

Verordnungsentwurf über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Öffentliche Anhörung vom 16. Dezember 2013 bis 3. Februar 2014

Die Stellungnahme der fmCh

16. Januar 2013



foederatio medicorum chirurgicorum helvetica
Bahnhofstrasse 20–22
CH-2502 Biel / Bienne

Herrn Bundesrat Alain Berset
Vorsteher des Eidgenössischen
Departements des Innern (EDI)
Inselgasse 1
CH-3003 Bern

Biel, den 31. Januar 2014

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Wir verweisen auf unser Schreiben an Sie vom 20. Dezember 2013 und bedauern, dass die fmCh in der Adressatenliste der Anhörung nicht aufgeführt ist und die Frist für die Anhörung nicht angemessen verlängert worden ist.

Herr Direktor Strupler hat uns mit Schreiben vom 15. Januar 2014 versichert, dass unsere Stellungnahme gerne entgegengenommen wird. Diese finden Sie nachfolgend.

Für Rückfragen und weiterführende Besprechungen stehen wir Ihnen und dem Bundesamt für Gesundheit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

FOEDERATIO MEDICORUM CHIRURGICORUM HELVETICA



Prof. Dr. med. Urban Laffer
Präsident



Dr. med. Markus Trutmann
Generalsekretär

Kopie: Herr Direktor Pascal Strupler, Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	2
2	Anhörungsverfahren	3
2.1	Adressaten	3
2.2	Frist	3
3	Rechtliche Voraussetzungen	3
3.1	Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur	4
3.2	Uneinigkeit der Tarifpartner	5
3.3	Schlussfolgerung	6
4	Eingriff rechtswidrig	7
4.1	Zuschlagsposition	7
4.2	Kürzung der technischen Leistungen	7
4.3	Auswahl der Tarmed-Kapitel	8
4.4	Ungleichbehandlung von Hausärzten und Spitälern	9
5	Eingriff nicht zweckmässig	10
5.1	Besserstellung um 200 Millionen Franken	10
5.2	Angleichen von Einkommensunterschieden	10
5.3	Aufwertung intellektueller Tätigkeit	13
6	Negative Auswirkungen auf Versicherte und Patienten	14
6.1	Praxispauschale	14
6.2	Verlagerung in den stationären Sektor	15
7	Negative Auswirkungen auf Tarifautonomie und Qualität der Tarifsyste- me	15
7.1	Tarifautonomie	15
7.2	Gefahr für andere Tarifstrukturen	15
8	Negative Diskriminierung der Spezialärzte	16
9	Was zu tun wäre	16
9.1	Gesamtrevision des Tarifs	16
9.2	Subvention über Preise	17
9.3	Gegenvorschlag zur Hausarztinitiative	17
10	Schlussfolgerung	18
A	Beilage: Charta Tarvision	20

1 Zusammenfassung

Die fmCh lehnt den vorliegenden Verordnungsentwurf ab.

Die rechtlichen Voraussetzungen für die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates sind nicht erfüllt:

- Der Bundesrat ist nicht in der Lage, die fehlende Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur nachzuweisen.
- Es liegt keine Uneinigkeit der Tarifpartner im Sinn von Art. 43 Abs. 5bis KVG vor.

Der geplante Tarifeingriff ist rechtswidrig:

- Die Zuschlagsposition ist nicht sachgerecht.
- Die lineare Kürzung von 9,0 Prozent der Taxpunkte von technischen Leistungen (TL) ist nicht sachgerecht.
- Die Auswahl der zu kürzenden technischen Leistungen ist willkürlich und nicht sachgerecht.
- Die Ungleichbehandlung von Hausarztpraxen und Spitälern ist nicht sachgerecht.

Die Ziele des Bundesrates lassen sich mit dem geplanten Eingriff nicht zweckmässig erreichen.

Der geplante Tarifeingriff hat gravierende Nachteile für Versicherte und Patienten.

Der geplante Tarifeingriff gefährdet die Tarifautonomie und die Qualität anderer Tarifstrukturen.

Der vorliegende Verordnungsentwurf bringt eine negative diskriminierende Haltung gegenüber den Spezialärzten zum Ausdruck.

Die fmCh empfiehlt dem Bundesrat, auf seine subsidiäre Kompetenz zu verzichten und die Tarifstruktur in die Hände der Tarifpartner zur gesetzeskonformen Gesamtrevision zurückzugeben. Eine vom Bundesrat politisch gewollte Subventionierung der Hausarztmedizin soll nicht über das Instrument der Tarifrevision, sondern über die Preise, das heisst über die Taxpunktwerte, erfolgen. Die Besserstellung der Hausärzte soll geordnet auf der Grundlage des vom Parlament verabschiedeten Bundesverfassungsartikels 117a "Medizinische Grundversorgung" erfolgen, vorausgesetzt, dass das Schweizer Stimmvolk diesem Artikel zustimmt.

2 Anhörungsverfahren

2.1 Adressaten

Mit Erstaunen und Befremden stellen wir fest, dass die fmCh, im Gegensatz zur FMH und anderen der FMH angeschlossenen Dachverbänden in der Liste der Anhörungsadressaten nicht aufgeführt ist. Wir haben Ihnen dies mit Schreiben vom 20. Dezember 2013 mitgeteilt und um eine entsprechende Ergänzung der Adressatenliste gebeten. Leider ist unser Schreiben bis zum heutigen Tag unbeantwortet geblieben¹. Die fmCh und deren Mitglieder sind mehr als jede andere Organisation von der Verordnung betroffen. Dies geht nicht zuletzt aus der Antwort hervor, die Sie auf Frage von Herrn Nationalrat Gmür im Rahmen der Fragestunde vom 2. Dezember 2013 gegeben haben:

„Ziel der tarifarischen Massnahmen ist es vielmehr, zu einem angemessenen Ausgleich der Einkommensunterschiede und der damit verbundenen Attraktivität der Fachdisziplinen beizutragen. Für einige Spezialisten wird die Massnahme also zu geringeren Einnahmen führen.“

Sinn und Zweck einer Anhörung bestehen nicht zuletzt darin, dass von einer Verordnung direkt betroffene Kreise Stellung nehmen können. Die Nicht-Aufführung der fmCh in der Liste der Anhörungsadressaten ist deshalb als Verfahrensfehler zu beurteilen. Sie bringt auch eine gewisse Geringschätzung gegenüber den Spezialisten und deren Bedeutung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zum Ausdruck.

2.2 Frist

Die Vernehmlassung wurde am 16. Dezember 2013 eröffnet. Die Antworten werden bis zum 3. Februar 2014 eingefordert. Diese Frist ist unseres Erachtens unverhältnismässig kurz. Abgesehen davon fällt sie mitten in die Zeit der Festtage. In unserem Schreiben vom 20. Dezember 2013 haben wir Sie um eine angemessene Fristverlängerung gebeten. Doch auch auf dieses Anliegen sind Sie bis zum heutigen Tag nicht eingetreten².

