



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Ort, Datum Bern, 6. Februar 2014
Ansprechpartner/in Martin Bienlein

Direktwahl 031 335 11 13
E-Mail martin.bienlein@hplus.ch

Anhörungsantwort der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 16. Dezember 2013 lud uns das Eidgenössische Departement des Innern EDI ein, uns zum Entwurf der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung zu äussern. Wir danken Ihnen bestens für diese Möglichkeit. Unsere Anhörungsantwort beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern.

Nach Art. 43 Abs. 5bis KVG kann der Bundesrat Anpassungen an Tarifstrukturen vornehmen, wenn sich diese nicht mehr als sachgerecht erweisen und sich die Tarifpartner nicht auf eine Revision einigen können. Gemäss vorliegendem Vorschlag wird diese Gesetzesnorm nun angewendet, um über eine neue Zuschlagsposition die Leistungserbringergruppen Allgemeine Medizin, praktischer Arzt, Kinder- und Jugendmedizin in der Arztpraxis höher zu entschädigen. Diese politische Massnahme soll dadurch finanziert werden, dass die Taxpunkte der technischen Leistungen für Tarifpositionen von 14 Kapiteln linear um 9% abgesenkt werden.

Nach Abwägung aller Argumente fordert H+ den Bundesrat auf, keine Verordnung zu erlassen.

H+ ist bestürzt darüber, dass jegliche betriebswirtschaftliche Berechnungen zu den Vorschlägen im Verordnungsentwurf fehlen.

Die Spitäler und Kliniken sind stark verärgert, vor allem über die rechtliche Diskriminierung und die damit verbundene Abwertung ihrer Arbeit.

H+ bestreitet, dass die Bedingungen erfüllt sind, die den Bundesrat ermächtigen die subsidiäre Kompetenz zur Tarifrevision nach Art. 43 Abs. 5bis KVG in Anspruch zu nehmen. Es kann sogar von einem Missbrauch dieser Kompetenz gesprochen werden.

Der Verordnungsentwurf widerspricht der Verfassung und den Anforderungen an Tarife gemäss KVG. H+ verlangt eine verfassungs- und gesetzeskonforme Umsetzung der subsidiären Kompetenz des Bundesrates zur Tarifrevision. Namentlich einzuhalten und zu beweisen sind die Rechtsgleichheit, die betriebswirtschaftliche Bemessung, die sachgerechte Struktur, die Wirtschaftlichkeit, die Billigkeit sowohl der Begründungen als auch der vorgeschlagenen Massnahmen. Prozessual ist eine subsidiäre Kompetenz in eine Departementsverfügung zu fassen.

Ausserdem orten wir diverse Probleme in der Umsetzung.

H+ empfiehlt zusammenfassend:

1. Der Bundesrat soll auf den Entwurf verzichten, die Hausärztinnen und -ärzte über Art. 43, Abs. 5bis KVG besserzustellen. Der Bundesrat selbst hat in seiner Stellungnahme zu diesem Artikel versprochen, dass er die neue Kompetenz nicht dazu gebrauchen würde, um einzelne Leistungserbringergruppen zu fördern.
2. Sollte der Bundesrat an der subsidiären Kompetenz festhalten, dann:
 - muss er die Uneinigkeit der Tarifpartner besser in Erfahrung bringen. Worüber sind sich die Tarifpartner uneinig? Hat die Uneinigkeit mit einer erwiesenen nicht mehr sachgerechten Tarifstruktur zu tun?
 - muss er sich an die Verfassungsmässigkeit der vorgesehenen Massnahmen halten, namentlich an die Rechtsgleichheit. In casu: Wird die Rechtsgleichheit eingehalten zwischen den gleichen Leistungen, die eine Hausärztin oder ein Hausarzt erbringt, und jenen, die in einem Spital oder einer Klinik erbracht werden?
 - muss er die sachgerechte, betriebswirtschaftliche, billige und wirtschaftliche Notwendigkeit eines Eingriffes mit Fakten nachweisen und begründen. In casu: Welches sind die Tarifstrukturen und Positionen, die nicht mehr sachgerecht sind? Wieviel verdienen die Hausärztinnen und -ärzte zu wenig? Ist das Einkommen der Hausärztinnen und Hausärzte, wie es der bestehende Tarif vorsieht, billigerweise nicht mehr hinzunehmen? Welche technischen Leistungen sind nicht mehr sachgerecht und müssen vor der bereits laufenden Gesamtrevision angepasst werden?
 - muss er die Anforderungen an Tarife gemäss KVG, namentlich die Sachgerechtigkeit, die Betriebswirtschaftlichkeit, die Billigkeit und die Wirtschaftlichkeit, wie sie unten ausgeführt sind, für die vorgesehenen Massnahmen berücksichtigen. In casu: Welches ist das sachgerechte Einkommen einer Hausärztin oder eines Hausarztes? Welche Massnahmen führen zu einer sachgerechten Bemessung, zu einer betriebswirtschaftlichen Tarifstruktur und zu einer wirtschaftlichen Leistungserbringung? Wie hoch sind sachgerechte und betriebswirtschaftlich berechnete Abzüge je Tarifposition?
 - führt er die Aufwertung der Grundversorgungsleistungen ohne Kompensationsmassnahmen durch, da diese gesetzlich nicht gefordert sind.
 - beauftragt der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Inneren, gemäss Art. 47, Abs. 6 RVOG, eine Verfügung zur Umsetzung der subsidiären Kompetenz nach Art. 43, Abs. 5bis KVG zu erlassen.
3. Das BAG beobachtet das laufende Projekt einiger Tarifpartner zur Gesamtrevision. Dieses Revisionsprojekt hat das gleiche Ziel wie der Bundesrat, nämlich die Aktualisierung und Gleichstellung der ärztlichen Leistungen.
4. Das BAG kann den Tarifpartnern zur Erfüllung des Berichts und der Empfehlungen der Eidgenössischen Finanzkontrolle EFK vom November 2010 zum TARMED weitere Grundsätze und konkrete Ziele und Themen für die Revision vorgeben.
5. Sollte der Bundesrat sowohl an der Besserstellung der Hausärztinnen und -ärzte als auch an einer für die Krankenversicherung neutralen Umsetzung festhalten, soll er prüfen, welche alternativen Einsparungsmöglichkeiten bestehen, z.B. durch eine Verpflichtung der Hausärztinnen und -ärzte zur Verschreibung bzw. Abgabe von Generika (Einsparpotential von CHF 250 Mio. gemäss Bericht OBSAN vom 19.11.2013) oder durch ein Benchmarking bei den Verwaltungskosten der Versicherungen.
6. Der Bundesrat muss sicherstellen, wie die revidierte Tarifstruktur angewandt (Ausweis auf Rechnung) und von den sozialen Krankenversicherungen überprüft werden kann.
7. Die Verordnung soll korrekterweise als Übergangslösung befristet werden.

