehr Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bieten.	Durchschnittliche Sitzungskosten: + Fallzahlen: + Umsatz: +
Richtlinien Werden eher strenger, z.B. für ältere Autofahrer. Erhöht Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.	Durchschnittliche Sitzungskosten: 0 Fallzahlen: + Umsatz: +
Rechtliche Absicherung Leistungen, die vor allem auch aus Haftungsgründen erbracht werden müssen.	Durchschnittliche Sitzungskosten: + Fallzahlen: + Umsatz: +
Druck von Versicherungen Versicherer üben aus verschiedenen Gründen (Kostenneutralität etc.) Druck auf die Leistungserbringer aus, bestimmte Leistungen nicht abzurechnen.	Durchschnittliche Sitzungskosten: eher - Fallzahlen: 0 Umsatz: -

Tabelle 38 +: Zunahme, -: Abnahme, 0: keine Veränderung, ?: Entwicklung unklar.

Die Zusammenstellung zeigt, dass die meisten Faktoren zu einer Zunahme von durchschnittlichen Sitzungskosten, Fallzahlen und Umsatzzahlen führen. Auch in den Interviews wurden von Seiten der Leistungserbringer vor allem diejenigen Faktoren herausgestrichen, welche zu einer Zunahme von Leistungen führten.

5. ZUSAMMENFASSUNG DER FALLBEISPIELE

Im Rahmen dieses Moduls der Evaluation des TARMED wurde der Katalog für ambulante medizinische Leistungen (ca. 4000 Tarifpositionen) anhand von elf Fallbeispielen untersucht. Das Vorgehen umfasste dabei für jedes Fallbeispiel jeweils die folgenden Schritte:

1. Aufzeigen der Tarifberechnung
2. Interviewgestützte Suche nach Parametern (Kostenbestandteile, Minutagen, Produktivität oder Dignität), die von den Interviewpartnern als nicht angemessen beurteilt werden.
3. Analyse fallspezifischer Daten zur Leistungserbringung, insbesondere der empirischen Zusammensetzung, der Entwicklung der Vergütung für das Leistungspaket und der Fallzahlen.
4. Aufstellen von Hypothesen basierend auf dem Wirkungsmodell zu Verhaltensmöglichkeiten der Leistungserbringer bei Tarifänderungen und Diskussion dieser Hypothesen mit Facharztgesellschaften, H+, santésuisse und einzelnen Leistungserbringern.

5.1. MERKMALE DER FALLBEISPIELE

In der folgenden Tabelle werden zunächst die wichtigsten Merkmale der Fallbeispiele zusammengefasst. Die Tabelle beschreibt stichwortartig das Leistungspaket und das zu seiner Berechnung verwendete Modell und gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Datenauswertungen.

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN MERKMALE DER FALLBEISPIELE									
Fallbeispiel	Triggerposition	Leistungspaket ²⁶	Medizinisch-technologische Veränderungen	Berechnungsmodell	Pauschalen	Entwicklung durchschnittliche Sitzungskosten (empirisch) 2001/04-2008	Entwicklung kantonaler Unterschiede	Entwicklung der Zusammensetzung (Anzahl und Häufigkeit der Positionen)	Entwicklung Fallzahlen 2004/05-07/08
FB 1 Grundkonsultation	Keine	Heterogen	Keine	Gemäss generellem Modell	Nein	Generell bei kurzen Konsultationen abnehmend, bei längeren eher stabil oder steigend. Dazu Möglichkeit, Leistungen in Abwesenheit des Patienten zu verrechnen	k.A.	n.a.	Pos. 0010 und 0030 nehmen ab, 0020 und 0140 nehmen zu (Dauer nimmt zu)
FB 2 Notfall-Inkonvenienz	00.2510 00.2520 00.2540	Heterogen	Keine	Verhandlungen	Ja	Deutlich abnehmend	Bei AM grösser geworden, bei IM starke Konvergenz	Nicht relevant, weil vom Notfall abhängig.	Bei Ärzten abnehmend, in Spitälern gleichbleibend
FB 3 EKG	17.0010	Homogen	Informatisierte Geräte, Klebeelektroden	Gemäss generellem Modell	Nein	Vor Einführung z.T. stark sinkend, seit Einführung leicht steigende Tendenz	Geringer geworden	Zunahme der Häufigkeit bei verschiedenen Positionen (Konsultation, Untersuchung etc.), vereinzelt neue Positionen, aber mit geringem Gewicht.	Bei Ärzten gleichbleibend, in Spitälern steigend
FB 4 Besuch	00.0060	heterogen	Keine	Gemäss generellem Modell	Nein	Unterschiedlich, seit Einführung tendenziell stabil	Ungefähr gleich gross geblieben	Nicht relevant, weil vom Besuch abhängig.	Bei Ärzten abnehmend, in Spitälern gleichbleibend
FB5 Refraktionsbestimmung	08.0040	heterogen	Neuere Geräte, mehr Diagnosemöglichkeiten	Gemäss generellem Modell	Nein	Steigend	Ungefähr gleich gross geblieben	Zunahme der Häufigkeit bei wichtigeren (08.3010 Bio-	Bei Ärzten leicht sinkend (relativ) bzw. gleichbleibend

26 Gibt an, ob in den ausgewählten Kantonen mehr oder weniger die gleichen Tarifpositionen verwendet wurden bzw. ob mehr oder weniger Tarifpositionen verrechnet wurden.

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN MERKMALE DER FALLBEISPIELE									
Fallbeispiel	Triggerposition	Leistungspaket ²⁶	Medizinisch-technologische Veränderungen	Berechnungsmodell	Pauschalen	Entwicklung durchschnittliche Sitzungskosten (empirisch) 2001/04-2008	Entwicklung kantonaler Unterschiede	Entwicklung der Zusammensetzung (Anzahl und Häufigkeit der Positionen)	Entwicklung Fallzahlen 2004/05-07/08
								mikroskopie, 08.1230 Spaltlampenuntersuchung oder 08.0220 Applanationstonometrie) und weniger wichtigen Positionen.	(absolut), in Spitälern leicht steigend
FB 6 Applanationstonometrie	08.0220	Nicht bekannt	Mehr Diagnosemöglichkeiten	Gemäss generellem Modell	Nein	Nicht bekannt, da keine Daten verfügbar	k.A.	k.A.	k.A.
FB 7 Katarakt	08.2760	heterogen	Massive Vereinfachung	Gemäss generellem Modell Pauschalen: unklar	Teilweise	Steigend	k.A.	k.A.	Steigend
FB 8 Gynäkologisch präventive Untersuchung	22.0020	homogen	Gering, gestiegene Diagnosemöglichkeiten	Gemäss generellem Modell	Nein	Vor Einführung eher sinkend, seit Einführung leicht steigende Tendenz	Bei AM geringer, bei Gynäkologie geringer	Zunahme der Häufigkeit bei verschiedenen Positionen, meist mit geringem Gewicht.	Bei Ärzten abnehmend
FB 9 Ultraschalluntersuchung	39.3000 39.3005	homogen	Neue Technologien, bessere Diagnosemöglichkeiten	Gemäss generellem Modell	Nein	Steigend	Geringer geworden	Zunahme der Häufigkeit bei verschiedenen Positionen (z.B. Konsultationen)	Bei Ärzten sinkend (relativ) bzw. steigend (absolut)
FB 10 Abort	22.1250	heterogen	Bessere Anästhesie	Gemäss generellem Modell	Nein	Steigend	k.A.	k.A.	Sinkend
FB 11 Hörexpertise	Keine	homogen	Gering	Gemäss generellem Modell	Leistung wird fak-	Sinkend	Nicht relevant	Keine Veränderung	Steigend

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN MERKMALE DER FALLBEISPIELE									
Fallbeispiel	Triggerposition	Leistungspaket ²⁶	Medizinisch-technologische Veränderungen	Berechnungsmodell	Pauschalen	Entwicklung durchschnittliche Sitzungskosten (empirisch) 2001/04-2008	Entwicklung kantonaler Unterschiede	Entwicklung der Zusammensetzung (Anzahl und Häufigkeit der Positionen)	Entwicklung Fallzahlen 2004/05-07/08
					tisch als Pauschale abgerechnet				

Tabelle 39

5.2. ERGEBNISSE

Wie in Kapitel 1 dargelegt, sollen die Evaluationsfragen anhand dieser Fallbeispiele beantwortet werden. Es hat sich gezeigt, dass die meisten Fragen nicht abschliessend geklärt werden konnten. Dies ist auf folgende Gründe zurückzuführen:

- › In den meisten Fallbeispielen gab es Parameter (z.B. Minutagen), die von den Interviewpartnern unterschiedlich eingeschätzt wurden. Da viele Interviewaussagen aber nicht weiter belegt wurden, mussten die Einschätzungen als Meinungen so stehen gelassen werden im Bewusstsein, dass es sich auch um subjektive und möglicherweise interessengeleitete Aussagen handelt. Unter dem vorgegebenen Zeit- und Budgetrahmen war es in vielen Fällen unmöglich, die Aussagen zu verifizieren. Dazu wären weitergehende empirische Analysen notwendig.
- › Die Angemessenheit der Kostensätze AL und TL kann nicht beurteilt werden, da wir keine betriebswirtschaftlichen Erhebungen durchgeführt haben und daher nicht bekannt ist, inwieweit die Kostensätze vor und nach TARMED den effektiven Kosten einer effizienten Leistungserbringung entsprechen. Ebenso wenig ist eine abschliessende Einschätzung der Minutagen möglich, weil keine empirischen Erhebungen durchgeführt wurden.
- › Die von uns verwendeten Datenreihen werden durch zahlreiche tariffremde bzw. exogene Faktoren beeinflusst. So werden z.B. die Fallzahlen durch demographische Tendenzen, das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung sowie deren Gesundheitskompetenzen, gesetzliche Richtlinien und anderes beeinflusst. Im Rahmen dieser Studie war es nicht möglich, den Einfluss dieser Faktoren abschliessend zu klären. Hinzu kommt, dass die Datenreihen sehr kurz und auch deshalb keine abschliessenden Aussagen möglich sind. In den einzelnen Fallbeispielen wurde diesen Faktoren bei der Beantwortung der Evaluationsfragen Rechnung getragen.

Die Ergebnisse aus den Fallsbeispielen sind somit als eine erste Einschätzung zu verstehen, die Hinweise liefern, in welchen medizinischen Bereichen am ehesten Abweichungen von der Kostenrealität (im Sinne der Leistungserbringer) bestehen.

In der folgenden Tabelle werden die Ergebnisse für jedes Fallbeispiel zusammengefasst. Da in den Interviews häufig spezifische Aussagen zu den Minutagen gegeben wurden, unterscheiden wir bei der Beurteilung zwischen Kostensatz (TP/Min.) und Minutage. Mit der Beurteilung des Kostensatzes erfolgt implizit auch eine Beurteilung der darin enthaltenen Parameter wie Produktivität, Dignität etc. Anschliessend erfolgt eine Gesamtbeurteilung

über beide Elemente. Für die detaillierten Ergebnisse verweisen wir auf die separaten Berichte zu den Fallbeispielen.

ZUSAMMENFASSUNG DER BEURTEILUNG DER HAUPTFRAGEN IN DEN FALLBEISPIELEN AUS SICHT INFRAS								
Fallbeispiel	Beurteilung Kostensatz	Minutagen	Beurteilung Vergütung (aus Kostensatz und Minutagen)	Verhaltensreaktionen der Leistungserbringer	Auswirkungen von Abweichungen auf Sozialversicherungen, Ärzteteinkommen, Spitalumsätze	Verschiebungen Arzt <-> Spital weil evtl. falsch bewertet	Verschiebungen ambulant <-> stationär	Auswirkungen auf andere Leistungen (Zusatzversicherungen, medizinische Laboratorien, Selbstdispensation)
FB 1 Grundkonsultation	5-Minuten-Halbierung Po. 00.0030 In Spital zu tiefe TL für Pflegefachfrau	Nicht relevant, da Zeittarif	Vermutlich eher tief	Keine	Einbussen bei Ärztetein- kommen und Spitalumsät- zen	Keine Hinweise	Nicht relevant, weil nur im am- bulanten Bereich verwendet.	TARMED: Bedeutung technischer Positio- nen/Leistungen nimmt zu
FB 2 Inkonvenienz	Kostensatz vermutlich eher tief, weil hohe Kosten (Löh- ne), tiefe Auslastung und wenig effiziente Leistungs- erbringung zu Randzeiten	Keine Aussage	Vermutlich eher tief	Keine	Evtl. Mehrausgaben, weil umfangreichere Abklärun- gen in Spitälern	Trend zu Leis- tungserbringung in Spital/Perma- nence beobacht- bar. Zusammen- hang mit Tarif ist nur bedingt gege- ben.	Nicht relevant, weil nur im am- bulanten Bereich verwendet.	Keine Hinweise.
FB 3 EKG	Kostensatz vermutlich eher tief, weil geringere Auslas- tung EKG als im Modell be- rechnet	Keine Aussage möglich, da unterschiedli- che Einschät- zungen	Vermutlich eher tief	Keine, aber auch kein Anreiz für effi- zientere Leis- tungserbringung (Zusammenle- gung von Gerä- ten)	Sinkende Ärzteteinkommen, leichte Mehrausgaben in Spitälern	Unabhängig von Tarif in Spitälern zunehmend	Nicht relevant, weil grösstenteils ambulant ver- wendet.	Keine Hinweise
FB 4 Besuch	Kostensatz vermutlich eher tief, weil Zeitverluste etc.	Keine Aussage	Vermutlich eher tief	Keine	Evtl. Mehrausgaben, weil umfangreichere Abklärun- gen in Spitälern	Eher schlechter Tarif für Ärzte würde Verlagerung	Nicht relevant, weil nur im am- bulanten Bereich	Keine Hinweise.

