



Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstr. 165  
3003 BERN  
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Baden, 21.05.2017

**Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) bezüglich des bundesrätlichen Verordnungsentwurfs zur Anpassung der Tarifstruktur TARMED vom 22. März 2017**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die SGED hat mit Bedauern vom Bundesrätlichen Verordnungsentwurf zur Anpassung der Tarifstruktur TARMED Kenntnis genommen.

Unsere Fachgesellschaft unterstützt die Bemühungen zur Revision des veralteten TARMEDs sehr und ist überzeugt, dass sachgerechte und von allen Beteiligten akzeptierte Lösungen nur über die Beibehaltung der Tarifautonomie gefunden werden können. Die vom BR vorgeschlagenen Massnahmen sind unseres Erachtens nicht geeignet, den Tarif sachgerecht und betriebswirtschaftlich zu gestalten. Mit punktuellen Eingriffen geht jegliche Kohärenz und ökonomisch korrekte Entgeltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung verloren. Da es sich bei den 13 Massnahmen - mit Ausnahme der Massnahme N° 10 - vollumfänglich um Kürzungen handelt, muss davon ausgegangen werden, dass das Ziel der Anpassung eine Rationierung im Gesundheitssystem und somit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist; von einer Anpassung eines sachgerechten und korrekten Tarifs kann keine Rede sein.

Wie schon in den vergangenen Jahren werden in der ambulanten Medizin Einsparungen gemacht und die wahren Kostentreiber im Gesundheitswesen (Demographie der Bevölkerung, technischer Fortschritt der Medizin) werden aussen vorgelassen. Langfristig müssen die Kosten dort eingespart werden, wo sie unnötigerweise verursacht werden. Weitere Einsparungen bei der Ärzteschaft würden vor allem auf Kosten der Qualität und Verfügbarkeit der Versorgung gehen und dies ist unseres Erachtens der falsche Weg, denn neben der Demographie der



Bevölkerung, sind auch deren Erwartung an eine hohe Qualität in der Medizin und die ständige Verfügbarkeit und Zugänglichkeit für jeden, ein wichtiger, kostenintensiver Faktor.

Zudem muss auch festgehalten werden, dass ein Teil der Kostensteigerung im ambulanten Bereich gewollt ist und durch die Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich (DRG) bedingt ist. Die Einführung der DRG führte zu einer Verschiebung gewisser Leistungen in den ambulanten Bereich; die Erhöhung der Kosten wird durch den Prämienzahler berappt. Stattdessen suggeriert die öffentliche Diskussion, dass das Problem der Kostensteigerung im Gesundheitswesen durch die Ärzteschaft verursacht wird und durch Senkungen des Tarifs sowie durch exzessive Kontrollen beherrscht werden könnte.

Wir möchten zum einen darauf hinweisen, dass das ärztliche Einkommen schon seit Jahren de facto sinkt. Wie der BR in seinem Begleitschreiben selbst festhält, besteht ein unbestrittener Revisionsbedarf, der aktuelle TARMED beruht auf veralteten Daten aus den Jahren 1994/96, eine Angleichung des Tarifs, welche die realen Kosten widerspiegelt, wurde seit der Einführung des TARMEDs im Jahre 2004 nie durchgeführt. Die fehlende Angleichung führte in den vergangenen Jahren zu einer Senkung des realen Einkommens der Ärzteschaft, insbesondere, weil die Nebenkosten (Raummiete, Löhne etc) kontinuierliche stiegen, was aber nicht im TARMED, notabene mit der technischen Leistung, abgegolten wurde. Dies wurde auch in dem Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle vom 24. März 2011 so festgehalten. Zum anderen führen Eingriffe, wie die vom BR vorgeschlagene Verordnung, nicht nur zu einem unsachgerechten Tarif, sondern werden das Problem der Kostensteigerung im Gesundheitswesen nicht lösen können. Aus dem TARMED wird durch die punktuellen Eingriffe, respektive Kürzung ein politischer Tarif ohne Bezug zu den realen Kosten, Investitionen, Ausbildungsdauer etc. In seinem Antrag spricht der BR von einem differenzierten Eingriff in das Tarifwerk, welcher die Tarifstruktur sachgerechter machen soll. Er postuliert auch eine Mengenausweitung von Seiten der Spezialisten als einzig mögliche Erklärung, ohne dass die Gründe der erwähnten Kostenentwicklung korrekt analysiert wurden. Es kann bei den im Antrag breit angewendeten Anpassungen im Tarif sicherlich nicht von einem differenzierten Eingriff ausgegangen werden; im Gegenteil kommt es durch die Mehrzahl der vorgeschlagenen Massnahmen zu ‚Kollateralschäden‘, die nicht im Sinne der Gesundheitsstrategie 2020 sind, respektive dieser entgegenlaufen. Nach ersten Analysen der FMH werden die angekündigten Anpassungen bei allen Fachrichtungen zu Verlusten im Einkommen führen, die Grundversorger werden mitnichten aufgewertet. So wird z.B. die Konsultationslänge der Grundversorgung beschränkt; dieser Eingriff schwächt die ambulante Medizin und widerspricht damit der Forderung „ambulant vor stationär“. Bei einer Beschränkung der Konsultationszeit ist auf



lange Sicht die Entwicklung hin zu einer 2-Klassen-Medizin absehbar. Zudem werden die vom BR vorgeschlagenen Massnahmen den Engpass in der medizinischen Versorgung in der Peripherie, wo schon jetzt eine medizinische Unterversorgung besteht, akzentuieren. Insbesondere wird die 8. Massnahme (Interpretation der Leistung in Abwesenheit des Patienten) zu einer zusätzlichen Flut von administrativen Arbeiten führen, welche die effektiv zur Arbeit mit dem Patienten zur Verfügung stehenden Zeit weiter vermindert und so die Effizienz und die Anzahl der versorgten Patienten pro Arzt senken wird. In seiner Gesundheitsstrategie 2020 hebt der BR insbesondere die steigende Anzahl betagter Menschen und somit die Zunahme der chronischen Erkrankungen hervor. Von Seiten unserer Fachgesellschaft liegen uns die Belange chronisch kranker Patienten, wie z.B. Diabetiker, naturgemäss am Herzen. Es handelt sich bei chronisch Kranken in aller Regel um polymorbide Patienten, deren Versorgung mit kurzen Konsultationen, sei es durch den Grundversorger, sei es durch den Spezialisten, nicht auf einem qualitativ akzeptablen Niveau gehalten werden kann. Die Beschränkung der Position 00.0140 (Arbeit in Abwesenheit des Patienten) führt zu einer Einschränkung der Arbeit neben der eigentlichen Konsultation wie z.B. der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Versorgern im Gesundheitswesen (Spitex, Grundversorger etc). Die Einführung von Limitationen der Konsultationszeit und der Arbeit in Abwesenheit des Patienten mag auf dem Papier nach einer Einsparung aussehen, wird aber in der Realität eher zu einem Kostenanstieg, z.B. durch Überweisungen solcher komplexen Patienten an zusätzliche Ärzte oder zusätzlichen Leistungen aufgrund der fehlenden Kommunikation zwischen den verschiedenen Versorgern führen und somit nicht zuletzt auch die Versorgungsqualität im negativen Sinn beeinflussen. Es ist davon auszugehen, dass gewisse Probleme, die bis anhin auf unkompliziertem Wege in Abwesenheit des Patienten, oder per Telefonkonsultation gelöst und abgerechnet werden konnten, in der Folge durch zusätzliche Konsultationen gelöst werden müssen.

Wir möchten mit diesem Schreiben auch auf die spezielle Situation in der pädiatrischen Endokrinologie/Diabetologie hinweisen, welche die Wichtigkeit einer zeitlich angemessenen Betreuung unserer Patienten besonders hervorhebt. Die Endokrinologie und die Diabetologie im Kindes- und Jugendalter ist in erster Linie eine ambulante Disziplin, es werden grossteils chronische Krankheitsbilder behandelt. Auf Grund der Altersgruppe und der Komplexität der Fälle sind es zeitliche, kommunikative und räumlichen Zusatzaufwendungen normal. Dies führt dazu, dass in einer durchschnittlichen Sprechstunde pro Halbtage maximal 4 bis 5 Patienten gesehen werden. Zum Beispiel reicht schon heute die aktuelle Limitation bei der ambulanten



Einstellung eines neu entdeckten Diabetes Typ1 oder auch bei der Pumpenumstellung bei Weitem nicht aus.