1. Generelle Bemerkungen

Der Bund verfügt gegenwärtig über keine Rechtsgrundlage, das Einkommen von Hausärztinnen und Hausärzten in freier Praxis zu steuern, weder im KVG noch ausserhalb. Es besteht zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Schweiz auch keine Notsituation, namentlich keine Unterversorgung in der medizinischen Grundversorgung. Zwar ist es richtig, dass einige ländliche Regionen weniger Hausärztinnen und Hausärzte haben als früher. Ob dies an den ärztlichen Einkommen liegt oder an der veränderten Ärztedemografie (ungenügenden Anzahl Studienplätze, Feminisierung des Berufs, Bedürfnis nach geregelten Arbeitszeiten statt Verfügbarkeit rund um die Uhr, Gruppen- statt Einzelpraxen, etc.), ist aber nicht geklärt.

In jedem Fall bleibt die Notfallversorgung an Abenden, in der Nacht, an Wochenenden und an Feiertagen gewährleistet. Hier springen die Spitäler und Kliniken ein, vor allem die öffentlichen Spitäler mit einem Leistungsauftrag in der Notfallmedizin. Oft wird die Notfallversorgung gemeinsam mit den Hausärztinnen und Hausärzten beim Spitalnotfall angeboten. Dies ist unter anderem ein Grund, warum dort die ambulanten KVG-Leistungen ansteigen.

Der Bundesrat besitzt im Rahmen des Art. 43, Abs. 5bis KVG seit dem 1. Januar 2013 eine subsidiäre Kompetenz, in bestehende Tarife einzugreifen (Tarifrevision). Damit hat er zwar indirekt die Möglichkeit, auf Einkommen von einzelnen Leistungserbringergruppen einzuwirken. Zweck des Artikels ist aber eine Tarifrevision, wenn sich eine Tarifstruktur nicht mehr als sachgerecht erweist, nicht die normative Besserstellung einzelner Leistungserbringer. Zudem hätte der Bundesrat die Möglichkeit, hierzu konkrete Vorgaben zu machen statt selbst einzugreifen.

H+ ist überzeugt, dass es für die im Kommentar zum Verordnungsentwurf genannten Ziele Alternativen zu den Vorschlägen gegeben hätte, selbst innerhalb der subsidiären Kompetenz und innerhalb des TARMED. Sowohl die EFK als auch die Tarifpartner haben dem BAG genügend Hinweise geliefert, um diese Ziele zu erreichen. Der Entwurf deutet aber in keiner Weise an, welche Alternativen evaluiert wurden.

H+ kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass der vorliegende Entwurf die Komplexität des TARMED-Tarifs verkennt.

2. Eingeschränkter Geltungsbereich der subsidiären Kompetenz des Bundesrates

Rein politisch motivierte Interventionen oder punktuelle Eingriffe, zum Beispiel zur Begünstigung einzelner Fachrichtungen hat der Gesetzgeber nicht autorisiert. In seiner Stellungnahme zum Bericht der SGK-N zur parlamentarischen Initiative 11.429 folgte der Bundesrat (BBI 2011 7396) dem Parlament (BBI 2011 7388) und äusserte sich dahingehend, „*dass er von seiner neuen Kompetenz nicht einzig mit dem Ziel Gebrauch machen kann (...) einen Leistungserbringertypen zu fördern.*“ Genau dies sieht jetzt der Verordnungsentwurf vor (Seite 3). Hielte der Bundesrat an der subsidiären Kompetenz zur Besserstellung der Hausärztinnen und -ärzte fest, würde er somit dieser Aussage widersprechen.