ZUSAMMENFASSUNG DER BEURTEILUNG DER HAUPTFRAGEN IN DEN FALLBEISPIELEN AUS SICHT INFRAS								
Fallbeispiel	Beurteilung Kostensatz	Minutagen	Beurteilung Vergütung (aus Kostensatz und Minutagen)	Verhaltensreaktionen der Leistungserbringer	Auswirkungen von Abweichungen auf Sozialversicherungen, Ärztteinkommen, Spitalumsätze	Verschiebungen Arzt <-> Spital weil evtl. falsch bewertet	Verschiebungen ambulant <-> stationär	Auswirkungen auf andere Leistungen (Zusatzversicherungen, medizinische Laboratorien, Selbstdispensation)
						ins Spital begünstigen	verwendet.	
FB5 Refraktionsbestimmung	Keine abschliessende Aussage möglich mangels konkreter Angaben	Minutagen eher hoch	Vermutlich eher hoch	Keine, Zunahme der Fallzahlen auf andere Faktoren (erhöhte Sehanforderungen) zurückzuführen	Mehrkosten, weil Vergütung eher hoch, und Mehreinkommen bei den Ärzten, weil aufgrund Minutagen mehr Patienten behandelt werden können.	Keine Hinweise gefunden	Nicht relevant, weil grösstenteils ambulant verwendet.	Keine Hinweise.
FB 6 Applanationsonometrie	Keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich	Keine Aussage möglich
FB 7 Katarakt	Keine Aussage möglich, weil unterschiedliche Einschätzungen, insbesondere bezüglich Produktivität	Minutagen eher hoch	Vermutlich eher hoch	Keine, steigende Fallzahlen auf andere Faktoren (demografische Entwicklung) zurückzuführen	Mehrkosten, weil Minutagen eher hoch, und Mehreinkommen bei den Ärzten, weil aufgrund Minutagen mehr Patienten behandelt werden können.	Nicht relevant, da vor allem in Spital operiert wird.	Patientenwunsch geht Richtung ambulante Operation.	Anreiz für Zusatzangebote (teurere Linse)
FB 8 Gynäkologisch präventive Untersuchung	Kostensatz vermutlich eher tief (wegen Spartenzuteilung)	angemessen	Vermutlich tief – angemessen	Evtl. Substitution durch andere Position	Mehrkosten für Sozialversicherungen, falls Anreiz für Substitution durch finanziell attraktivere Position	Nicht relevant, weil grösstenteils in Praxis durchgeführt.	Nicht relevant, weil grösstenteils ambulant verwendet.	Keine Hinweise

ZUSAMMENFASSUNG DER BEURTEILUNG DER HAUPTFRAGEN IN DEN FALLBEISPIELEN AUS SICHT INFRAS								
Fallbeispiel	Beurteilung Kostensatz	Minutagen	Beurteilung Vergütung (aus Kostensatz und Minutagen)	Verhaltensreaktionen der Leistungserbringer	Auswirkungen von Abweichungen auf Sozialversicherungen, Ärzteteinkommen, Spitalumsätze	Verschiebungen Arzt <-> Spital weil evtl. falsch bewertet	Verschiebungen ambulant <-> stationär	Auswirkungen auf andere Leistungen (Zusatzversicherungen, medizinische Laboratorien, Selbstdispensation)
FB 9 Ultraschalluntersuchung	Keine abschliessende Aussage möglich, da unterschiedliche Einschätzungen	Keine Aussage möglich, da unterschiedliche Einschätzungen	Keine Aussage möglich	Keine, aber auch kein Anreize für effizientere Leistungserbringung (Zusammenlegung von Geräten)	Keine	Nicht relevant, weil grösstenteils in Praxis durchgeführt.	Nicht relevant, weil grösstenteils ambulant verwendet.	Keine Hinweise
FB 10 Abort	Kostensatz vermutlich angemessen	Keine Aussage möglich, da unterschiedliche Einschätzungen	Vermutlich eher angemessen	Keine. Substitution Richtung medikamentöser Schwangerschaftsabbruch nicht tarifgetrieben, sondern medizinisch begründet (keine Narkose)	Marginaler Einfluss, weil sehr tiefe Fallzahlen	Keine empirischen Hinweise auf Tarifeffekte	Anreiz zur stationären Behandlung, aber Kapazitätsabbau im stationären Bereich	Anreiz zur stationären Behandlung, wenn Zusatzversicherung, aber Patientenwunsch geht Richtung ambulant
FB 11 Hörexpertise	Kostensatz vermutlich angemessen	Minutagen eher hoch	Vermutlich eher hoch	Keine, steigende Fallzahlen auf andere Faktoren	Mehrkosten für Sozialversicherungen, falls Minutagen zu hoch	Keine	Nicht relevant	Nicht relevant.

ZUSAMMENFASSUNG DER BEURTEILUNG DER HAUPTFRAGEN IN DEN FALLBEISPIELEN AUS SICHT INFRAS								
Fallbeispiel	Beurteilung Kostensatz	Minutagen	Beurteilung Vergütung (aus Kostensatz und Minutagen)	Verhaltensreaktionen der Leistungserbringer	Auswirkungen von Abweichungen auf Sozialversicherungen, Ärzteteinkommen, Spitalumsätze	Verschiebungen Arzt <-> Spital weil evtl. falsch bewertet	Verschiebungen ambulant <-> stationär	Auswirkungen auf andere Leistungen (Zusatzversicherungen, medizinische Laboratorien, Selbstdispensation)
				(demografische Entwicklung) zurückzuführen				

Tabelle 40 Nicht relevant: Leistungen in diesem Fallbeispiel werden vor allem in der Arztpraxis durchgeführt. Verschiebungen zwischen stationärem und ambulantem Spitalbereich sind deshalb nicht relevant.

6. BEURTEILUNG

In diesem Kapitel beantworten wir erstens die Evaluationsfragen auf der Grundlage der Ergebnisse aus den Fallbeispielen und der Berechnung der TARMED-Vergütung. Zweitens gehen wir im Anschluss auf weitere Ergebnisse der Studie ein, die über die unmittelbare Beantwortung der Evaluationsfragen hinausgehen und für die Gesamtevaluation und auf die weitere Tarifentwicklung nützlich sind.

6.1. BEANTWORTUNG DER EVALUATIONSFRAGEN

Wir weisen an dieser Stelle nochmals darauf hin, dass die Beurteilung als Grobprüfung zu verstehen ist. Ziel war es, Hinweise zu bekommen, wo die Tarife vermutlich der Kostenrealität entsprechen und wo möglicherweise nicht. Die Bereiche, in denen wir Abweichungen vermuten, müssen vertieft analysiert werden, z.B. mit empirischen Erhebungen.

HAUPTFRAGE 2: ENTSPRECHEN DIE TARMED-VERGÜTUNGEN DER KOSTENREALITÄT (ARZTPRAXIS UND SPITAL)?

2.1 Welche Komponenten des TARMED wurden berechnet, welche sind Resultat von Verhandlungen?

Ein Grossteil der für die Berechnungen verwendeten Komponenten basiert grundsätzlich auf empirischen Grundlagen. Dies trifft auf alle drei Elemente der Berechnungsgrundlagen zu – AL, TL Praxis und TL Spital. Einzelne Komponenten basierten jedoch auf einer dünnen empirischen Basis (z.B. SUK-Satz INFRA) und wurden anschliessend zwischen den Tarifpartnern verhandelt (z.B. die Minutagen) oder mit normativen Werten überlagert (z.B. Abschreibungssatz bei TL GRAT).

2.2 Auf welche Art und Weise wurden die fünf Parameter für die Entschädigung ärztlicher Leistungen – Dignität, Referenzeinkommen, Jahresarbeitszeit, Produktivität, verrechnete Arbeitszeit – berechnet und mit welchen finanziellen Wirkungen?

Keine Aussage möglich, da Fragestellung von der EFK bearbeitet wurde.

2.3 Wie werden Änderungen der medizinischen Praxis und die technologischen Entwicklungen im TARMED berücksichtigt?

Die Arbeiten für TARMED begannen bereits Anfang der 90er-Jahre. Dies hat dazu geführt, dass die wesentlichen Berechnungsgrundlagen aus der Mitte der 90er Jahre stammen. Grundsätzlich wirken sich medizin-technologische Veränderungen weniger über die Gerätekosten (Kostensatz TL) aus, sondern über eine veränderte medizinische Praxis, einen veränderten Leistungsumfang und veränderte Minutagen.

Wie die Fallbeispiele zeigen, fanden einerseits in einzelnen Bereichen wie den Kataraktoperationen weitreichende technologische Entwicklungen statt, welche eine Tarifreduktion begründen könnten. Diese Entwicklungen sind jedoch nicht im TARMED-Tarif abgebildet. Andererseits gibt es verschiedene Fallbeispiele, bei denen die technologische Weiterentwicklung der Geräte dazu geführt hat, dass mehr Diagnosemöglichkeiten zur Verfügung stehen, zum Beispiel beim EKG oder Ultraschall, und die Abklärungen durch den Arzt entsprechend mehr Zeit in Anspruch nehmen. Bei diesen Tarifen sollten aus unserer Sicht insbesondere die Minutagen, allenfalls auch die Berechnung der Kostensätze, überprüft werden.

2.4 Wie verbreitet sind Pauschalverträge für ambulant erbrachte Leistungen?

Reine Pauschalen sind die Notfallinkonvenienzpauschalen. Bei den Kataraktoperationen werden vermehrt Pauschalen von Seiten der Versicherer gefördert. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass eine Kataraktoperation aufgrund der technologischen Weiterentwicklung heute weniger lang dauert.

Bei der Vergütung der Hörexpertise handelt es sich ebenfalls faktisch um eine Pauschale, da gemäss Richtlinien nur bestimmte Positionen abgerechnet werden dürfen.

Viele Leistungserbringer, insbesondere Spitäler, rechnen ihre Leistungen teilweise ebenfalls im Sinne einer Pauschale ab. Aufgrund der vorgegebenen Prozesse werden Behandlungen vielfach mit einem vordefinierten Set an Positionen elektronisch abgerechnet, unabhängig von den effektiv verwendeten Positionen.

2.5 In welchem Ausmass entsprechen die TARMED-Vergütungen den betriebswirtschaftlich errechneten Kosten? (s. KVV Art. 59)

Grundsätzlich

Ob die TARMED-Vergütungen die Kosten der Leistungserbringer decken, hängt von den Kostensätzen AL und TL, von den Minutagen AL und TL sowie vom Taxpunktwert ab. Aus unse-

rer Sicht sind die Berechnungsmodelle für die Sparten komplex, aber strukturiert aufgebaut. Beide Modelle – GRAT und INFRA – dürften zumindest in ihrer Entstehungsphase Anfang/Mitte der 90er Jahre im Durchschnitt die effektiven Kosten der Leistungserbringer gedeckt haben. Seither haben sich jedoch verschiedene Parameter und evtl. auch Strukturen verändert. Insbesondere die Löhne, aber auch die Kosten für Materialien und Medikamente, der Verwaltungsaufwand und die Gerätekosten sind gemäss Daten der Ärztekasse seither gestiegen. Dies kann zur Folge haben, dass die Taxpunkte für die TL bei gewissen Leistungen nicht mehr die durchschnittlichen Praxiskosten decken.

Bezogen auf die Fallbeispiele

Die Angemessenheit der in den Fallbeispielen untersuchten Kostensätze kann nicht abschliessend beurteilt werden, da keine betriebswirtschaftliche Erhebung durchgeführt wurde und die Kosten einer effizienten Leistungserbringung nicht bekannt sind. Aus der Analyse der Fallbeispiele (Interviewaussagen und Datenauswertungen) schliessen wir jedoch, dass die Kostensätze bei den Fallbeispielen 1, 2, 3, 4, 8 vermutlich eher tief und bei den Fallbeispielen 10, 11 vermutlich eher angemessen sind. Für die Fallbeispiele 5, 6, 7, 9 ist mangels Daten oder aufgrund divergierender Angaben keine Aussage möglich.

In Bezug auf die Minutagen erachten wir die Minutagen der Fallbeispiele 5, 7 und 11 als hoch, diejenigen des Fallbeispiels 8 als angemessen. Bei den Fallbeispielen 3, 9 und 10 ist eine Beurteilung aufgrund widersprüchlicher Aussagen schwierig und für die Fallbeispiele 1, 2, 4 sind die Minutagen nicht relevant, weil es sich um Zeittarife, Pauschalen etc. handelt. Für Fallbeispiel 6 ist keine Aussagen möglich. Die Diskussionen über die Minutagen zeigen, dass es wichtig wäre, dass die aktuellen Minutagen empirisch erhoben und bei Bedarf angepasst würden.

Über alles gesehen beurteilen wir die Vergütungen für die Fallbeispiele 1 bis 4 als eher tief und diejenige für Fallbeispiel 8 als eher tief bis angemessen. Die Vergütung von Fallbeispiel 10 beurteilen wir als angemessen, diejenige für die Fallbeispiele 5, 7, 11 als eher hoch. Für die Fallbeispiele 6 und 9 ist eine abschliessende Beurteilung nicht möglich. Die Gründe für die eher tiefen Vergütungen sind die veralteten Berechnungsgrundlagen, die Senkung des Taxpunktwertes und weitere Faktoren (z.B. mehr Aufwand im Zusammenhang mit neuen Diagnosemöglichkeiten). Dabei kann es sehr wohl sein, dass sich die Leistungserbringer von diesen Faktoren unterschiedlich betroffen fühlen. Wenn z.B. die Vergütung vor TARMED eher zu hoch war, dann könnte die Vergütung nach Einführung von TARMED immer noch als angemessen beurteilt werden, obwohl sie durch die Senkung des Taxpunktwertes reduziert

wurde. Diese Überlegung macht deutlich, dass die Angemessenheit nicht anhand der effektiven durchschnittlichen Kosten, sondern an deren relativen Veränderung gemessen wird und die Einschätzungen der Akteure subjektiv ist. Dass gewisse Tarife nun als eher hoch beurteilt werden, heisst nun nicht, dass die Kostensätze angepasst werden müssten. Vielmehr wären die betriebswirtschaftlichen Kosten einer effizienten Leistungserbringung zu bestimmen und basierend darauf bei Bedarf der Tarif anzupassen. Dabei könnte es durchaus gewollt sein, dass die effektiven durchschnittlichen Kosten der Leistungserbringer nicht mehr gedeckt würden, um Anreize für ein effizientes Verhalten und effiziente betriebswirtschaftliche Strukturen zu schaffen. Beim Tarif für das EKG könnte dies heissen, dass der Tarif nicht erhöht wird, obwohl die effektiven Kosten der Leistungserbringer aufgrund der geringen Auslastung vermutlich nicht gedeckt werden. Der Tarif soll vielmehr auf einer hohen Auslastung festgelegt werden, so dass Anreize für eine effiziente Leistungserbringung geschaffen werden. Zu berücksichtigen ist auch, dass einzelne Exponenten der Ärzteschaft darauf hingewiesen haben, dass bei der Berechnung von TARMED bewusst Spielraum in der Tarifmechanik gegeben wurde, um steigende Kostenentwicklungen abfangen zu können.

Bei den Spitälern erachten wir die Vergütung aufgrund der Interviewaussagen und Datenauswertungen bei den meisten Positionen der Fallbeispiele als weniger problematisch. Vielmehr sollte im Spitalbereich die Vergütung für die nichtärztliche Betreuung in der Tagesklinik (Positionen aus dem Kapitel 35) überprüft werden, da Anhaltspunkte für ein Missverhältnis bestehen. Dies war jedoch nicht Gegenstand der Untersuchung.

2.6 Welches sind die Begründungen für eventuelle Abweichungen?

Sowohl die Minutagen als auch wesentliche Parameter der Modelle zur Berechnung der Kostensätze (z.B. Lohnkosten) wurden seit der Einführung nicht mehr angepasst. Hier erachten wir es als wichtig, diese periodisch zu überprüfen. Selbstverständlich ist in Rahmen dieser Überprüfungen abzuklären, ob und welche Effizienzanforderungen gestellt werden sollen.

HAUPTFRAGE 3: FALLS ZU TIEF ODER ZU HOCH BEWERTET, WELCHES SIND MÖGLICHE WIRKUNGEN?