3 Rechtliche Voraussetzungen

Nach Artikel 43 Abs. 5bis KVG, in Kraft seit 1. Januar 2013 (AS 2012 4085; BBI 2011 7385 7393), kann „der Bundesrat Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien auf eine Revision nicht einigen können“. Damit der Bundesrat von dieser

¹Die vorliegende Stellungnahme wurde am 16. Januar 2014 verfasst. Das Antwortschreiben von Direktor Strupler, in welchem er einen Verfahrensfehler bestreitet und eine Fristverlängerung ohne Begründung ablehnt, ist erst am 20. Januar 2014 bei uns eingegangen.

²Hierzu gilt die gleiche Feststellung wie oben in Fussnote 1.

subsidiären Kompetenz Gebrauch machen kann, müssen beide Voraussetzungen erfüllt sein. Er muss einerseits nachweisen können, dass die Tarifstruktur nicht mehr sachgerecht ist. Andererseits muss feststehen, dass sich die Tarifpartner auf eine Revision nicht einigen können. Hierzu muss angefügt werden, dass selbstverständlich nur von einer gesetzeskonformen Revision die Rede sein kann, d.h. von einer Revision, welche den Anforderungen des KVG entspricht. Andere Revisionsmöglichkeiten existieren nicht.

Die fmCh bestreitet, dass diese beiden rechtlichen Voraussetzungen für Anpassungen an der Tarifstruktur erfüllt sind, und legt ihre Begründung nachfolgend dar.

3.1 Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur

Der Bundesrat hat die aktuell gültige Version 1.08 der Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen TARMED, die zwischen dem Branchenverband der Krankenversicherer santésuisse, H+ Die Spitäler der Schweiz und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH vereinbart wurde, am 15. Juni 2012 genehmigt. Damit hat er auch festgestellt, dass die Tarifstruktur sachgerecht ist und den Anforderungen des KVG entspricht. Andernfalls hätte er die Version 1.08 nicht genehmigen dürfen. Wenn der Bundesrat heute anderer Auffassung ist, so muss er darlegen, aufgrund welcher neuen Erkenntnisse er zu diesem Schluss gelangt. Liegen ihm aber keine neuen Erkenntnisse vor, so kann er die fehlende Sachgerechtigkeit nicht feststellen und ist nicht ermächtigt, von der subsidiären Kompetenz Gebrauch zu machen. Alternativ kann er feststellen, dass sein Entscheid vom 15. Juni 2012 fehlerhaft war, weil die Tarifstruktur schon damals nicht sachgerecht war. Doch auch in diesem Fall muss er darlegen, aufgrund welcher Erkenntnisse er den damaligen Entscheid rückblickend als fehlerhaft beurteilt. Ohne seine Erkenntnisse bekannt zu machen, kann der Bundesrat in keinem Fall nachvollziehbar begründen, wie durch die geplanten Massnahmen die Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur wiederhergestellt werden soll.

Im Kommentar zur Verordnung präsentiert der Bundesrat jedoch keine Erkenntnisse, sondern stellt lediglich Vermutungen an. So heisst es wörtlich (kursiv durch uns hervorgehoben):

„Die Datengrundlage, die zur Ermittlung der Tarifstruktur herangezogen wurden, *dürften* heute veraltet sein.“

Und weiter:

„Der medizinische und technische Fortschritt *dürfte* indessen zu Verschiebungen in der Struktur, d.h. einer veränderten Relation einzelner Leistungen zueinander geführt haben [...].“

Mit anderen Worten: der Bundesrat ist nicht in Lage, die fehlende Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur festzustellen, sondern kann höchstens vage Vermutungen anstellen. Dies gibt der Bundesrat auch mit überraschender Offenheit zu:

„Die dem Bundesrat zur Verfügung stehenden Daten erlauben es ihm nicht, auf Ebene der einzelnen Leistungspositionen differenzierte Eingriffe vorzunehmen.“

Daraus geht eindeutig hervor, dass die erste Voraussetzung für die subsidiäre Kompetenz nicht gegeben ist.

So unbestimmt, wie die Vermutungen des Bundesrates sind, fallen auch die geplanten Massnahmen aus. Es entbehrt nicht einer gewissen Komik, wenn im Kommentar zur Verordnung steht:

„Mit einer linearen Kürzung soll möglichst wenig in die Tarifstruktur eingegriffen werden.“

Dieser Satz entlarvt die Hilflosigkeit des geplanten Tarifeingriffs. Die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates sollte dazu dienen, die Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur wiederherzustellen, falls diese nicht mehr vorhanden ist, und nicht, zusätzliche Unschärfen zu verursachen, die später zu korrigieren sind. Dass der Bundesrat aber gerade dies beabsichtigt, geht wiederum aus dem Kommentar hervor:

„Die Tarifpartner sind dazu aufgefordert, die Daten zu liefern, welche es ermöglichen, die Umbewertungen im Rahmen einer Revision des TARMED oder im Rahmen eines erneuten Eingriffs des Bundesrates differenzierter vorzunehmen.“

Mit seinem Vorgehen führt der Bundesrat die gesetzliche Bestimmung von Artikel 43 Absatz 5bis KVG *ad absurdum*. Aus diesem Grund wirkt es wenig überzeugend, wenn im Kommentar behauptet wird, „dass der Bundesrat gerade so viel regelt wie für das Bestehen einer Struktur notwendig ist, um den Vorrang der Tarifautonomie so weit wie möglich zu berücksichtigen.“ Vielmehr gewinnt man den Eindruck, dass der Bundesrat den Tarmed endgültig zu verstaatlichen beabsichtigt. Sollte dies tatsächlich seine Absicht sein, sollte er dies offen deklarieren.

3.2 Uneinigkeit der Tarifpartner

Die Tarifpartner wurden im Rahmen des Masterplans aufgefordert, Vorschläge zur Besserstellung der Grundversorger im Umfang von 200 Millionen Franken zu erarbeiten. Als Rahmenbedingung wurde eine kostenneutrale Umsetzung durch eine Gegenfinanzierung innerhalb des Tarmed vorgegeben. Trotz intensiver Bemühungen konnten sich die Tarifpartner nicht auf einen gemeinsamen Vorschlag einigen. Sie haben dies dem Bundesrat mit Schreiben vom 23. September 2013 mitgeteilt. Der Bundesrat hat diese Antwort als Uneinigkeit der Tarifpartner im Sinn von Artikel 43 Absatz 5bis KVG interpretiert. Damit war aus seiner Sicht die zweite Voraussetzung zur Übernahme der subsidiären Kompetenz gegeben.

