

Eidgenössisches Departement des Innern  
Bundesamt für Gesundheit  
3003 Bern

Per E-Mail an: [abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

21. Juni 2017

Ihr Kontakt: Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion, Tel. +41 31 311 33 03, E-Mail: [schweiz@grunliberale.ch](mailto:schweiz@grunliberale.ch)

## Stellungnahme der Grünliberalen zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Vorlage und den Erläuternden Bericht zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung und nehmen dazu wie folgt Stellung:

Die Grünliberalen bedauern, dass der Bundesrat zum zweiten Mal nach Einführung seiner subsidiären Kompetenz im Jahr 2013 diese am TARMED-Tarif anwenden muss. Sie haben aber Verständnis dafür, dass die heutige Tarifsituation ein sofortiges Handeln erfordert. Entweder wird durch den Eingriff ein Umdenken bei den Tarifpartnern FMH, H+, curafutura und santésuisse erreicht oder die Tarifsituation im ambulanten Arzttarif wird in Richtung Staatsmedizin und Globalbudget gehen, wofür die Grünliberalen kein Verständnis hätten.

Der seit Jahren bestehende Revisionsbedarf der TARMED-Tarifstruktur wird nirgendwo bestritten, doch scheint diese Erkenntnis trotzdem weder bei den Ärzten noch bei den Krankenversicherern dazu zu führen, eine echte Tarifpartnerschaft zu leben, um die Tarifstruktur in sich wieder sachgerecht werden zu lassen. Seit Inkrafttreten 2004 ist keine umfassende und kostenbasierte Revision des Tarifes gelungen.

In der Zwischenzeit steigen die Kosten im ambulanten Bereich immer stärker an. Der spitalambulante Bereich boomt, da vermehrt das Konzept ambulant vor stationär umgesetzt wird. Leistungen wie beispielsweise Kataraktoperationen oder kleinere operative Eingriffe sind zwar allgemein als übertarifiert anerkannt, doch kann und will niemand etwas dagegen unternehmen. Dem Bundesrat fehlte bis zum Jahr 2013 die gesetzliche Legitimation, um eingreifen zu können. Wenn eine Behandlung, die nur wenige Minuten dauert, für den Leistungserbringer mehrere tausend Franken generiert, dann darf das nicht von der obligatorischen Krankenversicherung bezahlt werden. Ganze Geschäftsmodelle bauen auf diese Fehlтарифierungen auf. Weil die Gewinnspannen in diesem Bereich enorm sind, bauen ausländischen Investoren neue Infrastrukturen. Diese werden dann auf Kosten der Solidargemeinschaft betrieben.

Auf der anderen Seite stehen in den Agglomerationen und ländlichen Gebieten Hausarztpraxen leer und können nicht mehr besetzt werden, obwohl an sich auch hier ein hoher finanzieller Anreiz besteht. Dieser wird aber von den noch viel höheren Einnahmemöglichkeiten der Spezialistentätigkeiten massiv überboten. Grund für die Einkommensschere ist die heutige fehlerhafte Tarifierung und die unterschiedliche Gewichtung von Generalisten- und Spezialistenleistungen im TARMED, die in den Köpfen aller Beteiligten schon fast als «naturegegeben» verankert ist. Dabei ist sie einzig der früheren verlängerten Ausbildungszeit respektive dem geringeren Verdienst in

diesen Ausbildungsjahren geschuldet. Beide Faktoren treffen heute – nach der Reform des Medizinalberufegesetzes im Jahr 2009 und wegen der vergleichsweise hohen Einkommen der Assistenzärzte in Spitälern – nicht mehr zu. Hier wurde im Verordnungsentwurf, eine Korrektur vorgenommen, die begrüssenswert und sachlogisch ist. Sie wird dazu führen, dass das Gleichgewicht zwischen den Einkommen der verschiedenen Fachspezifikationen wiederhergestellt wird und die intellektuellen Leistungen aufgewertet werden.

