



Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz
Médecins cadres des hôpitaux suisses
Quadri medici degli ospedali svizzeri

Per E-Mail und A-Post:

Herr Bundesrat
Alain Berset
p.A. Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgerstrasse 165
3003 Bern

Sekretariat
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
T +41 (0)31 330 90 01
F +41 (0)31 330 90 03
info@vlss.ch
www.vlss.ch

Bern, 28. April 2017

TARMED: Zweiter Tarifeingriff des Bundesrats; Anhörung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) repräsentiert die an den Schweizer Spitalern tätigen Kaderärztinnen und Kaderärzte (Chefärzte und Leitende Ärzte) als Basisorganisation innerhalb der FMH. Der VLSS vertritt somit als Verband Ärztinnen und Ärzte verschiedenster Fachbereiche, welche an unseren Spitalern in verantwortlicher Position tätig sind.

Der Spitalbereich bildet sozusagen das Rückgrat der gesamten Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung. Unsere Mitglieder und ihre Patientinnen und Patienten sind zwar vom Tarifeingriff nur insoweit betroffen, als am Spital ambulante Leistungen erbracht werden. Es wäre aber verfehlt, diesen Bereich isoliert zu betrachten. Die stationären und ambulanten Spitalleistungen basieren auf einer vernetzten Zusammenarbeit mit der vorgelagerten Versorgungsstruktur der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte (Grundversorger und Spezialisten). Dabei ist vom Grundsatz der Verhältnismässigkeit und Subsidiarität der jeweils komplexeren und teureren Versorgungsstrukturen auszugehen. Nur diejenigen Behandlungen, welche nicht (mehr) in der Arztpraxis erfolgen können, bedürfen der ambulanten Spitalinfrastruktur und nur was nicht (mehr) ambulant bewältigt werden kann, ist auf eine stationäre Spitalinfrastruktur angewiesen.

Dieses vernetzte Gesamtsystem der Gesundheitsversorgung kann nur einwandfrei weiter funktionieren, wenn der einzelne Patient, seine ganz spezifischen Bedürfnisse und das Ziel, ihn zu heilen oder wenigstens sein Leid zu mindern, für den behandelnden Arzt weiterhin an erster Stelle stehen. Insoweit sind und bleiben unsere Mitglieder auch im Zeitalter des Kostendrucks, welcher von den Gesunden ausgeübt wird, dem Eid des Hippokrates und den Kranken verpflichtet.

Dementsprechend darf auch der Staat, welcher als Garant der sozialen Krankenversicherung auftritt und die Organisation sowie insbesondere die Finanzierung sicherstellen muss, nicht direkt in das System der medizinischen Gesundheitsversorgung eingreifen, negative Anreize setzen und die sichere Versorgung bestimmter Bevölkerungskreise oder bestimmter Krankheiten gefährden.

Gerade dies steht nun aber mit dem per 1. Januar 2018 geplanten zweiten Tarifeingriff des Bundesrates zur Disposition: Denn wenn quantitative Dignitäten für Spezialisten abgeschafft werden, wenn Produktivitäten von operativen Eingriffen generell erhöht und zusätzlich noch einzelne Minuten reduziert werden, wenn Handlungsleistungen durch limitierte Zeitleistungen ersetzt werden und wenn Zeitleistungen weiter eingeschränkt werden, so kann sich eine teilweise um 30%, 40% oder 50% reduzierte Abgeltung (indem weniger Taxpunkte abgerechnet werden können) erheblich auf einzelne Fachdisziplinen und deren Patientinnen und Patienten auswirken. Die Situation ver-

stärkt sich dabei noch dadurch, dass die technischen Leistungen teilweise bereits im Rahmen des ersten Tarifeingriffs um 8,5% reduziert wurden und nun in gewissen Sparten die Kostensätze erneut um 10% reduziert werden sollen.