Art. 43, Abs. 5bis KVG ist keine Basis zur Besserstellung der Hausärztinnen und -ärzte zulasten anderer Leistungserbringer. Und auch sonst besteht unseres Wissens keine Rechtsgrundlage zum Zwecke einer Umverteilung in Tarifstrukturen.

3. Prinzipien zur Anwendung der subsidiären Kompetenz

Aus den Materialien der Gesetzgebung und der bisherigen Praxis lassen sich Prinzipien zur Anwendung der subsidiären Kompetenz des Bundesrates für Tarifrevisionen festhalten.

3.1. Sorgfalt und Sachkompetenz

Das Parlament erwartete vom Bundesrat, dass dieser seine neue Kompetenz „*mit grösster Sorgfalt und Sachbezogenheit ausübt*“ (Gilli, Grüne, SG, AB 2011 N 1673).

Das Parlament ging bei der Gesetzgebung (Bericht der SGK-N, BBI 2011 7389) davon aus, dass der Bundesrat sich das Fachwissen erst besorgen müsse. „*Der Bund müsste im Bereich der Tarifierung aktiver werden und wahrscheinlich seine Fachkompetenz in diesem Bereich*

ausbauen. Diese Anstrengungen werden jedoch namentlich von den folgenden Faktoren abhängen: von der Notwendigkeit einer Intervention, von der Zahl der betroffenen Tarifstrukturen, von deren Komplexitätsgrad sowie vom Umfang der Anpassungen, die notwendig sind, um die Strukturen erneut sachgerecht zu gestalten.“

H+ vermisst im Entwurf beides, die Sorgfalt und die Sachkompetenz, wie noch im Detail gezeigt wird. Den vorgeschlagenen Strukturen dürfte es daher an Sachgerechtigkeit fehlen.

3.2. Ziele

Mit der subsidiären Kompetenz wollte das Parlament „Fortschritte erzielen“. Im Nationalrat: „L'adaptation du Tarmed ne tient pas compte de l'évolution des techniques médicales.“ Im Weiteren: „L'équité et le respect du principe d'économicité. Sur ce point, nous attendons des contre-propositions de la part du Conseil fédéral.“ Und schliesslich: „Certains nouveaux traitements ou diagnostics ne sont pas enregistrés dans le Tarmed, qui ne connaît pas de réévaluation des positions tarifaires pour lesquelles la pratique a évolué, grâce aux progrès techniques“ (Carobio AB 2011 N 1672). So auch im Ständerat (Gutzwiler AB 2011 S 1104) „In diesem Bericht (der EFK, Anmerkung H+) wurden zahlreiche Schwachstellen aufgezeigt, beispielsweise heisst es da, dass die Vergütung bestimmter Leistungen nicht unter Berücksichtigung des technischen Fortschritts neu beurteilt werde, dass gewisse neue Behandlungsmethoden nicht in den Tarif aufgenommen würden usw.“

Es ging dem Parlament also um Leistungen und nicht um die Besserstellung einzelner Berufsgruppen respektive Leistungserbringergruppen, beispielsweise der Hausärztinnen und -ärzte.

3.3. Rechtsprinzipien

Art. 43 Abs. 5bis KVG enthält keine Kompetenz für den Bundesrat, von den tarifrechtlichen Vorgaben des KVG und von den Rechtsgrundsätzen der Bundesverfassung abzuweichen, zum Beispiel dem Verhältnismässigkeitsprinzip oder dem Rechtsgleichheitsgebot.

3.4. Rechtliche Anforderungen

H+ stimmt überein mit den genannten Anforderungen von Art. 43, Abs. 4 KVG betriebswirtschaftliche Bemessung und sachgerechte Tarifstruktur, sowie Art. 46, Abs. 4 Wirtschaftlichkeit und Billigkeit. Sie werden auch im Bericht des Parlaments (BBI 2011 7385ff.) und der Stellungnahme des Bundesrates (BBI 2011 7393ff.) genannt. Die Kostenneutralität gemäss Art. 59c KVV gilt bei einem Wechsel des Tarifmodells und nicht bei jeder Tarifikalisierung.

Für die Inanspruchnahme der subsidiären Kompetenz spielt es auch keine Rolle, dass die Initiantinnen und Initianten ihre Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ zurückgezogen haben und weshalb. Selbst im Fall, dass die Volksinitiative von Volk und Ständen angenommen worden wäre, hätten Eingriffe zur Besserstellung der Hausärztinnen und -ärzte dem übrigen Recht entsprechen müssen, d.h. den Prinzipien einer Tarifrevision und -genehmigung (Art. 43ff KVG). Analog wird dies im Fall der komplementärmedizinischen Leistungen gehandhabt, die trotz der Verfassungsnorm Art. 118a, welche auch aus einer Volksinitiative hervorgegangen ist, weiterhin der Überprüfung der WZW-Kriterien des KVG unterzogen werden.

Für H+ muss die fehlende Sachgerechtigkeit einer Tarifstruktur betriebswirtschaftlich bemessen und in Zahlen belegt werden.