Die fmCh ist klar der Auffassung, dass der bundesrätliche Auftrag, eine Umverteilung im Umfang von 200 Millionen Franken innerhalb der Tarifstruktur TARMED

vorzunehmen, nicht mit den Bestimmungen des KVG in Einklang zu bringen ist. Eine Uneinigkeit der Tarifpartner über ein Vorgehen, das von vorneherein nicht auf gesetzeskonforme Art durchgeführt werden kann, darf aber mit einer Uneinigkeit im Sinn von Art. 43 Absatz 5bis KVG nicht gleichgesetzt werden. Warum sich die Tarifpartner überhaupt auf eine solche Übung eingelassen haben, statt sie mit Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen zurückzuweisen, ist nicht nachvollziehbar, für die Beurteilung des Verordnungsentwurfs aber unerheblich. Bestimmend ist vielmehr die Tatsache, dass sich Artikel 43 Abs. 5bis KVG einzig und allein auf eine Revision der Tarifstruktur im Sinn des KVG bezieht. Das KVG verlangt aber eine sachgerechte Tarifstruktur. Was man sich darunter vorzustellen hat, schreibt der Bundesrat in seinem Kommentar selbst:

„Eine Struktur kann dabei als sachgerecht bezeichnet werden, wenn sie auf einem kohärenten Tarifmodell beruht und sich auf betriebswirtschaftlich bemessenen Parametern abstützt [...].“

Damit standen die Tarifpartner vor der Aufgabe, zwei Vorgaben zu erfüllen, die widersprüchliche Zielsetzungen beinhalten. Die Forderung des KVG nach einer sachgerechten Tarifstruktur verlangt, dass jede einzelne der insgesamt 4500 Tarifpositionen des Tarmed nach den gleichen Prinzipien bemessen wird. Nur so kann die Kohärenz des Tarifwerks sichergestellt werden. Daraus folgt aber, dass jede Revision der Tarifstruktur notwendigerweise ein ergebnisoffener Prozess sein muss. Wenn hingegen von vorneherein festgelegt wird, welche Wirkung die Revision haben soll, in diesem Fall die Wirkung auf das Einkommen der Hausärzte, so kann dieser Prozess logischerweise nicht mehr als ergebnisoffen bezeichnet werden. Er ist dann im Gegenteil auf ein bestimmtes Ergebnis hin determiniert. Daraus ergibt sich, dass die Tarifpartner die Aufgabe des Bundesrates weder widerspruchsfrei noch gesetzeskonform lösen konnten. Dass die Tarifpartner tatsächlich auch keine gemeinsame Lösung fanden, ist nur die logische Konsequenz aus diesem Sachverhalt. Daraus darf aber nicht abgeleitet werden, die Tarifpartner hätten sich nicht darauf geeinigt, wie eine gesetzeskonforme Revision auszu- sehen habe. Diesen Schluss zu ziehen, wäre in hohem Masse unfair. Es liegt also keine Uneinigkeit der Tarifpartner über die gesetzeskonforme Revision der Tarifstruktur vor. Damit ist die zweite Voraussetzung für die subsidiäre Kompetenz ebenfalls nicht gegeben.

3.3 Schlussfolgerung

Aus 3.1. und 3.2. geht eindeutig hervor, dass keine der beiden Voraussetzungen für die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, Anpassungen an die Tarifstruktur vorzunehmen, gegeben ist. Für den geplanten Tarifeingriff fehlt somit die notwendige Rechtsgrundlage.

4 Eingriff rechtswidrig

4.1 Zuschlagsposition

Der Bundesrat plant, eine Zuschlagsposition von 11 Taxpunkten für die hausärztliche Konsultation einzuführen. Gemäss den Bestimmungen des KVG müsste er diese Massnahme mit betriebswirtschaftlichen Argumenten begründen. So müsste er konkret nachweisen, dass auf diese Weise die hausärztliche Tätigkeit sachgerechter abgebildet werde, als dies bisher der Fall war, und dass der Zuschlag von 11 Taxpunkten eine kostendeckende Fakturierung ermögliche. Diesen Nachweis erbringt der Bundesrat jedoch nicht. Die Massnahme wird vielmehr damit begründet, dass so für die Hausärzte ein zusätzliches Einkommen von insgesamt 200 Millionen Franken pro Jahr entstehen werde. Damit wird deutlich, dass der geplante Eingriff in die Tarifstruktur nicht dazu dient, die Sachgerechtigkeit derselben wiederherzustellen. Artikel 43 Abs. 5bis KVG, auf welchen der Bundesrat sich beruft, gestattet aber nur einen Eingriff, der diesem Zweck – und keinem anderen – dient. Mit der klaren Aussage, dass der Tarifeingriff zu einer substantiellen Verbesserung des hausärztlichen Einkommens führen soll, wird deutlich, dass der Bundesrat eine Subventionierung der Hausarztmedizin beabsichtigt. Eine solche eminent politische Absicht darf der Bundesrat selbstverständlich verfolgen. Doch kann er dazu die Tarifstruktur nicht heranziehen. Es bestehen andere Möglichkeiten, diese Absicht zu verfolgen, wie weiter unten ausgeführt wird. Anpassungen an die Tarifstruktur sind jedoch mit Sicherheit der falsche Weg. Der geplante Tarifeingriff ist, so wie er begründet wird, eindeutig nicht KVG-konform und damit rechtswidrig.

4.2 Kürzung der technischen Leistungen

Weiter plant der Bundesrat, eine lineare Kürzung der Taxpunkte der technischen Leistungen (TL) um 9,0 Prozent in folgenden Kapiteln des Tarmed vorzunehmen:

- 4 Haut, Weichteile
- 5 Zentrales und peripheres Nervensystem
- 8 Auge
- 15 Diagnostik und nichtchirurgische Therapie der unteren Atemwege inkl. Schlafdiagnostik
- 17 Diagnostik und nichtchirurgische Therapie von Herz und Gefässen
- 19 Diagnostik und nichtchirurgische Therapie des Gastrointestinaltraktes
- 21 Diagnostik und Therapie von Nieren und Harnwegen sowie der männlichen Genitalorgane
- 24 Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates
- 29 Schmerztherapie
- 31 Nuklearmedizin
- 32 Radioonkologie, Strahlentherapie
- 35 Operationssaal (OP), Aufwachraum, Tagesklinik
- 37 Klinische Pathologie (Autopsie, Histologie, Zytologie) und Rechtsmedizin