Die Ärzteschaft ist wenig daran interessiert, sich in die Karten schauen zu lassen, und mauert seit Jahrzehnten, um weder die Gestehungskosten ihrer Praxen offenzulegen noch ihr heutiges Einkommen, das sie über die obligatorische Krankenversicherung als Einkommensgarant erwirtschaften, arbeitszeitbereinigt anzugeben. Die letzte Publikation zu Ärztteinkommen stammt aus dem Jahr 2008 und zeigt beachtliche Löhne. Insgesamt ist Teilzeittätigkeit im Vormarsch, was nur funktioniert, weil die Einkommensverhältnisse das zulassen. In keiner anderen Branche ist so viel Intransparenz nach aussen wie nach innen möglich. Selbst die Zustellung der Rechnungskopie an den Patienten, wenn Leistungserbringer direkt mit den Krankenversicherern abrechnen, wird heutzutage in den seltensten Fällen oder nur durch Nachfrage des Patienten möglich gemacht, obwohl Leistungserbringer dazu gesetzlich verpflichtet sind.

Auf der anderen Seite stehen die Krankenversicherer, die ihrer Verpflichtung, die Rechnungskontrolle durchzuführen und die Rechnungen nach WZW-Kriterien zu prüfen, nur noch widerstrebend nachkommen. Dies da mit einem veralteten und mit nicht den aktuellen technischen Gegebenheiten entsprechenden Leistungspositionen bestückten Tarif die Erfolgchancen vor Gericht gegen Null tendieren. Anträge auf notwendige Änderungen des Tarifes sind in den letzten Jahren von TARMED-Suisse gar nicht mehr bearbeitet worden, weil sich beide Seiten gegenseitig wegen des Einstimmigkeitsprinzips blockiert haben. Die einen wollen ihr Einkommen weiter erhöhen bzw. zumindest das behalten, was sie in den letzten Jahren erwirtschaftet haben, und die anderen wollen nicht noch mehr bezahlen. Die dritte Partei, nämlich die Prämienzahler, haben bis heute gar keine Stimme. Nun nimmt sich der Bundesrat dieser Aufgabe ab 2018 in einem ersten Schritt an. Damit entsteht für die Tarifpartner die Chance, diesen «Schuss vor den Bug» zu nutzen und eine kostenbasierte Diskussion zu führen, die zu fairen Preisen im ambulanten Bereich führen muss.

Neue Überlegungen gehen in die Richtung, Teile des TARMED-Tarifes pro Fachgesellschaft zu pauschalieren. Der Bundesrat hat diese Eingaben von santésuisse und der Tarifunion für einzelne ausgewählte Kapitel bisher nicht berücksichtigt. Der Lobgesang auf Pauschalen wird gerade jetzt angestimmt, weil diese keine «Tarifoptimierungen» mehr zulassen und die «Selbstbedienung durch Einzelleistungsabrechnung» mit Einführung von Pauschalen aufhören würde. Grundsätzlich sind die Grünliberalen ebenfalls an einer Vereinfachung des Tarifes interessiert und zwar dort, wo es Sinn ergibt. Klar voneinander abgrenzbare Leistungen sollen – wie schon im aktuellen TARMED in Form von Handlungsleistungen – zu Pauschalen zusammengefasst werden. Wenn aber im Moment, in welchem der TARMED einschneidend geändert wird, indem in Kapiteln wie der Radiologie, Ophthalmologie oder Kardiologie massiv übertariferte Leistungen endlich gekürzt werden, um reale Gegebenheiten abzubilden und um Spezialisten und Grundversorger ähnlich oder gleich zu stellen, die Idee der Pauschalen aus der Schublade gezogen wird, ist das verdächtig. Es besteht der Verdacht, dass dies nur geschieht, um heutige Gewinne zumindest einzufrieren und abzusichern, was wir klar ablehnen. Die Grünliberalen begrüssen es, dass der Bundesrat diesen Weg der Pauschalen nicht gegangen ist, und weisen darauf hin, dass Einzelleistungen – wenn sie mit den richtigen Regeln hinterlegt sind – in jedem Fall die erfolgte Tätigkeit am Patienten genau widerspiegeln. Bei Eingriffspauschalen hingegen können die erbrachten medizinischen Tätigkeiten dahinter nicht erkannt werden. Damit kann Qualität nicht in jedem Fall gewährleistet werden. Es ist zu erwarten, dass eine «Tarifoptimierung» über nicht erbrachte, aber in der Pauschale verrechnete Leistungen erfolgt, wie es im DRG beobachtet werden kann (Stichwort «blutige Entlassungen»).

Den Patienten werden immer kostspieligere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten, die diese nur zu gerne annehmen. Sie wollen für die immer höheren Prämien, die sie bezahlen, beste und umfangreiche medizinische Leistung erhalten und haben den Bezug zu einem vernünftigen Mass an Selbstverantwortung und präventivem Gesundheitsverhalten immer mehr verloren. Die unheilige Allianz zwischen sich lohnendem ständig

wachsendem Angebot und krankheitsbedingter Nachfrage führt zu stetig steigenden Prämien. Unterstützt wird dies durch die aktuelle unvollständige Einzelleistungstarifstruktur, die mit ihren heutigen Unwuchten frei verwendbar ist. Leider bestehen an den wichtigen Stellen keine Begrenzungen, die eine effiziente Leistungserbringung fördern. Hier schliesst der Bundesrat eine Lücke und führt die einstmals von der Ärzteschaft selbst entwickelte Regelung, die im Moment nur von einem Teil der Ärzte befolgt wird, flächendeckend wieder ein, was die Grünliberalen begrüssen.

Ein Blick ins Ausland zeigt, dass der TARMED, der bei Einführung nach Deutschland verkauft wurde, vor der dortigen Einführung überarbeitet und gekürzt wurde. Ganz besonders waren die hinterlegten langen schweizerischen Behandlungszeiten und die sehr hohen unproduktiven Zeiten den Deutschen ein Dorn im Auge. Der heutige Auslandsvergleich mit den Minutagen zeigt, dass die Abstände immer noch gross sind. Eine medizinische Erklärung gibt es dafür allerdings nicht. Der Bundesrat hat bei seinen Massnahmenvorschlägen in einigen Minutagensätzen Kürzungen vorgenommen. Dafür hat er sich unter anderem auch mit dem Auslandsvergleich auseinandergesetzt. Wie lange genau eine Behandlung durch einen effizient arbeitenden erfahrenen Arzt durchschnittlich dauert, ist von den Ärzten nachzuweisen. Wenn diese Nachweise von den Leistungserbringern aber seit Jahren nicht erbracht werden, sind Auslandsvergleiche bzw. Expertenabschätzungen von unabhängigen Experten legitim. Nicht legitim ist, ohne transparente Angaben weiterhin zu hohe Preise zahlen zu müssen, was die Krankenversicherer und damit auch die Patienten seit Jahren tun müssen.

Unter Beachtung von Art. 59c Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) muss bei einer Tarifgenehmigung unter anderem geprüft werden, (i) ob der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung deckt (Bst. a) und (ii) ob der Tarif höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten deckt (Bst. b). Anders gesagt *müssen* bei einer Tarifrevision genau diese Informationen von den Leistungserbringern offengelegt werden. Da das auch im heute gültigen Tarif nie erfolgt ist, kann niemand zweifelsfrei feststellen, ob der TARMED-Tarif samt seiner Kostenmodelle jemals sachgerecht war oder noch ist. Deshalb ist es wichtig, dass die Leistungserbringer endlich dazu gebracht werden, das Gesetz zu befolgen. Vielleicht wird dieser Eingriff die Bereitschaft dazu fördern.

Als im Jahr 2016 die FMH die kostenneutrale Einführung ihrer mit H+ und der MTK revidierten neuen Tarifstruktur im Endeffekt doch ablehnte, wurde von dieser Seite die Forderungen nach einer «echten betriebswirtschaftlichen Bemessung» ohne kostenneutrale Überführung mit einem Plus der Tarifierung von 37% laut. Zusätzlich hatte die neue Tarifstruktur keine Mengen- und Zeitlimitationen. Die Sachgerechtigkeit dieser revidierten Tarifstruktur gemäss Art. 59c Abs. 1 KVV muss bezweifelt werden. Wenn ein KMU mehrere Jahre derartige Defizite erwirtschaften würde, wäre es schon längst Konkurs gegangen.

In der sich immer höher schraubenden Kostenspirale, deren Hintergründe Intransparenz, Machtinteressen zwischen den einzelnen Fachgesellschaften, Geldgier, das Versagen der Kontrollen durch die Krankenversicherer und mangelnde Kompromissbereitschaft sind, ist es Aufgabe der Politik einzugreifen, um die Bevölkerung vor unsachgerechten Tarifen zu schützen und die langfristige Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die vorgeschlagenen Massnahmen sind verhältnismässig und folgen der Sachlogik der Tarifstruktur konsequent. Deshalb begrüssen die Grünliberalen den vorliegenden Vorschlag des Bundesrates zur Anpassung des Ärztetarifes TARMED.

Die Stellungnahme zu den einzelnen Massnahmen findet sich im Anhang. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Prüfung unserer Anmerkungen und Vorschläge.

Bei Fragen dazu stehen Ihnen die Unterzeichnenden sowie unser zuständiges Kommissionsmitglied, Nationalrat Thomas Weibel, gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Bäumle', written in a cursive style.

Martin Bäumle  
Parteipräsident

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ahmet Kut', written in a cursive style.

Ahmet Kut  
Geschäftsführer der Bundeshausfraktion

## Anhang: Stellungnahmen und Anträge der Grünliberalen zu den Massnahmen der Anpassung an die Tarifstruktur TARMED des Bundesrates

### 1. Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

Die Grünliberalen begrüssen die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors. Die grossen Unterschiede bei der Vergütung der ärztlichen Leistung sind der ehemals sehr viel längeren Ausbildungszeit für bestimmte Facharztgruppen geschuldet und der Prämisse, dass die Ausbildungszeit so schlecht bezahlt wird, dass diejenigen Ärzte, die sich früher niederlassen, auf die Gesamtlebenszeit gesehen einen Einkommensvorteil haben. Die bisherige bessere Vergütung von beispielsweise Ophthalmochirurgen in der TARMED-Logik hat also nichts mit der Bewertung einer «höherwertigen» ärztlichen Tätigkeit zu tun. Die Ausbildungszeiten für die Facharztanerkennung haben sich in den letzten Jahren auf fünf bis sechs Jahre angeglichen, während die Bezahlung in der Zeit der Facharztanerkennung als Assistenzarzt hoch ist und ausserdem dem Einstiegsgehalt anderer akademischer Berufe entspricht. Der Bundesrat hat mit der Schaffung des einheitlichen Dignitätsfaktors also lediglich die vorhandene Regel aktualisiert. Kritisch sehen die Grünliberalen allerdings, dass Ärzte mit Facharzttitel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH», die eine dreijährige Fortbildungsdauer durchlaufen, einen Skalierungsfaktor von 0.94 auf ihre ärztlichen Leistungen erhalten sollen. Dies kompliziert das System bei der Rechnungsprüfung und führt zu einer unterschiedlichen Bewertung gleicher Leistungen (z.B. der normalen Konsultation). Fachärzte «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH» haben aufgrund ihrer weniger weitgehenden Ausbildung innerhalb der TARMED-Tarifstruktur wesentlich weniger Tarifpositionen zur Abrechnung zur Verfügung als andere Grundversorger wie beispielsweise die Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin (z.B. die Leistungspositionen «Kleine Untersuchung und umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung»). Damit ist der verkürzten Ausbildungszeit (und geringeren Qualifikation) bereits vollumfänglich Rechnung getragen. Zurzeit nutzen diese Fachärzte die fehlenden Limitierungen durch Ausweitung von einzelnen Zeitleistungs-Positionen. Wenn die neuen Limitierungen greifen, werden diese Ärzte einen genügend grossen Anreiz haben, um sich vertiefter ausbilden zu lassen, was auch ganz im Sinne der FMH sein muss, um eine flächendeckend gleich hohe Qualität bei Grundversorgerleistungen zu erreichen.

Die Grünliberalen beantragen:

1. Die Massnahme «Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen» soll durch den Bundesrat verordnet werden, wobei für alle Fachärzte der einheitliche Dignitätsfaktor von 0.968 angewendet wird.
2. Auf den Skalierungsfaktor für Titelträger «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH» soll verzichtet werden, d.h. die GI-52 «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin», die den Skalierungsfaktor regelt, soll ersatzlos gestrichen werden

### 2. Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten

Die Grünliberalen begrüssen diese Massnahme zur Erhöhung der Produktivität in den OP-Sparten (OP I, OP II und OP III). Sie erscheint sachlogisch, wenn man die geschichtliche Entwicklung betrachtet, die zu diesem befremdlichen (Verhandlungs-)Ergebnis geführt hatte. Insgesamt ist jedoch zu fragen, wie es sein kann, dass jahrelang operative Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt werden konnten, bei denen beim operierenden Arzt von einer tarifwirksamen Arbeitszeit von nur 4.1 Stunden pro Tag ausgegangen wird. Bei der heutigen und auch der damaligen OP-Belegung und -Organisation ist das nicht realistisch. In den letzten Jahren wurden ausserdem genau in diesen Bereichen – besonders auch spitalambulant – die so genannte «Leistung in Abwesenheit» exorbitant mehr verrechnet. Genau die mit dieser Tarifposition (doppelt) verrechneten Tätigkeiten sollten in der unproduktiven Zeit von sage und schreibe 5.1 Stunden pro Tag doch wohl enthalten sein.

### 3. Senkung der Kostensätze bei gewissen Sparten

Die Grünliberalen begrüssen diese Massnahme, die jedoch aus einer gewissen Hilfslosigkeit geboren scheint. Gerade bei sehr teuren Einrichtungen ist es unerlässlich, dass die Kosten jedes Jahr erhoben und nachgewiesen

worden, damit Art. 59c KVV vollumfänglich entsprochen wird. Dies ist unter TARMED Suisse nie erfolgt, und so tappt auch der Bundesrat über die wahren Kosten im Dunkeln.

Während gerätebedingte Kosten seit Einführung des TARMED nachweislich massiv gesunken sind, sind die Löhne gestiegen. Ohne eine faktenbasierte Analyse und Aktualisierung des Tarifmodells ist der Nettoeffekt nicht abschätzbar.

Indem der Bundesrat einen «Intransparenzabzug» von 10 % auf den Spartenkostensätzen von 26 Sparten geschaffen hat, deren Investitionskosten für Anlagen, Geräte und Apparate mehr als 750'000 Franken betragen (sowie sechs Sparten der Spezialisten-Untersuchungsräume und -Behandlungsräume), hofft er auf einen Anreiz, mehr Transparenz gemäss Art. 59c KVV zu erzwingen. Ob das gelingen wird, ist noch offen. Diese Massnahme ist aus der Not heraus geboren, pragmatisch vorzugehen, da klare Anzeichen dafür bestehen, dass die bisherigen Tarifierungen viel zu hoch sind, man aber nicht weiss, um «wie viel zu hoch». Hier sind die Ärztinnen und Ärzte in der Pflicht Auskunft darüber zu geben, inwieweit sie noch wzw-konform abrechnen. Ansonsten empfehlen die Grünliberalen, den «Intransparenzabzug» in den nächsten Jahren weiter zu erhöhen.

#### **4. Streichung der Minutagen für die Leistung im engeren Sinn und Vereinheitlichung der Minutagen für die Berichterstellung bei den Tarifpositionen für CT- und MRI-Untersuchungen**

Die Grünliberalen begrünnen die Streichung der LieS bei 20 MRI-Hauptleistungen, 17 CT-Hauptleistungen sowie je drei zugehörigen Zuschlagsleistungen, wenn sie – wie der Bundesrat ausführt – der vom Verband H+ eingereichten Korrektur entspricht. Dadurch wird ein Beitrag zur Korrektur übertarifizierter Leistungen erreicht.

Nicht repräsentative Erhebungen zeigen tatsächlich, dass bei dieser Art von Behandlungen keine Gespräche mit oder Behandlungen durch Radiologen stattfinden, sondern nur mit dem nichtärztlichen Fachpersonal. In Spitalinfrastrukturen werden etwaige Notfälle von der Notfallabteilung übernommen und können dort auch verrechnet werden. Die notwendigen Berichterstattungen werden für MRI-Untersuche auf 25 Minuten und für CT-Untersuche auf 20 Minuten vereinheitlicht und dadurch mehrheitlich sogar erhöht.

#### **5. Senkung von zu hohen Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen**

Die Grünliberalen begrünnen diese Massnahmen, insbesondere diejenigen, die die Katarakt-Leistungspositionen betreffen.