3.5. Zwischenfazit

Der Entwurf widerspricht der bisherigen Haltung des Bundesrates und der hier dargelegten Position von H+, nämlich dass die subsidiäre Kompetenz rechtlich nicht zulässig ist, um gezielt eine Leistungserbringergruppe besser zu stellen.

Der Entwurf erwähnt die oben dargelegten Anforderungen aus Art. 43 und 46 KVG sowie Art. 59c KVV. Somit sind sich H+ und der Bundesrat einig, was die Prinzipien der Verfassungs- und Gesetzesmässigkeit betrifft. Der Entwurf verletzt aber genau diese Rechtsprinzipien.

Damit der Bundesrat seine subsidiäre Kompetenz zur Tarifrevision ausüben kann, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein. Erstens müssen sich die Tarifpartner auf eine Revision nicht einigen können. Zweitens muss sich die Tarifstruktur als nicht mehr sachgerecht erweisen. Der Entwurf begründet das Eingriffsrecht damit, dass die Tarifpartner sich nicht auf eine Revision einigen konnten und damit, dass das Taxpunktvolumen zugenommen hätte (Kommentar Seiten 3 und 6).

H+ wird im Folgenden zeigen, dass beide notwendigen Bedingungen nicht erfüllt sind.

4. Uneinigkeit der Tarifpartner über was?

Der Kommentar zur Verordnung (Seite 3) hält fest, dass *„sich im Bereich TARMED trotz intensiver Diskussionen keine Einigung zwischen den Tarifpartnern abzeichnete“*. Beweise enthält der Entwurf nicht, und das zuständige Bundesamt hat es versäumt die TARRED Suisse anzufragen, ob entsprechende Anträge gestellt, diskutiert und verworfen worden sind.

Die Tarifpartner sind sich uneinig bei der sogenannten Gegenfinanzierung bzw. der Einhaltung der Kostenneutralität bei einer Tarifierfassung. Nach Ansicht des Bundesrates (BBl 2011 7396) könnte seine neue Kompetenz auch zu mehr Taxpunkten führen. Damit negiert der Bundesrat die Anwendung der Kostenneutralität im Falle der subsidiären Kompetenz. Es ist für die Prüfung der Inanspruchnahme der subsidiären Kompetenz also irrelevant, ob die Tarifpartner sich über die Anwendbarkeit der Kostenneutralität uneinig waren.

Die Tarifpartner sind sich einig, dass die Bewertung der intellektuellen medizinischen Leistungen angepasst werden muss, dass es aber für eine solche Revision keine sachliche Dringlichkeit gibt, namentlich keine Unterversorgung.

Zurzeit arbeiten die Tarifpartner an einer Gesamtrevision von TARMED. Diese beinhaltet unter anderem eine Gleichbehandlung gleicher ärztlicher Tätigkeiten. Das Projekt ist sehr umfassend, komplex und langwierig. Es umfasst eine Gleichbewertung der ärztlichen Leistungen und damit der intellektuellen Fähigkeiten, wie von EFK und Parlament gefordert, und die betriebswirtschaftliche Bemessung, wodurch die Arbeit der Hausärztinnen und -ärzte in Zukunft sachgerecht vergütet wird. Dass die Tarifpartner an dem Projekt arbeiten, ist dem BAG bekannt.

Dass die Tarifpartner den politischen Auftrag des EDI zur sofortigen höheren Entschädigung der Hausärztinnen, Hausärzte und zulasten der übrigen Leistungserbringer nicht erfüllten, lässt nicht auf ein Scheitern deuten. Hierzu ist festzuhalten, dass die Tarifpartner gemäss den Prinzipien des KVG an einer Gesamtrevision arbeiten, d.h. mit betriebswirtschaftlichen Bemessungen und der Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur. Politisch geforderte Umverteilungen oder Wünsche nach Einkommenserhöhung gehören nicht zu den Aufgaben der Tarifpartner.

H+ wünscht sich einen stärkeren Einbezug des BAG in das laufende Revisionsprojekt und eine Unterstützung der Gesamtrevision durch das BAG.

4.1. Exkurs zur Kostenneutralität und subsidiären Kompetenz

Das Primat der Kostenneutralität wurde in Art. 59c, Abs. 1 KVV verankert, um zu verhindern, dass alleine durch einen Systemwechsel von einem Tarifmodell zu einem neuen ein Kostenschub für die soziale Krankenversicherung entsteht. Die „Besserstellung“ der Grundversorger kann nicht als Wechsel des Tarifmodells bezeichnet werden. Deshalb ist das Primat der Kostenneutralität bei der vom Bundesrat beschlossenen Massnahme zur Förderung der Hausarztmedizin nicht anwendbar.

