



ÆRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach
CH-3000 Bern 8
T 031 330 90 00
F 031 330 90 03
bekag@hin.ch

Bern, 31. Mai 2017

Per E-Mail und A-Post:

Herr Bundesrat
Alain Berset
p.A. Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

TARMED: Zweiter Tarifeingriff des Bundesrats; Anhörung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir nehmen, nachdem sich der Vorstand der Aezrtegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) intensiv mit der Vorlage befasst hat, gerne wie folgt dazu Stellung:

I. Grundsätzliches

Die Ärzteschaft im Kanton Bern ist angesichts der jüngsten tariflichen Entwicklungen sehr besorgt! Es ist deshalb Aufgabe der BEKAG, dieser Besorgnis angemessen Ausdruck zu verleihen, entsprechend Kritik zu üben, vernünftige Gegenvorschläge zu unterbreiten und zu wieder mehr Zurückhaltung des Bundes in Tariffragen aufzurufen.

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 unseres Erachtens mit dem per 1. Januar 2018 geplanten zweiten Tarifeingriff des Bundesrates zur Disposition. Stossend ist bereits die Zielsetzung, wonach CHF 700 Mio. eingespart werden sollen. 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 teuerungsbedingt 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 Lohneinbussen in erheblichem Ausmass akzeptiert werden, blieben doch die Taxpunkte und vor allem auch die Taxpunktwerte grösstenteils über diesen sehr langen Zeitraum praktisch unverändert. Dies gilt auch für die Jahre ab 2013. Folglich würde allgemein ein riesiger Nachholbedarf bestehen. Wir wissen nicht, wo der Bundesrat den Auftrag hernimmt, unter dem Deckmantel der angeblichen Wiederherstellung einer Sachgerechtigkeit der eidgenössischen Tarifstruktur hier stattdessen 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 sollte. Davon sind wir nun mit dem vorgesehenen zweiten Tarifeingriff schon sehr weit entfernt. Und der Bundesrat hat von Gesetzes wegen eigentlich gar keine Kompetenz, im Rahmen von Anpassungen der Tarifstruktur allgemeine Einsparungen zu verordnen. Die sicher nicht billiger werdende hohe medizinische Qualität (state of the art) und die gewünschte schnellere Verfügbarkeit medizinischer Leistungen muss stets in Relation zu den damit verbundenen indirekten volkswirtschaftlichen Einsparungen gesetzt werden. Dies ist indessen in der gesamten Änderung der Verordnung sowieso kein Thema. Die notwendige volkswirtschaftliche Gesamtsicht würde aber auch hier gebieten, zuerst Kosten und Nutzen der ambulanten medizinischen Versorgung vollumfänglich zu bewerten, dann zu fragen, ob das Kosten/Nutzenverhältnis (noch) stimmt, und erst dann zu entscheiden, ob und inwieweit Einsparungen auf dem Tarif gerechtfertigt bzw. notwendig sind.

Es kommt hinzu, dass mit dem vorgesehenen neuerlichen, vom Bundesrat rein gesundheitspolitisch motivierten Tarifeingriff der TARMED im Gegensatz zur von Gesetzes wegen vorgeschriebenen, und ursprünglich umgesetzten Betriebswirtschaftlichkeit völlig auseinandergerissen und fast bis zur Unkenntlichkeit umgebaut würde. Von einem gerechten, in sich kohärenten Gesamtsystem kann keine Rede mehr sein. Eine verlässliche Schätzung der Folgen für die einzelne Praxis jedes unserer Mitglieder ist denn auch schwierig. Die Erhebungen und Daten, die den Schluss auf die vermeintliche Einsparung in der Grössenordnung von CHF 700 Mio. zulassen würden, liegen nicht vor. Sie sind nicht publiziert und nicht einsehbar. Der Verordnungsgesetzgeber gesteht sogar ein, nicht zu wissen, wie sich der Tarifeingriff genau auswirken wird, was aus rechtsstaatlicher Sicht höchst bedenklich ist und zur Rücknahme der Vorlage führen müsste.