#### **6. Umwandlung der Handlungsleistungen «Untersuchung durch den Facharzt» in Zeitleistungen**

Die Grünliberalen begrünnen diese Massnahme, die aus «Facharzt-Minipauschalen» limitierte Zeitleistungen werden lässt. Sie fördert die Transparenz. Mit der Möglichkeit in Fünf-Minuten-Schritten abzurechnen, kann der Arzt näher an der effektiv benötigten Zeitdauer abrechnen. Neben der Vermeidung einer zu hohen Verrechnung nicht geleisteter Arbeit werden die Rechnungen für die Patienten transparenter und nachvollziehbarer.

Diese Massnahme ist ein Schritt in die richtige Richtung, damit gerade bei sehr mengenrelevanten Tarifpositionen nur diejenige Zeit vom Arzt dem Patienten in Rechnung gestellt wird, die auch konkret geleistet wurde.

#### **7. Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte**

Die Grünliberalen begrünnen die Aufhebung der Ausnahme der Anwendung der Limitationen für elektronisch abrechnende Ärzte und die daraus resultierende Gleichbehandlung aller Ärzte. Die hinterlegten Zeit- und Anwendungsregeln sind bei der Einführung vom TARMED von den Ärzten zusammen mit den Versicherern für jede einzelne Leistung definiert und danach festgelegt worden. Man kann davon ausgehen, dass sie medizinisch fundiert und sachgerecht sind und genügend Zeit lassen für eine erfolgreiche medizinische Behandlung. Diese Regeln gelten seitdem für alle Ärzte, die nicht elektronisch mit den Krankenversicherern abrechnen. Das ist bei den niedergelassenen Ärzten heute immer noch die Mehrheit von ca. 70 %.

Es ist begrüssenswert, wenn diese von den Ärzten vor Einführung des TARMED geschaffene Regelung ab 2018 für alle Ärzte und auch für den spitalambulanten Bereich gleich gelten soll und damit einen Anreiz dafür schafft, unabhängig vom Abrechnungssystem effizient zu arbeiten. Vergleiche der Konsultationsanzahlen pro Tag mit Deutschland zeigen, dass dort offensichtlich wesentlich geringerer Zeitaufwand betrieben wird und die Qualität der ärztlichen Leistungen trotzdem gleich ist.

Durchschnittlich dauert eine Konsultation bei einem Hausarzt ca. 20 Minuten. Diese Dauer ist auch mit den Limitationen in jedem Fall erreichbar. Eingriffe und zusätzliche spezielle Behandlungen und Beratungen können mit anderen TARMED-Positionen abgegolten werden.

Noch zeitintensivere Behandlungen, beispielsweise bei behinderten Kindern oder Tumorpatienten, können direkt mit den Krankenversicherern verhandelt werden. Grundsätzlich müssen denn auch die Limitationen im zukünftigen Revisionsprozess eines neuen Arzttarifes neu analysiert werden.

## **8. Interpretation der «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» präzisieren sowie die jeweiligen Limitationen anpassen**

Der Bundesrat greift in seiner Ordnungsänderung das Thema «Leistungen in Abwesenheit» auf. Diese Leistung ist seit Jahren massiv ansteigend, ohne dass dieser Sachverhalt überzeugend begründbar ist. Sowohl für Patienten als auch für Krankenversicherer ist dieser Anstieg nicht nachvollziehbar, da weder die einen noch die anderen bei der Leistung anwesend sind und da diese nicht detailliert in der Krankenakte notiert werden muss. Die Grünliberalen begrüssen deshalb die neue Limitierung der «Leistungen in Abwesenheit des Patienten», verweisen aber dennoch auf die Schwierigkeit, dass eine Aufspaltung in zu viele Einzelpositionen eine Doppelverrechnung von Zeit nach sich zieht, solange im 5-Minuten-Takt abgerechnet wird. Die Differenzierung ergibt daher wenig Sinn. Vielmehr sollte die Tätigkeit in der Patientenakte notiert werden, damit nachvollzogen werden kann, dass keine Leistung, die eigentlich über die „Nichtproduktive Zeit“ abgegolten ist, noch einmal verrechnet wurde. Hier bietet sich der Hinweis auf die OP-Tätigkeit eines Arztes an, der gemäss TARMED-Modell 5.1 Stunden nicht abrechenbare Zeit vergütet bekommt, oder die Tätigkeit eines Psychiaters, der eine produktive Zeit von 79 % hat, also 2.5 Stunden pro Tag für andere Tätigkeiten nutzen kann.

Die Halbierung der Leistung in Abwesenheit auf eine halbe Stunde alle drei Monate erscheint ausreichend, wird aber nicht belegt. Telefonischen Konsultationen sind unabhängig von dieser Position verrechenbar und gelten auch für die telefonische Beratung von Angehörigen von Kindern und nicht gesprächsfähigen Patienten. Berichte und deren Vorbereitung sind ebenfalls mit anderen Tarifpositionen zu verrechnen. Im Zweifel über die Zeitangaben ist es zwingend, zukünftig Erhebungen zu machen und den tatsächlichen Bedarf nachzuweisen.

## **9. Interpretation bei den «Notfallzuschlägen» präzisieren**

Die Grünliberalen lehnen die vorgeschlagene Massnahme ab, weil sie neue Ungerechtigkeiten generiert, verweisen aber darauf, dass hier ein dringender Handlungsbedarf besteht, weil gerade in Ballungszentren neue Praxis- und Geschäftsmodelle entstehen. Aufgrund der heute mangelhaften Tarifstruktur besteht zudem die Gefahr, dass auf Kosten der Prämienzahler zu hohe Rechnungen gestellt werden.

Notfall-Leistungen werden sowohl praxis- wie spitalambulant erbracht. Für praxisambulante Notfall-Leistungen sind im TARMED Notfallinkonvenienzpauschalen (50 – 180 Taxpunkte ärztliche Leistung, je nach Zeitpunkt) sowie ein Notfallzuschlag (25 – 50 % auf die ärztlichen Leistungen der abgerechneten Leistungspositionen) vorgesehen. Spitäler sind berechtigt für ihre anerkannten Notfallstationen, die einen 24-stündigen Betrieb gewährleisten, die «Eintrittspauschale in die anerkannte Notfallaufnahme» (35.0610) mit 28.37 Taxpunkten (technische Leistung) zu verrechnen.

Gemäss TARMED darf die Notfallpauschale auch heute bereits nur *von nicht vom Spital oder Institut fix besoldeten Fachärzten abgerechnet werden. Bei Einsätzen im Spital oder Institut gilt: Der Facharzt begibt sich für den ungeplanten, notfallmässigen Einsatz von ausserhalb ins Spital oder Institut. Hiermit abgegolten ist auch die Wegentschädigung. Fachärzte, welche vom Spital oder Institut ganz oder teilweise fix besoldet sind, haben kein Anrecht auf Verrechnung dieser Tarifposition.*

Demnach hat der Bundesrat das Wort «Institut», welches im TARMED nicht näher definiert ist, in «Einrichtungen nach Artikel 36a KVG, die ihr Angebot explizit auf den Notfall ausrichten» präzisiert. Durch diese Verschärfung wird allerdings eine neue (dritte) Abrechnungs-Kategorie geschaffen. Die einen dürfen den Notfallzuschlag für Ärzte, die eine tatsächliche Inkonvenienz haben, abrechnen, die anderen (Spitäler) den technischen Zuschlag für die anerkannte Notfallaufnahme. Einrichtungen nach Artikel 36a KVG, die ihr Angebot explizit auf den Notfall ausrichten, sollen hingegen keinerlei zusätzliche Vergütung für Notfälle erhalten. Dies ist zu korrigieren, denn aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Zuschläge weisen sie höhere Lohnkosten auf. Diese Einrichtungen leisten einen nicht vernachlässigbaren Beitrag an die Notfallversorgung. Ohne zusätzliche Vergütung wird dies

nicht mehr der Fall sein, weshalb weitergehende Massnahmen zur Sicherung der Notfallversorgung zu ergreifen wären.

Betreffend Kindermedizin/Notfälle siehe nachstehend Ziffer 14.

#### **10. Interpretation bei «Punktion/ Blutentnahme durch nichtärztliches Personal» anpassen (00.0715, 00.0716)**

Die Grünliberalen begrüssen diese Massnahme.

#### **11. Tarifposition «Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.» umtarifieren und Interpretation präzisieren (00.0160)**

Die Grünliberalen begrüssen diese Massnahme.