Der Bundesrat kann gar keine kostenneutrale Umsetzung der subsidiären Kompetenz vorschlagen. Denn sowohl er als auch das Parlament waren sich bewusst, dass eine Anwendung zu Kostenerhöhungen zu Lasten der sozialen Krankenversicherung führen und damit sogar prämienerhöhend sein könnte. *„Ebenso werden die vom Bundesrat beschlossenen Anpassungen nicht zwangsläufig in Richtung einer Senkung der Tarife gehen, die unter gleichbleibenden Bedingungen zu einer Verringerung oder Stabilisierung der Kosten führen könnte. Gewisse An-*

passungen könnten dazu führen, dass die vorgesehene Vergütung in Form von Taxpunkten heraufgesetzt wird. Wie in der vorgeschlagenen Bestimmung erwähnt, besteht das Ziel vor allem darin, dass die Tarifstrukturen sachgerecht bleiben.“ (BBI 2011 7388 und BBI 2011 7396).

5. Eingriff in einen sachgerechten Tarif

Mit der Genehmigung des Rahmenvertrags TARMED hat der Bundesrat die Sachgerechtigkeit und Betriebswirtschaftlichkeit des Tarifmodells bejaht. Am 15.06.2012 hat der Bundesrat mit der Einführung der TARMED-Version 1.08 letztmals eine aktualisierte Tarifstruktur geprüft und die Gesetzeskonformität, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit bestätigt. Dies geschah bereits in Kenntnis des EFK-Berichts.

Achtzehn Monate später sollen nun die technischen Leistungen nicht mehr sachgerecht und eine pauschale Senkung notwendig sein. Und diese Beurteilung erfolgt ohne betriebswirtschaftliche Begründungen. Vermutungen und Schlüsse von Taxpunktvolument auf unsachgerechte Grundlagen, Berechnungen oder Leistungen genügen den Ansprüchen des Gesetzes, namentlich der wirtschaftlichen Bemessung und sachgerechten Tarifstruktur nicht (Art. 43, Abs. 4 KVG).

Zum Beispiel bestreitet H+, dass die Tarifstruktur im TARMED-Kapitel 39 generell nicht mehr sachgerecht ist. Die Daten des EFK-Berichtes beziehen sich auf die Zeit vor der letzten Tarifrevision des Kapitels 39. Das Kapitel 30 wurde vor wenigen Jahren vollständig von den Tarifpartnern überarbeitet. Die Tarifpartner haben ein neues TARMED-Kapitel 39 geschaffen. Der Preisüberwacher hat dies geprüft, der Bundesrat genehmigt. Es trat erst 2008 in Kraft. Im Gegensatz zu den meisten anderen Kapiteln des TARMED, welche auf Daten aus den 90er-Jahren basieren, sind die Sachkosten der radiologischen Leistungen rund 20 Jahre aktueller und können nicht ohne genaue Prüfung als unsachgerecht bezeichnet werden. Gleiches gilt für das Kapitel 29 zur Schmerztherapie, das sogar erst auf das Jahr 2012 hin revidiert wurde.

5.1. Fehlende Sachgerechtigkeit der Probleme der Hausärztinnen und -ärzte

Der Verordnungsentwurf zeigt keine Berechnungsgrundlagen für die bei den Einkommen der Hausärztinnen und -ärzte fehlenden CHF 200 Mio. Auch die Initiantinnen und Initianten haben diesen Nachweis nicht erbracht. Der Entwurf verweist nur auf die Zusicherungen im Masterplan „Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung.“ Doch auch dort liegen keine nach TARMED oder den Prinzipien des KVG sachgerechten Argumente vor.

Von einer Billigkeit der Notwendigkeit zum Eingriff kann kaum die Rede sein. Die jährlich zu verteilenden CHF 200 Mio., gleichmässig auf rund 10'000 Hausärzte verteilt, führen zu ca. CHF 20'000 Mehreinnahmen pro Kopf. Dies bei einem heute ausgewiesenen Durchschnittseinkommen von CHF 180'000 bis 200'000 für Allgemeinmediziner je nach Berechnung. Das Schweizer Durchschnittseinkommen beträgt zurzeit CHF 76'000. Ob sich aus diesen Gründen politisch und wirtschaftlich gesehen ein dringlicher Eingriff des Bundesrats aufdrängt, darf bezweifelt werden.

Die subsidiäre Kompetenz würde dazu benutzt, einem Beruf mehr Einkommen zu garantieren, ohne dass dazu eine Notwendigkeit nachgewiesen ist oder ein Mehrwert geschaffen würde. Und auf der anderen Seite würden Tarifpositionen im TARMED um 9% gekürzt, die auch die Löhne aller nichtärztlichen Berufsleute enthalten, namentlich von medizinischen Praxisassistentinnen, Pflegenden, MTRA, etc. Deren Löhne sind im Bereich der Schweizer Durchschnittseinkommen oder darunter (med. Praxisassistentinnen) angesiedelt.

Der Entwurf stützt sich nicht auf Zahlen und eine so verstandene betriebswirtschaftliche Sachgerechtigkeit, sondern auf einen Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle EFK aus dem Jahr 2011, der sich auf Daten von 2008 und vorher stützt. Zwar hat dieser Bericht auch Einzelfälle analysiert, überlässt aber die konkrete Revision der betrachteten sowie aller anderen Positionen und Kapitel einer umfassenden Revision. Trotz dieser Hinweise benennt und bemisst der Entwurf keine einzige konkrete Leistung, die unsachgerecht bewertet wäre.