Denn wir wissen nach dem Gesagten nur Folgendes: Es liegt keine eindeutige Schwarz-Weiss-Situation vor, aber es würde, falls dieser Tarifeingriff umgesetzt würde, sozusagen nach dem Willkürprinzip Gewinner und Verlierer geben. Mit dem Tarifeingriff würde der Spaltplatz nicht nur kreuz und quer zwischen Grundversorger und Spezialisten, zwischen operierende und nicht operierende Ärztinnen und Ärzte sowie durch die verschiedenen Fachrichtungen innerhalb der Gesamtärzteschaft getrieben, es würde darüber hinaus sogar Gewinner (z.B. Kinderarztpraxen und Augenarztpraxen) und Verlierer (z.B. Kinderspitäler und operierende Augenärzte) innerhalb der gleichen Fachbereiche geben.

Vielleicht ist dies ja auch die versteckte Absicht: divide et impera!

Wenn bisherige quantitative Dignitätsstufen abgeschafft oder reduziert werden sollen, so kann dies nur im Rahmen einer Totalrevision der Tarifstruktur erfolgen, welche auch alle anderen Grundsätze und Positionen korrigiert, die sich aus heutiger Sicht als nicht mehr sachgerecht



erweisen. So wurde denn auch innerhalb der FMH im Rahmen des Projekts TARCO eine Einigung unter den wichtigsten Ärztegruppierungen bezüglich einheitlicher Festlegung der quantitativen Dignität auf einen Wert von 1.0 erzielt (Ausnahme: Ärzte ohne Facharztstitel). Die Kombination des nun für einzelne Fachärzte sehr weit reichenden punktuellen Eingriffs bei der quantitativen Dignität mit einer Erhöhung der Produktivität in den Operationssparten, welche unseres Erachtens vom Ausmass her zu weit geht, sowie mit der Umwandlung der „Untersuchung durch den Facharzt“ in eine limitierte Zeitleistung führt dazu, dass der Hebel mehrfach angesetzt wird. Zum Gesamtpaket gehört dann auch noch, dass – sicher teilweise gerechtfertigt – die Kostensätze einzelner Sparten gesenkt und zu hohe Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen gesenkt werden. Angesichts dieser Kumulation von Senkungsmassnahmen befürchten wir, dass bei einer Umsetzung des Tarifeingriffs nicht nur die von Einkommensbussen betroffenen praktizierenden Ärzte die Konsequenzen tragen müssten, sondern vor allem die Kranken und auch die gesunden Prämienzahler, weil mit der Umsetzung mittel- bis langfristig eine deutliche Verschlechterung der Versorgungsstrukturen und höhere Kosten drohen.

Der Tarifeingriff beinhaltet also leider eine Kombination von direkten Tarifeingriffen mit Kürzungen der Minutagen, welche oft gerechtfertigt sein dürften, mit allgemeinen Verschlechterungen, welche alle Mitglieder der BEKAG mehr oder weniger treffen.

So müssten beispielsweise Leistungen in Abwesenheit des Patienten jeweils einer von sieben (sic!) Untertarifpositionen zugewiesen werden, mit der Folge, dass der Verrechnungsaufwand steigt und wegen der Limitierung auf ganz bestimmte Sachverhalte inskünftig nicht mehr alle häufigen Arbeiten in Abwesenheit des Patienten entschädigt würden. Es fehlen zum Beispiel der E-Mail-Verkehr mit Patienten, das Nachführen des eidgenössischen Patientendossiers, die Bearbeitung von elektronisch übermittelten Patientendaten etc. Die Aufzählung weiterer zwingend notwendiger Arbeiten in Abwesenheit des Patienten, welche nicht unter die sieben Untertarifpositionen fallen, lässt sich beliebig erweitern. Es kann nun aber nicht sein, dass solche Leistungen inskünftig gratis erbracht werden müssen. Der gleiche Effekt wird erreicht, wenn die zeitlichen Limitierungen gewisser Leistungen heruntergesetzt werden und wenn die letzten 5 Minuten der Grundkonsultation und der nicht formalisierte Bericht (bis 11 Zeilen) auch weiterhin nicht (voll) entschädigt werden sollen, was seit längerem ärzteseitig bemängelt wird, und nach wie vor unsachgemäss ist!

Wieso sollen die erwähnten CHF 700 Mio. nicht wenigstens – im Sinne der gesetzlich nicht vorgesehenen, aber zum Grundsatz des KVG heraufbeschworenen Kostenneutralität – zu Gunsten solcher längstens notwendiger Verbesserungen eingesetzt werden? Wieso wurden mit anderen Worten bei dieser Gelegenheit keine offensichtlich zu tiefen Tarifpositionen gleichzeitig angehoben? Wir denken dabei unter anderem auch an die vergleichsweise generell zu tief tarifierte Kindermedizin und Notfallmedizin, an den Hausarztzuschlag für pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen, an die Tarifierung nichtärztlicher Leistungen in der Arztpraxis und an vieles mehr. Damit verliert das Tarifeingriffsprojekt jegliche Glaubwürdigkeit.

Wenn die quantitativen Dignitäten vereinheitlicht werden, wenn Produktivitäten von operativen Eingriffen generell erhöht und zusätzlich noch einzelne Minutagen reduziert werden, und wenn wie gesagt Zeitleistungen weiter eingeschränkt werden, so kann sich eine teilweise um 30%, 40% oder 50% reduzierte Abgeltung (indem weniger Taxpunkte abgerechnet werden können) im Gesamtpaket erheblich auf einzelne Fachdisziplinen und indirekt auch auf deren Patientinnen und Patienten auswirken. Die Situation verstärkt sich dabei noch dadurch, dass die Kostensätze der technischen Leistungen teilweise bereits im Rahmen des ersten Tarifeingriffs um 8,5% reduziert wurden und weil nun in gewissen Sparten die Kostensätze erneut um 10% reduziert werden sollen.

Dementsprechend sehen wir die folgenden unerwünschten negativen Auswirkungen auf die Gesamtversorgungsstrukturen und auf die Qualität vor allem der spezialärztlichen Behandlungen.



gen auf uns zukommen, sofern der Bundesrat vom geplanten Tarifeingriff nicht grösstenteils wieder Abstand nimmt:

- Der vorgesehene Tarifeingriff betrifft entgegen den Vorankündigungen nicht nur unbestritten übertarifizierte Leistungen einzelner Spezialitäten. Es handelt sich stattdessen weitgehend auch um generelle Anpassungen wie zum Beispiel die Erhöhung der Produktivität bei operativen Leistungen und eine grundsätzliche Senkung der technischen Leistungen, wobei diese allgemeinen Anpassungen grösstenteils weder betriebswirtschaftlich gerechtfertigt sind, geschweige denn hinsichtlich deren Auswirkungen überhaupt zuverlässig geschätzt oder gar berechnet werden konnten. Sie gelten pauschal für alle Spezialisten;
- Aber auch die Leistungen der Grundversorger werden teilweise angepasst, ohne dass daraus wesentliche Verbesserungen resultieren würden. Grundsätzlich ist jede Aufwertung der intellektuellen Arbeit am und für die Patientinnen und Patienten zu begrüssen. Die Umsetzung im Rahmen der Vorlage ist aber sicher nicht zielführend und zu wenig konsequent. Denn es resultieren mit anderen Worten sogar teilweise Verschlechterungen der Abgeltung intellektueller Leistungen, obwohl mit dem Tarifeingriff in den vorerwähnten Bereichen eine Umverteilungsmasse von geschätzt CHF 700 Mio. für Verbesserungen zur Verfügung stehen würde. Die Unsachgemässheit der Tarifstruktur führt also gemäss Interpretation des Bundesrats leider nur in einer Richtung zu Anpassungen bzw. fast ausschliesslich zu Senkungen und nur zu wenigen Erhöhungen dort, wo es unbestrittenermassen seit langem notwendig wäre. Damit verhält sich der Bundesrat widersprüchlich und das im KVG sowieso nicht vorgesehene Konstrukt der Kostenneutralität, welches wir klar ablehnen, hat so die letzte Glaubwürdigkeit verloren;
- Als Folge des behördlichen Eingriffs würden vor allem 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 defizitäre Leistungen in der Arztpraxis inskünftig gar nicht mehr zu erbringen, wobei 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. Der Tarifeingriff würde diese Entwicklung nicht bremsen, sondern beschleunigen. Dies im Gegensatz zu den Bemühungen des Bundes und der GDK, dem Grundsatz ambulant vor stationär aus Kostengründen wieder vermehrt zum Durchbruch verhelfen zu wollen. Der Tarifeingriff steht damit insoweit auch in diametralem Gegensatz zur Spitalplanung des Kantons Bern;
- 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;
- 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 sicher grösstenteils gleichem oder tieferem Taxpunktwert als im Jahr 2004;
- Damit betreibt der Bundesrat bewusst oder unbewusst Gesundheitsversorgungsstrukturpolitik, weshalb es durchaus sein könnte, dass unter den verschlechterten tarifarischen Bedingungen in Zukunft nur noch Grundversorgerpraxen bzw. ambulante Gesundheitszentren die gesamte ambulante Grundversorgung der Bevölkerung in der Pe-



riperie wahrnehmen würden, wobei bei weiter gleichbleibenden oder sinkenden Tarifen bzw. Taxpunktwerten auch letztere zunehmend auf Subventionen der öffentlichen Hand angewiesen sein werden, um wirtschaftlich überleben zu können;

- In diesem Fall 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;
- Auch der Anreiz für junge Ärztinnen und Ärzte, in die Arztpraxis ausserhalb des Spitals zu wechseln, dürfte nochmals erheblich sinken, falls der zweite Tarifeingriff umgesetzt wird. 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 würde wie gesagt auch der Weg für eine auch aus der Sicht der Patientinnen und Patienten kompliziertere Medizin geebnet, mit Dienst nach Vorschrift der Spitalärzte, mit Wartelisten und mit immer höherem Kosten- und Zeitdruck, was gleichzeitig auch immer mehr Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlich macht.

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

II. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmen des Tarifeingriffs

1. Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

Mit der einheitlichen Festlegung des Dignitätsfaktors auf 0,968 (Ausnahme med. pract.: 0.94) werden vor allem die Einkommen der Spezialisten reduziert. Zum Beispiel bei Handchirurgen, Strahlentherapeuten und Kieferchirurgen mit Doppelapprobation dürfte sich dies überproportional auswirken. Die BEKAG ist wie gesagt an sich nicht gegen eine Vereinheitlichung auf einen Wert von 1.0, so wie dies das Projekt TARCO im Rahmen der vorgesehenen Totalrevision der Tarifstruktur im Moment als Kompromiss vorsieht. Ein punktueller Tarifeingriff des Bundesrats, welcher sich einseitig mit den einen wichtigen Fragen wie beispielsweise die quantitativen Dignität auseinandersetzt, aber andere wichtige Fragen wie beispielsweise die Anpassung des Referenzeinkommens offen lässt, kann sich indessen nicht auf einen solchen Kompromiss im Rahmen einer Gesamtrevision abstützen. Wegen der Kurzfristigkeit und Einseitigkeit einer solchen Massnahme wäre es aus Gründen der Verhältnismässigkeit erforderlich, dass die bisherige Abstufung zunächst lediglich reduziert wird, und/oder dass zumindest längere Übergangsfristen gewährt werden, bevor die (definitive) Umsetzung erfolgt.

Die BEKAG beantragt eine Abfederung dieser Massnahme durch geringere Abstufungen oder durch Gewährung von Übergangsfristen.

Bezüglich des notwendigen Ausmasses der vorgeschlagenen Abfederungsmassnahmen verweisen wir auf die Stellungnahmen der entsprechenden Fachgesellschaften, weil wir dies nicht beurteilen können.

2. Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten

Die generelle Erhöhung der Produktivität der Operationssparten erachten wir als nicht durchdacht und gefährlich. Dies steht unseres Erachtens im Widerspruch zu den tatsächlichen Gege-



benheiten. Es ist nicht einfach, hohe Produktivitäten zu erreichen. Mit dieser Massnahme kommen die ambulanten Operations-Abteilungen der Spitäler beim TARMED noch mehr unter Druck, wobei der Tarif schon bisher nicht kostendeckend war. Mit diesen Tarifen wird der Anreiz zu ambulanten Operationen noch weiter gesenkt. Zumindest müsste man die hohen Raumkosten für moderne Operationssäle, welche zunehmenden Qualitätsanforderungen genügen müssen, auch in einer entsprechend erhöhten TL abbilden. Eine leichte Erhöhung der Produktivität ist durchaus denkbar, weil sich die Technik verbessert hat. Der Vorschlag geht indessen zu weit. Er ist sicher deutlich überproportional, was dazu führt, dass die operativen Leistungen entweder nicht mehr oder nur noch mit Verzögerung (Wartelisten) ambulant erbracht würden oder dass die Qualität sinken würde, weil die überproportionale Erhöhung der Produktivität zu mehr Fehlern führt. Der Anreiz zur Durchführung von Operationen ohne zwingende medizinische Notwendigkeit wird dadurch auch nicht verringert. Die behauptete Kausalität ist nicht gegeben. Der Bundesrat will offensichtlich „Ärzte im Laufrad“, welche am Laufband produzieren. Hauptsache ist, dass es billiger wird – ohne Rücksicht auf Verluste!

Die BEKAG beantragt deshalb eine gründliche Überarbeitung dieses Kapitels. Die FMH ist sicher gerne bereit, die diesbezüglichen Erkenntnisse aus dem Projekt TARCO offenzulegen, welche eine moderatere Erhöhung der Produktivität nahe legen.

3. Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten

Die Senkung gewisser Kostensätze für gewisse Geräte wie CT und MRI dürfte gerechtfertigt sein. Es geht insbesondere um eine Senkung der TL für Geräte mit Investitionskosten über CHF 750'000 in der Radio-Onkologie, in der Nuklearmedizin und in der Radiologie. Nicht gerechtfertigt ist die Annahme einer 12-stündigen Auslastung an 300 Betriebstagen pro Jahr. Die Geräte werden durch technisches Personal bedient, welches dem Arbeitsrecht und der Arbeitsgesetzgebung untersteht.

Keinesfalls dürfen also die Anreize so gesetzt werden, dass ambulante Untersuchungen und Eingriffe verhindert werden, weil sich die (Ersatz-) Anschaffungen mit den neuen Kostenansätzen nicht mehr lohnen.

Die BEKAG beantragt, die notwendige Auslastung zu reduzieren bzw. an die Realität anzupassen.

Bezüglich des notwendigen Ausmasses der Korrekturen am Vorschlag des Bundesrats verweisen wir auf die Stellungnahmen der entsprechenden Fachgesellschaften, weil wir dies nicht beurteilen können.

4. Streichung der Minutagen für die Leistungen im engeren Sinne bei CT- und MRI-Untersuchungen

Die Annahme, der Radiologe sei bei einer Untersuchung in der Regel nicht anwesend, entspricht nicht den Tatsachen. Die Verantwortlichkeit für die Untersuchung liegt bei der Ärztin oder beim Arzt, nicht bei der Röntgenassistentin (MTRA). Zwar ist die Produktivität durch schnellere und bessere Technik erhöht worden, der ärztliche Aufwand für die Analyse der digitalen Bildflut ist aber gestiegen.

Die BEKAG beantragt, die Leistungen nicht zu eliminieren, sondern die Minutagen herunterzusetzen.

Bezüglich des notwendigen Ausmasses der Herabsetzung verweisen wir auf die Stellungnahmen der entsprechenden Fachgesellschaften, weil wir dies nicht beurteilen können.



5. Senkung von zu hohen Minutagen

Es ist sicher gerechtfertigt, die Minutagen für Kataraktoperationen, Glaskörperbiopsie, Belastungs- und Holter-EKG, Koloskopie und stereotaktische Radiotherapie herunterzusetzen. Bezüglich des notwendigen Ausmasses der Herabsetzung verweisen wir auf die Stellungnahmen der entsprechenden Fachgesellschaften, weil wir dies nicht beurteilen können.

6. Umwandlung der Handlungsleistungen „Untersuchung durch den Facharzt“ in Zeithandlungen

Wenn pauschaltarifizierte Leistungen durch Zeitleistungen ersetzt werden, ist nie ganz klar, was damit beabsichtigt wird, weil sich auch das Abrechnungsverhalten ändern könnte. Mit der vorgesehenen Massnahme wird zwar einerseits die Effizienz bestraft. Andererseits erfolgt mit dem neuen System eine gerechtere Abgeltung entsprechend der effektiv aufgewendeten Zeit. Die Limitierung auf 3 Mal oder 5 Mal pro Sitzung ist dann aber nicht gerechtfertigt, weil inskünftig auch kürzere Behandlungen mit weniger Aufwand (pro 5 Min.) verrechnet werden dürften. Wir fragen uns auch, ob die Limitierungen pro 3 Monate oder pro 6 Monate sinnvoll sind. Die Untersuchung beim Facharzt Chirurgie/Orthopädie kann es mit sich bringen, dass der gleiche Patient einmal mit starken Bauchschmerzen und das andere Mal mit starken Knieschmerzen in der Praxis auftaucht. Generell ist die Abrechnung von Handlungsleistungen effizienter und eher ohne Qualitätseinbusse zu bewerkstelligen. Es kann so die Zeit eines Patienten, der bedeutend länger Zeit braucht, mit anderen Patienten, die schneller behandelt werden können, kompensiert werden. Dies ist besser, als wenn der Arzt den Blick ständig auf die Uhr gerichtet haben muss.

Die BEKAG beantragt, den bisherigen Leistungstyp (Pauschalabgeltung) zu behalten oder den neuen Leistungstyp einzuführen und gleichzeitig auf eine Limitierung der Anzahl pro Sitzung und pro 3 oder 6 Monate zu verzichten.

7. Anwendung der Limitationen

Es kann auf die Ausführungen unter Ziff. 6 und 8 verwiesen werden. Ganz allgemein nehmen der Aufwand im Gespräch mit den Patienten, der administrative Aufwand und auch der Aufwand in Abwesenheit des Patienten stetig zu. Dies ist die Kehrseite des auf Patientenseite erwünschten und in den letzten Jahren wohl auch erfolgten „Empowerments“. Die Patientinnen und Patienten wissen heute, vor allem dank des Internetzugangs und der damit verbundenen Möglichkeiten, viel mehr und stellen mehr Fragen, was ja eigentlich erfreulich ist. Bei geistig gesunden Patienten, die auch sozial unabhängig sind, wäre die Anwendung der Limitationen noch eher denkbar. Betreut man aber in grosser Zahl Patienten in Institutionen, die psychisch, geistig oder auch körperlich behindert sind, und vielleicht auch sozial abhängig sind bzw. vom Sozialamt betreut werden, oder Asylanten mit wenig Sprachkenntnissen, dann muss vermehrt mit ihrem Umfeld kommuniziert werden. Wenn die adäquate Betreuung nicht mehr möglich sein sollte bzw. tarifarisch verhindert wird, so müssen solche Patientinnen und Patienten in kostspieligere Strukturen wie Tageskliniken (Spitäler) abgeschoben werden.

Die BEKAG vertritt die Auffassung, dass Limitierungen der Zeiteinheiten pro Patient, alleine der Kosteneinsparung dienen und das Kosteneinsparungsziel der Gesunden über das Behandlungsziel der Kranken stellen. Das Argument der Halbierung der Tarifpositionen für Leistungen in Abwesenheit des Patienten trotz zunehmenden Aufwands ist absurd. Es geht um eine allseits geforderte, immer bessere Dokumentation und Koordination der Ärzteschaft untereinander und mit anderen Dienstleistern des Gesundheitswesens. Wenn die Qualität der medizinischen Betreuung hoch sein soll, ist diese Arbeit wichtig und kostensparend. Wenn sie nicht bezahlt wird, kann sie inskünftig nicht mehr erbracht werden.



Die BEKAG lehnt die Anwendung von zu restriktiven Limitierungen ab, welche lediglich der indirekten Kosteneinsparung auf der Minutage des Arztes dienen, weil die Behandlungen effektiv länger dauern als die maximal zulässige abgerechnete Zeit.

8. Interpretation der Leistungen in Abwesenheit

Wir verweisen diesbezüglich auf unsere Ausführungen unter Ziff. I hiervor. Insbesondere unter diesem Titel ist eine Limitierung auf 6 mal pro 3 Monate absolut inakzeptabel. Dies würde bedeuten, dass in hohem Masse zusätzlich anfallende Arbeit vor allem im administrativen Bereich für den einzelnen Patienten inskünftig nicht mehr voll abgegolten würde. Dies würde dazu führen, dass gewisse Leistungen einfach gar nicht erbracht werden, so zum Beispiel die Nachführung des eidgenössischen Patientendossiers.

Die BEKAG lehnt sowohl die Aufsplitterung in 6 Unterpositionen als auch die vorgesehene Limitierung ab.

9. Interpretation bei den Notfallzuschlägen

Die Sicherstellung des ambulanten, ärztlichen Notfalldienstes wird im Kanton Bern wie im Kanton Zürich und in anderen grossen Kantonen nur durch eine Professionalisierung aufrechterhalten werden können. Professionalisierung bedeutet vernetztes Anbieten der notfalldienstlichen Grundversorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft (Grundversorger und Spezialärzte) durch auf die mobile, notfallmässige Versorgung spezialisierte Institutionen (z.B. sos-médecins, Mobile Ärzte, etc.), durch Notfallstationen an den Spitälern mit vertraglich geregelter Arbeitsteilung mit lokalen ärztlichen Notfalldienstkreisen (viele Beispiele im Kanton Bern), durch Walk-in-Praxen in Agglomerationen (z.B. City-Notfall, Praxiszentrum am Bahnhof Bern, etc.), durch Permanenzen und gut funktionierende Hausarztposten an öffentlichen und privaten Spitälern (z.B. Thun, Interlaken, Aarberg, Langenthal, etc.).

Fällt nun die Möglichkeit der Verrechnung von Notfallzuschlägen weg, können diese Leistungen nicht mehr ökonomisch angeboten werden und somit auch nicht mehr eine flächendeckende notfalldienstliche Grundversorgung bei sich verstärkender demographischer Veränderung der niedergelassenen Grundversorger. Die Folge ist klar: Auch hier würde der Tarifeingriff mittelfristig dazu führen, dass eigentlich kostengünstigere ambulante Angebote abgebaut werden und die Patienten noch mehr als heute die allgemeinen Notfalldienstportalen der öffentlichen Spitäler aufsuchen müssten. Notfallbehandlungen sind sowieso generell zu tief tarifiert bzw. werden ungenügend entschädigt.

Die BEKAG beantragt, dass auf die Streichung der Notfallinkonvenienzpauschale für Einrichtungen nach Art. 36a KVG, die ihr Angebot explizit auf Notfälle und Konsultationen ohne Voranmeldung ausgerichtet haben, verzichtet wird.

10. Interpretation bei Punktion und Blutentnahme

Die BEKAG begrüsst die Aufhebung der Limitierung, wonach die Tarifpositionen 00.0715 und 00.0716 (Punktion und Blutentnahme) bisher nur dann abgerechnet werden konnten, wenn die Leistungen im Rahmen der Präsenzdiagnostik im ärztlichen Labor erbracht wurden.

11. Tarifposition 00.0610 Instruktion von Selbstmessung

Schwierige, nur mit erheblichem Aufwand zu erklärende Selbstmessungen und Selbstbehandlungen des Patienten sollten auch weiterhin separat abgerechnet werden können. Die maximalen 15 Minuten reichen dafür vielfach nicht aus.

Die BEKAG beantragt Beibehaltung der bisherigen Interpretation.



12. Zuschlag von 10% auf Verbrauchsmaterial

Auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten soll inskünftig kein Zuschlag von 10% mehr erhoben werden können. Diese Materialien müssten somit inskünftig zum durchschnittlichen Einstandspreis einer bestimmten Einkaufsperiode weiterverrechnet werden (sic!), was sicher 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 wird.

Wir beantragen dementsprechend, dass auf die Streichung des Zuschlags verzichtet wird.

13. Streichen von Tarifpositionen

Die Elimination von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie von Verweisen auf das Gesetz erachten wir als sachgerecht.

Der autonome Nachvollzug des TARMED im IV/UV/MV-Bereich muss indessen möglich bleiben, indem in den entsprechenden Verträgen auf die analoge Anwendbarkeit TARMED verwiesen wird, wobei Spezialpositionen neu in den IV/UV/MV-Tarifverträgen und/oder Anhängen dazu geregelt werden müssten.

Angeblicher Missbrauch einzelner Positionen durch einzelne Ärztinnen und Ärzte ist kein Grund dafür, diese Positionen zu streichen oder alltagsuntauglich zu machen, was mit der beabsichtigten Neuschaffung von drei Leistungsgruppen mit Untergruppen hinsichtlich „Leistungen in Abwesenheit des Patienten“ aber zu befürchten ist.

III. Schlussbemerkungen

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 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 punktuell 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 gewisse Vorschläge im Rahmen der Vernehmlassung bei den Tarifpartnern 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, während dem andere Ideen bzw. die Anträge der Leistungserbringer und der anderen Versicherer im Vorschlag des Bundesrats überhaupt keinen Niederschlag gefunden haben. Teilweise erscheint die Vorlage auch als wenig durchdacht.

Ungelöst ist und bleibt dabei ganz grundsätzlich die Rolle der sozialen Krankenversicherer, und vor allem deren Verbände, welche eigentlich eine öffentliche Aufgabe erfüllen und gestützt auf den gesetzlichen Auftrag die Funktion des Tarifpartners nicht nur „pro forma“, sondern effektiv leben müssten. Dies funktioniert indessen seit Jahren überhaupt nicht mehr. Mit einer Verwei-



gerungshaltung gegenüber der Ärzteschaft lässt sich scheinbar am meisten erreichen. Neuerdings lässt sich damit nicht nur der „Status quo“ zementieren, was seit längerem so praktiziert wird, es ist jetzt sogar möglich, darüber hinaus Tarifeingriffe zu erwirken, welche sich für die Versicherten insgesamt sogar noch kostensenkend auswirken und die überholte Tarifstruktur zum Nachteil der Ärzteschaft weiter verschlechtern. Damit nimmt der ärztliche Nachholbedarf nochmals zu und die Unzufriedenheit wird weiter gefördert. Man fragt sich langsam, ob es ein ungeschriebenes Ziel der Verwaltung und Politik sein könnte, die praktizierende Ärzteschaft möglichst tarifarisch abzuschaffen und inskünftig trotz Qualitätseinbusse alle Behandlungen vermeintlich günstiger nur noch an wenigen zentralen und peripheren Spitälern durchzuführen.

Sie werden sicher verstehen, dass wir uns als Berufsverband aller im Kanton Bern praktizierenden Ärztinnen und Ärzte auf die Grundzüge der Vorlage und auf allgemeine Bemerkungen beschränken müssen. Bezüglich der Auswirkungen der Vorlage auf einzelne Positionen im TAR-MED und auf die entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzte verweisen wir deshalb auf die Vernehmlassungen der dafür zuständigen Fachgesellschaften und schliessen uns im Grundsatz deren Forderungen an. Auch zu einzelnen sinnvollen Tarifierungen, die wir unterstützen können, haben wir uns dementsprechend nicht oder nur punktuell geäußert. Wir befürworten wie gesagt jede Aufwertung der intellektuellen ärztlichen Leistung am oder für die Patientinnen und Patienten. Leider erweisen sich aber auch diese Verbesserungen, welche sich berechtigterweise zu Gunsten der Grundversorger auswirken dürften, als ungenügend.

Es geht uns primär darum, dass die Vorlage aus der Sicht der BEKAG 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 einer solchen Vorlage aus rechtsstaatlicher Sicht die Umsetzung verweigert werden müsste.

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 Belegärzte, welche normalerweise auch Privat- und Halbprivatpatienten behandeln. Dagegen ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Es darf aber nicht sein, dass Spezialisten wegen ungenügender Tarifierung ihrer ambulanten Arztleistungen und wegen gemessen an der spezialisierten Tätigkeit ungenügenden Einkommen in der Arztpraxis im Vergleich zu einer Tätigkeit am Spital, inskünftig gar keine Arztpraxen mehr eröffnen. Dies gilt auch für einzelne Fachärztinnen und Fachärzte, wie beispielsweise Kinderärztinnen, Kinderchirurgen und Jugendpsychiater, sofern diese 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, welche andere Zielsetzungen verfolgen und aus Kostengründen zum Nachteil der Patientinnen und Patienten auf die Qualität der ärztlichen Leistung der dort angestellten Ärzte Einfluss nehmen.

Wir bitten Sie um Berücksichtigung unserer Anliegen.

Mit freundlichen Grüßen

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN

Der Präsident

Der Sekretär

Dr. med. Beat Gafner

Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

**Kopie z.K. an:**

- FMH
- KKA
- Alle kantonalen Fachgesellschaften
- VSAO Bern
- Apothekerverband des Kantons Bern
- GEF
- GDK