

Per Email

Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
3003 Bern

[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Bern, 16. Juni 2017

**Stellungnahme zur geplanten Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, uns im Rahmen der Vernehmlassung zur geplanten Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung äussern zu können. mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz vertritt die berufspolitischen Interessen der in freier Praxis tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin und für Kinder- und Jugendmedizin, namentlich in Tarifangelegenheiten. Wir nehmen Stellung ausdrücklich auch im Namen der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM), der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), von Kinderärzte Schweiz (KIS), des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) sowie der Jungen Hausärztinnen und -ärzte Schweiz (JHaS).

**I. Grundsätzliche Bemerkungen**

1. Wir bedauern, dass es nicht gelungen ist, fristgerecht einen genehmigungsfähigen partnerschaftlichen Tarifvorschlag einzureichen, und der Bundesrat nun gestützt auf Art. 43 Abs. 5<sup>bis</sup> KVG von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch macht. Obwohl im erarbeiteten Revisionsvorschlag zwar zahlreiche Anliegen der medizinischen Grundversorger aufgenommen waren, konnten wir ihm zuletzt nicht zustimmen, weil er die Haus- und Kinderärzte weiterhin benachteiligt hätte. Das Revisionsvorhaben

scheiterte aber insbesondere auch an der Weigerung der Kostenträger, namentlich von santésuisse, sich an den Arbeiten überhaupt zu beteiligen. Umso bedauerlicher ist, dass der Bundesrat bei seinem zweiten Tarifeingriff einseitig die Vorstellungen der Krankenversicherer berücksichtigt, anstatt auch diese in die Pflicht zu nehmen, die gesetzlich geforderte Sachgerechtigkeit des Tarifs wiederherzustellen.

2. Dass bei den ambulanten Tarifen Revisionsbedarf besteht, ist hinlänglich bekannt und wird von niemandem mehr bestritten. Schon bei der Einführung des Tarmed vor 13 Jahren sollte die intellektuelle Leistung besser abgegolten werden. Ein Ziel, das der Tarmed bekanntermassen nicht erreichte. Externe nachträgliche Eingriffe, speziell die Halbierung der letzten 5 Minuten und die unterschiedlichen quantitativen Dignitäten, benachteiligten die Grundversorger zusätzlich. Solche und zahlreiche andere Fehler konnten wegen Widerständen von verschiedener Seite nie behoben werden. Faktisch war die Tarifpflege folglich nie im geforderten Masse sichergestellt. Die Konsequenzen tragen seit vielen Jahren in erster Linie die Haus- und Kinderärzte, auch das ist bekannt und unbestritten. Unter anderem die Eidgenössische Finanzkontrolle forderte bereits vor mehreren Jahren entsprechende Korrekturen im Tarif. mfe bemüht sich deshalb zusammen mit den Partnern innerhalb der FMH und den anderen Tarifpartnern, möglichst schnell einen genehmigungsfähigen sachgerechten Tarif auszuarbeiten, der die geplante Tarifverordnung des Bundesrates wieder ablöst.
3. Der Bundesrat geht davon aus, dass die Leistungen der Haus- und Kinderärzte insbesondere über die vorgeschlagene Einebnung der quantitativen Dignitäten durchschnittlich um 1 bis 2 Prozent aufgewertet werden. Wir sind erfreut darüber, dass der Bundesrat offenbar gewillt ist, die ärztliche Grundversorgung in der freien Praxis zu stärken und deren jahrelange tarifarische Benachteiligung zu korrigieren. Ob das mit den vorgeschlagenen Massnahmen gelingen wird, ist hingegen fraglich. Einige Neuerungen werden nämlich auch die Hausarztmedizin empfindlich treffen: die Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit, die Patientinnen und Patienten bezüglich optimaler Versorgung. Insbesondere die Beschränkung von einzelnen Leistungen durch Limitationen wird eine spürbare Verschlechterung der Versorgung namentlich von betreuungsintensiven Patientinnen und Patienten zur Folge haben und die interprofessionelle Zusammenarbeit behindern. Es muss befürchtet werden, dass solche Fälle vermehrt im stationären Bereich betreut werden müssen. Diesbezüglich muss der Vorschlag des Bundesrats zwingend angepasst werden.
4. Grundsätzlich erfreulich ist, dass der Bundesrat endlich der allgemein anerkannten Forderung, die Grundleistungen (Konsultation, Untersuchung, Beratung) aufzuwerten, Rechnung trägt. Schon bei Einführung des Tarmed gefordert und zuletzt von der Eidgenössischen Finanzkontrolle mit Nachdruck verlangt, erfolgt nun eine Aufwertung der intellektuellen gegenüber der technischen Leistung, eine Verminderung der Einkommensunterschiede zwischen verschiedenen Facharzttrichtungen und eine Neutarifizierung von anerkanntermassen übertarifizierten Leistungen. mfe fordert seit jeher die sorgfältige Überprüfung von hinterlegten Minutagen, Produktivitäten und Kostensätzen und die damit verbundene sachgerechte Korrektur aller Positionen sowohl nach oben wie auch nach unten.

5. Die Auswirkungen des Tarifeingriffs auf andere Fachrichtungen werden von anderer Seite beurteilt. Aus unserer Sicht wird er aber – sicher ungewollte – negative Auswirkungen auf die ambulante Psychiatrie und die ambulante Kinderchirurgie haben.
6. In gewissen Punkten kommt der Vorschlag des Bundesrats der geforderten Sachgerechtigkeit etwas näher, in anderen aber erfolgt der Eingriff zu wenig differenziert, so bei den Limitationen und den linearen Kürzungen in zahlreichen Sparten. Insgesamt ist deshalb der geplante Eingriff des Bundesrats nicht sachgerecht. Er orientiert sich einseitig an den Sparvorschlägen der Kostenträger, ohne die gesamte wirtschaftliche Entwicklung zu berücksichtigen, und stellt das Sparziel von 700 Mio. Franken in den Vordergrund. Die Sachgerechtigkeit wird dem politisch motivierten Sparziel geopfert. Es wäre auch die Pflicht des Bundesrats, nicht nur seiner Meinung nach übertariferte Leistungen zu kürzen, sondern unterbewertete Leistungen ebenfalls anzupassen. Die Berechnung der Infrastrukturkosten und der Löhne für das ärztliche und nichtärztliche Personal basiert auf mittlerweile über 20 Jahre alten Grundlagen. Anders gesagt: Es wäre die Pflicht des Bundesrates, nicht nur die Vorschläge der Kostenträger in die Verordnung aufzunehmen, sondern diese auch dazu anzuhalten, Kostensteigerungen anzuerkennen und sich für einen sachgerechten und betriebswirtschaftlich korrekten Tarif einzusetzen, der den sich verändernden Bedingungen Rechnung trägt. mfe wird sich nach Kräften dafür einsetzen, zusammen mit den Partnern einen vollumfänglich korrekt revidierten und sachgerechten Tarif auszuarbeiten, um so schnell wie möglich zu einer partnerschaftlichen Tarifautonomie zurückzukehren.

## **II. Vereinheitlichung der quantitativen Dignitäten**

7. Haus- und Kinderärzte Schweiz verlangt seit jeher die Aufhebung der von Anfang an ungerechtfertigten und unerklärlich grossen quantitativen Dignitätsunterschiede zwischen den verschiedenen Fachrichtungen. Der Bundesrat hat diese Problematik erkannt und entsprechend gehandelt, was wir begrüßen. „Hungerjahre“ während der langen Weiterbildungszeit gewisser Spezialitäten, die als Begründung für die später bessere Entschädigung im Tarif angeführt wurden, gibt es längst nicht mehr. Dies wird übrigens mittlerweile auch innerhalb der Ärzteschaft anerkannt, die bereits ein neues Konzept für die Bewertung der ärztlichen Leistungen ausgearbeitet hat. Die Angleichung der quantitativen Dignität hat zur Folge, dass ärztliche intellektuelle Grundleistungen wie Konsultation, Untersuchung oder Beratung endlich aufgewertet werden. Davon profitieren alle Fachrichtungen (mit Ausnahme der Psychiatrie), insbesondere aber die Haus- und Kinderärzte, die mehr als andere Fachärzte Grundleistungen anbieten.
8. Unverständlich, nicht sachgerecht und rechnerisch falsch ist der Vorschlag, die quantitative Dignität auf dem Faktor 0.968 einzuebnen. Damit bringt der Bundesrat tragende Berechnungsgrundlagen des Tarmed in Schieflage, denn der ursprüngliche Tarmed war vor der Einführung der quantitativen Dignitäten auf der Basis von 1.0 berechnet. Auf diesem Wert beruhen sämtliche tariftechnischen Annahmen, beispielsweise zum Referenzeinkommen. Die quantitative Dignität wurde nachträglich im Tarmed kostenneutral eingeführt, ausgehend vom durchschnittlichen

Dignitätsfaktor 1.0. Wenn nun die quantitative Dignität aufgehoben wird, so muss der Faktor zwangsläufig wieder bei 1.0 zu liegen kommen. Wenn sich das Verhältnis zwischen den verschiedenen Fachärzten in der Zwischenzeit verändert hat, so führt die Aufhebung der quantitativen Dignität möglicherweise zu Mehr- oder auch zu Minderkosten. Der Bundesrat geht davon aus, dass die Aufhebung der quantitativen Dignität Mehrkosten verursachen würde. Wenn dem so wäre, hiesse das im Umkehrschluss, dass die Kostenträger dank der quantitativen Dignität jahrelang auf Kosten der Ärzteschaft Geld eingespart haben, und dass die Grundleistungen erfreulicherweise häufiger erbracht werden als höher bewertete Leistungen. Die geplante Absenkung der durchschnittlichen quantitativen Dignität auf 96,8 Prozent des Ausgangswertes bedeutet nichts anderes als eine pauschale Absenkung des im aktuellen Tarif festgelegten Referenzeinkommens um mehr als drei Prozent und somit eine versteckte Lohnkürzung für alle Ärzte.

### III. Leistungen in Abwesenheit

9. mfe begrüsst die Unterteilung der „ärztlichen Leistung in Abwesenheit des Patienten 00.0140“ in mehrere Untergruppen. Dies dient der Transparenz und vereinfacht das Monitoring dieser Positionen. Allerdings vermissen wir eine entsprechende Tarifposition für „Leistungen im Auftrag des Versicherers“, welche wesentlich zum immer grösser werdenden Administrationsaufwand der Ärzteschaft beitragen und einen Teil der Zunahme von Leistungen in Abwesenheit erklären. Der Bundesrat führt die starke Zunahme der Leistungen in Abwesenheit mindestens indirekt auf Missbräuche durch Ärzte zurück. Die Zunahme der Leistung in Abwesenheit entwickelt sich je nach Fachgebiet und Sparte unterschiedlich, ist aber auch im Bereich der Hausarztmedizin zu beobachten und gut erklärbar unter anderem durch den ständig zunehmenden Bedarf an Koordinationsarbeit. Die Leistung in Abwesenheit ist in der medizinischen Grundversorgung – ganz im Gegenteil zu anderen Fachgebieten – eine der volumenstärksten Positionen. Dies ist Ausdruck dafür, dass Haus- und Kinderärzte viele Arbeiten für den Patienten ohne dessen Anwesenheit abwickeln können und müssen. Es handelt sich dabei um Aufgaben im Bereich der Interprofessionalität (Absprache mit Spitex, Therapeuten, Pflege), der Intraprofessionalität (Besprechungen mit Konsiliarern, Apothekern und Spitalmedizinerinnen) und nicht zuletzt um Gespräche mit Angehörigen des Patienten und anderen Personen in seinem Umfeld (z.B. Schule, Behörden). Limitationen der Leistung in Abwesenheit behindern also in erster Linie die haus- und kinderärztliche Tätigkeit in der Grundversorgung. Die verschärfte, undifferenzierte und flächendeckende Limitierung von Leistungen in Abwesenheit ist weder zielführend noch sachgerecht. In der Grundversorgung beschneiden sie ganz massiv die Bemühungen, den Bedürfnissen der Patienten und unseres Gesundheitssystems gerecht zu werden. Die (verschärften) Limitationen behindern die Erfüllung der den praxisambulant tätigen Haus- und Kinderärzten zugeordneten zentralen Rolle: Die Koordination und Fallführung. Die koordinierende Rolle der Hausärzte (Stichwort Integrierte Versorgung) und die verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Stichwort Interprofessionalität) wird seitens der Behörden zur Sicherstellung der Grundversorgung gefordert. Die vorgesehene pauschale Beschränkung von Leistungen in Abwesenheit über alle KVG-Leistungserbringer untergräbt sämtliche diesbezüglichen Bemühungen um eine effiziente, koordinierte

und kostensparende Grundversorgung. Mit diesem Vorschlag der verschärften und undifferenzierten Limitierung der Leistung in Abwesenheit torpediert der Bundesrat seine eigenen Ziele (Stichwort Gesundheit 2020). Zielführend wäre anstelle einer undifferenzierten Kürzung ein genaues Monitoring dieser Leistungen, welches nötigenfalls zielgerichtete Interventionen ermöglichen würde.

#### IV. Limitationen

10. Aus Sicht der Haus- und Kinderärzte sind Limitationen nicht zielführend und somit inakzeptabel. Etliche der existierenden Limitationen wurden eingeführt, um Anreize zu schaffen, elektronisch abzurechnen (wodurch die Limitationen dann wegfielen). Es entbehrt jeder Logik, Limitationen nun wieder einzuführen aus dem einzigen Grund, dass die meisten Fachärzte jetzt elektronisch abrechnen. Der Tarif soll es ermöglichen, erbrachte Leistungen korrekt abzurechnen. Kostenkontrollen können mit einem gezielten Monitoring durchgeführt und Massnahmen nötigenfalls gezielt ergriffen werden. Der Tarif darf nicht den Inhalt der ärztlichen Leistung bestimmen. Limitationen sind versteckte Rationierungsmassnahmen. Es ist in keiner Weise begründbar (und der Bundesrat versucht es auch gar nicht, weil nur die Rationierung als Begründung dienen könnte), warum eine Konsultation maximal 20 Minuten dauern kann oder für Gespräche mit Angehörigen, Betreuungspersonen, Therapeuten, Behörden oder Versicherern höchstens noch 30 Minuten alle 3 Monate aufgewendet werden können. Das mag für einen beträchtlichen Teil der Patientinnen und Patienten kein Problem sein. In betreuungsintensiven, komplexen Fällen – und damit ausgerechnet in den kostenintensiven Bereichen – haben diese Limitationen aber gravierende Auswirkungen, denn der Haus- und Kinderarzt kann seine koordinierende und betreuende Rolle als fallführender Arzt nicht mehr zielführend wahrnehmen. Die Betreuung von schwierigen Patienten (komplexe Fälle, Polymorbide, Sterbende, Invalide, psychiatrisch Kranke, Bevormundete, Heiminsassen, Kinder mit familiären, schulischen oder Verhaltensproblemen) wird beeinträchtigt. Ausgerechnet bei den „teuersten“ Fällen also, bei denen die enge Begleitung und Betreuung des Patienten und die Koordination mit Dritten zentral ist, gefährden die Limitationen die Versorgung. Limitationen führen in der Grundversorgung über dies zu ungewollten Effekten: Vor allem polymorbide Patienten dürften rascher und häufiger an stationäre Einrichtungen überwiesen werden, wo die Betreuung wesentlich teurer ist als ambulant und vom Haus- und Kinderarzt koordiniert. Limitationen im Bereich der medizinischen Grundversorgung verhindern damit wünschbare, kostengünstige und integrierte/koordinierte Medizin. Das kann nicht die Absicht des Bundesrats sein. Limitationen sind nichts anderes als eine rein ökonomisch getriebene Rationierungsmassnahme ohne Bezug zum realen Praxisalltag. Sie haben im Tarif nichts zu suchen, weder bei Leistungen in Abwesenheit noch bei der Konsultationsdauer oder der Untersuchungszeit. Die Überprüfung der korrekten Abrechnung muss durch den Patienten und durch die Versicherer geschehen. Auffälliges Abrechnungsverhalten fällt in den Statistiken der Kostenträger auf.

## V. Notfall-Inkonvenienzpauschale

11. Der Bundesrat schlägt vor, die Interpretation der so genannten Notfall-Inkonvenienzpauschalen dahingehend anzupassen, dass sie von Einrichtungen, die ihr Angebot explizit auf Notfälle ausgerichtet haben, nicht mehr abgerechnet werden können. Mit der aufgeführten Definition dieser Einrichtungen betrifft die Streichung der Pauschale aber nicht nur Permanenzen, sondern auch vielerorts die hausärztlichen Notfallpraxen, die oft räumlich in Spitälern untergebracht sind, die aber von den praktizierenden Haus- und Kinderärzten an Abenden, Samstagen und Sonn- und Feiertagen geführt werden und die Notfall-Inkonvenienzpauschalen korrekt anwenden. Die Streichung der Notfall-Inkonvenienzpauschale bedroht diese Einrichtungen existenziell und damit die regionalen Notfalldienst-Konzepte, in die auch Teilzeitarbeitende und Jungärzte mit Kleinkindern gut eingefügt werden können. Mit der Gefährdung dieser Notfalldienstlösungen (die oft erst nach langer mühevoller Vermittlungsarbeit errungen wurden) würde ein äusserst wichtiges Kriterium für die Nachwuchs-Förderung in der Hausarztmedizin (und mithin als Punkt 6 in der Kommissionsmotion 12.3643 „Zur Stärkung der Hausarztmedizin“ explizit aufgeführt) torpediert. Die Definition muss deshalb so angepasst werden, dass die regionalen Notfalldienste nicht gefährdet werden. Die Notfalldienst-Leistung an Sonn- und Feiertagen und nachts muss in jedem Fall zusätzlich abgegolten werden, unabhängig davon, wo sie erbracht wird.

Wir erlauben uns, im Folgenden auf einige ausgewählte Tarifaspekte einzugehen. Sie sind zwar nicht Teil des bundesrätlichen Vorschlags. Aus Sicht der Haus- und Kinderärzte handelt es sich aber um gravierende Mängel bzw. Fehler des Tarmed, die dringend zu beheben sind.

## VI. Abgeltung für die Behandlung dringlicher Fälle

12. Von den Notfällen im medizinisch engeren Sinn zu unterscheiden sind so genannte dringliche Fälle. Das sind Fälle, bei der eine Konsultation vom Patienten noch am gleichen Tag verlangt wird und/oder medizinisch angezeigt ist. Dringliche Fälle prägen den Alltag jeder haus- und kinderärztlichen Praxis und sorgen, nebst der notwendigen Planung von möglicherweise nicht nutzbaren Reservezeiten, auch für beträchtlichen Mehraufwand in der regulären Sprechstunde. Die Bereitschaft, dringliche Fälle in den Praxen zu beurteilen, ist nachweislich kostendämpfend, da wesentlich teurere Konsultationen in Notfalleinrichtungen oft vermieden werden können. mfe hat im Rahmen aller bisherigen Revisionsbemühungen die Einführung einer so genannten Dringlichkeitspauschale gefordert, wie sie vor Einführung des Tarmed in vielen Kantonen üblich war.

## VII. Nichtärztliche Leistungen

13. In diesem Zusammenhang sei auf die zunehmend wichtige Rolle von nichtärztlichem Personal in der Grundversorgung hingewiesen. Die Interprofessionalitätsbestrebungen des Bundesrats können nur nachhaltig Wirkung zeigen, wenn entsprechende Leistungen des ärztlichen aber vor allem auch des nicht ärztlichen Personals im Tarif Eingang finden. Als Beispiel sei die telefonische Triageleistung von MPA genannt, die insbesondere in pädiatrischen Praxen zentral ist. Die Beratung und

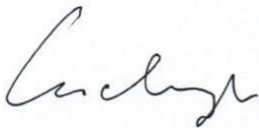
sorgfältige Triagierung durch die entsprechend geschulte MPA, nötigenfalls in Rücksprache mit dem Arzt bzw. der Ärztin, verhindert in vielen Fällen kostenintensivere Konsultationen und wird im Tarif heute nicht abgebildet. Speziell geschulte MPA haben ein hohes Potential für die interprofessionelle Betreuung von Patienten mit definierten chronischen Krankheiten (Chronic Care Management). Dieses Potential kann aber nur genutzt werden, wenn die Leistung auch tarifarisch abgebildet ist.

### VIII. Korrektur bei den (halbierten) letzten 5 Minuten

14. Ein Hauptanliegen der Grundversorger war stets eine Korrektur bei den letzten 5 Minuten der Konsultation. Die Abgeltung dieser Position wurde bei Einführung des Tarmed auf Intervention des Preisüberwachers halbiert und bleibt es bis heute. Dieser völlig unsachgerechte Eingriff traf und trifft die frei praktizierenden Haus- und Kinderärzte ganz besonders und muss endlich rückgängig gemacht werden.

Wir bitten Sie, die Anliegen und Bedenken von Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe bei der Überarbeitung Ihres Verordnungsentwurfs zu berücksichtigen. Für Ihre Bemühungen in unserem Sinne und die Gelegenheit zur Stellungnahme danken wir bestens, stehen gerne für weitere Diskussionen zur Verfügung und verbleiben

**Mit freundlichen Grüßen**



Dr. med. Philippe Luchsinger  
Präsident



Dr. med. Marc Müller  
Vizepräsident



Dr. med. François Héritier  
Vizepräsident