Auch der Hinweis im Parlament (Carobbio AB 2011 N 1672), von einer Hausärztin gemacht, „... eine Aufwertung der ärztlich-intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen ...“ und „Schliesslich geht es auch um eine Aufwertung der ärztlichen Leistungen und eine Stärkung der Hausarztmedizin“, ist kein genügend sachgerechter Beweis um einzugreifen.

5.2. Fehlende Sachgerechtigkeit bei den Problemen der technischen Leistungen

Die im Kommentar zum Verordnungsentwurf angewandte Methode, mit welcher von den Taxpunkt volumina auf eine unsachgerechte und nicht-betriebswirtschaftliche Tarifstruktur geschlossen wird, entbehrt bei genauerer Betrachtungsweise jeder Grundlage. Die angewandte Methode ist selber nicht sachgerecht und nicht betriebswirtschaftlich.

Die Globalsicht über alle technischen Leistungen lässt ungeachtet, dass einzelne Positionen seit dem Berechnungsbeginn revidiert worden sind. Dies betrifft zum Beispiel das Kapitel 29 zur Schmerztherapie. Es wurden mindestens acht Tarifpositionen aus dem Kapitel 00 in das Kapitel 29 verschoben und vier technische Leistungen aus Kapitel 39 Radiologie. Deshalb ist es sachlich falsch, hier eine übermässige Volumensteigerung zu vermuten.

Die Steigerung der Taxpunkt volumina erstaunt nicht. Es gibt im Wesentlichen vier Gründe dafür. Erstens wünscht sich jede Patientin, jeder Patient eine zeitgemässe Behandlung. Die Neuerungen fanden vor allem bei der Bildgebung und minimalinvasiven Operationen statt, weshalb es nicht erstaunlich ist, dass die Leistungen dort mehr ansteigen. Hinzu kommt zweitens das Bevölkerungswachstum von 9.2% zwischen Anfang 2004 und Ende 2012. Drittens trägt die Förderung der integrierten Versorgung zwischen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Spitälern und Kliniken dazu bei. Spitäler entlasten die Hausärztinnen und -ärzte im Bereich der Notfallversorgung. Viertens fordern Bund und Kantone seit Jahren eine Verschiebung von stationären Behandlungen hin zu ambulanten, was auch zunehmend geschieht.

H+ hat das BAG mehrmals darüber informiert, dass die Spitäler und Kliniken im ambulanten Bereich gesamtschweizerisch ein Defizit erwirtschaften. Eine zusätzliche Kürzung ohne Kompensation ist deswegen nicht hinnehmbar.

Dies umso mehr, als die technischen Leistungen, die gekürzt werden sollen, auch alle nichtärztlichen Personalkosten beinhalten. Die Lohnkosten im Gesundheits- und Sozialwesen sind von der Einführung von TARMED im 2004 bis im Jahr 2010 um 9.8% angestiegen, seit 1995 (Berechnungsbasis für die TL) gar um über 20%. Zudem müssen immer mehr staatliche Auflagen des Bundes und der Kantone erfüllt werden für Personal, Geräte und Bauten: Arbeits- und Ruhezeiten, Strahlenschutz, Qualitätskontrollen, Dokumentation, etc.

Der Entwurf weist nicht nach, dass bei allen technischen Leistungen TL die betriebswirtschaftliche Bemessung und die Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur nicht mehr gegeben seien. Es war aber nie der Wille des Parlaments, sachgerechte Tarifstrukturen zu ändern.

Vordringlich für den vorliegenden Entwurf ist die Besserstellung der Hausärztinnen und Hausärzte. Als Ausgleich wird eine Kompensation innerhalb des TARMED vorgeschlagen. Unbesehen davon, ob diese beiden Ziele und Massnahmen sachgerecht und betriebswirtschaftlich sind, ist ihre Verknüpfung nicht sachlogisch. Die Verknüpfung begründet sich alleine darin, dass der Entwurf die gewünschte Besserstellung kostenneutral vollziehen will.

6. Fehlende Sachgerechtigkeit und Rechtsungleichheit bei den Eingriffen

Nicht nur muss die Tarifstruktur nicht mehr sachgerecht sein, damit der Bundesrat überhaupt eingreifen kann, auch die Eingriffe an sich müssen wieder sachgerecht sein.

Art. 43 Abs. 5bis KVG soll also dafür sorgen, dass die Tarifstrukturen sachgerecht bleiben. Der Bundesrat müsste demnach nachweisen, dass die heutigen TARMED-Strukturen bei den Leistungen der Grundversorger einerseits und der Spezialisten andererseits nicht mehr sachgerecht sind. Den Nachweis, dass dem so wäre, hat der Bundesrat mit seinem Vorschlag aber nicht erbracht.

6.1. Fehlende Sachgerechtigkeit bei den Zuschlägen für Hausärztinnen und -ärzten

Der Verordnungsentwurf bringt das Ziel der subsidiären Kompetenz, gleiche Leistungen gleich zu behandeln, nicht mit der vorgeschlagenen Massnahme in Einklang, ein einzig für Hausärztinnen und -ärzte in freier Praxis erlaubter Zuschlag.