39 Bildgebende Verfahren

Gemäss Bestimmungen des KVG müsste der Bundesrat auch hier nachweisen, dass sämtliche gekürzten Leistungen in diesen Kapiteln um 9,0 Prozent überbewertet sind und dass durch die Kürzungen die Sachgerechtigkeit wiederhergestellt wird. Weiter müsste er nachweisen, dass die technischen Leistungen nur gerade in den aufgeführten Kapiteln nicht mehr sachgerecht bewertet, dass sie es aber in allen anderen Kapiteln weiterhin noch sind. Der Bundesrat ist jedoch nicht in der Lage, diese Nachweise zu erbringen. Dazu fehlen ihm die notwendigen Datengrundlagen. Doch selbst wenn ihm die nötigen Daten zur Verfügung stünden, grenzt die Wahrscheinlichkeit an 0,0 Prozent, dass er die Voraussetzungen für seinen geplanten Tarifeingriff nachweisen könnte. Dass nur Leistungen in bestimmten Kapiteln, diese aber ausnahmslos und exakt um 9,0 Prozent überbewertet sind, dass aber alle anderen Leistungen in allen anderen Kapiteln weiterhin sachgerecht sind, würde einem astrophysischen Sonderfall gleichkommen und ist nach vernünftigem Ermessen vollkommen unwahrscheinlich. Implizit gibt das der Bundesrat auch zu, wenn er in seinem Kommentar schreibt:

Diese lineare Kürzung von 9% der Taxpunkte der technischen Leistungen (TL) für Tarifpositionen von 14 Kapiteln versteht sich als Übergangsmassnahme bis zu einer Totalrevision des Tarifmodells.

Das KVG sieht jedoch die Möglichkeit von Übergangsmassnahmen, die rechtswidrige Anpassungen der Tarifstruktur tolerieren würden, nicht vor. Deshalb ist der geplante Tarifeingriff, auch was die Kürzungen betrifft, eindeutig rechtswidrig.

4.3 Auswahl der Tarmed-Kapitel

Schliesslich muss festgestellt werden, dass auch die Auswahl der Tarmed-Kapitel, deren Leistungen gekürzt werden sollen, nicht sachgerecht und deshalb ebenfalls gesetzeswidrig ist.

In den Jahren 2009 bis 2012 hat eine Volumensteigerung der Taxpunkte für ärztliche Leistungen (AL) und technische Leistungen (TL) stattgefunden. Der Volumenzuwachs war jedoch nicht in allen Tarmed-Kapiteln gleich stark. In einzelnen Kapiteln war er sogar negativ. Der Bundesrat hat nun aufgrund der unterschiedlichen Volumina eine absteigende Rangliste der Tarmed-Kapitel etabliert. Aus dieser Rangliste hat er die ersten 17 Kapitel ausgewählt, um hier Kürzungen der Taxpunkte der technischen Leistungen vorzunehmen. Damit will der Bundesrat „zu einer stärkeren Gewichtung der intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen“ beitragen.

An erster Stelle der Rangliste steht aber ausgerechnet das Kapitel 00. Das ist das Kapitel der Grundleistungen. Über dieses Kapitel rechnen die Hausärzte den überwiegenden Anteil ihrer Leistungen ab. Würde nun der Bundesrat die technischen Leistungen auch in diesem Kapitel um 9,0 Prozent kürzen, was nur konsequent

wäre, wären ausgerechnet die Hausärzte am stärksten benachteiligt. Weil der Bundesrat die Hausärzte aber nicht benachteiligen, sondern besserstellen will, hat er nicht etwa das Auswahlkriterium seiner Rangliste, das ganz offensichtlich widersinnig ist, revidiert, sondern einfach das Kapitel 00 aus seiner Rangliste entfernt. An dritter Stelle der Rangliste steht das Kapitel 02 Psychiatrie. Aber auch dieses Kapitel hat der Bundesrat nachträglich aus der Rangliste entfernt. Begründung: Leistungen in diesem Kapitel können als erweiterte Grundversorgung betrachtet werden. Es darf hier die Frage gestellt werden, warum die Psychiater dann nicht auch in den Genuss des Konsultationszuschlags von 11 Taxpunkten kommen. Eine Logik ist hier beim besten Willen nicht erkennbar.

Schliesslich ist auch das Kapitel 28 Anästhesie aus der Rangliste entfernt worden. Dieser Entscheid wird leider nicht weiter begründet und kann deshalb nicht näher beurteilt werden. Weiter ist anzumerken, dass das Kapitel 29 Schmerztherapie erst vor weniger als 2 Jahren grundsätzlich revidiert und per 1. Juni 2012 in Kraft gesetzt wurde. Dass in dieser kurzen Zeit schon konsistente und vergleichbare Daten vorliegen, die eine Kürzung zum jetzigen Zeitpunkt rechtfertigen, ist nicht sachgerecht.

Somit bleiben von den ursprünglich 17 ausgewählten Kapiteln noch 14 Kapitel übrig, in welchen die Taxpunkte der technischen Leistungen um 9,0 Prozent gekürzt werden sollen. Es ist offensichtlich, dass das Auswahlkriterium „Volumenzuwachs der Taxpunkte der technischen Leistungen“ nicht zweckmässig ist, das verfolgte Ziel einer stärkeren Gewichtung der intellektuellen Leistungen zu erreichen. Überdies führt es zu einer willkürlichen Auswahl von Leistungen. Damit wird die Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur nicht wiederhergestellt, sondern im Gegenteil stark gestört. Überdies wird so die ebenfalls vom Gesetz verlangte Kohärenz der Tarifstruktur verletzt. Aus diesen Gründen ergibt sich, dass die Auswahl der zu kürzenden Leistungen nicht gesetzeskonform ist.

4.4 Ungleichbehandlung von Hausärzten und Spitälern

Die vorgesehene Zuschlagsposition soll ausschliesslich für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis gelten. Dabei sind Spitäler und Kliniken explizit ausgeschlossen. Dies bedeutet eine Ungleichbehandlung, die nicht sachgerecht ist, da die Spitäler wichtige Grundversorgerleistungen erbringen. Der Vorschlag des Bundesrates ist ein Verstoß gegen den auch vom ihm mitgetragenen tarifpolitischen Grundsatz, dass gleiche Leistungen gleich abgegolten werden müssen, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung und von der Struktur der Leistungserbringer.

Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesem Problem verweisen wir auf die Stellungnahme von H+ Die Spitäler der Schweiz.

5 Eingriff nicht zweckmässig

Mit der vorliegenden Verordnung verfolgt der Bundesrat folgende Ziele:

- Besserstellung des Einkommens der Hausärzte um 200 Millionen Franken pro Jahr;
- Angleichung von Einkommensunterschieden;
- Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin;
- Mangel an Hausärzten begegnen;
- Aufwertung der intellektuellen ärztlichen Leistungen gegenüber den technisch-apparativen Leistungen.

5.1 Besserstellung um 200 Millionen Franken

Abgesehen davon, dass das Ziel einer Umverteilung von 200 Millionen Franken nicht gesetzeskonform ist, ist eine solche Vorgabe auch gesundheitsökonomisch und tariftechnisch betrachtet nicht sinnvoll. Das Erreichen dieses Ziels lässt sich mit der Einführung einer Zuschlagsposition alleine nicht garantieren. Es entspricht einer Budgetvorgabe, die letztlich nur mit einer Begrenzung des Leistungsvolumens eingehalten werden kann. Eine solche Begrenzung ist aber nicht vorgesehen. Es muss deshalb damit gerechnet werden, dass die Budgetvorgabe nicht eingehalten werden wird und die Hausärzte mehr als 200 Millionen Franken zusätzliches Einkommen generieren werden. In diesem Fall müsste in einem zweiten Schritt eine Korrektur am Preis, das heisst am Taxpunktwert vorgenommen werden. Eine Senkung des Taxpunktwertes würde aber sämtliche Ärzte bestrafen, d.h. sowohl die Hausärzte, die gefördert werden sollen, als auch die Spezialärzte, die bereits Kürzungen hinnehmen mussten. Es müsste also in einem dritten Schritt erneut eine Anpassung an der Tarifstruktur vorgenommen werden, um diese Fehlentwicklung zu korrigieren. Die Entstehung eines regulatorischen Teufelskreises ist somit programmiert. Im Ergebnis würde das Tarifsystem rasch unbrauchbar werden. Budgetvorgaben im Rahmen von Revisionen der Tarifstruktur sind deshalb grundsätzlich wie auch im vorliegenden konkreten Fall abzulehnen.

5.2 Angleichen von Einkommensunterschieden

Eine vom Büro Bass im Auftrag der FMH durchgeführte Studie über das AHV-pflichtige Einkommen von hauptberuflich im ambulanten oder im stationären Sektor tätigen Ärzten inklusive Belegärzten ist zu folgenden Ergebnissen gelangt³

Signifikant höheres Einkommen als die Vergleichskategorie Allgemeinmedizin:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| • Angiologie | • Kardiologie |
| • Dermatologie und Venerologie | • Medizinische Onkologie |
| • Gastroenterologie | • Neurochirurgie |
| • Gynäkologie | • Ophthalmologie |

³Künzi K, Strub S. Schweizerische Ärztezeitung 2012;93(38):1371–5.

- Oto-rhino-laryngologie
- Plastische Chirurgie
- Radiologie

Kein signifikanter Einkommensunterschied zur Vergleichskategorie Allgemeinmedizin:

- Allergologie / Immunologie
- Anästhesiologie
- Chirurgie
- Endokrinologie / Diabetologie
- Handchirurgie
- Intensivmedizin
- Nephrologie
- Neurologie
- Orthopädische Chirurgie
- Physikalische Medizin und Rehabilitation
- Pneumologie
- Rheumatologie
- Weitere chirurgische Hauptfachgebiete:
 - Herz- und thorakale Gefäßchirurgie
 - Kinderchirurgie
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Weitere nicht chirurgische Hauptfachgebiete:
 - Hämatologie
 - Infektiologie
 - Neuro-Pathologie
 - Tropen- und Reisemedizin
- Weitere Hauptfachgebiete:
 - Arbeitsmedizin
 - Klinische Pharmakologie
 - Nuklearmedizin
 - Pathologie
 - Pharmazeutische Medizin
 - Prävention und Gesundheitswesen
 - Radio-Onkologie / Strahlentherapie

Signifikant tieferes Einkommen als die Vergleichskategorie Allgemeinmedizin:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Praktischer Arzt

Das wichtigste Ziel, dass der Bundesrat mit dem geplanten Tarifeingriff verfolgt, ist die finanzielle Besserstellung der Hausärzte. Dies lässt den Eindruck entstehen, die Hausärzte befänden sich in der tiefsten Einkommensklasse der Ärzteschaft und wären gegenüber allen Spezialärzten finanziell stark benachteiligt. Wie die Aufstellung oben zeigt, entspricht diese Vorstellung aber nicht der Realität. Wohl zählen die Hausärzte nicht zu den Spitzenverdienern. Ihr Einkommen befindet sich aber auf dem gleichen Niveau wie die grosse Mehrheit der Spezialärzte. Das Einkommen der Vergleichskategorie Allgemeinmedizin ist beispielsweise nicht signifikant tiefer als die Hauptfachgebiete Chirurgie und Orthopädische Chirurgie.

Aufgrund dieser Erkenntnis empfiehlt es sich, die Notwendigkeit, mit welcher das Einkommen der Hausärzte zu verbessern versucht wird, wenn nicht zu bestreiten so doch wenigstens zu relativieren. Es besteht auf jeden Fall kein Grund anzunehmen, dass gewisse Spezialisten in der OKP aus dem Tarmed so überhöhte Erträge erwirtschaften, dass ein Verstoss gegen das Billigkeitsgebot (Art. 46 Abs. 6 KVG) als gesichert angesehen werden darf. Ausserdem zeigt der Ländervergleich,

dass Spezialisten in allen Ländern mehr verdienen. Laut Erhebungen des Bundesamtes für Gesundheit⁴ lag das schweizerische Durchschnittseinkommen der Grundversorger und der Spezialisten im Jahre 2004 gemäss einer OECD-Studie im Mittelfeld. Nur in Island und Tschechien waren die Unterschiede geringer als in der Schweiz. In allen anderen Ländern wies die OECD-Studie höhere Einkommensunterschiede zwischen Grundversorgern und Spezialisten nach. An der Spitze standen die Niederlande, wo die Spezialisten ein um den Faktor 2.4 höheres durchschnittliches Einkommen erzielten als die Grundversorger. Eine weitere Studie belegte, dass das durchschnittliche Einkommen der Schweizer Grundversorger im internationalen Vergleich kaufkraftbereinigt zu den höchsten zählt.

Somit stellt sich die nicht unerhebliche Frage, inwiefern ein kausaler Zusammenhang zwischen Einkommen und Nachwuchsmangel in der Hausarztmedizin überhaupt hergestellt werden kann. Wird die Frage bejaht, sollte sich der Bundesrat konsequenterweise Sorgen über einen allfälligen Nachwuchsmangel in den spezialärztlichen Disziplinen machen. Ein solcher Mangel wäre, was die medizinische Versorgung der Bevölkerung betrifft, besonders problematisch, da spezialärztliche Leistungen von niemandem ausser den Spezialärzten selbst erbracht und durch keine andere Berufsgruppe substituiert werden können.

Aufgrund der Einkommensstudie der FMH ist festzustellen, dass einzig die Psychiater ein gegenüber allen anderen Spezialärzten signifikant tieferes Einkommen erwirtschaften. Es stellt sich deshalb die Frage, warum nicht in erster Dringlichkeit das Einkommen der Psychiater an dasjenige der anderen Fachgruppen angeglichen werden soll. Diese Frage ist umso berechtigter, als der Bundesrat die Psychiatrie zur erweiterten Grundversorgung zählt und er gemäss Agenda Gesundheit2020 der Förderung der psychischen Gesundheit und der Verbesserung der Vorbeugung und Früherkennung psychischer Krankheiten eine hohe Bedeutung beimisst.

Weiter muss festgehalten werden, dass die zum Teil grossen Unterschiede zwischen Einkommen der Hausärzte und Einkommen einiger Spezialärzte nicht aus den Erträgen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), sondern aus Erträgen aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zustande kommen. Dies hat der Bundesrat in seiner Antwort auf die Frage von Nationalrat Mörgeli vom 9. Dezember 2013 implizit zugegeben:

„Die vorgesehenen Massnahmen im Bereich Tarmed wirken sich einzig auf die Einkommen der Spezialärzte im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus und dürften daher zu keiner Existenzgefährdung einzelner spezialärztlichen Praxen führen.“

Aufgrund dieser Tatsache muss der Versuch, die Einkommen von Hausärzten und Spezialärzten mit einer Umverteilung innerhalb des Tarmed, d.h. eines OKP-

⁴Bundesamt für Gesundheit. Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung. Bericht des Bundesrates; 26.10.2010. S. 25 ff., S. 30 ff.

Tarifs, anzugleichen, als nicht sachgerecht und nicht zweckmässig beurteilt werden. Eine zweckmässige Massnahme würde vielmehr darin bestehen, den Hausärzten den Zugang zur Fakturierung von zusatzversicherten Leistungen gemäss VVG zu ermöglichen.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass ein Teil der chirurgisch tätigen Ärzte, die Plastischen Chirurgen, einen relativ bedeutenden Teil seiner Einkünfte über Selbstzahler und nicht über Kassenpatienten generiert. Dies führt zu einer Verzerrung der Darstellung der Gesamteinkünfte. Die Tarifpositionen der Plastischen Chirurgie sind im stationären Bereich zum Teil sehr schlecht, aber auch ambulant im Tarmed nicht gerade rosig.

5.3 Aufwertung intellektueller Tätigkeit

Die Annahme, mit einer stärkeren Gewichtung der intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen würden die Grundversorger spezifisch besser gestellt, ist irrig. Selbstverständlich würde eine sachgerechte Aufwertung der intellektuellen Leistungen zu einer Besserstellung *sämtlicher* Fachrichtungen führen. Ärztliche Leistungen, die ohne intellektuelle Leistung erbracht werden können, gibt es nicht.

Exkurs: Die Forderung, die intellektuellen Leistungen seien besser zu stellen als die technischen Leistungen, weist zwei Mängel auf. Erstens ist nicht klar definiert, was als intellektuelle Leistung und was als technische Leistung zu gelten hat. Ist es intellektuell, wenn ein Hausarzt den Patienten, statt ihn zu untersuchen, zu einer MRI-Untersuchung schickt? Ist es eine technische Leistung, wenn der Spezialist dem Patienten das Bein bewegt und die Knie-Stabilität prüft? Zweitens sind die Hausärzte genau deshalb schlechter gestellt worden, weil technische Leistungen, die sie häufig erbringen, wie zum Beispiel das Praxislabor, abgewertet wurden, nota bene per Verordnung der zuständigen Bundesbehörde. Da aber viele Hausärzte auch im 21. Jahrhundert von technischen Leistungen profitieren, werden sie bestraft, wenn diese technischen Leistungen weiter gekürzt werden – ausser es werde das Gleichstellungsgebot verletzt und es würden willkürlich nur die technischen Leistungen der Spezialisten gekürzt. Warum aber soll ein Elektrokardiogramm (EKG) unterschiedlich bewertet werden, je nachdem ob es von einem Hausarzt oder von einem Kardiologen angefertigt wird? Es sei hier daran erinnert, dass das Gebot der Gleichbehandlung im gesamten Sozialversicherungsrecht sehr tief verankert ist. Würden nun willkürlich hausärztliche Konsultationen besser honoriert werden als spezialärztliche Konsultationen beim Spezialisten, wäre das Gleichbehandlungsprinzip verletzt.

Eine Aufwertung der Grundversorger müsste vielmehr dadurch erreicht werden, dass die Spezifität der hausärztlichen Leistungen in der Tarifstruktur korrekt abgebildet wird. Worin diese Spezifität besteht, haben Vertreter von „Hausärzte

Schweiz“, Herr Dr. Marc Müller und Frau Dr. Franziska Zogg, in einem Rundschreiben zuhanden der Delegiertenversammlung der FMH vom 21. März 2013 sehr schön beschrieben:

„Die Spezifität dieser Leistungen ergibt sich in erster Linie aus ihrem Kontext. Die fehlende Vorselektion der Patientinnen, Erstkontakte häufig in einem noch unspezifischen Frühstadium der Krankheit, die Breite der vorgebrachten Beschwerden und Erkrankungen im Rahmen einer Konsultation und im Verlauf über die Zeit führen zu einer nachgewiesenen höheren Komplexität der ärztlichen Arbeit und erfordern ausserdem unter anderem auch einen professionellen Umgang mit Unsicherheit, sowie Querdenken und Flexibilität. Eine weitere wichtige Rolle spielt die Betreuung über eine längere Zeit hinweg.“

Diese hausärztliche Grundversorger-Tätigkeit möglichst spezifisch abzubilden, ist der sicherste Weg, diese Tätigkeit nachhaltig aufzuwerten. Die Förderung der Hausarztmedizin sollte zum Ziel haben, für unser Gesundheitswesen essentielle Leistungen korrekt zu honorieren, und nicht, einen Strukturerthalt zu betreiben. Mit anderen Worten: nicht Hausärzte als Berufsgruppe, sondern hausärztliche Leistungen sollten gefördert werden.

Der vom Bundesrat geplante Konsultationszuschlag von 11 Taxpunkten ist kein geeignetes Mittel, die hausärztlichen Leistungen aufzuwerten. Beim Konsultationszuschlag handelt es sich weder um einen Zeit- noch um einen Leistungs-, sondern um einen reinen Volumentarif. Es wird also weder Zeit noch Leistung, sondern bloss die Anzahl Patienten vergütet.