Stossend ist dabei vor allem, dass CHF 700 Mio. eingespart werden sollen. Wir wissen nicht, wo der Bundesrat den Auftrag hernimmt, unter dem Deckmantel der angeblichen Wiederherstellung einer Sachgerechtigkeit der eidgenössischen Tarifstruktur hier eine allgemeine Einsparung wie etwa im Medikamentenbereich erzielen zu wollen. Während nämlich zum Beispiel im Rahmen der SL der Bund den Preis der Arzneimittel selber festlegt, so übrigens auch im Rahmen des Erlasses der Analysenliste, gilt im Bereich der KVG-Tarife im Gegenteil das Vertragsprinzip. Die Eingriffskompetenz des Bundes ist subsidiär, weshalb der Bundesrat davon nur im Ausnahmefall bzw. „ultima ratio“ Gebrauch machen sollte¹. Davon sind wir nun mit dem vorgesehenen zweiten Tarifeingriff schon sehr weit entfernt. Pointiert ausgedrückt, soll mit dem vorgesehenen neuerlichen Tarifeingriff der TARMED endgültig zerrissen und bis zur Unkenntlichkeit umgebaut werden. Von einem gerechten, in sich kohärenten Gesamtsystem kann keine Rede mehr sein. Wieso wurden die CHF 700 Mio. nicht zu Gunsten längstens notwendiger Verbesserungen eingesetzt bzw. wieso wurden bei dieser Gelegenheit keine offensichtlich zu tiefen Tarifpositionen gleichzeitig angehoben? Wir denken dabei u.a. an die generell zu tief tarifierte Kindermedizin und Notfallmedizin, an die Aufhebung der Halbierung der letzten 5 Minuten, an die Tarifierung nichtärztlicher Leistungen in der Arztpraxis, an den Hausarztzuschlag für pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen etc.

Gemäss früheren Berechnungen des Tarifiedienstes der FMH, welche dem EDI und dem BAG bekannt sind, verzichtete die ambulant praktizierende Ärzteschaft alleine in den Jahren 2004-2012 auf insgesamt CHF 9,567 Mia. an eigentlich gerechtfertigtem Umsatz. Alleine die über den Tarif nicht abgegoltenen Lohnmehrkosten machten für diesen Zeitraum CHF 2,189 Mia. aus. Es mussten also Umsatz- und entsprechende Lohnneibussen in erheblichem Ausmass akzeptiert werden, blieben doch die Taxpunkte und vor allem auch die Taxpunktswerte grösstenteils über diesen sehr langen Zeitraum praktisch unverändert. Dies gilt auch für die Jahre ab 2013. Folglich würde allgemein ein riesiger Nachholbedarf bestehen. Wenn sich die Situation mit dem zweiten Tarifeingriff wie geplant weiter verschärft, könnten nun aber zahlreiche Leistungen inskünftig nicht mehr betriebswirtschaftlich rentabel bzw. überhaupt nicht mehr oder nicht mehr dort wo erwünscht erbracht werden².

Dementsprechend sehen wir unausweichlich die folgenden unerwünschten Auswirkungen auf die Gesamtversorgungsstrukturen und auf die Qualität der Behandlungen auf uns zu kommen, sofern der Bundesrat vom geplanten Tarifeingriff nicht grösstenteils wieder Abstand nimmt:

- Die vorgesehenen Tarifeingriffe betreffen nicht nur einige übertarifizierte Leistungen vereinzelter Spezialitäten. Es handelt sich dabei um eine willkürliche generelle Erhöhung der Produktivität und allgemeine Senkung der technischen Leistungen, wobei diese Anpassungen grösstenteils weder betriebswirtschaftlich gerechtfertigt sind, geschweige denn hinsichtlich deren Auswirkungen gerechnet werden konnten, und somit pauschal für alle Spezialisten gelten sollen;
- Als Folge des behördlichen Eingriffs würden die Qualität der spezialärztlichen Behandlung und der Komfort für die Patienten und ihre Angehörigen im ambulanten Bereich sinken. Spezialisten mit eigener Arztpraxis müssten sich fragen, ob es nicht besser wäre, gewisse

¹ Nachdem wegen dem Verordnungscharakter weder das Bundesverwaltungsgericht noch das Bundesgericht auf entsprechende Beschwerden gegen den ersten Tarifeingriff eingetreten sind, verzichten wir auf rechtliche Ausführungen zu Art. 43 Abs. 5bis KVG. Es bleibt den Leistungserbringern aber stets unbenommen, im Einzelfall eine Streitigkeit über die Höhe der Tarifierung gemäss WZW zwischen Arzt und Krankenversicherer vor dem dafür zuständigen Schiedsgericht einzuleiten.

² Vgl. dazu FN 1.

defizitäre Leistungen in der Arztpraxis inskünftig gar nicht mehr zu erbringen, wobei dabei in erster Linie an ambulante Eingriffe in der Arztpraxis zu denken ist. Damit würde auch an den Spitälern ein tarifarischer Anreiz gesetzt, Leistungen wieder eher stationär anstatt ambulant zu erbringen, weil der letztere, über TARMED abgegoltene Bereich vor allem auch an den Spitälern immer defizitärer wird. Dies im Gegensatz zu den Bemühungen des Bundes und der GDK, dem Grundsatz ambulant vor stationär aus Kostengründen wieder vermehrt zum Durchbruch zu verhelfen;

- Bei ambulanten Eingriffen von kurzer Dauer spielen die Wechselzeiten sowohl für Eingriffe in Narkose wie für solche in Lokal- oder Regionalanästhesie eine entscheidende Rolle. Diese lassen sich bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei älteren multimorbiden Patienten nicht beliebig verkürzen;
- Deshalb wird das gelernte Fachpersonal im Operationssaal durch angelegerte Mitarbeiter ersetzt, die Zahl der im Aufwachraum tätigen nichtärztlichen Fachpersonen reduziert und die ärztliche Assistenz abgeschafft werden;
- Mit dem erneuten Tarifeingriff wird sich das Defizit der Spitäler und Kliniken im ambulanten Bereich wie gesagt weiter erhöhen bzw. die von der GDK aufgestellte Zielsetzung, Leistungen am Spital wirtschaftlich zu erbringen, ist je länger je weniger erreichbar;
- Insbesondere Kinderspitäler mit den Disziplinen Pädiatrie, Kinderchirurgie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie werden nur noch hoch defizitär arbeiten können und auf Quersubventionen der öffentlichen Hand angewiesen sein;
- Spezialärzte der operativen Disziplinen mit Kostensätzen ab 65% und mehr des erzielten Umsatzes müssen kurz- und mittelfristig ihre Arztpraxen vielleicht sogar ganz schliessen, wenn viele Leistungen mit 30%, 40% oder 50% tieferen Taxpunkten abgegolten werden, dies bei im Jahr 2018 grösstenteils gleichem Taxpunktwert wie im Jahr 2004;
- In Zukunft werden deshalb nur noch Grundversorgerpraxen bzw. ambulante Gesundheitszentren die gesamte ambulante Grundversorgung der Bevölkerung in der Peripherie wahrnehmen, wobei bei weiter gleichbleibenden oder sinkenden Tarifen auch letztere zunehmend auf Subventionen der öffentlichen Hand angewiesen sein werden, sofern sie wirtschaftlich überleben sollen;
- Stattdessen werden die Spitäler den ambulanten Bereich ausbauen müssen und die spezialärztliche Versorgung wird teilweise nur noch am Spital zu einem wegen der teureren Infrastruktur höheren Preis als in der Arztpraxis des Spezialarztes möglich sein, denn die öffentliche Hand kann nötigenfalls immer noch quersubventionieren und wird dies auch tun müssen, falls dieses Szenario eintreten sollte;
- Der Anreiz für junge Ärztinnen und Ärzte, in die Arztpraxis ausserhalb des Spitals zu wechseln, dürfte nochmals erheblich sinken, falls der zweite Tarifeingriff umgesetzt wird³;
- Stattdessen droht nach dem Gesagten eine reine Staatsmedizin mit Grundversorgern als Gatekeeper sowie mit teureren, zentralen Spitalinfrastrukturen und vorwiegend nur noch angestellten Spitalärzten aller Hierarchiestufen, welche im Zweifelsfall eine Lebensstelle als Spitalarzt mit geregelten Arbeitszeiten der Tätigkeit in der Arztpraxis vorziehen;
- Damit wird der Weg für eine auch aus der Sicht der Patientinnen und Patienten kompliziertere Medizin geebnet, mit Dienst nach Vorschrift der Spitalärzte, mit Wartelisten, unter immer höherem Kosten- und Zeitdruck und bei gleichzeitig notwendigen zusätzlichen Qualitätssicherungsmassnahmen.

Als Resultat würde also mit dem Tarifeingriff nur eine kurzfristige Einsparung erzielt, wobei diese aber längerfristig volkswirtschaftlich deutlich höhere Kosten verursachen würde.

Unseres Erachtens ist es noch nicht zu spät für eine Rückbesinnung. Die Politik hat eine Totalrevision des TARMED verlangt, nicht eine Teilrevision der Tarifstruktur TARMED 1.08_BR. Demzufolge müssen wie gesagt über- und unterbewertete Leistungen umfassend und gleichzeitig korrigiert

³ Vgl. dazu FN 1.

werden. Dies ist nur möglich im Rahmen einer Totalrevision, so wie dies die FMH mit dem Projekt TARCO richtigerweise anstrebt. Wir stellen hier nochmals den Grundsatz der Kostenneutralität in Frage, welcher im KVG keine Stütze findet. Mit einem neuen totalrevidierten Tarif müssten alle Leistungen auf aktuellen Berechnungsgrundlagen fair betriebswirtschaftlich abgegolten werden. Es muss folglich rentabel sein, eine Leistung zu erbringen. Unseres Erachtens liegt die primäre Aufgabe des Bundesrats weiterhin darin, die Tarifpartner im Rahmen der Wiederherstellung der Tarifautonomie zu unterstützen und dafür ausreichend Zeit zur Verfügung zu stellen.

Tarifeingriffe sollten dagegen, wenn überhaupt, nur punktuell⁴ erfolgen, die allgemeinen Grundsätze des KVG bzw. WZW nicht über Bord werfen und ohne Auswirkung auf die Versorgungssicherheit bleiben, was leider mit Bezug auf den vorgesehenen zweiten Tarifeingriff gerade nicht zutrifft.

Der Vorschlag ist auch wenig breit abgestützt, werden doch beispielsweise die sehr umfangreichen Vorschläge für eine Neutarifizierung, welche seitens von H+ eingebracht wurden, oder auch andere Vorschläge gar nicht berücksichtigt. Dies bedauern wir sehr und fragen uns, ob hier das rechtliche Gehör nur „pro forma“ gewährt wurde. Zumindest müsste begründet werden, wieso die Tarifvorschläge der einen Versicherer weitgehend berücksichtigt wurden, währenddem andere Ideen und Vorschläge der Leistungserbringer und der anderen Versicherer im Vorschlag des Bundesrats überhaupt keinen Niederschlag gefunden haben. Teilweise erscheint die Vorlage auch als wenig durchdacht. Beispielsweise soll auf Verbrauchsmaterialien und Implantate kein Zuschlag von 10% mehr erhoben werden können. Diese müssen zum durchschnittlichen Einstandspreis weiter verrechnet werden (sic!), was jeglicher betriebswirtschaftlichen Logik entbehrt. Es ist nicht die Aufgabe des Bundesrates, WZW im Rahmen des KVG auszuhebeln, indem für eine notwendige Leistung die Entschädigung auf Null Franken gesetzt wird⁵.

Sie werden sicher verstehen, dass wir uns als Verband aller Kaderärztinnen und Kaderärzte auf die Grundzüge der Vorlage und auf allgemeine Bemerkungen beschränken möchten. Bezüglich der Auswirkungen der Vorlage auf einzelne Positionen im TARMED und auf die entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzte verweisen wir auf die Vernehmlassungen der dafür zuständigen Fachgesellschaften und schliessen uns im Grundsatz deren Forderungen an. Auch zu einzelnen sinnvollen Tarifanpassungen, die wir unterstützen können, äussern wir uns dementsprechend nicht. Es geht uns primär darum, dass die Vorlage insgesamt nicht akzeptabel ist. Die Auswirkungen waren und sind dem Bundesrat vom Ausmass her gar nicht bekannt bzw. können nur ganz grob geschätzt werden, weshalb nun die FMH die mutmasslichen Folgen des Tarifeingriffs für jede einzelne Fachrichtung und für jeden einzelnen Facharzt als Grundlage für eine fundierte Vernehmlassungsantwort selber simulieren muss. Darin liegt unseres Erachtens eine riesige Verschwendung von Ressourcen und es gehen dem Gesundheitswesen damit sicher Mittel verloren, welche anderweitig sinnvoller eingesetzt werden könnten.

Mitunter wird auch verkannt, dass jeder Facharztstitel einen anderen Arztberuf repräsentiert. Dementsprechend können auch die Einkommen teilweise recht unterschiedlich ausfallen. Dies gilt gerade auch für die an den KVG-Spitälern tätigen Kaderärzte und für Belegärzte, welche normalerweise auch Privat- und Halbprivatpatienten behandeln. Dagegen ist grundsätzlich nichts einzuwenden.

Es darf aber nicht sein, dass einzelne Fachärztinnen und Fachärzte wie beispielsweise Kinderärztinnen, Kinderchirurgen und Jugendpsychiater in der Arztpraxis bei voller Auslastung unter das unseres Erachtens „zu tiefe“ Referenzeinkommen fallen und deswegen gar keine Praxis mehr eröffnen oder übernehmen wollen. An ihre Stelle treten dann inländische oder ausländische Investoren,

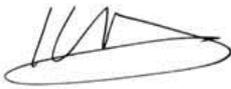
⁴ Vgl. dazu FN 1.

⁵ Vgl. dazu FN 1.

welche andere Zielsetzungen verfolgen und aus Kostengründen auf die Qualität der ärztlichen Leistung der dort angestellten Ärzte Einfluss nehmen.

Wir bitten Sie um Berücksichtigung unserer Anliegen.

Der Präsident



Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad

Der Geschäftsleiter



Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

Kopie z.K.:

- FMH
- KKA
- Hausärzte Schweiz
- GDK
- H+
- sgV