#### **12. Zuschlag von 10 % auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten löschen**

Die Grünliberalen begrüssen diese Massnahme nachdrücklich. Offensichtlich sind diese Logistikkosten bereits im Kostensatz der Sach- und Umlagekosten des TARMED-Kostenmodells eingerechnet gewesen und somit bislang doppelt abgegolten worden. Wünschenswert wäre, wenn ab 2018 die Kosten für Verbrauchsmaterialien und Implantate sinken würden und preisbewusster eingekauft würde, da durch den Wegfall der zusätzlichen Abgeltung von 10 % der Anreiz gesenkt wird, ein teureres Produkt zu kaufen.

#### **13. Streichung von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie aller Verweise auf das Gesetz**

Die Grünliberalen begrüssen diese Massnahme.

#### **14. Kindermedizin (Ergänzung)**

Im Bereich der Kindermedizin führen die Anpassungen des Entwurfs zu einer unerwünschten Rationierung. Die Regelungen sind im Bereich der Kindermedizin weder sachgerecht (die betriebswirtschaftlich ausgewiesenen Kosten deckend) noch zielführend (Kosteneinsparung wird durch Umlagerung nicht erreicht):

- 1) In den Kinderspitälern besteht die Gefahr, dass Patienten aus Kostengründen stationär aufgenommen werden, um Abklärungen durchzuführen, die ambulant zwar möglich wären, aber nicht vergütet werden. Die grössten Sorgen bereiten hier die Kürzungen der Leistungen in Kapitel 1 der Grundversorgung. Die Kürzung der technischen Leistungen um rund 10% führt in Kinderspitälern zu einem noch grösseren Defizit in diesem Bereich und ist deshalb abzulehnen. Wir befürchten, dass die spitalambulante Kindermedizin stark defizitär wird.
- 2) Verstärkt wird der Zugang zur dann defizitären spitalambulanten Kindermedizin, wenn wie vorgesehen die Notfallpauschale einseitig für ambulante Institutionen nach Art. 36a KVG, die sich auf den Notfall ausrichten, gestrichen wird. Die heute von Kinder-Permanenzen ambulant abgewickelten Fälle müssten von Hausärzten übernommen werden, welche die erforderliche Kapazität nicht aufweisen (verlängerte Wartezeiten), aber die Notfallpauschalen nach wie vor abrechnen dürfen. In den bereits überfüllten Kinderspitälern kann weiterhin eine Notfall-Eintrittspauschale für die administrativen Aufwendungen (35.0610) berechnet werden, wie aber bereits unter 1) aufgezeigt, können die Patienten dort auch nicht mehr kostendeckend versorgt werden. Somit wird mit der neuen Regelung nicht gespart, sondern lediglich eine Umlagerung der Patienten zu einem anderen Anbieter erreicht. Weil diese aber keine freien Kapazitäten haben, führt die vorgeschlagene Regelung zu einer Rationierung in der Kindermedizin. Dies ist abzulehnen. Zudem schränkt die Regelung die Wirtschaftsfreiheit und die damit einhergehende Freiheit der Organisation ein. Denn nur ambulante Institutionen nach Art. 36a KVG, die sich auf den Notfall ausrichten, sind betroffen. Die sachgerechte Entschädigung eben dieser Ausrichtung auf den Notfall wird vom Entwurf vernachlässigt. Die

Kinder-Permanenzen haben mehrfach zum Ausdruck gebracht, dass sie bei Umsetzung der Regelung ihre Tätigkeit einstellen müssten.

Der Entwurf sollte dahingehend überarbeitet werden, dass eine aufwand- und sachgerechte Entschädigung aller Kindernotfälle im Besonderen und der Kindermedizin im Allgemeinen möglich wird. Es ist für Kinder-Permanenzen und Kinder-Spitäler eine Regelung zu schaffen, bei der die sachgerechten Aufwände entschädigt werden: Am Sinnvollsten erschiene in dieser Hinsicht, Kinder-Permanenzen, die sich auf den Notfall ausrichten, zur Abrechnung der Eintrittspauschale in die anerkannte Notaufnahme zuzulassen (35.0610) und die dort vorgesehene Entschädigung auf die nachgewiesenen Kosten zu erhöhen.