6 Negative Auswirkungen auf Versicherte und Patienten

6.1 Praxispauschale

Der Konsultationszuschlag von 11 Taxpunkten für hausärztliche Leistungen entspricht je nach kantonalem Taxpunktwert einer Praxispauschale von 8.80 (Kanton Zug) bis 10.70 Franken (Kanton Jura). Da sich die Versicherten an den Kosten für ärztliche Leistungen mit der sogenannten Franchise sowie einem zusätzlichen Selbstbehalt von 10 Prozent beteiligen müssen, ist offensichtlich, dass die Versicherten die Hauptlast der vom Bundesrat gewollten Besserstellung der Hausärzte tragen müssen. Die Versicherungen werden nur einen Bruchteil davon zu finanzieren haben. Dagegen werden die Versicherungen durch die Kürzungen der spezialärztlichen Leistungen sofort entlastet. Mit dem geplanten Tarifeingriff werden demnach nicht nur die Hausärzte, sondern vor allem auch die Krankenversicherungen besser gestellt.

Eine solchermassen erreichte finanzielle Besserstellung der Hausärzte entspricht einer künstlichen Verteuerung der hausärztlichen Konsultation. Für die zusätz-

lich zu bezahlende Praxispauschale erhält der Patient nicht den geringsten Zusatznutzen. Es ist anzunehmen, dass das Image der Hausärzte, die sich gerne als Garanten einer kostengünstigen Versorgung anpreisen, darunter leiden wird. Die Praxispauschale könnte sich durchaus als Anreiz erweisen, den Hausarzt im Zweifelsfall *nicht* zu konsultieren. Dadurch würde aber die tarifliche Besserstellung der Hausärzte sicher zu einem grossen Teil zunichte gemacht. Die Praxispauschale ist im Ergebnis kein zweckmässiges und nachhaltiges Mittel, die Hausärzte besserzustellen.

6.2 Verlagerung in den stationären Sektor

Es ist anzunehmen, dass spezialärztliche Leistungen, die aufgrund der tariflichen Kürzung ambulant nicht mehr kostendeckend erbracht werden können, entweder stationär oder gar nicht mehr durchgeführt werden. Spezialärzte können jedenfalls nicht dazu gezwungen werden, mit Verlust zu arbeiten. Dies wird zu grösseren Warteschlangen führen, was einer bestimmten Form von Rationierung gleichkommt. Die Rückverlagerung von bisher ambulant erbrachten Leistungen in den stationären Sektor wird die Gesamtkosten der medizinischen Versorgung ansteigen lassen. Ausserdem wird der Trend, Eingriffe ambulant durchzuführen, gebremst oder sogar umgekehrt. Dies würde dem medizinischen Fortschritt diametral entgegenlaufen und die Qualität der Versorgung empfindlich herabsetzen. Die Besserstellung der Grundversorger sollte aber zu einer Verbesserung, und nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung führen. Dies würde aber mit dem geplanten Eingriff riskiert werden. Aus diesem Grund ist der geplante Tarifeingriff nicht zweckmässig.

7 Negative Auswirkungen auf Tarifautonomie und Qualität der Tarifsysteme

7.1 Tarifautonomie

Die Tarifautonomie ist ein wichtiges und bewährtes Element unseres Gesundheitswesens. Durch den geplanten Eingriff wird diese Institution empfindlich geschwächt. Der Anreiz der Tarifpartner, sich auf gemeinsame Lösungen zu einigen, fällt weg, wenn sich der Bundesrat zur Gewohnheit macht, politische motivierte Massnahmen an den Tarifpartnern vorbei und mit dem – falschen – Instrument der Tarifrevision durchzusetzen. Dieser schädlichen Entwicklung gilt es vorzubeugen.

7.2 Gefahr für andere Tarifstrukturen

Der geplante Eingriff in die Tarifstruktur des OKP-Tarifs Tarmed könnte, wenn er so wie geplant umgesetzt würde, zum Vorbild für ähnlich geartete, das heisst politisch motivierte und nicht sachgerechte Eingriffe in die Struktur anderer OKP-Tarife herangezogen werden. Die wichtigste OKP-Tarifstruktur im stationären

Bereich ist der von der SwissDRG AG hergestellte und jährlich aktualisierte Fallgruppenkatalog für akut-somatische Hospitalisationen. Der Fallgruppenkatalog ist ein Musterbeispiel einer lernenden, regelbasierten und datengetriebenen Tarifstruktur. Dieser Fakt ist dem Umstand geschuldet, dass die Entwicklung des SwissDRG-Tarifsystems bisher von politischen Einflüssen weitgehend freigehalten werden konnte. Wenn es aber Schule macht, dass mit gezieltem Lobbying Einfluss auf eine Tarifstruktur genommen werden kann, wird es nicht lange dauern, bis einzelne Spitäler diesem Beispiel nacheifern werden und spezifische Fallgruppen für einzelne Spitalkategorien einfordern werden. Diese Spitäler würden wohl auch politisches Gehör finden. Dies würde aber das Ende der Neuen Spitalfinanzierung, der wichtigsten Reform im Gesundheitswesen seit Einführung des KVG, bedeuten. Um solchen Entwicklungen vorzubeugen, ist es entscheidend, dass politisch motivierte, aber nicht sachgerechte und damit gesetzeswidrige Tarifeingriffe, wie sie mit der vorliegenden Verordnung geplant sind, dezidiert abgelehnt werden.

8 Negative Diskriminierung der Spezialärzte

Aufgrund des Kommentars zum Verordnungsentwurf, aufgrund der Antworten, die der Bundesrat im Rahmen der Fragestunde des Parlaments gegeben hat, und aufgrund der Tatsache, dass die fmCh nicht auf der Liste der Anhörungsadressaten steht und dass ihre Forderung nach einer Fristverlängerung nicht beantwortet wurde, entsteht der Eindruck, dass der Bundesrat die Bedeutung der spezialärztlichen Leistungen bei der Versorgung der Bevölkerung nicht in ihrem vollen Ausmass erkannt haben könnte.

Eine tendenziöse Aussage wie

„Um die intellektuellen ärztlichen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen stärker zu gewichten und dadurch die Grundversorger besser zu stellen, [...].“

kann sogar als eine negative diskriminierende Haltung gegenüber den Spezialärzten interpretiert werden. Es kann jedoch nicht die Aufgabe des Bundesrates sein, einzelne Berufsgruppen auf Kosten anderer, die dadurch diskriminiert würden, zu fördern. Spezialärzte verlangen für sich keine Privilegien; sie sehen sich aber durchaus im Recht, Diskriminierungen ihrer Berufsgruppe dezidiert abzulehnen.

9 Was zu tun wäre

9.1 Gesamtrevision des Tarifs

Der einzig gangbare Weg, die spezifischen hausärztlichen Leistungen in der Tarifstruktur korrekt abzubilden und dabei die Vorgaben des KVG bezüglich Sachgerechtigkeit und Kohärenz der Tarifstruktur einzuhalten, besteht darin, sämtliche

4500 Positionen des Tarmed nach einheitlichen betriebswirtschaftlichen Kriterien zu revidieren und für die Hausärzte ein eigenes Kapitel zu schaffen. Auf dieses Vorgehen haben sich FMH und fmCh als erste im Jahr 2011 geeinigt. Sie haben dies in der Charta Tarvision⁵ festgehalten (siehe Beilage). Die allermeisten Fachgesellschaften sind diesem Beispiel gefolgt und haben die Charta Tarvision unterschrieben. Damit wird deutlich, dass den Anliegen der Hausärzte keine leeren Versprechungen, sondern verlässliche und überprüfbare Aussagen gegenüberstehen. Dieser Einsicht haben sich auch H+ und MTK angeschlossen, welche nach gegenwärtigem Stand des Wissens bereit sind, an der Tarvision mitzuwirken. Da die Prinzipien der Tariffreivision im KVG festgehalten sind und im Bereich der stationären OKP-Tarifstruktur routinemässig angewandt werden, darf damit gerechnet werden, dass sich auch die Krankenversicherer diesem Vorgehen anschliessen werden. Der Bundesrat ist deshalb gut beraten, diesen Prozess zu unterstützen. Auf übereilte, nicht fundierte Tarifeingriffe, die diesen Prozess stören, sollte er stattdessen verzichten.

9.2 Subvention über Preise

Selbstverständlich darf der Bundesrat die Hausarztmedizin finanziell unterstützen, wenn dies sein politischer Wille ist. Die fmCh bekämpft nicht diesen Willen, sondern dass zur Umsetzung dieses Willens das Instrument der Tariffreivision eingesetzt werden soll. Das wäre mit Sicherheit das falsche Instrument. Eine Tarifstruktur ist dazu da, das ärztliche Leistungsgeschehen aktuell und differenziert abzubilden, sachgerecht eben. Für Umverteilungen und Subventionen ist der Tarmed nicht gemacht worden. Die Tarifstruktur ist auch nicht der Preis. Der Preis ist der Taxpunktwert. Wie alle Preise wird auch der Taxpunktwert verhandelt. Die Verhandlungsparteien sind die Tarifpartner. Die Verhandlung des Taxpunktwertes ist aus ordnungspolitischer Sicht der richtige Ort, um Aspekte der Vergütung, die in der Tarifstruktur nicht berücksichtigt werden können, einzubringen. Eine politisch gewollte Subventionierung, wie sie nun in bezug auf die Hausarztmedizin vorliegt, muss über diese Verhandlungen in den Taxpunktwert einfließen. Dies ist nichts aussergewöhnliches, sondern der Regelfall. Andere Berufsgruppen und Branchen werden in der Regel auch über den Preis subventioniert.

9.3 Gegenvorschlag zur Hausarztinitiative

Das Parlament hat einen Gegenentwurf zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ verabschiedet. Da die Hausärzte in der Zwischenzeit ihre Initiative zurückgezogen haben, wird der neue Verfassungsartikel 117a „Medizinische Grundversorgung“ alleine zur Abstimmung kommen. Artikel 117a Absatz 2bis BV lautet: „Der Bund erlässt Vorschriften über die angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin“. Auf diesem Hintergrund ist es nicht verständlich, warum der Bundesrat das Resultat der Abstimmung nicht abwartet und, bei einer Annahme des neuen Verfassungsartikels, eine geordnete und gesetzeskonforme Um-

⁵siehe www.fmch.ch → Dossiers → Tarmed ([Hyperlink](#))

setzung desselben in Angriff zu nehmen beabsichtigt. Damit würde die finanzielle Besserstellung der Hausärzte auf eine wesentlich solidere Grundlage gestellt werden. Der vorliegende Verordnungsentwurf ist im Gegensatz dazu eine übereilte, unausgereifte Hauruckübung, die in einem gewissen Sinn das Parlament desavouiert. Auch aus diesem Grund ist der Verordnungsentwurf abzulehnen.

10 Schlussfolgerung

In der vorliegenden Stellungnahme haben wir den Nachweis erbracht, dass die rechtlichen Voraussetzungen für die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates nicht erfüllt sind. Der Bundesrat ist nicht in der Lage, die fehlende Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur nachzuweisen, und es liegt keine Uneinigkeit der Tarifpartner im Sinn von Art. 43 Abs. 5bis KVG vor.

Weiter haben wir nachgewiesen, dass der geplante Tarifeingriff rechtswidrig ist. Sowohl die Zuschlagsposition als auch die linearen Kürzungen sind nicht sachgerecht und damit nicht gesetzeskonform. Ausserdem ist die Auswahl der zu kürzenden technischen Leistungen willkürlich und ebenfalls nicht sachgerecht.

Wir haben dargelegt, warum die Ziele des Bundesrates mit dem geplanten Eingriff nicht zweckmässig erreicht werden können. Weiter haben wir auf die gravierenden Nachteile für Versicherte und Patienten hingewiesen. Wir halten den geplanten Tarifeingriff für gefährlich für die Tarifautonomie und die Qualität anderer Tarifstrukturen. Schliesslich bedauern wir, dass der vorliegende Verordnungsentwurf eine negative diskriminierende Haltung gegenüber den Spezialärzten zum Ausdruck bringt.

Aus all diesen Gründen lehnt die fmCh den Verordnungsentwurf ab.

Die fmCh empfiehlt dem Bundesrat, auf seine subsidiäre Kompetenz zu verzichten und die Tarifstruktur in die Hände der Tarifpartner zur gesetzeskonformen Gesamtrevision zurückzugeben. Eine vom Bundesrat politisch gewollte Subventionierung der Hausärzte soll nicht über das Instrument der Tarifrevision, sondern über die Preise, das heisst über die Taxpunktwerte erfolgen. Die Besserstellung der Hausärzte soll geordnet auf der Grundlage des vom Parlament verabschiedeten Bundesverfassungsartikels 117a "Medizinische Grundversorgung" erfolgen, vorausgesetzt, dass das Schweizer Stimmvolk diesem Artikel zustimmt.

Kontaktadresse:

Prof. Dr. med. Urban Laffer, Präsident
Dr. med. Markus Trutmann, Generalsekretär
fmCh
Bahnhofstrasse 20/22
CH-2502 Biel / Bienne
Tel.: 032 329 50 00
Fax: 032 329 50 01
E-Mail: sekretariat@fmch.ch



A Beilage: Charta Tarvision

Siehe auch: www.fmch.ch → Dossiers → Tarmed ([Hyperlink](#))