3.1 Welche Wirkungen haben eventuelle Fehlbewertungen (falsche Anreize) auf... ...Vergütungen der Sozialversicherungen, Ärztteeinkommen und Spitalumsätze?²⁷

Fehlbewertungen führen zu Fehlanreizen. Diese wiederum verändern das Verhalten der Leistungserbringer. Konkret sind folgende Verhaltensänderungen denkbar:

- › Die Leistungserbringer verrechnen die Leistung häufiger als medizinisch unbedingt notwendig (Mengenausweitung), weil der Tarif finanziell sehr attraktiv ist.
- › Wenn der Tarif der Triggerposition finanziell weniger attraktiv ist, behalten die Leistungserbringer die ursprüngliche Behandlungsleistung (Triggerposition) bei, verrechnen aber zusätzlich Positionen innerhalb des Leistungspakets häufiger (z.B. Grundkonsultation) oder erbringen und verrechnen zusätzliche Positionen, die finanziell attraktiver sind (Erweiterung des Leistungsumfangs).
- › Die Leistungserbringer substituieren die Leistung (Triggerposition) durch eine andere, finanziell attraktivere Position,
- › Sie erbringen zusätzliche Leistungen ausserhalb von TARMED, die finanziell attraktiver sind (Laboranalysen, Selbstdispensation, Verkauf von Zusatzprodukten).
- › Die Leistungserbringer verzichten darauf, die Leistung anzuwenden oder sie führen eine andere Behandlung durch (z.B. Therapie statt Operation), deren Vergütung finanziell attraktiver ist.

Bezogen auf die Sozialversicherungen haben die Fehlbewertungen einerseits zur Folge, dass sie zu hohe bzw. zu tiefe Abgeltungen ausrichten. Aufgrund der Fehlanreize infolge der Fehlbewertung könnte es dann zu Verhaltensänderungen kommen, so dass z.B. bestimmte Positionen vermehrt eingesetzt oder Positionen durch teurere Positionen substituiert werden. Diese Verhaltensänderungen würden sich dann wiederum auf die Sozialversicherungen aus. So steigen die Vergütungen der Sozialversicherungen, wenn z.B. Positionen im Rahmen eines Leistungspakets vermehrt abgerechnet werden, obwohl sie evtl. medizinisch nicht unbedingt notwendig wären.

Das Ärztteeinkommen wird durch die Fehlbewertungen ebenfalls beeinflusst. Je nachdem ob die Vergütung nach der TARMED-Einführung eher zu hoch oder eher zu tief ist, steigt bzw. sinkt das Einkommen. Daraus ergeben sich Anreize für Verhaltensänderungen bei den

²⁷ Der Vollständigkeit halber wären auch die Auswirkungen auf die Patienten aufzuzeigen. Dies war jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

Leistungserbringern. Tatsächlich lassen sich bei mehreren Fallbeispielen Hinweise auf Verhaltensänderungen finden. Sie können jedoch mehrheitlich auf andere Faktoren als die TARMED-Vergütung zurückgeführt werden. Einzig beim Fallbeispiel 8 sehen wir Hinweise auf eine Substitution auf eine höher vergütete Leistung.

...Verschiebungen Arztpraxis <-> Spital?

Es kann zwar bei einzelnen Fallbeispielen (FB 3, 5) ein Anstieg der Fallzahlen im spitalambulanten Bereich festgestellt werden. Diese geht jedoch meist nicht mit einem Rückgang der Fallzahlen bei den Ärzten einher und ausserdem scheint ein Zusammenhang mit dem Tarif ebenfalls nicht im Vordergrund zu stehen.

...Verschiebungen innerhalb der Spitäler: ambulant <-> stationär?

Bei den untersuchten Fallbeispielen scheint dies bei der Kataraktoperation eine Rolle zu spielen. Diese Operation wurde früher in der Regel stationär ausgeführt. Heute erfolgt sie ausser bei schwierigen Fällen (polymorbid) ambulant. Die operative Abortbehandlung wird gemäss Aussagen heute vermehrt aufgrund besserer Technologie (verträglichere Vollnarkose) wieder stationär durchgeführt. In beiden Fällen sehen wir die Entwicklung unabhängig von der Tariffhöhe TARMED. Auf jeden Fall ist die Entwicklung bei Einführung der DRG weiter zu beobachten.

...andere Leistungen, wie Leistungen der Zusatzversicherungen, der medizinischen Labordienste, der Selbstdispensation?

Zusatzversicherungen scheinen allenfalls bei der Kataraktoperation und der Abortbehandlung eine Rolle zu spielen. Grundsätzlich bestünde hier ein Anreiz für stationäre Behandlungen. Wir erachten diesen Anreiz jedoch als eher untergeordnet, da die Patienten – wie in den Fallbeispielen gezeigt wurde –, vermehrt ambulant behandelt werden wollen.

Bei den Laborleistungen ist aus den untersuchten Fallbeispielen keine einheitliche Tendenz feststellbar.

Über eine Veränderung der Selbstdispensation infolge der TARMED-Einführung können mangels Daten keine Aussagen gemacht werden.

6.2. SCHLUSSFOLGERUNGEN

TARMED im Grundsatz akzeptiert

Der TARMED als schweizweit einheitlicher Einzelleistungstarif wird von den Leistungserbringern grundsätzlich begrüsst. Die Leistungserbringer schätzen dabei vor allem die „Fairness“, die der Einzelleistungstarif bringt: dem Arzt werden diejenigen Leistungen vergütet, die er effektiv erbringt.

Hinweise auf Abweichungen vorhanden

Wir haben aus den Fallbeispielen Hinweise erhalten, dass gewisse Tarife im TARMED die effektiven Kosten nicht angemessen abbilden; sei es, weil die Vergütung als Ganzes bzw. der Kostensatz oder die Minutagen als nicht angemessen beurteilt werden. Insofern scheint uns eine Überprüfung der Berechnungsgrundlagen angezeigt. Es erscheint uns angezeigt, diese Hinweise vertieft zu überprüfen und empirische Erhebungen durchzuführen.

Wichtig scheint uns eine Anpassung der relevanten Modellparameter an die aktuellen Werte (v.a. Löhne) und an verbesserte Datengrundlagen (v.a. beim SUK-Satz). Relevant heisst, dass insbesondere diejenigen Parameter angepasst werden, die sich seit der damaligen Berechnung wesentlich verändert haben, und die gemäss Wirkungsmodell einen relevanten Einfluss auf die Berechnung des Kostensatzes haben. Dazu zählen bei GRAT v.a. die Löhne.²⁸

Ausserdem sollten die Berechnungsgrundlagen transparenter dargestellt und die Minutagen empirisch neu erhoben werden. Es wäre ausserdem aus unserer Sicht dringend angezeigt, dass bei einer Neuberechnung der Sparten Benchmarking- bzw. Effizienzvorgaben eingebaut werden. Damit würden Anreize für eine effiziente Leistungserbringung und für effiziente Versorgungsstrukturen geschaffen. Im Weiteren sollten die von den Versicherern ins Feld geführten Nachteile der Kostenmodelle GRAT und INFRA berücksichtigt werden.

Information und Datengrundlagen verbessern

Im Lauf unserer Arbeiten hat sich auch gezeigt, dass der Informationsstand bei den Leistungserbringern und Leistungsträgern verbessert werden sollte. Bei vielen Leistungserbringern gehen die Kenntnisse von TARMED nicht über die Anzahl Taxpunkte AL und TL hinaus. Von den Berechnungsmodellen wissen die Beteiligten generell wenig, oftmals wurden sogar an die Interviewer Fragen zum TARMED gestellt oder es wurde aus den Antworten deutlich,

²⁸ Genaue Angaben, inwieweit sich die Parameter seit der damaligen Berechnung verändert haben, liegen uns nicht vor, müssten aber für GRAT bei der Ärztekasse vorhanden sein, weil diese die Neuberechnung aufgrund aktueller Werte vorgenommen hat.

dass die Berechnungsmodelle nicht verständlich sind. Hier wären vertiefende Informationen von Facharztgesellschaften, H+ und santésuisse hilfreich.

Wichtig scheint uns auch, dass die Datengrundlagen verbessert werden. Grundsätzlich haben sich die Datengrundlagen bereits mit TARMED verbessert, weil jetzt Angaben zu einzelnen Leistungen (Positionen) vorliegen. Es gibt aber weiterhin Mängel und Lücken bei den Datenquellen, z.B. Abdeckungsgrad, bei der Zuordnung von Leistungen zum Behandlungszeitpunkt. Hier sollten die Anstrengungen von Versicherern und Leistungserbringern stärker koordiniert werden.

ANNEX

ANNEX 1: INTERVIEWS

Liste der befragten Personen/Organisationen

Organisation	Name	Art
Alle Fallbeispiele		
Inselspital/H+	Stephan Hänsenberger	persönlich, telefonisch
Santésuisse	Alfred Müller	persönlich, schriftlich
INFRA	Urs Vogt	persönlich, schriftlich
Ärztelasse	Anton Prantl	persönlich, schriftlich
Helsana	Wolfram Strüwe, Jürgen Messer	persönlich, schriftlich
Fallbeispiele 2-4		
SGAM	Franziska Zogg	persönlich
SGIM	Werner Bauer	persönlich
Ärzte	Zwei Ärzte	persönlich
	Ein Arzt	telefonisch
Permanenzen	Ein Arzt	persönlich
Fallbeispiele 5-7		
SOG	H.R. Moser, Christoph Egli, U. Thomman, Peter Leuenberger	persönlich, schriftlich
Augenzentren / -kliniken	Ein Arzt	persönlich
	Ein Arzt	telefonisch
Optiker	Ein Optiker	persönlich
Preisüberwacher	Maira Ferri, Manuel Jung	persönlich
Fallbeispiele 8-10		
SGGG	Pierre Villars	persönlich, schriftlich
Gemeinschaftspraxen	Ein Arzt	telefonisch
Frauenpraxis	Ein Arzt	telefonisch
Fallbeispiel 11		
SGORL	Tibor Somlo	persönlich, schriftlich
ZMT	Andreas Weissenburger	telefonisch
Halssonografie SGUM, Hörgeräte-Experte AHV / IV / SUVA / MV	Markus Reber	telefonisch
Ärzte	Ein Arzt	telefonisch
Total Interviews		23

Gesprächsleitfaden

Die Interviews wurden anhand eines Gesprächsleitfadens geführt, wobei insbesondere bei den Interviews mit den Ärztinnen und Ärzten das Schwergewicht bei den Fragen zum Leistungspaket und zur Angemessenheit der Vergütung lag. Die Fragen zum Berechnungsmodell wurden in erster Linie mit den Tarifexperten der Akteure diskutiert.

a) Leistungspaket

- › Wie läuft die Behandlung für die für Sie relevanten Fallbeispiele ab?
- › Gibt es Standards, welche regeln, welche Positionen zusätzlich zum Trigger verrechnet werden?

- › Welches sind die Analogiepositionen?
- › Was ist ausschlaggebend, ob die Analogiepositionen verwendet werden?
- › Wie hat sich die Behandlung in den letzten 15 Jahren bzw. seit Einführung des TARMED verändert?
- › Gibt es bei der Indikationspraxis medizinische oder technologische Änderungen?
- › Welchen Einfluss haben diese Veränderungen auf die Kosten in der Arztpraxis, im ambulanten bzw. stationären Spital?

b) Anbieter des Leistungspakets

- › Wann wird das Leistungspaket (= Triggerposition plus weitere typische Positionen) in der Arztpraxis, wann im Spital erbracht?
- › Hat seit der Einführung des TARMEDs eine Verschiebung zwischen Leistungserbringern stattgefunden? Z.B. von Arztpraxen in Richtung ambulante oder stationäre Spitäler oder umgekehrt? Falls ja, weshalb?
- › Können diese Verschiebungen und ihre Ursachen empirisch belegt werden?

c) Pauschalen

- › Gibt es in der Arztpraxis, im ambulanten oder im stationären Spital Pauschalen, nach denen die für Sie relevanten Fallbeispiele abgerechnet werden?
- › Falls ja, wie hoch sind diese? Gibt es unterschiedliche Pauschalen?
- › In welchen Situationen wird mit Pauschalen, in welchen nach TARMED abgerechnet?
- › Wie wird die Kostenrealität der Pauschale im Vergleich zum TARMED beurteilt?

d) Abrechnung an die Versicherten

- › Inwieweit spielen die verschiedenen Abrechnungsmodi (OKP, Zusatzversicherungen) eine Rolle bei der Ausführung des Leistungspakets im ambulanten bzw. im stationären Bereich?
- › Welche Kosten werden für Patienten mit Zusatzversicherungen bzw. in privaten Kliniken verrechnet?

e) Berechnungen AL und TL

- › Inwieweit haben sich die Parameter (Löhne, Dignität, Produktivität, Minutage, SUK-Satz etc.) zur Berechnung von AL und TL seit der Einführung des TARMED verändert?
- › Bei welchen Parametern wären Anpassungen notwendig, bei welchen nicht?
- › Können die Aussagen mit empirischen Daten belegt werden?

- › Auf welchen Grundlagen wurden die Minutagen festgelegt?
- › Welche Akteure haben bei der Festlegung eine Rolle gespielt?
- › Wie wurden Kompromisse gefunden?
- › Wie werden allfällige Änderungen bei TL und AL seit Einführung des TARMED beurteilt?
- › Wer initiiert in der Regel Änderungsanträge?
- › Welche Rolle spielen FMH und Ärztesellschaften bei Änderungsanträgen?
- › Inwieweit sind Änderungsanträge auf medizinische und/oder technologische Änderungen zurückzuführen?
- › Inwieweit weichen in den für Sie relevanten Leistungspaketen die aktuellen TARMED-Tarife von der Kostenrealität ab? (Kostenrealität im Sinne, dass die TARMED-Tarife nicht den betriebswirtschaftlich errechneten Kosten entsprechen.)
- › Welche Auswirkungen haben Abweichungen des aktuellen TARMED-Tarifs von der Kostenrealität auf das Leistungspaket?
 - › Werden z.B. deshalb vermehrt mehr, weniger oder andere Tarifpositionen ins Leistungspaket einbezogen?
 - › Inwieweit ist es deshalb zu Verschiebungen von der Arztpraxis in Spitäler oder umgekehrt gekommen?
 - › Inwieweit ist es zu Verschiebungen vom ambulanten Spital in den stationären Bereich oder umgekehrt gekommen?
- › Welche Auswirkungen haben Abweichungen von der Kostenrealität auf Ärzteteinkommen und Spitalumsätze?
- › Welche weiteren Auswirkungen – auf andere Leistungen, Leistungen der Zusatzversicherungen, der medizinischen Laboratorien, der Selbstdispensation – haben sich dadurch ergeben?
- › Können diese Auswirkungen empirisch belegt werden?