Der Entwurf verpasst es, nach betriebswirtschaftlichen Bemessungen und einer sachgerechten Struktur des Tarifs zu beweisen, dass nur Leistungen der Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinen Inneren Medizin, der Kinder- und Jugendmedizin sowie praktische Ärztinnen und Ärzte ungenügend abgebildet sind. Ein solcher Beweis lässt sich selbst dem Bericht der EFK nicht entnehmen. So begründet der Entwurf nicht, warum die hausärztliche Tätigkeit in Praxen mehr Abgeltung benötigt, worin sich diese Tätigkeit von anderen allgemeinen ärztlichen Tätigkeiten unterscheidet, namentlich von den genau gleichen Tätigkeiten der Grundversorgung in einem Spital oder einer Klinik. Sachlich existieren keine Unterschiede.

Der Entwurf nimmt die Feststellung des EFK-Berichtes auf, dass sich der Einkommensunterschied zwischen den Fachspezialisten und den Grundversorgern in den letzten Jahren vergrößert anstatt verkleinert hat (Zusammenfassung Seite 1). Der Verordnungsentwurf kann aber genau diesen Mangel des TARMED nicht aufheben, da er einerseits Spitäler und Kliniken ausschliesst, die auch Grundversorgungsleistungen erbringen und andererseits Kürzungen nicht bei den ärztlichen Leistungen von Fachspezialisten vornimmt, sondern bei technischen Leistungen. Zudem muss festgehalten werden, dass auch die Grundversorger gemäss FMH-Statistik ein Einkommen haben, das ziemlich genau dem Medianeinkommen der gesamten Ärzteschaft entspricht.

Da der Entwurf keine betriebswirtschaftliche Berechnung vorlegt, ist es nicht ersichtlich, wieso der Entwurf gerade die vorliegenden Massnahmen ergreift, aber viele andere nicht. Sachgerechte Eingriffe wären möglich. Der EFK-Bericht, das Initiativkomitee und die Tarifpartner haben dem BAG Lösungen aufgezeigt. Es ist unverständlich, dass der Entwurf nicht diese aufgenommen hat, sondern auf unsachgerechten Begründungen und Vorschlägen basiert, die auf Vermutungen und Annahmen beruhen. Wir sind überzeugt, dass eine Schweizer Behörde besser arbeiten kann.

Die im Kommentar zum Verordnungsentwurf präsentierten finanziellen Auswirkungen des geplanten Eingriffes basieren auf dem Kostenvolumen ausgewählter Krankenversicherer, die ca. 60% aller Grundversicherungen abdecken. Diese 60% wurden zwar auf die Gesamtheit hochgerechnet. Jedoch wurden alle Daten der eidgenössischen Sozialversicherer (UV/MV/IV) nicht berücksichtigt und auch nicht jene Rechnungen für KVG-Behandlungen, die wegen des Tiersgarant gar nie bei den Krankenkassen eingereicht werden. Das umverteilte Kostenvolumen liegt folglich deutlich höher als bei den angepeilten CHF 200 Mio.

6.2. Fehlende Rechtsgleichheit und fehlender Schutz vor Willkür

Dass die Spitäler und Kliniken die neue Tarifposition nicht anwenden sollen, verstösst gegen die verfassungsmässig garantierte Rechtsgleichheit (Art. 8 BV). Die Ungleichbehandlung von Grundversorgern in Praxen und in Spitälern lässt sich sachlich nicht begründen. Im Gegenteil drängt sich eine Gleichbehandlung auf, weil Ärztinnen und Ärzte in der Praxis, in Spitälern und in Kliniken die gleichen Leistungen der Grundversorgung erbringen. Die Gleichbehandlung drängt sich umso mehr auf, als Spitäler und Kliniken zunehmend die (Notfall-)Dienste von Hausärztinnen und -ärzten übernehmen, und dies vor allem dann, wenn die Kosten höher sind (Personalzulagen): am Abend, in der Nacht, an Wochenenden und an Feiertagen.

Unverständlich ist der Ausschluss der Spitäler und Kliniken umso mehr, als die EFK in ihrem Bericht explizit festhält, dass der Graben der ungleichen Finanzierung nicht so sehr zwischen Praxen und Spitälern verläuft, als zwischen Grundversorgung und fachspezifischen Leistungen.

6.3. Willkürliche Kapitelauswahl

Die lineare Senkung der technischen Leistungen TL betrifft auch Positionen, die immer noch sachgerecht sind, was nicht das Ziel von Art. 43, Abs. 5bis KVG sein kann. Der Entwurf verpasst es sachgerecht zu beweisen, dass in den vierzehn ausgewählten Kapiteln die Tarifstruktur nicht mehr sachgemäss und betriebswirtschaftlich bemessen ist. Mit der EFK wird vermutet, dass die Produktivitätssteigerung bei den technischen Leistungen am grössten sein müsse. Als Anhaltspunkt werden die Volumensteigerungen erwähnt, die aber nichts mit einer Sachgerechtigkeit und Betriebswirtschaftlichkeit zu tun haben müssen. Der Entwurf bringt denn auch keinen Beleg dazu. Dagegen wissen Bundesrat und Parlament, dass Anpassungen auch zu Mehrkosten führen können (BBI 2011 7396).