Besonders störend empfinden wir die erste Massnahme, welche den Dignitätsfaktor vereinheitlicht. In seiner Verordnung argumentiert der Bundesrat mit dem Medizinalberufegesetz. Die in diesem Gesetz ausgewiesene Ausbildungsdauer entspricht nicht unserer Realität. Die meisten Endokrinologen/Diabetologen haben, bevor sie in die Praxis gehen, eine durchschnittliche Ausbildungszeit von 10 bis 12 Jahren (nach dem Staatsexamen, resp. Master in Medizin) absolviert und haben, in aller Regel, zwei Facharztstitel. Dies garantiert eine hohe Qualität unserer Fachärzte, die von der Bevölkerung auch vorausgesetzt wird. Mit der Angleichung der Dignität werden somit best-ausgebildete Ärzte finanziell bestraft, es ist entgegen jeglicher Logik und dem Usus in allen anderen Berufsbereichen, dass bessere Ausbildung nicht mit einem besseren Verdienst assoziiert ist. Die Attraktivität unsere Spezialität wird noch weiter abnehmen: Das mittlere Einkommen der Endokrinologen/Diabetologen liegt schon jetzt unter demjenigen der Allgemeinmediziner (Ref 1), die Vergrösserung dieses Unterschieds wird unsere Nachwuchsschwierigkeiten noch verschärfen und somit eine genügende Versorgung der Patienten mit diabetologischen und endokrinologischen Krankheiten insbesondere in peripheren Gebieten noch mehr in Gefahr bringen. Unsere eigene demographische Erhebung von 2012 (Ref 2) hat schon einen Mangel an Endokrinologen und Diabetologen aufgezeigt, was die Schwierigkeiten unserer Kollegen bestätigt, welche bei der Pensionierung keinen Nachfolger finden. Bei steigender Prävalenz des Diabetes und der Fettleibigkeit kann es nicht der Wille der politischen Verantwortlichen sein, die Versorgungssicherheit bei diesen Pathologien zu gefährden; der aktuelle Verordnungsentwurf wird aber genau dies als ‚Kollateralschaden‘ bewirken.

Das Problem der fehlenden Grundversorger kann nicht mit einer Abstrafung der Spezialisten gelöst werden. Diese Vorgehensweise würde den Fachkräftemangel, den der BR gemäss seiner Strategie Gesundheit 2020 beheben will, im Bereich Endokrinologie/Diabetologie nur weiter verschärfen.

Wie der BR in seiner Verordnung schreibt, muss die subsidiären Kompetenz des BR nach KVG, 4. Abschnitt, Art 43, so ausgelegt werden, dass er mit dem Eingriff gerade so viel regelt, wie für das Bestehen einer Struktur notwendig ist, um den Vorrang der Tarifautonomie so weit wie möglich zu berücksichtigen. Dies ist aus unserer Sicht bei den umfangreichen Eingriffen, notabene der Vereinheitlichung der quantitativen Dignität, nicht gegeben. Wir begrüssen sehr, dass der BR sich weiterhin eine Tarifautonomie wünscht und hoffen, in diesem Sinne auch

Unterstützung zu erfahren. Wir möchten an dieser Stelle auch darauf hinweisen, dass sich die FMH aus eigenem Antrieb seit 7 Jahren aktiv um eine Revision des Tarifs bemüht hat, dies trotz der ablehnenden Haltung der Grossteil der Versicherer, insbesondere Santésuisse. Die Ablehnung des revidierten Tarifs in der Urabstimmung von Juni 2016 durch die FMH-Mitglieder kann nicht als Ablehnung der eigentlichen Tarifrevision interpretiert werden, sondern muss als Veto gegen die sogenannte ‚Kostenneutralität‘, welche in Realität seit Jahren zu einem fortschreitenden Einkommensverlust der Ärzteschaft führt, gesehen werden. Die aktuell blockierte Situation der Tarifverhandlungen kann nicht einzig den Ärzten angelastet werden; es kann mit Recht behauptet werden, dass die Mehrheit der Versicherer schon seit Jahren mittels unkonstruktiven Interventionen auf ein Scheitern der Tarifrevision hingearbeitet haben.

Tragbare Lösungen im Gesundheitswesen können, unserer Meinung nach, nur in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft entstehen. Wir haben das Know-How bezüglich des Fachwissens, der Daten (insbesondere der Praxisstruktur) und garantieren die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung. Wir hoffen, dass der Bundesrat diesen unglücklichen und kontraproduktiven Verordnungsentwurf zurückzieht.

Für den Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie



Prof. Dr. med. François Pralong  
Präsident SGED



Dr. med. Petra Elsässer  
Tarifdelegierte SGED

#### Referenzen:

- 1) K. Künzli et al: Einkommen der Ärzteschaft in freier Praxis: Auswertung der Medisuisse-Daten 2009. Schweiz Ärztezeitung 2012; 93:38.
- 2) Jérôme Billette, Violette Ruppenner: Studie zur Demographie der Endokrinologen und Diabetologen in der Schweiz, 21.09.2012. siehe Webseite [www.sgedssed.ch](http://www.sgedssed.ch)

Kopie: Dr. med. Urs Stoffel, FMH, Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife, Froburgstr. 15, 4600 Olten