ANNEX 2: VERWENDETE DATENAUSWERTUNGEN

santésuisse weist darauf hin, dass in der Übergangphase 2003/2004 sowohl die Zahlen der Ärztekasse als auch der santésuisse wegen der Vermischung von alten kant. Tarifen und TARMED mit Fehler behaftet und mit Vorsicht zu interpretieren seien. Zusätzlich hätten die Zahlen der Ärztekasse den Mangel des geringen Anteils pro Kanton/Fachgruppe. Hier seien die Zahlen der santésuisse deutlich besser als jene der Ärztekasse; insbesondere sei nach der Übergangphase und bei der Berechnung relativer Anteile die Unterscheidung nach Erbringerdatum/Abrechnungsdatum nicht relevant.

santésuisse Tarifpool

Die Daten im Tarifpool stammen von den Krankenversicherern, welche freiwillig einen Datenlieferungsvertrag unterzeichnet haben. Die Datenlieferung erfolgt auf der Basis der elektronischen Rechnungserfassung in den VORSYSTEMEN der Versicherer²⁹.

Aus dem Tarifpool verwendet wurden aggregierte Daten zur Mengen- und Umsatzentwicklung auf der Ebene einzelner Tarifpositionen, ausgewertet nach Jahren bzw. für die Leistungserbringergruppen. Die Einordnung in Gruppen von Leistungserbringern (Spitäler, Ärzte, Fachärzte) erfolgt im Tarifpool bei Ärzten entsprechend ihrer letzten Ausbildung (diese ist im ZSR-System festgehalten). Die Tarifpooldaten beziehen sich nur auf nach OKP verrechnete Leistungen. Die folgende Tabelle zeigt ein Beispiel einer Auswertung aus dem santésuisse Tarifpool:

FALLBEISPIEL 3 KONSULTATION MIT EKG: ANTEIL DER TRIGGERPOSITION AN DER GESAMTEN VERRECHNUNGSSUMME NACH TARMED			
	2005	2006	2007
Ärzte			
17.0010, Elektrokardiogramm (EKG)	0.59%	0.55%	0.54%
Spitäler			
17.0010, Elektrokardiogramm (EKG)	0.30%	0.29%	0.30%

Tabelle 41 Quelle: santésuisse Tarifpool.

²⁹ Weitere Angaben über Inhalt und Abdeckung des Tarifpools finden sich im Modul 4 dieser Evaluation, „Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von TARMED“ (EFK 2009, S. 7).

Die Auswertungen aus dem Tarifpool waren für die Jahre 2005 bis 2007 verfügbar. In den Interviews wurde darauf hingewiesen, dass die Daten aus dem Jahr 2005 verzerrt sein könnten, weil im Vorjahr TARMED eingeführt wurde und deshalb die Stichprobe zu klein sei. Gemäss Angaben von santésuisse ist der Gesamtbestand an Daten im Jahr 2005 jedoch nicht wesentlich kleiner als in den darauffolgenden Jahren. Die Daten aus dem Tarifpool wurden grösstenteils in relativen Anteilen ausgewertet. Obwohl die Stichprobengrösse des Tarifpools nicht konstant ist, sind so einigermaßen zuverlässige Aussagen über die Bedeutung der Leistungen möglich. santésuisse weist darauf hin, dass auch die Zahlen für 2004 vorhanden gewesen wären, hier aber dieselben Einschränkungen wie für 2005 gegolten hätten. Die Zahlen aus dem Tarifpool santésuisse zeigten die ähnlichen Verzerrungen wie die Zahlen der Ärztekasse. Für den Vergleich von relativen Anteilen seien sie nichtsdestotrotz heranzuziehen.

Basierend auf von santésuisse angegebenen Faktoren hat die EFK die Anzahl Fälle hochgerechnet. Diese absoluten Zahlen wurden dazu verwendet, die Bedeutung der Leistung in Arztpraxen und Spitalambulatorien aufzuzeigen.

Ärztekasse

Die Ärztekasse ist eine Genossenschaft mit dem Ziel, den Ärztinnen und Ärzten mit eigener Praxis die Möglichkeit zu geben, die Administration auszulagern und zu professionalisieren³⁰. Sie bietet Unterstützung bei der Leistungserfassung, Abrechnung und Mahnwesen von Arztpraxen. Rund 40% der Ärzte rechnen ihre Leistungen über die Ärztekasse ab. Dabei ist die Repräsentativität bei einzelnen Facharztgebieten aufgrund der geringen Anzahl eingeschränkt, für Grundversorger ist die Abdeckung grösser als für Fachärzte.

Wie bereits in Abschnitt 2.4 beschrieben, hat uns die EFK Auswertungen der Ärztekasse zu den durchschnittlichen Sitzungskosten zur Verfügung gestellt. Die folgende Figur zeigt die Validität der Auswertungen, wie sie uns von der Ärztekasse angegeben wurde. In den rot bezeichneten Fällen wurde eine Auswertung von der Ärztekasse auf Grund der gemeldeten Mengen als äusserst fraglich bezeichnet; die gelb markierten Fällen seien gemäss Ärztekasse sehr fraglich. Sowohl die rot als auch die gelb bezeichneten Ergebnisse wurden von uns in den Fallbeispielen nicht berücksichtigt. Weitere Angaben zu den Grundlagen und zur Validität der Auswertungen wurden der EFK von der Ärztekasse zur Verfügung gestellt. INFRAS ist gemäss Ärztekasse nicht berechtigt, diese zu publizieren.

³⁰ Weitere Angaben über Inhalt und Abdeckung der Daten der Ärztekasse finden sich im Modul 4 dieser Evaluation, „Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von TARMED“ (EFK 2009, S. 9).

ANTEIL AUSGEWÄHLTER POSITIONEN AN ALLEN VERRECHNETEN TARMED-TARIFPOSITIONEN FÜR DAS FALLBEISPIEL 3 EKG					
	2004	2005	2006	2007	2008
Alle					
17.0010 Elektrokardiogramm (EKG)	0.266%	0.264%	0.254%	0.249%	0.237%
Allgemeinmedizin					
17.0010 Elektrokardiogramm (EKG)	0.516%	0.514%	0.491%	0.480%	0.474%
Innere Medizin					
17.0010 Elektrokardiogramm (EKG)	0.749%	0.748%	0.704%	0.665%	0.639%

Tabelle 42 Quelle: Ärztekasse

Die Auswertungen nach TARMED waren aus den Daten der Ärztekasse für die Jahre 2004 bis 2008 verfügbar. Gemäss Angaben der Ärztekasse sind die Daten der Jahre 2004 und 2005 mit Verzerrungen behaftet, weil es im Zuge der Tarifeinführung zu Verspätungen in der Abrechnung kam. Das Kollektiv der Ärzte, welche der Ärztekasse angeschlossen sind, ist gemäss eigenen Angaben relativ stabil. Die Daten wurden auf Empfehlung der Ärztekasse ausschliesslich in relativen Anteilen ausgewertet.

In den rot bezeichneten Fällen scheint mir eine Auswertung auf Grund der gemeldeten Mengen äusserst fraglich; bei den gelben sehr fraglich.

FMH/sas-Warenkorbstudien

In den Warenkorbstudien wurde die Vergütung gemäss den kantonalen Tarifen für ein bestimmtes Leistungspaket mit der Vergütung gemäss TARMED verglichen. Die Warenkorbstudien dienten als Basis für die Festlegung des Taxpunktwertes (TPW). Im „FMH/sas-Tool“ wurden die vor TARMED gültigen Tarife mit dem geplanten TARMED-Tarif verglichen, um eine kostenneutrale Bestimmung des Starttaxpunktwertes vorzunehmen.

Für die vorliegende Studie war geplant, dass die Triggerpositionen der Fallbeispiele vor und nach TARMED verglichen würden. (Sofern sie verfügbar waren: Da die Warenkorbstudien nur bestimmte ausgewählte Leistungen umfassen bzw. zum Teil von den Fallbeispielen abweichende Leistungen enthalten, hätten diese Vergleiche nicht für alle Fallbeispiele herangezogen werden können). Die folgende Tabelle zeigt die Auswertungen aus den Warenkorbstudien für das Fallbeispiel 3:

FALLBEISPIEL 3 GRUNDKONSULTATION MIT EKG: VERGLEICH DER VERGÜTUNG GEMÄSS TARMED MIT DER VERGÜTUNG GEMÄSS ALTEN KANTONALEN TARIFEN					
Tarif	Kosten vor TARMED	Taxpunktwert 1.1.2009	Kosten nach TARMED	Auswirkung von TARMED in CHF	Relative Auswirkung von TARMED
TARMED		0.89	35.91 CHF		
AG	37.50 CHF	0.89	31.96 CHF	-5.54 CHF	-14.8%
BE	35.25 CHF	0.86	30.88 CHF	-4.37 CHF	-12.4%
SO	37.50 CHF	0.84	30.16 CHF	-7.34 CHF	-19.6%
TG	42.50 CHF	0.82	29.45 CHF	-13.05 CHF	-30.7%
VD	54.00 CHF	0.99	35.55 CHF	-18.45 CHF	-34.2%
ZH	40.00 CHF	0.89	31.96 CHF	-8.04 CHF	-20.1%

Tabelle 43

Die Aussagekraft dieser Vergleiche wurde sowohl von Ärzteseite wie auch von Seiten der Versicherer angezweifelt. Das grundsätzliche Problem sei, dass die vor TARMED gültigen Tarife sich in ihrem Aufbau grundsätzlich von TARMED unterscheiden würden. *santésuisse* bemängelt, dass die Transkription der alten kantonalen Ärzttarife in die TARMED-Struktur nicht möglich gewesen sei. Der Vergleich einer Einzelleistung sei in diesem Sinne nicht aussagekräftig. Dies schon deshalb, weil vorher mind. 24 unterschiedliche Leistungskataloge vorgelegen hätten. Dies sei rein heuristisch einsichtlich, indem die alten kantonalen Ärzttarife meistens nur 200 bis 300 Positionen gehabt hätten, welche dann auf 4500 Positionen detailliert worden seien. Somit habe schon rein arithmetisch bei der Einzelposition ein kleinerer Wert hinterlegt werden müssen.

Aufgrund dieser Kritik haben wir auf eine Darstellung der Vorher-Nachher-Vergleiche in den Fallstudien verzichtet.

ANNEX 3: GRAT

Sparten des Praxismodells F

Das Modell F Grundversorger umfasst folgende Sparten:

- › 1 Sprechzimmer
 - › 22 UBR Grundversorgung
 - › 42 Gipsraum
 - › 60 EKG-Platz
 - › 141 Gastroenterologische Endoskopie
 - › 170 Ultraschall klein
 - › 180 Röntgenraum I
 - › 1000 Physiotherapie
 - › 1001 Labor
 - › 1002 Apotheke/Selbstdispensation
- 1100 Indirektes

Wirkeffekte EKG

In den Abbildungen dieses Abschnitts werden einzelne Parameter jeweils in einem „Kästchen“ dargestellt, welches den Wert des Parameters im „Urmodell“ (auf Basis der Koregmodellierung von 1997) und in der Simulation (unter den im Rechenbeispiel angegebenen Annahmen) enthält. Angegeben sind ebenfalls die durch die Simulation bewirkte prozentuale Veränderung des jeweiligen Parameters und die „Wirkzahl“ des Parameters, welche der im Abschnitt 3.4.6 beschriebenen Elastizität entspricht und die relative Veränderung des Schlusspreises (EKG, 17.0010) im Verhältnis zur relativen Veränderung des Parameters ausdrückt.

ERLÄUTERUNG ZU DEN WIRKUNGSDARSTELLUNGEN			
		Kostenart	
Wert im Urmodell			Wirkzahl des Items
		Lohn 0060	
	6'237,52		16.1%
	6'237,52		0.00%
Wert der Simulation			Veränderung der Simulation
<p>Wirkzahl des Items: Wird das Item um 100% verändert, so ändert der Preis um %Wirkzahl.</p> <p>Beispiel: ändert der hier abgebildete Lohn um 10%, so ändert der Preis um 1,61%</p>			

Figur 9 Quelle: Ärztekasse.

Update der Berechnungsgrundlagen am Beispiel EKG

Um die Auswirkungen veränderter Inputparameter auf den Kostensatz GRAT beurteilen zu können, werden im Folgenden exemplarisch die Tarife für die Leistung „EKG“ (17.0010) unter verschiedenen Annahmen simuliert. Das Beispiel wurde von der Ärztekasse ausgewählt. Ebenso wurden die dazugehörigen Berechnungen von der Ärztekasse durchgeführt. INFRAS hat keinen Zugang zu den Details der Berechnungen:

1. Berechnung gemäss TARMED
2. Urmodell mit ursprünglichem Taxpunktwert von CHF 1.00
3. Simulation mit einem höheren Gerätepreis
4. Update mit den aktuellen Kosten aus der RoKo
5. „Total Review“ mit den aktuellen Kosten aus der Roko, der angepassten Spartenbetriebsdauer und einer Neumodellierung der ganzen Sparte
6. „Total Review“, aber mit TPW von CHF 1.00

Die Tarifposition „EKG“ stellt aus mehreren Gründen eine Ausnahme dar im Vergleich zu vielen anderen Tarifpositionen: Einerseits ist es eine Leistung, in der die TL-Komponente (29.73 TP) im Vergleich zur AL-Komponente (6.18) sehr hoch ist. Der Grund für dieses Verhältnis liegt in der unterschiedlichen Minutage für TL (13 Min.) und AL (3 Min.). Andererseits fällt das EKG in eine besondere Sparte, „EKG-Platz“. Gemessen an der Anzahl EKGs, welche in einer Praxis jährlich durchgeführt werden, steht diese Sparte gewissermassen am Rande ihrer Existenzberechtigung. Das EKG hätte gemäss Aussagen der Ärztekasse auch in die allgemeine Praxisausstattung miteingerechnet werden können. Die Versicherer hätten dies jedoch nicht zugelassen, weil dann der Kostensatz für sämtliche anderen Leistungen in den Grundsparten erhöht worden wäre (es ist jedoch nicht bekannt, um wie viel), und auch von Seiten der Ärzte wurde die Sparte EKG als separate Sparte gewünscht, weil das „kleine EKG“ sonst als Teil der Basisleistungen hätte abgerechnet werden müssen.

Von Seiten santésuisse wird gefordert, dass zusätzliche Simulationen durchgeführt werden, bei denen Minimalauslastungen der einzelnen Sparten vorgegeben werden. Nach Ansicht von santésuisse würden falsche Anreize für Investitionen in teure Geräte gesetzt, wenn nicht eine Minimalauslastung vorgegeben würde. An diesem Punkt zeige sich ein grundsätzlicher Mangel des GRAT Modelles. Heutige Gerätetechnologien liessen einen viel höheren Patientendurchsatz zu. Da im GRAT-Modell der einzelne Arzt als Tariftaktgeber gelte, verpuffe ein grosser Teil der tarifarischen Effizienzgewinne der Industrie, weil die

Praxisunkosten im GRAT Modell auch bei ungenügender Spartenauslastung vergütet würden. Das GRAT Modell sei im diesen Sinne zum Steuern der immer teureren Medizinalgeräte nicht geeignet und setze in der heutigen Ausgestaltung keine Anreize zur gemeinsamen Nutzung der Infrastruktur (Gruppenpraxen usw.).

In der folgenden Tabelle werden die verschiedenen Simulationen kommentiert und zusammenfassend dargestellt:

UPDATE DER BERECHNUNGSGRUNDLAGEN (SIMULATION)		
1. TARMED, mit TPW = 0.88		
Ausgangslage dieses Modells sind die Kosten gemäss RoKo der Jahre 1994 bis 1996. Dieses Wirkdiagramm entspricht also den Werten des aktuell gültigen Tarifs.		
Tarif in CHF: 31.59	Veränderung in CHF: 0.00	Veränderung in Prozent: 0%
2. Urmodell: RoKo 1994 bis 1996, mit TPW = 1.00		
Ausgangslage dieses Modells sind die Kosten gemäss RoKo der Jahre 1994 bis 1996. Dieses Wirkdiagramm entspricht den Werten des aktuell gültigen Tarifs, wenn ein Taxpunktwert von CHF 1.00 in Kraft wäre.		
Tarif in CHF: 35.90	Veränderung in CHF: +4.31	Veränderung in Prozent: +13.6%
3. Simulation: Anschaffungskosten EKG-Gerät = CHF 9'990		
Ausgangslage dieses Modells sind die Kosten gemäss RoKo der Jahre 1994 bis 1996, sowie ein Taxpunktwert von CHF 0.88. Es erfolgt eine Anpassung des EKG-Gerätes an die aktuellen Preise. Nach einer kleinen Umfrage bewegen sich diese im Bereich von 5'000.- bis 10'000.- je nach Ausstattung; in dieser Simulation sind CHF 9'990.- eingesetzt. Der Upgrade des EKG's auf ein neues Gerät bringt eine Veränderung um 0.39% oder 14 Rappen. Dies ist auf mehrere Effekte, insbesondere aber auf den bereits mit CHF 8'000.- eingesetzte EKG in der Ur-Modellierung zurückzuführen.		
Tarif in CHF: 31.73	Veränderung in CHF: +0.14	Veränderung in Prozent: +0.4%
4. Update auf aktuelle Kosten und Materialverbrauch		
Ausgangslage dieses Modells sind die aktuellen Kosten gemäss RoKo der Jahre 2005 bis 2007, sowie ein Taxpunktwert von CHF 0.88. Es erfolgt eine Anpassung des Materialverbrauchs, weil heute anstatt der wieder verwendbaren Saugelektroden nur einmal verwendbare Klebelektroden im Wert von CHF 3.00 pro Behandlung verwendet werden. Bemerkenswert in dieser Simulation ist, dass sich innerhalb des Modells grössere Kostenverschiebungen ergeben, die sich jedoch in der Abrechnung gegenseitig beinahe aufheben. Die höchsten Mehrkosten, die in dieser Simulation entstehen, sind in den Bereichen Materialien/Medikamente, Übriges fix (Praxisversicherungen, Fortbildung), Übriges variabel (Verwaltungsaufwand, Fahrzeugaufwand) und Lohn zu finden. Weniger hoch ausfallende Kosten finden sich in den Bereichen Raumaufwand, Zinsaufwand, Abschreibung, Unterhalt und Eigenkapitalzins.		
Tarif in CHF: 33.12	Veränderung in CHF: +1.53	Veränderung in Prozent: +0.4%
5. „Total Review“ auf aktuelle Kosten und Materialverbrauch sowie emprische Spartenbetriebsdauer und Neumodellierung der Sparte		
Ausgangslage dieses Modells sind die aktuellen Kosten gemäss RoKo der Jahre 2005 bis 2007, die sich neu ergebenden Materialkosten von CHF 3.00, sowie ein Taxpunktwert von CHF 0.88. Die obige Simulation der aktuellen Kosten schliesst nur Kostenveränderungen ein - heute liegen aber auch Angaben zur Spartenauslastung, die im Urmodell noch mit 204 Stunden eingesetzt ist, vor: Im Schnitt der letzten 5 Jahre macht der mittlere Grundversorger etwas weniger als 100 EKG pro Jahr. Mit einer TL von 13 Minuten ergibt sich somit pessimistisch eine Spartenbetriebsdauer von $13 \cdot 100 / 60$ Stunden = 21,7 Stunden. Dies wiederum verlangt nach einer massiven Neumodellierung der Sparte. Die Sparte wird auf das Gerät im engeren Sinne reduziert (Investition, Raum, direktzugewiesene Lohnkosten) also einem totalen review des Modells F.		
Tarif in CHF: 42.07	Veränderung in CHF: 10.48	Veränderung in Prozent: +33.2%
6. „Total Review“ mit TPW = 1.00		
Ausgangslage dieses Modells sind die aktuellen Kosten gemäss RoKo der Jahre 2005 bis 2007, sowie ein Taxpunktwert von CHF 1.00. Wie im vorangehenden Modell werden auch Materialkosten und Spartenbetriebsdauer aktualisiert, und es wird eine Neumodellierung der Sparte vorgenommen.		
Tarif in CHF: 47.82	Veränderung in CHF: 16.23	Veränderung in Prozent: +51.4%

Tabelle 44 Quelle: Ärztekasse, eigene Darstellung.

Aus der Zusammenstellung wird deutlich, dass die Kosten der Leistung „EKG“ (17.0010) gemäss dem Koreg-Berechnungsmodell gegenwärtig nicht gedeckt werden. Die Aktualisierung der Kosten müsste beim gegenwärtigen TPW von 0.88 einen um 33.2% höheren Tarif geben. Ein Abgleich des TPW auf den Wert CHF 1.00, müsste sogar einen um 51.4% höheren Tarif ergeben.

In der folgenden Tabelle werden die Berechnungen zu den Varianten 1, 3, 4 und 5 detailliert aufgelistet (eine grafische Darstellung findet sich im Anhang). Rote Zahlen markieren dabei eine Kostenverminderung, grüne Zahlen eine Kostenerhöhung:

Item		Urmodell	Simulation EKG-Gerät	Update RoKo und Material	Total Review
Sparte indirekt Modellpraxis F					
Raumaufwand		13'352.36	13'352.36	11'572.92	11'572.92
Zinsaufwand	+	3'028.39	3'028.39	2'059.66	2'069.50
Abschreibung	+	6'914.69	6'914.69	5'722.59	5'900.16
Mat/Medi	+	7'923.91	7'923.91	9'458.18	9'458.18
Unterhalt	+	2'653.76	2'653.76	2'157.97	2'200.99
Übriges fix	+	8'959.21	8'959.21	11'361.00	11'361.00
Übriges variabel	+	30'983.53	30'983.53	40'400.00	40'400.00
Eigenkapitalzins	+	2'800.89	2'800.89	2'036.57	2'046.31
Lohn	+	70'172.12	70'172.12	75'336.81	81'778.41
Spartenkosten [CHF]	=	146'788.86	146'788.86	160'105.70	166'787.47
Betriebsdauer [Min.]	/	1632	1632	1632	1632
TL indirekt [CHF/Min.]	=	1.499	1.499	1.635	1.703
Sparte EKG direkt					
Raumaufwand		1'978.13	1'978.13	1'714.51	428.63
Zinsaufwand	+	484.29	512.28	329.37	130.16
Abschreibung	+	1'084.87	1'164.83	897.84	34.37
Mat/Medi	+	0.00	0.00	300.01	300.01
Unterhalt	+	124.90	140.89	101.56	26.10
Übriges fix	+	0.00	0.00	0.00	0.00
Übriges variabel	+	0.00	0.00	0.00	0.00
Eigenkapitalzins	+	447.91	475.90	325.68	128.71
Lohn	+	6'237.52	6'237.52	6'696.60	536.80
Spartenkosten [CHF]	=	10'357.62	10'509.55	10'365.57	1'584.78
Betriebsdauer [Min.]	/	204	204	204	16.7
TL direkt [CHF/Min.]	=	0.846	0.859	0.847	1.582
TL direkt		0.846	0.859	0.847	1.582
TL indirekt	+	1.499	1.499	1.635	1.703

TL total	=	2.345	2.358	2.482	3.285
TL-Korrekturfaktor	*	0.975	0.975	0.975	0.975
Kostensatz TL [CHF/Min.]	=	2.287	2.299	2.420	3.203
Kostensatz TL		2.287	2.299	2.420	3.203
Minutage TL	*	13.000	13.000	13.000	13.000
Taxpunkte TL	=	29.726	29.884	31.458	41.636
Kostensatz AL		2.058	2.058	2.058	2.058
Minutage AL	*	3.000	3.000	3.000	3.000
Taxpunkte AL	=	6.175	6.175	6.175	6.175
Taxpunkte TL		29.726	29.884	31.458	41.636
Taxpunkte AL	+	6.175	6.175	6.175	6.175
Taxpunkte	=	35.902	36.059	37.634	47.812
Taxpunktwert	*	0.88	0.88	0.88	0.88
Tarif [CHF]	=	31.59	31.73	33.12	42.07

Tabelle 45 Quelle: Ärztekasse, eigene Darstellung. Rot: Kostenverminderung, grün: Kostenerhöhung.

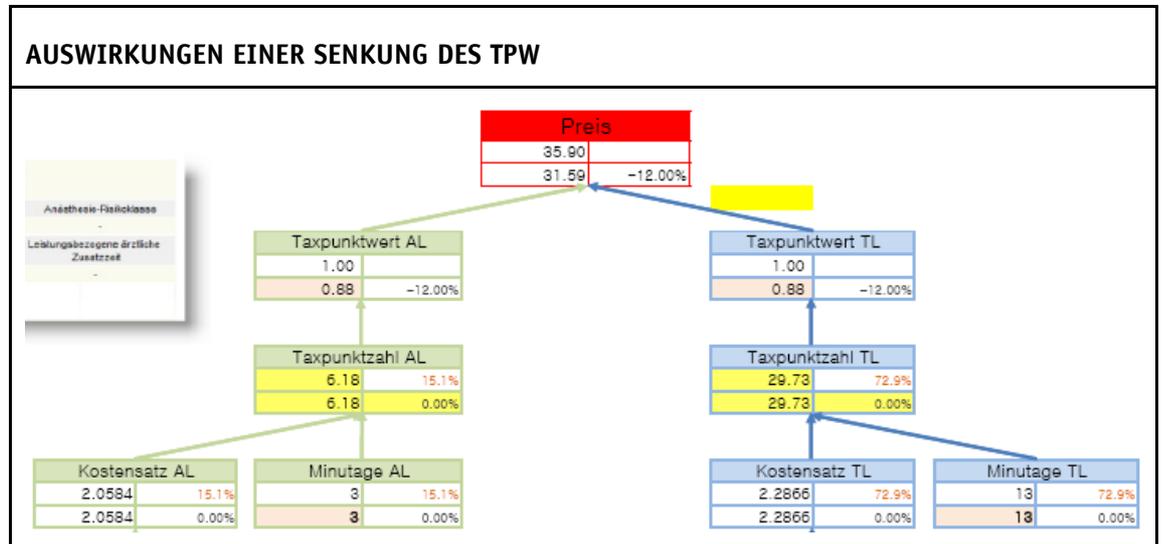
Die Berechnungen machen deutlich, dass Veränderungen bei den Gerätepreisen nur geringe Auswirkungen auf den Kostensatz haben. Eine vollständige Aktualisierung der Kosten und Kostenstrukturen (total review) würde hingegen zu einer deutlichen Erhöhung der Tarife führen. Die wesentlichen Kostentreiber sind insbesondere Löhne und Übriges var (Verwaltungsaufwand, Fahrzeugaufwand). Als Gründe dafür werden von Seiten der Ärztekasse vermutet:

- › Mitgliederbeiträgen und Verbandskosten,
- › Buchhaltung/Treuhänder (notwendig für einen Abschluss),
- › Kosten Fort- und Weiterbildung; seit 2004 ist dies obligatorisch
- › Porti
- › Büromaterial, Formulare, u.a. infolge von TARMED (Rechnung an sich, Rückforderungsbeleg, separater VESR).

Daneben hat, wie das Szenario „Total Review“ zeigt, die angenommene Spartenbetriebsdauer einen grossen Einfluss auf den Kostensatz der technischen Leistungen.

Berechnung 1 und 2, „TARMED“ und „Urmodell“

In der folgenden Grafik wird der Unterschied aus der Veränderung des Taxpunktwertes von CHF 1.00 auf (durchschnittlich) CHF 0.88 dargestellt:



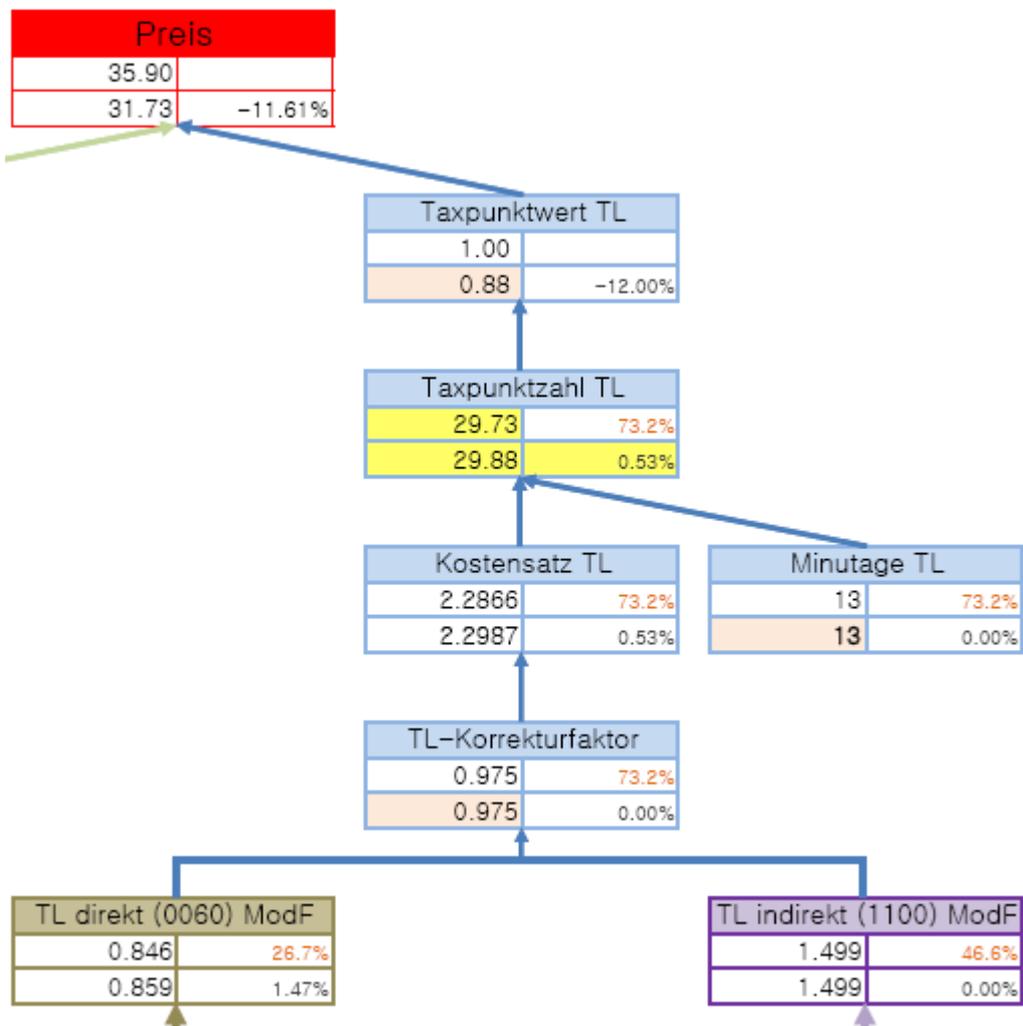
Figur 10 Quelle: Ärztekasse.

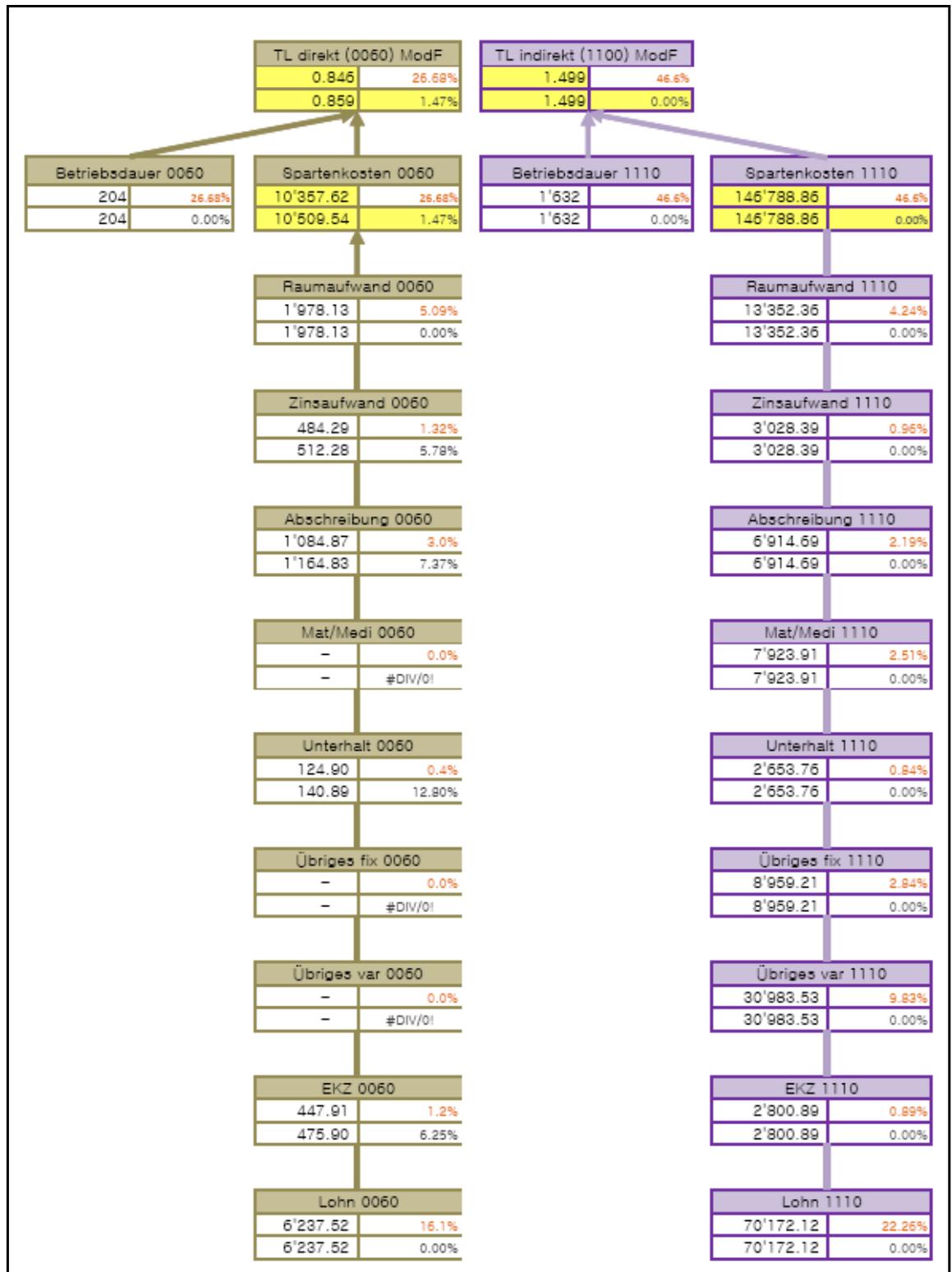
Eine Senkung des TPW von CHF 1.00 auf CHF 0.88 führt zu einer Senkung der Vergütung von 12%. Der Tarif im Urmodell betrug CHF 35.90, der gültige Tarif beträgt CHF 31.59.

Berechnung 3, „höherer EKG-Gerätepreis“: mit einem höheren EKG-Gerätepreis

In der folgenden Grafik wird der Unterschied dargestellt, der sich gegenüber dem ursprünglichen Preis ergibt, wenn die Anschaffungskosten eines EKG-Geräts mit CHF 9'990 anstatt wie im ursprünglichen Modell mit CHF 8'000 veranschlagt werden:

VERÄNDERUNG DER VERGÜTUNG BEI HÖHEREN GERÄTEPREISEN



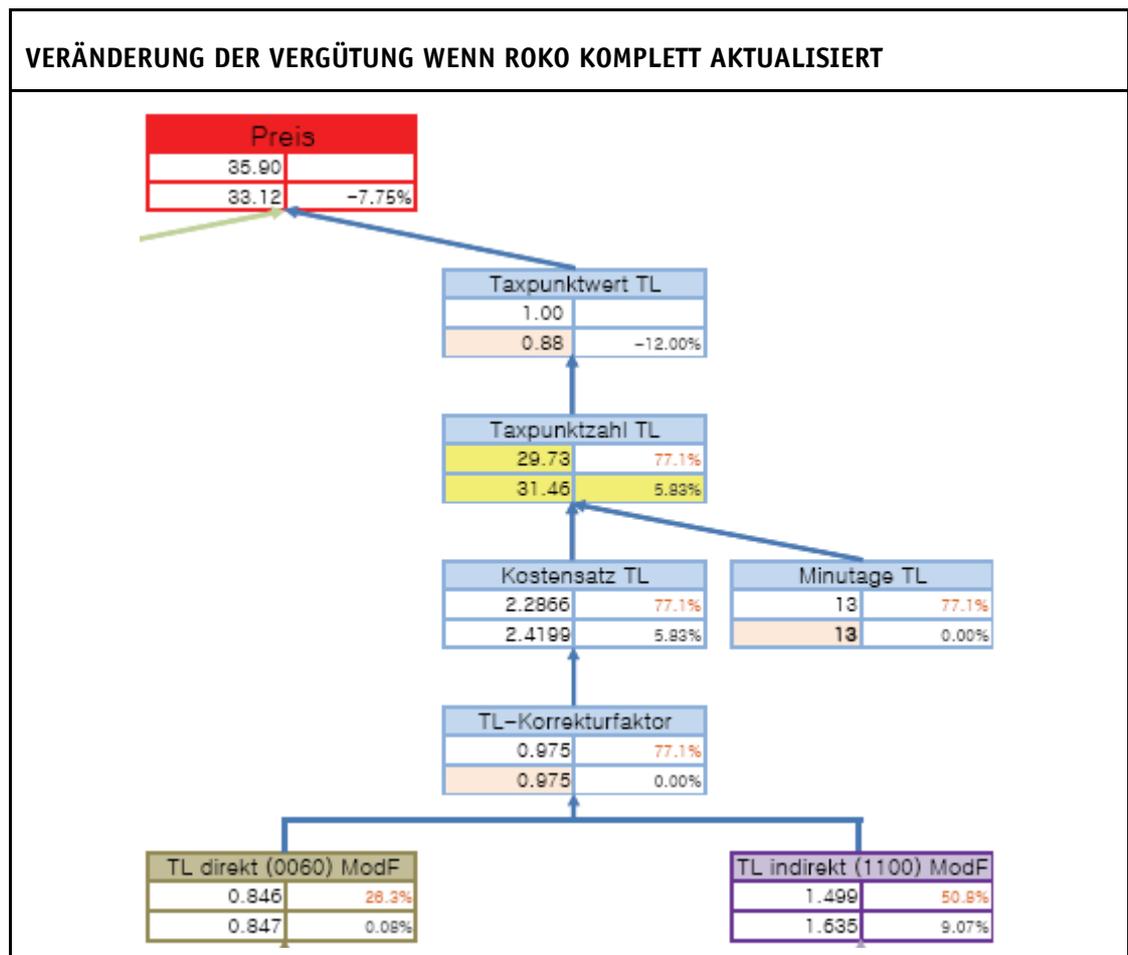


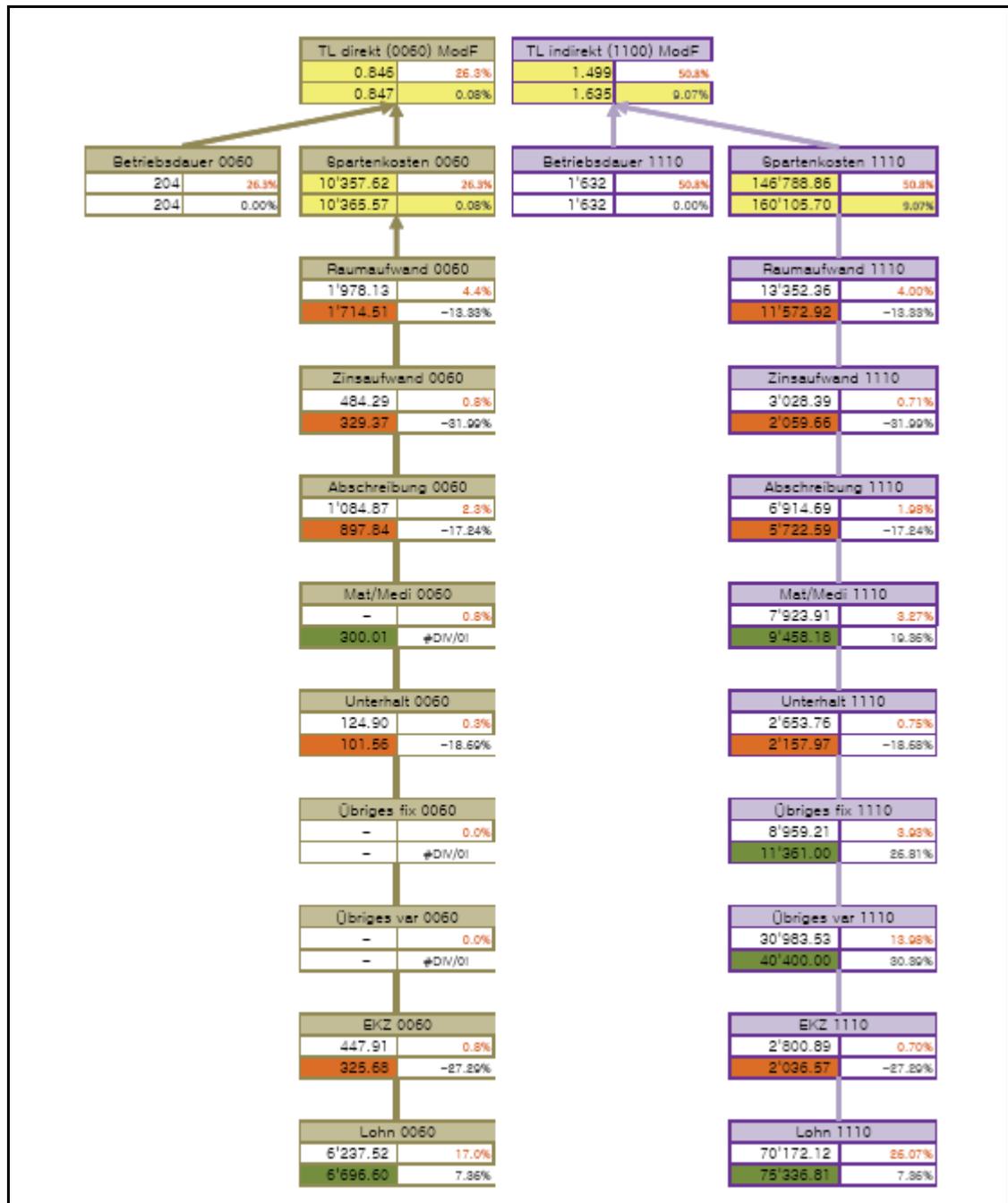
Figur 11 Quelle: Ärztekasse.

Der Upgrade des EKG's auf ein neues Gerät bringt eine Veränderung um 0.39% oder CHF 0.14 gegenüber dem gültigen Tarif von CHF 31.59, die Kosten liegen jedoch noch immer 11.6% unter dem Urmodell mit einem TPW = 1.00.

Berechnung 4, „Update“: Berechnung mit aktuellen Kostenangaben aus RoKo

Mit dieser Variante wird die Modellierung auf den letzten Roko-Stand geupdated und die Erkenntnisse bezüglich Verbrauchsmaterial werden eingearbeitet. In der folgenden Grafik ist nur die TL-Seite für die sich daraus ergebenden Veränderungen abgebildet:



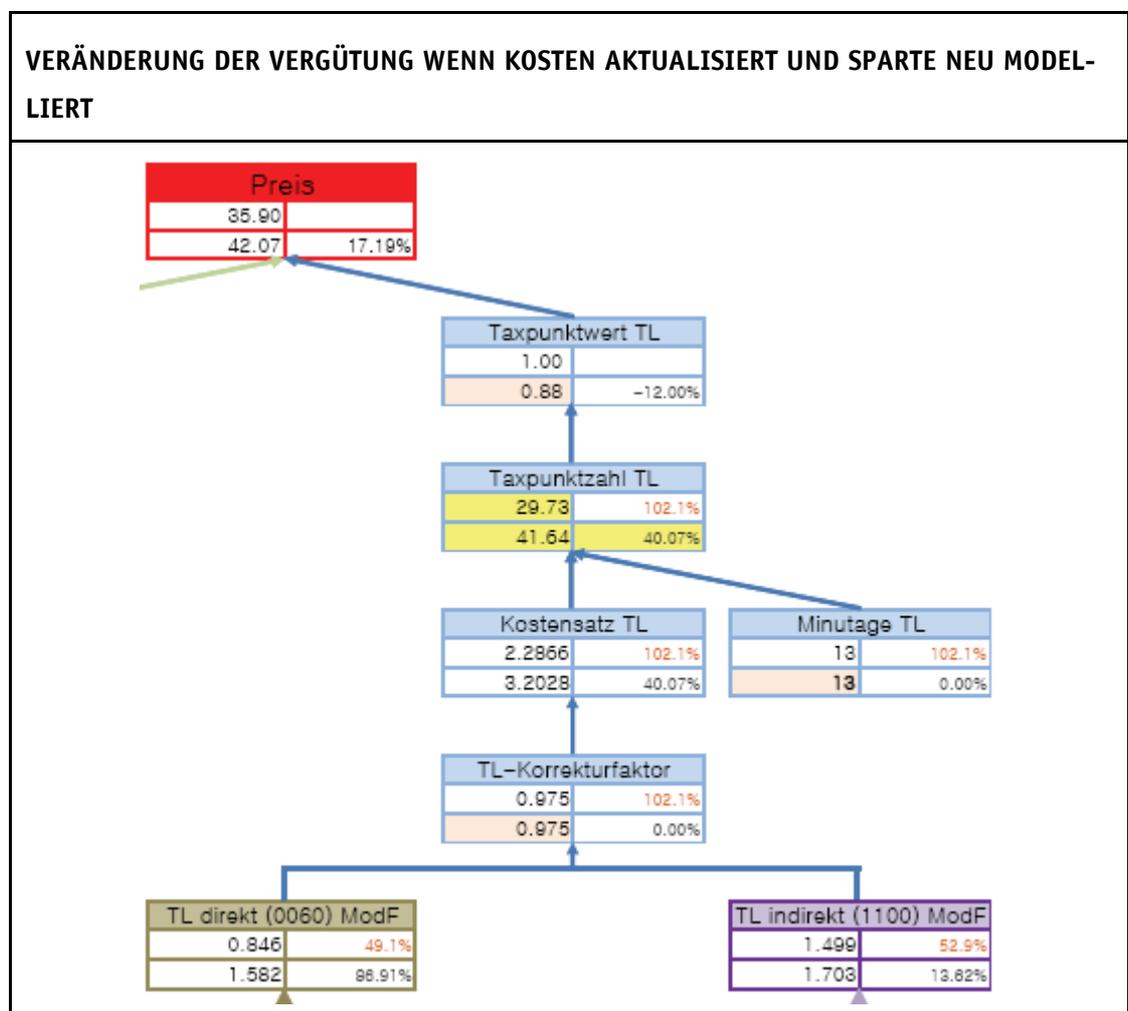


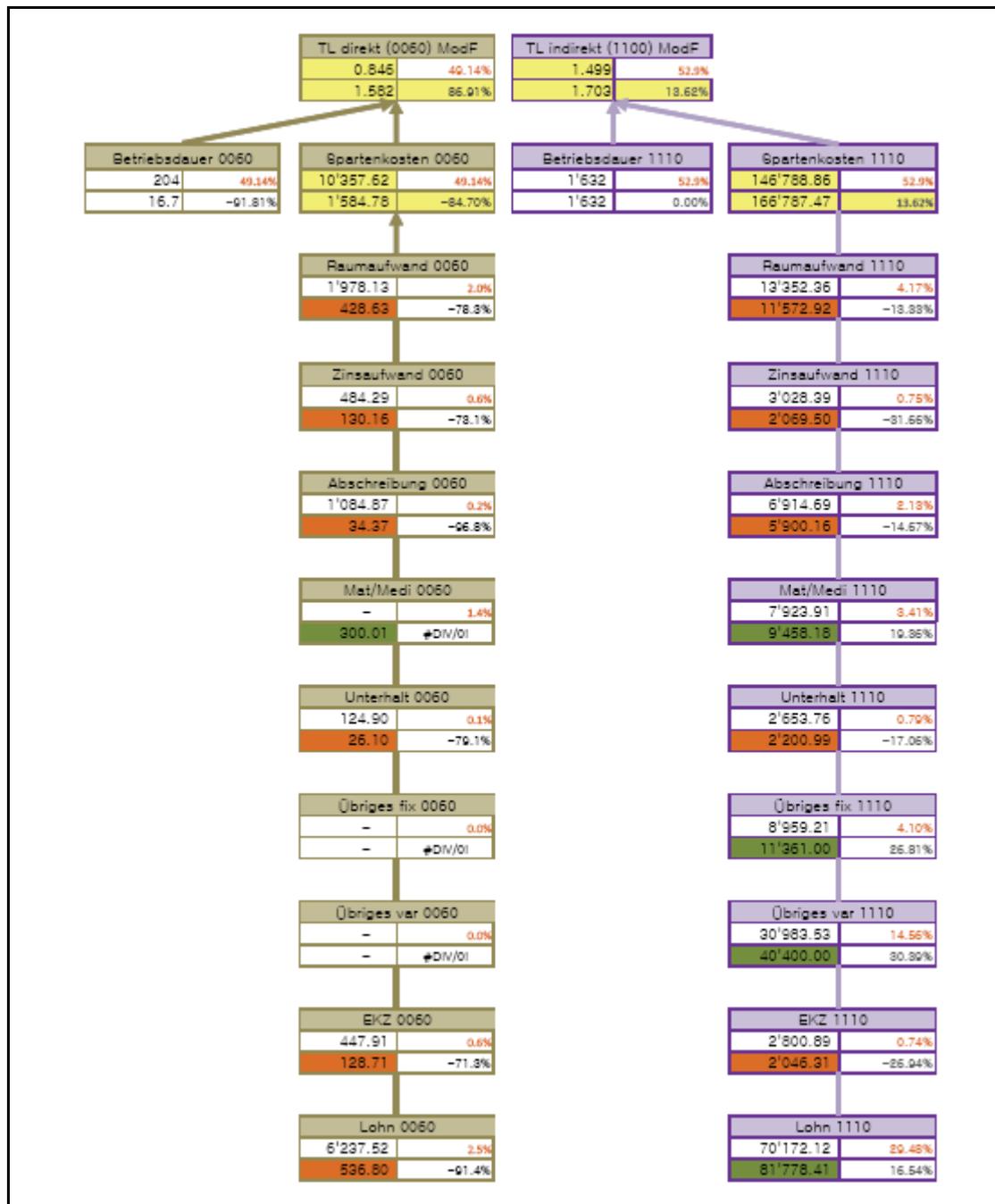
Figur 12 Quelle: Ärztekasse.

Die Berechnung „Update“ führt zu einer Kostenveränderung von 4.8% oder CHF 1.53 gegenüber dem momentan gültigen Tarif von CHF 31.59, die Kosten liegen jedoch noch immer 7.8% unter dem Urmodell mit $TPW = 1.00$.

Berechnung 5, „Total Review“: Berechnung mit aktuellen Kostenauslastungen, aktueller Spartenbetriebszeit und neumodellierter Sparte

In dieser Version werden die Ergebnisse auf den letzten Roko-Stand geupdatet und die Erkenntnisse bezüglich Material werden eingearbeitet. Zudem wird die Spartenbetriebsdauer von 204 Stunden auf 16.7 Stunden (empirischer Wert) korrigiert. Die sich daraus ergebenden Veränderungen rufen allerdings nach einer Neumodellierung/Anpassung des Modells F (Allgemeinpraxis). Diese Neumodellierung wird im Folgenden dargestellt:





Figur 13 Quelle: Ärztekasse.

Die Berechnung „Total Review“ führt zu einer Kostenveränderung von 33.2% oder CHF 10.48 gegenüber dem momentan gültigen Wert von CHF 31.59, die Kosten liegen damit 17.2% über dem Urmodell mit TPW = 1.00.

ANNEX 4: WIRKUNGSMECHANISMEN

Die folgende Tabelle zeigt die möglichen Strategien bei einer Tarifänderung und deren wahrscheinlichen Folgen auf die empirischen Daten:³¹

³¹ Ein grundsätzliches Problem bei der Frage nach der Wirkung von Tarifänderungen ist, ob der Leistungserbringer eher als „Maximizer“ oder als „Satisficer“ gedacht werden soll. Wie wirkt sich z.B. ganz generell eine lineare Erhöhung des Tarifes auf die Arbeitszeit des Leistungserbringers aus? Arbeitet er nun mehr, weil der Zusatznutzen aus einer Stunde mehr Arbeit grösser ist? Oder arbeitet er weniger, weil er in kürzerer Zeit denselben Umsatz erwirtschaften kann? Ändert sich überhaupt etwas an der Arbeitszeit?

Strategie	Vergütung steigt für Tarifposition X			Vergütung sinkt für Tarifposition X		
	Beschreibung	Folgen für Arzt	Entwicklung der empirischen Daten	Beschreibung	Folgen für Arzt	Entwicklung der empirischen Daten
0. Keine Reaktion	Anreiz wird nicht beachtet Kostenstrukturen, Leistungsangebot, Behandlungsverhalten und Abrechnungsweise werden nicht verändert	AL: Mehreinkommen TL: Überschuss Summe: Überschuss => zusätzliches Einkommen	Durchschnittliche Sitzungskosten: + Fallzahlen X: 0 Fallzahlen Rest: 0 Umsatz X: + Umsatz Rest: 0	Anreiz wird nicht beachtet Kostenstrukturen, Leistungsangebot, Behandlungsverhalten und Abrechnungsweise werden nicht verändert	AL: Einkommensverlust TL: Defizit Summe: Defizitdeckung => zusätzlicher Einkommensverlust (bzw. Quersubventionierung AL -> TL)	Durchschnittliche Sitzungskosten: - Fallzahlen X: 0 Fallzahlen Rest: 0 Umsatz X: - Umsatz Rest: 0
1. Anpassung Kostenstruktur	Anreiz = Grösseres Budget: Die Kostenstruktur der Praxis wird an die höhere Vergütung angepasst a) Höhere Löhne/mehr Angestellte b) Mehr/teurere allgemeine Infrastruktur c) Mehr/teurere Infrastruk-	AL: Mehreinkommen TL: Überschuss aus X deckt Mehrausgaben für a), b) und c)	Durchschnittliche Sitzungskosten: + Fallzahlen X: 0 Fallzahlen Rest: 0 Umsatz X: + Umsatz Rest: 0	Anreiz = Spardruck: Die Kostenstruktur der Praxis wird an die tiefere Vergütung angepasst a) Tiefere Löhne/weniger Angestellte b) Weniger/billigere allgemeine Infrastruktur c) Weniger/billigere Infrastruktur für Tarifposition X	AL: Einkommensverlust TL: Kosteneinsparung deckt Defizit aus X	Durchschnittliche Sitzungskosten: - Fallzahlen TP: 0 Fallzahlen Rest: 0 Umsatz X: - Umsatz Rest: 0

Strategie	Vergütung steigt für Tarifposition X			Vergütung sinkt für Tarifposition X		
	Beschreibung	Folgen für Arzt	Entwicklung der empirischen Daten	Beschreibung	Folgen für Arzt	Entwicklung der empirischen Daten
	tur für Tarifposition X					
2. Anpassung Leistungsangebot	Anreiz = Ausweitung Angebot X a) Sprechstundenzeit wird verlängert – man macht mehr X b) fachliche Spezialisierung/Patientenfilterung	a), b) AL: Zusätzliches Mehreinkommen TL: Zusätzliche Mehrvergütung	Durchschnittliche Sitzungskosten: + Fallzahlen: 0 ³² Umsatz X: + Umsatz Rest: 0	Anreiz = Ausweitung Angebot von nicht X Durchführung von mehr anderen Leistungen (an gleichen Patienten) bei gleichzeitig gleichbleibender Menge X a) Sprechstundenzeit wird verlängert – Kompensation Einkommensverlust/Kostenunterdeckung b) Fachliche Spezialisierung/Patientenfilterung	a), b) AL: Ausgleich des Einkommensverlustes TL: Kompensation der Kostenunterdeckung	Durchschnittliche Sitzungskosten: - Fallzahlen: 0 ³³ Umsatz X: 0 Umsatz Rest: 0
3. Mengenveränderung	Anreiz = Ausweitung Menge X Durchführung mehr X, anstatt anderer „Technischer Leistungen“ aus TARMED. (an gleichen Patienten)	AL: zusätzliches Mehreinkommen TL: zusätzlicher Überschuss (Kostenüberdeckung)	Durchschnittliche Sitzungskosten: ? ³⁴ Fallzahlen X: + Fallzahlen X-Begleiter: + Fallzahlen Rest: (-) Umsatz X: + Umsatz X-Begleiter: + Umsatz Rest: -	Anreiz = Verminderung Menge X Durchführung mehr andere „Technische Leistungen“ aus TARMED anstatt X (an gleichen Patienten)	AL: Verringerung Einkommensverlust TL: Verringerung Kostenunterdeckung	Durchschnittliche Sitzungskosten: ? Fallzahlen X: - Fallzahlen X-Begleiter: - Fallzahlen Rest: + Umsatz X: - Umsatz X-Begleiter: - Umsatz Rest: +
				Anreiz = Kompensierung der Einbusse a) Durchführung von mehr Laborleistungen	AL: Verringerung Einkommensverlust TL: Verringerung Kostenunterdeckung	Durchschnittliche Sitzungskosten: - Fallzahlen X: 0 Fallzahlen Rest: 0

32 Verändern sich nicht (!) weil mehr Patienten bei Leistungserbringer A = weniger Patienten bei Leistungserbringer B

33 Verändern sich nicht (!) weil mehr Patienten bei Leistungserbringer A = weniger Patienten bei Leistungserbringer B

34 Wenn z.B. mehr von X durchgeführt wird, weiss man damit noch nichts über den Umfang des neuen Durchschnittspakets mit Trigger X.

Strategie	Vergütung steigt für Tarifposition X			Vergütung sinkt für Tarifposition X		
	Beschreibung	Folgen für Arzt	Entwicklung der empirischen Daten	Beschreibung	Folgen für Arzt	Entwicklung der empirischen Daten
				b) Verschreibung von mehr Medikamenten		Umsatz X: - Umsatz Rest: 0 Umsatz Labor: +
	Anreiz = Verlagerung von X Durchführung von X im ambulanten Bereich	AL: zusätzliches Mehreinkommen TL: zusätzlicher Überschuss (Kostenüberdeckung)	Durchschnittliche Sitzungskosten: ? Fallzahlen X: + Fallzahlen X-Begleiter: + Fallzahlen Rest: 0 Umsatz X: + Umsatz X-Begleiter: + Umsatz Rest: 0	Anreiz = Verlegung von X Durchführung von X in stationärem Bereich	AL: Verringerung Einkommensverlust TL: Verringerung Kostenunterdeckung	Durchschnittliche Sitzungskosten: ? Fallzahlen X: - Fallzahlen X-Begleiter: - Fallzahlen Rest: 0 Umsatz X: - Umsatz X-Begleiter: - Umsatz Rest: 0
				Anreiz = Rationalisierung Konzentration der Leistungen am Patient auf weniger Sitzungen -> weniger Zeitleistungen	AL: Verringerung Einkommensverlust TL: Verringerung Kostenunterdeckung	Durchschnittliche Sitzungskosten: + Fallzahlen X: + Fallzahlen X-Begleiter: + Fallzahlen Zeitleistungen: - Umsatz X: ? Umsatz X-Begleiter: + Umsatz Zeitleistungen: -
4. Verrechnungspraxis	Anreiz = Verrechnung von X X anstelle von anderen Positionen abrechnen	AL: zusätzliches Mehreinkommen und TL: zusätzlicher Überschuss	Durchschnittliche Sitzungskosten: ? Fallzahlen X: + Fallzahlen X-Begleiter: - Fallzahlen Rest: 0 Umsatz X: + Umsatz X-Begleiter: - Umsatz für Rest: 0	Anreiz = Vermeidung Verrechnung von X Alternativposition anstelle von X abrechnen	AL: Verringerung Einkommensverlust und TL: Verringerung Kostenunterdeckung	Durchschnittliche Sitzungskosten: ? Fallzahlen X: - Fallzahlen X-Begleiter: + Fallzahlen Rest: 0 Umsatz X: - Umsatz X-Begleiter: + Umsatz Rest: 0
				Pauschalvergütungen aushandeln	AL: Einkommensverlust, TL: Kostenunterdeckung	Durchschnittliche Sitzungskosten: - Fallzahlen X: - Fallzahlen X-Begleiter: -

Strategie	Vergütung steigt für Tarifposition X			Vergütung sinkt für Tarifposition X		
	Beschreibung	Folgen für Arzt	Entwicklung der empirischen Daten	Beschreibung	Folgen für Arzt	Entwicklung der empirischen Daten
						Fallzahlen Rest: 0 Umsatz X: - Umsatz X-Begleiter: - Umsatz Rest: 0

Tabelle 46 Durchschnittlichen Sitzungskosten: Rechnungsbetrag (nur TARMED) pro Sitzung, in welcher X vorkommt.

Fallzahlen X/X-Begleiter/Rest: Anzahl Verrechnungen der Tarifposition X/der Tarifpositionen, die oft mit X zusammen durchgeführt werden/der übrigen Tarifpositionen

Umsatz X/X-Begleiter/Rest: Totale Verrechnungssumme Tarifposition X/der Tarifpositionen, die oft mit X zusammen durchgeführt werden/der übrigen Tarifpositionen

+: Der Wert steigt, -: der Wert sinkt.0/?: der Wert verändert sich nicht/die Veränderung des Wertes kann nicht vorausgesagt werden.

ANHANG 5: AUSWAHL VON LEISTUNGSPAKETEN

1) Auswahl von medizinischen Spezialitäten

Die Hasler-Statistik unterscheidet zwischen 15 medizinischen Spezialitäten. Die Kostenstrukturen und die Abrechnungspraxis können zwischen den verschiedenen Spezialitäten stark variieren. Die verschiedenen Ärztesellschaften haben ihren Tarif selber verhandelt. Um die Komplexität der Fallstudien und der Anzahl notwendiger Interviews zu reduzieren, haben wir uns auf vier medizinische Spezialitäten konzentriert. Diese sind nach folgenden Kriterien ausgewählt:

1. Zwei Spezialitäten mit (überwiegend) technischen, zwei Spezialitäten mit (überwiegend) intellektuellen Leistungen (TARMED Ziel: „Aufwertung der intellektuellen/ärztlichen Leistungen“).
2. Ein Mix von Spezialitäten mit relativ hohen bzw. tiefen Ärzteneinkommen
3. „Grosse“ Spezialitäten, d.h. Spezialitäten mit einer relativ hohen Anzahl Ärzten
4. Spezialitäten, bei denen ein relativ hoher Anteil des Einkommens aus ambulanten Behandlungen stammt
5. Spezialitäten mit Vergütungen aus der Krankenversicherung, der IV und der UV.

Auswahl: Wir haben uns für folgende Spezialitäten entschieden:

- › Ophthalmologie,
- › Allgemeinmedizin,
- › Innere Medizin,
- › Gynäkologie und Geburtshilfe,
- › ORL, Hals- und Gesichtschirurgie.

2) Auswahl von Leistungspaketen

Innerhalb der vier Spezialitäten haben wir ca. 12 Leistungspakete ausgewählt, mit dem Ziel, innerhalb der für diese Evaluation zugänglichen Ressourcen folgende Sachverhalte zu verstehen:

- › Die Fakturierung und die Vergütungen vor TARMED (Minimum in zwei Kantonen),
- › Die Grundlagen und der Prozess der Aushandlung der TARMED-Positionen,
- › Die Anpassung des Tarifs an den reellen Kosten der ärztlichen Tätigkeit,
- › Als Basis für die Auswahl gelten die ca. 4'700 TARMED-Positionen.

Die Kriterien für die Auswahl der Fallstudien sind:

Allgemeine Kriterien

1. Leistungen und TARMED-Positionen, welche in der Summe eine sinnvolle Beantwortung unserer Fragestellungen gewährleisten.
2. Leistungen und TARMED-Positionen, welche abgrenzbar sind und einen Vorher/Nachher-Vergleich und eventuell auch einen internationalen Vergleich möglich machen.
3. Eine Mischung von Leistungen und TARMED Positionen, welche von den Ärzteorganisationen und anderen Beteiligten vorgeschlagen wurden.
4. Leistungen und TARMED-Positionen, welche bei den gewählten Spezialisierungen einen relativ bedeutsamen Anteil der Einkommen ausmachen bzw. innerhalb der 20 meist benutzten TARMED-Positionen liegen.

Spezifische Kriterien

5. Einige Leistungen und TARMED-Positionen, welche im Laufe der letzten Jahre revidiert wurden, bzw. bei welchen ein Revisionsantrag gestellt wurde.
6. Einige Leistungen und TARMED-Positionen, die nicht nur durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), sondern auch durch andere Sozialversicherungen (UV, IV, MV) vergütet werden.
7. Einige Leistungen und TARMED-Positionen, welche im Laufe der letzten 15 Jahre eine wichtige technologische bzw. therapeutische Entwicklung durchgemacht haben.
8. Einige Leistungen mit einer Kombination von „Zeittarif“ und „Einzelleistungstarif“.

Unsere Auswahlkriterien seien am Beispiel der Kataraktoperation gezeigt:

Es ist der meist praktizierte chirurgische Eingriff. Gemäss der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft (SOG) ist diese Operation schlecht bezahlt. Gemäss Preisüberwachung ist die vorgesehene TARMED-Entschädigung dagegen immer noch zu hoch. Neben der Nutzung der einzelnen relevanten TARMED-Positionen gibt es Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen mit Pauschalen für diese Operationen (gemäss Gespräch sind ca. 1/3 aller Operationen betroffen). Eine Kataraktoperation kostet (gemäss SOG) zwischen 2'650 bis 3'200 Franken, davon erhält der Arzt ca. 800 Franken. In den TARMED-Grundlagen war ein ärztliches Honorar von 375 Franken vorgesehen. Es stellt sich auch die prinzipielle Frage, ob der einzelne Arzt den Rabatt beim Kauf der Augenlinsen als Gehaltsbestandteil beibehalten kann. Dies wäre nach Einschätzung der Preisüberwachung gemäss KVG Art. 56, Abs. 3 im Bereich der Grundversicherung illegal: demnach muss der Leistungserbringer dem Schuldner der Vergütung die direkten oder indirekten Vergünstigungen

weitergeben. Es gibt auch schon viel schriftliches Material bei der SOG und beim Preisüberwacher über die verschiedenen Berechnungen.

Fall Nr.	Allgemeinmedizin + innere Medizin	Positionen	Krit 2	Krit 3 Herkunft	Krit 4	Krit 5	Krit 6	Krit 7	Krit 8
1	Konsultation + ärztliche Leistung in Abwesenheit der Patienten (12.5 +10 Min.) (zur Normalarbeitszeit ohne Erstkonsultation + Dringlichkeitszuschlag)	00.0010 00.0020 00.0030 00.0140	ja	sas + sgam	N.1 N.2 N.3 N.5	Ja	Ja	Ja	
2	Konsultation mit Dringlichkeits- und Inkonvenienzpauschalen A, B und C (10 Min.)	00.0010 00.0030 00.2510 (A) 00.2520 (B) 00.2530 (B) 00.2540 (C) 00.2550 (C)	ja	NewI	N. 9 N.12 N.22	Ja		Ja	
3	Konsultation mit EKG	00.0010 00.0020 00.0030 17.0010		sgam					
4	Besuch 25 Min. mit einem Weg von 2 x 5 Min. (25 + 10 Min.) (ohne Erstkonsultation + Dringlichkeitszuschlag)	00.0060 00.0070 00.0080 00.0095* (*2004: 00.0090)	ja	efk	N.14 N.23 N.9 N.10		Ja		

Fall Nr.	Allgemeinmedizin + innere Medizin	Positionen	Krit 2	Krit 3 Herkunft	Krit 4	Krit 5	Krit 6	Krit 7	Krit 8
	Ophthalmologie	Positionen	Krit 2	Krit 3 Herkunft	Krit 4	Krit 5	Krit 6	Krit 7	Krit 8
1	Konsultation + ärztliche Leistung in Abwesenheit der Patienten (12.5 +10 Min.) (zur Normalarbeitszeit ohne Erstkonsultation + Dringlichkeitszuschlag)	00.0010 00.0020 00.0030 00.0140	ja	efk	N.3 N.14 N.8 N.18	Ja	Ja	Ja	
5	Konsultation mit Refraktionsbestimmung (subjektiv)	00.0010 00.0020 00.0030 08.0040 08.0050 08.0090 08.1230 08.3010	ja	sas	N. 1 N. 6		Ja ?		Ja
6	Konsultation mit Tonometrie = Augendruckmessung	00.0010 00.0020 00.0030 08.0220 08.0230 08.0240 08.0250		sas	Ja N. 2 Mögliche grosse Zunahme in der Zukunft (Glaukom Prävention)			Ja	Ja
7	Kataraktoperation	08.2760 08.2780 08.2800 08.2810 08.2820 08.1430 08.1440 04.0360 01.0310 00.0140 00.0050	Ja	Opht	N.16 N.24 Ja 60'000 Operationen pro Jahr in der CH	Ja	Ja	Ja	Ja

Fall Nr.	Allgemeinmedizin + innere Medizin	Positionen	Krit 2	Krit 3 Herkunft	Krit 4	Krit 5	Krit 6	Krit 7	Krit 8
		00.0010 35.0030 35.0210 35.0220 28.0040 28.0090 28.0140 + Linse Verbrauchsmaterial (43) Medik (27)							

Fall Nr.	Allgemeinmedizin + innere Medizin	Positionen	Krit 2	Krit 3 Herkunft	Krit 4	Krit 5	Krit 6	Krit 7	Krit 8
	Gynäkologie	Positionen	Krit 2	Krit 3 Herkunft	Krit 4	Krit 5	Krit 6	Krit 7	Krit 8
1	Konsultation + ärztliche Leistung in Abwesenheit der Patienten (12.5 +10 Min.) (zur Normalarbeitszeit ohne Erstkonsultation + Dringlichkeitszuschlag)	00.0010 00.0020 00.0030 00.0140	ja	efk	N.1 N.8 N.7 N9	Ja	Ja	Ja	
8	Gynäkologische präventive Untersuchung, als alleinige gynäkologische Leistung	22.0020 23.0010 +++ Noch zu spezifizieren (Grundleistungen, Mamma Untersuchung)		SGGG					
9	Konsultation mit zweiter Ultraschalluntersuchung bei Schwangerschaft +	39.3005, (*2004 : 30.2530) 00.0530		SGGG					
10	Abortbehandlung bei missed abortion od. operativer Schwangerschaftsabbruch bis und mit 12. SSW	22.1250 +++ Noch zu spezifizieren (Techn. Leistungen etc)		SGGG					
	ORL	Positionen	Krit 2	Krit 3 Herkunft	Krit 4	Krit 5	Krit 6	Krit 7	Krit 8
11	Erstexpertise für Vermittlung von Hörgeräten	00.0010 00.0020 00.0030 09.0120 09.0330 09.0340 09.0360 00.2230	ja	EFK	30-40'000 en gén. remboursé par IV 393.- par expertise		Ja	Ja	Ja

GLOSSAR

AL	Ärztliche Leistung
AM	Allgemeinmediziner
BKP	Baukostenplanung
DS	Durchschnitt
BL	Bruttoleistung
GRAT	Gesamtrevision des Arzttarifes
GYN	Gynäkologen
INFRA	Kostenmodell für Berechnung der TL im Spital.
KOREG	Kostenmodell für Berechnung der Arztleistung AL und der TL Praxis
OPHT	Ophthalmologie
ROKO	Rollende Kostenplanung
STPW	Starttaxpunktwert
TL	Technische Leistung
TP	Taxpunkt
TWP	Taxpunktwert
ZSR	Zahlenstellennummer
ZMT	Zentralstelle für Medizinaltarife

LITERATUR

- Ärztelasse 2009:** TARMED Kostenmodelle. Unveröffentlichtes Dokument.
- BAG 2009:** Statistik der obligatorischen Krankenversicherung. www.bag.admin.ch.
- BASS:** Tätigkeitsstrukturen der Ärzt/innen mit Praxistätigkeit – Wer erbringt welche Leistungen in der Grundversorgung? Eine Analyse von TARMED-Daten. Bern 2008.
- Burri, B., Brunner H.H.:** Der Belegarzt in der sozialen Grundversicherung. Schweizerische Ärztezeitung, 2004;85: Nr. 1/2.
- Bossard, F.:** TARMED veraltet? Braucht es eine Revision? Schweizerische Ärztezeitung, 2005;86: Nr. 10.
- EFK 2007:** Hilfsmittelpolitik zu Gunsten der Behinderten. Evaluation der Abgabe von Hilfsmitteln in der IV und AHV. Juni 2007.
- EFK 2008:** Hilfsmittelpolitik zu Gunsten der Behinderten. Evaluation der Abgabe von Hilfsmitteln in der IV und AHV. Bern, Juni 2007.
- EFK 2009:** Analyse der statistischen Quellen zur Entwicklung von TARMED. Bern, 2009.
- EFK 2010:** Hauptbericht zur Evaluation TARMED (vorläufiger Titel)
- Haefeli, Andreas, Vogt U.:** Verhandlungen für die kantonalen Anschlussverträge mit den Ärzten. Schweizerische Ärztezeitung, 2003;84: Nr. 25.
- Hasler, Niklaus, Reichert Martina:** Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2005 (neu) und 2004 (Re-Evaluation). Schweizerische Ärztezeitung, 2009;90: 11.
- Infra:** Gesamtrevision Spitalleistungskatalog H+/MTK/KSK. Teil A, Allgemeine Grundlagen zum Projekt. Genehmigter Schlussbericht, Juni 1998.
- Institut für Politikwissenschaft, Universität Zürich:** TARMED, Vorbereitung einer Wirkungsanalyse über die Einführung sowie die Wirkungen von TARMED,. Dezember 2004.
- Preisüberwachung 1999a:** Studie zu den Tarifen GRAT/Infra. Bern, 31. März 1999.
- Preisüberwachung 1999b:** TarMed Alpha 1 (zu Beta3) Beilage 2: Empfehlungen der Preisüberwachung – Umsetzung TarMed. 26.10.1999.
- Rheiner, Ph.:** TARMED: Probleme und Fehlentwicklungen. swiss knife 2006; 1.
- Schläfli, B.:** Tarifpolitik. Wichtige Fragen geklärt. TARMED-Newsletter von santésuisse/Nr. 1 Juli 2001.
- Stoffel, Urs:** Die Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV) als Prinzip. PrimaryCare 2005;5: Nr. 40.
- ZMT 1999:** Masterdokumentation. Provisorischer Endbericht. Luzern, 1999.