Es ist auch nicht sachgerecht, Kapitel mit kleinen Volumina auszunehmen.

H+ geht davon aus, dass es sich um eine willkürliche Auswahl von Kapiteln handelt, um die versprochenen Mehrausgaben zu kompensieren.

6.4. Fehlende Sachgerechtigkeit der linearen Kürzung

Hinzu kommt, dass auch die Kürzung in der Höhe von 9% so gewählt wurde, um die zugesagten CHF 200 Mio. zu kompensieren. Der Entwurf belegt also, dass es sich um eine willkürliche und nicht sachgerechte Tarifstruktur oder betriebswirtschaftliche Bemessung handelt.

Es gibt auch keinen Beleg, dass die lineare Kürzung zu einer sachgerechteren und betriebswirtschaftlicheren Tarifstruktur führen würde. Die Taxpunkt volumensteigerung und die daraus abgeleitete mögliche, aber eben nicht bewiesene Produktivitätssteigerung ist dazu auch kein tauglicher Beweis.

7. Verfügung

H+ ist erstaunt darüber, dass die Tarifstrukturänderung in Form einer Verordnung vorgenommen werden soll. Richtigerweise wäre die Tarifstrukturänderung in der Form einer Departementsverfügung vorzunehmen, damit die Möglichkeit der gerichtlichen Überprüfung besteht. Hoheitliche Tariffestsetzungen werden landesweit immer in der Form von anfechtbaren Verfügungen vorgenommen; das muss auch für die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates gelten.

8. Keine punktuellen Eingriffe

Der Bundesrat unterstützte vor dem Parlament eine Gesamtrevision (Burkhalter, AB 2011 N 1673). Nun will er punktuell eingreifen. Und die EFK hielt in ihrem Bericht zu TARMED fest: *„Wenn der Bundesrat politische Ziele auf dem Gebiet der ambulanten Medizin erreichen will, ist der Erlass von Grundsätzen für Tarmed ein besseres Mittel, als fragmentierten Einzelmassnahmen zu verordnen.“*

9. Übergangsregelung zwingend befristen

Der Verordnungsentwurf gibt vor, dass es sich um eine Übergangsregelung handelt. Ob dies so ist, bestimmen aber nicht die Tarifpartner, sondern der Bundesrat, der eine Tarifstrukturevision genehmigen muss. Es wäre deshalb korrekt, wenn der Verordnungsentwurf ein definiertes Enddatum beinhaltet, nach dem die Übergangsmassnahmen spätestens ausser Kraft gesetzt werden. Wenn in einer Gesamtrevision die Taxpunkte steigen, was auf Grund der überalterten Berechnungsgrundlagen anzunehmen ist, dann werden die Versicherungen einen Antrag an den Bundesrat kaum mittragen, da sie sich bisher immer auf den Standpunkt der Kostenneutralität gestellt haben, obwohl das Tarifmodell unangetastet bleibt.

10. Die Büchse der Pandora

H+ setzt sich seit Jahren für die Nachvollziehbarkeit, Sachgerechtigkeit und Betriebswirtschaftlichkeit bei der Bemessung von Tarifen und Tarifstrukturen ein. Dies gilt insbesondere für die Gesamtrevision des TARMED, ist aber auch als Grundlage für die Erarbeitung und Weiterentwicklung von SwissDRG. Indem der Entwurf sachlich unbelegten, aber politisch legitimierten Wünschen nachkommt, öffnet er die Büchse der Pandora. Und er gibt die Sachgerechtigkeit

und Betriebswirtschaftlichkeit politischen Forderungen preis. Wir warnen daher den Bundesrat vor einem derartigen Eingriff.

Ausserdem befürchtet H+, dass die von der EFK und dem Parlament geforderte Deblockade unter den Tarifpartnern verhindert wird, wenn sich nicht einmal der Bundesrat an das Prinzip der betriebswirtschaftlichen Bemessung hält.

Schliesslich wird der Ansatz, auf Grund faktisch unbegründeter und sachlich falscher Annahmen eine Tarifstrukturevision durchzuführen, der von der EFK geforderten Tarifpflege nicht gerecht.

11. Praxisgebühr auf dem Buckel der Patientinnen und Patienten

Nicht berücksichtigt wurde schliesslich die Situation von Versicherten mit einer hohen oder nicht vollumfänglich genutzten Franchise. Die Zuschläge für die Hausärztinnen und -ärzte werden wohl meist unter die Franchise fallen, also nicht von den sozialen Krankenkassen solidarisch getragen, sondern von den Patientinnen und Patienten direkt bezahlt. Damit hat der Zuschlag den Effekt einer Praxisgebühr, wie sie in Deutschland vor einigen Jahren eingeführt und bereits wieder abgeschafft wurde.

Zudem ist das umverteilte Kostenvolumen dadurch höher als CHF 200 Mio., weil die von den Versicherten direkt bezahlten Leistungen in den Daten von SASIS nicht enthalten sind, welche als Grundlage zur Umverteilung beigezogen wurden.

Wir bitten Sie, unseren Empfehlungen zu folgen und stehen Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Charles Favre
Präsident



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor