

**Vorab per E-Mail/Einschreiben**

Bundesamt für Gesundheit

Abteilung Leistungen

Schwarzenburgstrasse 157

3003 Bern

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

Zürich, 12. Juni 2017

Tomas Poledna, Prof. Dr. iur.

**Vernehmlassung: Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich bin seitens der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG) mit der vorliegenden Vernehmlassung betraut worden (Vollmachtenkopie beiliegend, Beilage 1).

Mit Schreiben vom 22. März 2017 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Inneren die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 21. Juni 2017 eröffnet.

Fristgerecht reiche ich die

**Vernehmlassung**

ein mit dem

**Antrag:**

*„Das Geschäft sei vom Bundesrat an das Eidgenössische Departement des Inneren zur grundlegenden Überarbeitung im Sinn der nachfolgenden Begründung zurück zu weisen“.*

Poledna RC Zürich

Limmatquai 58

Postfach

CH-8001 Zürich

+41 43 233 40 33

Poledna RC Basel

Missionsstrasse 13

CH-4055 Basel

+41 61 681 00 30

[poledna@poledna.legal](mailto:poledna@poledna.legal)

[www.poledna.legal](http://www.poledna.legal)

MwSt.-Nr. CHE-115.588.554

Eingetragen im kantonalen  
Anwaltsregister

## I. Rechtliche Ausgangslage

- 1 Das Vorgehen des Bundesrates stützt sich auf Art. 43 Abs. 5bis KVG. Hierzu hat die KSSG NR in Ihrem Bericht zur Einführung dieser Bestimmung ausgeführt (BBl 2011 7388):

*Der neue Absatz 5<sup>bis</sup> räumt dem Bundesrat die subsidiäre Kompetenz ein, Tarifstrukturen anzupassen, die nicht mehr sachgerecht sind und auf deren Revision sich die Tarifpartner nicht einigen konnten.*

- 2 Der Bundesrat führte an (BBl 2011 7393; Hervorhebungen nicht im Original):

*Zudem möchte der Bundesrat unterstreichen, dass die Anpassungen an den Tarifstrukturen, die er bei Bedarf festsetzen kann, unter Einhaltung des gesetzlichen Rahmens vorgenommen werden. Die Anpassungen müssen insbesondere mit dem **Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit** in Einklang stehen. So sieht Artikel 43 Absatz 4 KVG vor, dass die Tarife festgesetzt werden müssen nach den **anwendbaren Regeln der Betriebswirtschaft** und sie müssen **sachgerecht strukturiert** werden, wobei das Ziel darin besteht, eine **qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung** zu möglichst günstigen Kosten zu erreichen (Art. 43 Abs. 6 KVG). Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens muss auch beurteilt werden, ob der Tarif wirtschaftlich tragbar ist (Art. 46 Abs. 4 KVG). Dies erfordert, dass ein Tarif betriebswirtschaftlich bemessen ist und dass dieser unter dem Gesichtspunkt seiner wirtschaftlichen Tragbarkeit im weiteren Sinne geprüft wird. Um einen Tarif festzusetzen, unter Beachtung von Artikel 59c Absatz 1 KVV, muss folgendes geprüft werden:*

*– ob der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung deckt (Bst. a);*

*– ob der Tarif höchstens die **für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten** deckt (Bst. b);*

*– ob ein Wechsel des Tarifmodells keine Mehrkosten verursacht (Bst. c).*

*Der Bundesrat ist somit der Ansicht, dass er von seiner neuen Kompetenz nicht einzig mit dem Ziel Gebrauch machen kann, eine Methode, eine Technik oder einen Leistungserbringertyp zu fördern. Ebenso werden die vom Bundesrat beschlossenen Anpassungen **nicht zwangsläufig in Richtung einer Senkung der Tarife gehen**, die unter gleichbleibenden Bedingungen zu einer Verringerung oder Stabilisierung der Kosten führen könnte. Gewisse Anpassungen könnten dazu führen, dass die vorgesehene Vergütung in Form von Taxpunkten heraufgesetzt wird. Wie in der vorgeschlagenen Bestimmung erwähnt, besteht das Ziel **vor allem** darin, dass die **Tarifstrukturen sachgerecht** bleiben.*

- 3 Im Vordergrund aller Überlegungen wie auch des Gesetzeswortlauts steht somit die Sachgerechtigkeit der Struktur, die sich aus der betriebswirtschaftlichen Ermittlung der Bemessungsgrundlagen ergibt. Diesem Ansatz folgt klar auch das hinter dem Verordnungsentwurf stehende Konzept (Ziff. 2.1).

## **A. Erhebliche Mängel in der Umsetzung des gesetzlichen Konzeptes**

### **1. Grundsätzliches**

- 4 Die generellen Bemerkungen zur Bildung einer sachgerechten Tarifstruktur werden im Entwurf **deutlich verfehlt**. Dazu wird nachfolgend im Detail Stellung bezogen. Die Ausführungen beziehen sich auf den Bereich der Gastroenterologie im Konkreten, haben jedoch in grossem Mass auch Bezug zum Entwurf als Ganzem. Zusammengefasst fehlt es:

- an einem korrekten Verständnis der Wirtschaftlichkeitsberechnung;
- an einem korrekten Verständnis des Dignitätskonzepts;
- an der Beachtung von Qualitätsanforderungen.

- 5 Dabei ist festzuhalten, dass die bundesrätliche Kompetenz einer klaren Vorgabe folgt: Die Anpassungen dürfen nur erfolgen, wenn die Sachgerechtigkeit nachgewiesen ist. Vermutungen sind nicht erlaubt. Der Eingriff in die Tarifstruktur ist subsidiärer Natur und hat zielgerichtet zu erfolgen. Dies bedingt, dass jeder Eingriff selbst in seiner Komplexität erfasst und aufgrund nachvollziehbarer Grundlagen abgebildet wird. Dies für jeden Bereich der ärztlichen Leistungserbringung, wie für jede Tarifposition. Das Abstützen auf Allgemeinplätze oder gar Vermutungen hat da keinen Platz. Der Gesetzgeber selbst kann Vermutungen aufstellen, dem Gesetzesanwender ist vorliegend Gleiches nicht gestattet. Hier sei bereits die Bemerkung erlaubt, dass der Entwurf durchwegs mit Vermutungen und Annah-

men arbeitet, nicht jedoch mit empirischen und rational erarbeiteten Grundlagen, die einen Nachvollzug erlauben würden. Dieses Vorgehen ist rechtsstaatlich nicht haltbar.

## 2. Wirtschaftlichkeitsberechnung

- 6 Der Entwurf spricht davon, dass die bestehende Struktur einer betriebswirtschaftlichen Bemessung folgen soll. Zudem sollen die einzelnen Leistungen in einer angemesseneren Relation zueinander stehen.
- 7 Die zweite Anforderung hat nichts mit einer betriebswirtschaftlichen Bemessung und auch nichts mit einer sachgerechten Tarifstruktur zu tun. Die Tarifstruktur regelt von vornherein nicht die Relation von Leistungen untereinander, sondern die Frage, welche Kosten eine effizient erbrachte Leistung verursacht bzw. verursachen darf. Wenn eine bestimmte Leistung ausgewiesen gewisse Kosten verursacht, so wäre es eben nicht sachgerecht, hieran Anpassungen vorzunehmen, wenn der Bundesrat diese Relation zu anderen Leistungen als überzogen oder als unausgewogen ansehen würde. Die Tarifstruktur bildet die wirtschaftliche Realität ab, wie sie hinter einer Leistungserbringung steht. Hierbei haben anderweitige Kriterien keinen Platz.
- 8 Das Verhältnis der Leistungen untereinander wird vielmehr im **Einzelfall** (oder allenfalls in der KLV) beurteilt, nach den WZW-Regeln und zwar durch die Versicherer. Diese beurteilen, ob die erbrachten Leistungen nötig und wirtschaftlich waren und beurteilen so auch das Verhältnis der Leistungen untereinander. So kann in diesem Rahmen beurteilt werden, inwieweit etwa der Beizug von Spezialisten nötig ist, wann ambulante und wann stationäre Leistungen entschädigt werden und ob eine akute Behandlung einer rehabilitativen Massnahme zu weichen hat. Bereits auf der Ebene der Tarifstruktur dem vorzuspüren, widerspricht grundlegend dem Konzept des KVG. Die Tarifstruktur ist keine Lenkung der WZW-Beurteilung.
- 9 Eigenartig und nicht weiterführend ist auch die Bemerkung, es müsse (Hervorhebung nicht im Original) „auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife geachtet werden, d.h. das Primat einer aufwand- und **verursachergerechten** Entschädigung der Leistungen eingehalten werden.“ Der Verursacher der Leistungen ist der Patient – wieso sollte eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife auf den Verursacher zurück zu führen sein?
- 10 Abgesehen von diesen strukturellen Fehlüberlegungen ist weiter zu berücksichtigen:
  - Vorliegend wurde die Wirtschaftlichkeit nicht nach dem in der Rechtsprechung massgeblichen Massstab ermittelt, auch nicht nach den Vorstellungen, wie sie im Entwurf einleitend gemacht wurden. Die angebliche „vertiefte“ Prüfung der Sachgerechtigkeit bleibt ein Lippenbekenntnis, der Verordnungsentwurf folgt in den massgebli-

chen wirtschaftlichen Beurteilungen „Vermutungen“. Dies genügt jedoch nicht. Es ist für jede medizinische Leistungserbringung mehr als zu „vermuten“, wieso eine Leistung entsprechend vergütet wird bzw. wieso im Vergleich zu anderen Leistungen unterschiedlich.

- Das Bundesverwaltungsgericht verlangt für die Prüfung von Tariffestsetzungsverfahren, dass diese nach nachvollziehbaren Kriterien durchgeführt werden (so etwa BVGE 2014/36, E. 5.4 zu Betriebsvergleichen).
- Hiervon kann vorliegend nicht die Rede sein. Die Rechtsprechung verlangt, dass die Tarife im ambulanten Bereich auf transparenten, schweizweit vergleichbaren Daten ermittelt werden, wobei die Ermittlung mittels qualitativ stichhaltiger Methodik erfolgen muss (so etwa BVGE 2014/18 E. 5.7 ff. sowie 2015/52 E. **6.6.7.2**). Das Bundesverwaltungsgericht verlangt, dass die

*„zuständige Behörde (...) bei der hoheitlichen Tariffestsetzung somit zu gewährleisten (hat), dass die festgesetzten Tarife mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen und eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. Die Behörde hat auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten.“*

- Den Bundesrat trifft die selbe Pflicht, dies mit dem spezifischen Bezug zur Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur. Die zum Teil sehr erheblichen Kürzungen beruhen allesamt nicht auf empirischen Ermittlungen der Wirtschaftlichkeit der Leistungsbereitstellung, sondern fassen auf „Vermutungen“. Dies genügt bei weitem nicht, um eine sachgerechte Tarifstrukturanpassung vorzunehmen. Dem Bundesrat kommt nicht nur die Kompetenz zur Anpassung zu, sondern er ist verpflichtet, jedwelche Anpassung nachvollziehbar mit qualitativ genügenden Methoden und Daten zu belegen. Davon ist man vorliegend noch weit entfernt.

### **3. Argument Mengenausweitung**

- 11 Die Gesamtheit der Massnahmen sieht sich als Folge der Mengenausweitung im Gesundheitswesen. Dies führt bei den Gastroenterologen im kumulierten Ergebnis zu einer Reduktion der TP um rund 18%. Die gewichtigsten Einschränkungen erfassen jedoch die Koloskopien, wo die deutlichsten Reduktionen von 26 bis 79 % erfolgen und die zudem über mehr als 60% der gastroenterologischen Leistungen abbilden. Hier ist ein deutliches Mengenwachstum als gesetzgeberisch gewollt zu verzeichnen. Seit dem 1. Juli 2013 werden Vorsorgeuntersuchungen nach Art. 12e lit. d KLV von der OKP übernommen. Die Detailauswertung der Behandlungen nach den Altersgruppen zeigt, dass nur im erfassten

Vorsorgebereich ein Mengenwachstum stattfand, bei den übrigen Bevölkerungsgruppen jedoch nicht (Beilage 2). Die Detailzahlen zeigen somit auf, dass im Bereich der Koloskopien keine ärztlich verursachte Mengenausweitung stattfand.

#### 4. Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

- 12 Nach dem Entwurf seien die Dignitätsstufen wurden ursprünglich eingeführt, um der unterschiedlichen Weiterbildungsdauer der Fachärzte gerecht zu werden. Dies ist ein **grundlegender Irrtum**. Die Dignitätsstufen müssen selbstredend (da Differenzierungen vorsehend) eine gesetzliche Grundlage haben und haben sich an dieser auszurichten. Diese findet sich in Art. 43 Abs. 2 lit. d KVG, wonach der Tarifvertrag:

*zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen (kann), welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss).*

- 13 Wenn richtigerweise<sup>1</sup> an diesem Konzept festgehalten wird, so kann man nicht auf abstrakte gesetzliche **Mindestanforderungen** abstellen, sondern muss die wirtschaftlichen und qualitativen Realitäten im Tarif abbilden. Auch hier zeigt sich, dass dem Entwurf die Abbildung der Realien fehlt, eine profunde Abklärung der tatsächlichen (durchschnittlichen) Weiterbildungszeiten nicht vorgenommen wurde.
- 14 Für den Bereich der Gastroenterologie liegen die Weiterbildungszeiten tatsächlich weit höher als es die gesetzliche Regelung des MedBG verlangt. Das Dignitätskonzept geht denn auch klar über die gesetzliche Regelung des MedBG hinaus: Die Art. Art. 43 Abs. 2 lit. d KVG angesprochenen Art. 36-40 KVG erfassen die minimale Weiterbildung, um dies es jedoch nicht gehen kann. In der Praxis hat sich gezeigt, dass für eine qualitativ hochstehende gastroenterologische Versorgung die Weiterbildungszeit deutlich über den erforderlichen 5 bzw. 6 Jahren liegt, nämlich bis 2010 bei mehr als 10 Jahren, im Jahre 2015 bei 7,5 Jahren (Beilage 3, G. Dorta, GE Demography 2015, S. 9, Mitte). Zudem weisen die Gastroenterologen eine Schwerpunktweiterbildung in Hepatologie auf, mit einer weiteren Weiterbildungszeit von 18 Monaten. Dies bedingt denn auch folgerichtig eine Differenzie-

---

<sup>1</sup> Die Abgrenzung ergibt sich einerseits aus der betriebswirtschaftlichen Betrachtung, wonach höhere Qualität auch höhere Preise rechtfertigt einerseits, aus der Rechtsgleichheit andererseits, wonach unterschiedlich ausgebildete Ärztinnen und Ärzte auch unterschiedlich entschädigt werden sollen.

rung in der Tarifstruktur. Eine längere Ausbildung und höhere Spezialisierung schlägt sich in einer besseren Qualität nieder, was betriebswirtschaftlich denn auch zu einer vergleichsweise höheren Entschädigung führen muss. Dieser Grundsatz gilt nicht nur für die Bereitstellung ärztlicher Leistungen, sondern auch für die Bundesverwaltung: Art 15 Abs. 1 Bundespersonalverordnung lautet: „Bei der Anstellung setzt die zuständige Stelle (...) einen Lohn im Rahmen der Klassen nach Artikel 36 fest. Sie berücksichtigt dabei angemessen die Ausbildung und die Berufs- und Lebenserfahrung der anzustellenden Person sowie die Lage auf dem Arbeitsmarkt.“ Es gibt auch hier keine Nivellierung der „Dignitäten“ (sprich der Ausbildung und Berufserfahrung) auf ein Minimum. Auch wenn im ärztlichen Bereich keine derartige Differenzierung wie in der Bundesverwaltung nötig ist, geht der Vorschlag mit einer völligen Einebnung der Dignitäten verfassungsrechtlich zu weit.

## 5. Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten

15 Hier sind drei systematische Mängel anzumerken:

- Zum einen erfolgt keine datenbasierte Auswertung der Investitionskosten. Erwähnt wird u.a. die Gastroenterologie, mit sinkenden Investitionskosten. Das Gegenteil ist der Fall. Der Aufwand für die apparative Ausrüstung, deren Einsatz und Unterhalt ist seit 2000 massiv gestiegen, so im Bereich der Apparate für Gastroskopie und Koloskopie zwischen 30 und 50% (siehe Beilagen 4 und 5, anonymisiert). Gleiches gilt etwa für Endoskopwaschmaschinen, welche zum heutigen Hygienestandard gehören und deren Unterhalt die Kosten weiter steigert.
- Auch der personelle Aufwand steigt infolge der Anforderungen an die Patientensicherheit. So verlangen die neuen Propofol-Richtlinien für die Durchführung von Endoskopien, dass bei diesen zwei in Reanimation ausgebildete Assistenzen anwesend sind. Bislang konnte eine MPA diese Aufgabe übernehmen.
- Unzulässig ist sodann eine pauschale Kürzung über verschiedene Sparten, bei den zu hohe Tarifierungen vermutet (!) werden. Das Gebot der Sachgerechtigkeit wie auch der Grundsatz der Verhältnismässigkeit fordern, dass eine spartengetrennte Betrachtungsweise greift.
- Unzulässig ist sodann ein Intransparenzabzug mit dem Hinweis, dem Bundesrat hätte keine Daten zum Kostenmodell GRAT vorgelegen. Vorliegend geht es um ein hoheitliches Verfahren, das durch die Untersuchungsmaxime beherrscht wird. Die SGG wurde zu keinem Zeitpunkt aufgefordert, die entsprechenden Daten zu liefern. Dies, obschon sie über Zahlen aus über 70% aller freiberuflichen Praxen verfügt.

16 Insgesamt erlauben es die Sachverhaltsabklärungen nicht, die pauschalen Abzüge zu machen. Der Bezug dieser Abzüge zur Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur ist nicht erstellt.

17 Unberücksichtigt bleibt sodann, dass die Lohnkosten für einen Praxisbetrieb seit dem Jahre 2002 erheblich angestiegen sind und diese auch den Grossteil der Praxisaufwände aus-

machen. Auch hier hätte eine betriebswirtschaftliche Abklärung stattfinden müssen, um die nötige sachgerechte Beurteilung zu erlauben.

## 6. Senkung der Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen.

18 Bei der Gastroenterologie sollen die Minutagen im Sinne der Durchschnittswerte für die Erbringung dieser Leistungen gesenkt werden für Koloskopie. Grund dafür seien die deutlich verkürzten Behandlungszeiten für diese Positionen seit Einführung des TARMED.

19 Auch hier wird deutlich, dass die Abklärungen für den Entwurf nicht mehr als Vermutungen sind oder nicht nachvollziehbare Angaben der Krankenversicherer. Die medizinische Wirklichkeit spricht eine deutlich andere Sprache:

- Aus Qualitätsgründen ist die Durchführung von Vorsorgekoloskopien (diese machen einen substantielle Anteil an allen Koloskopien aus) unabdingbar. Studien belegen, dass Koloskopien einen wesentlichen Beitrag zum Rückgang von Inzidenz und Mortalität von Darmkrebs leisten und auch künftig zunehmend leisten werden (Deutsches Ärzteblatt 113/2016, 101 ff., Beilage 6 sowie Vorabdruck einer polnischen Studie<sup>2</sup>, Beilage 7).
- Die European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) gibt eine Dauer der gesamten Koloskopie von 30 bzw. 45 Min als das Minimum für eine qualitativ genügende Untersuchungsdauer vor (Beilage 8)<sup>3</sup>. Die im Entwurf angesprochenen 20 Min entbehren jeder Realität und würden zu erheblichen Qualitätseinbussen führen.

---

<sup>2</sup> Increased Rate of Adenoma Detection Associates With Reduced Risk of Colorectal Cancer and Death, M.F. Kaminski, P. Wieszcy, M. Rupinski, U. Wojciechowska, J. Didkowska, E. Kraszewska, J. Kobiela, R. Franczyk, M. Rupinska, B. Kocot, A. Chaber-Ciopinska, J. Pachlewski, M. Polkowski, J. Regula, Gastroenterology, in press (epub Apr 17, 2017)

<sup>3</sup> Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative, S. 8 f. Hieraus insbesondere (zu den Belegen siehe die Beilage): „The acceptance of this PM is based on the agreement for the following statements:  
- Colonoscopy needs adequate time allocated for insertion, withdrawal and therapy. Routine colonoscopy should be allocated a minimum of 30 minutes. Colonoscopies following positive faecal occult blood testing should be allocated a minimum 45 minutes to allow for therapeutic intervention (N1.3). Agreement: 100%  
There is some evidence that productivity pressure may negatively affect the quality of colonoscopy. Although it has been shown that working behind schedule is not associated with lower adenoma detection rates, the effect of a very tight schedule on colonoscopy performance is unknown (see Supporting Information). The WG members suggested that 30 minutes and 45 minutes are minimum times that should be allotted for routine colonoscopy and colonoscopy after positive faecal occult blood testing (longer time to accommodate high preva-

- In der Schweiz wird die Sedation des Patienten während der Koloskopie nicht wie in den meisten anderen Ländern (z.B. Frankreich, Spanien, USA) von der Anästhesie geführt, sondern vom Gastroenterologen und seinem nichtärztlichen Assistenzpersonal. Sowohl Arzt als auch Assistenzperson werden in standeseigenen Kursen regelmässig geschult. Die Sedation wird vor, während und nach dem endoskopischen Eingriff vom Gastroenterologen geleitet. In den Schweizer Spitälern und Praxen werden über 90% der Endoskopien in Sedation durchgeführt. Die Sedation ist im bisherigen Tarifsystem nicht separat ausgewiesen und gilt im klinischen Alltag als Teil der Untersuchungszeit. Sie kann, da einer Arbeit am Patienten entsprechend, nicht in Vor- oder Nachbereitungszeit fallen. Durch diesen besonderen Umstand sind die von der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie gemessenen Untersuchungszeiten stets länger als die Vergleichszahlen aus den umliegenden Ländern, in denen reine Endoskopiezeiten erfasst werden. Die Sedation wird dort durch eine Leistung der Anästhesie separat tarifiert und abgerechnet.

20 Die geplante Einschränkung ist umso gravierender, als die Koloskopien in der Regel mehr als 60% einer gastroenterologischen Praxis ausmachen.

## **7. Notfall-Inkonvenienzpauschale**

21 Bei den Tarifpositionen mit der Bezeichnung „Notfall-Inkonvenienzpauschale“ wird die Interpretation präzisiert, so dass diese nicht mehr von Einrichtungen nach Artikel 36a KVG (Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen), die ihr Angebot explizit auf Notfälle und Konsultation ohne Voranmeldung ausgerichtet haben, abgerechnet werden können. Für die Einrichtungen, die ihr Angebot explizit auf Notfälle und Konsultation ohne Voranmeldung ausgerichtet haben, soll ein Notfall keine Inkonvenienz (im Sinne einer Unbequemlichkeit, Ungelegenheit) dar.

22 Die Notfall-Einrichtungen ambulanter Organisationen nach Art. 36a KVG entlasten Spital-Notfalldienste wie auch die ambulanten Einzelpraxen der Spezialisten erheblich. Die Abschaffung der Inkonvenienzpauschale für Einrichtungen nach Art. 36a KVG überzeugt nicht. Diese Einrichtungen sind zwar organisatorisch auf Notfälle ausgerichtet, haben jedoch gerade deswegen einen höheren Vorhalte- und apparativen Aufwand als eine „traditionell“ ausgerichtete Einzelpraxis.

---

lence of large polyps), respectively. These values correspond well with mean total procedure times for colonoscopy reported in recent studies.“

## 8. Löschen des Zuschlags von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten.

- 23 Die Streichung des Zuschlags gemäss GI-20 ist inhaltlich nicht ausgewiesen. Die Behauptung, dass der Zuschlag heute keine Berechtigung mehr habe, erfolgt ohne die nötigen betriebswirtschaftlichen Klärungen. Die Bewirtschaftung, Lagerhaltung und das Handling sind durch die übrigen Tarifpositionen nicht abgegolten. Die vollständige Streichung des Zuschlags wird dem nicht gerecht.

## 9. Wirtschaftliche Folgen

- 24 Die beabsichtigten Massnahmen treffen die Gastroenterologen einschneidend. Die Reduktion der Taxpunkte mit weiteren Massnahmen führen dazu, dass nach Abklärungen der SGG bei vielen Praxen angesichts der hohen bzw. gar steigenden Fixkosten ein Gewinneinbruch von 60% und mehr stattfindet und je nach Konstellation gar erhebliche Verluste resultieren.
- 25 Auch hier hat die dem Bundesrat obliegende solide betriebswirtschaftliche Untersuchung der Voraussetzungen sowie der Folgen der Massnahmen nicht stattgefunden. Damit stehen die Massnahmen in Widerspruch zu den gesetzlich festgelegten Zielen, eine qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung durch möglichst günstige Preise zu gewährleisten. Die Vorlage fokussiert auf möglichst tiefe Preise, missachtet damit jedoch das Gebot, dass eine Grenze besteht, wenn die Preise derart tief sind, dass die qualitativ hochstehende Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann.
- 26 Als wichtigstes Beispiel seien die Krebsvorsorgenuntersuchungen mittels Koloskopien zu erwähnen. Diese sind nicht nur gesetzgeberisch gewollt, sondern auch Teil der vom BAG unterstützten nationalen Krebsstrategie 2014-2017. Gerade hier sollen die (betriebswirtschaftlich nicht ausgewiesenen) Kürzungen am strengsten greifen.

## B. Zusammenfassung

- 27 Die Vernehmlassungsvorlage ist allgemein sowie spezifisch für die Gastroenterologie weit entfernt von einer sachgerechten Tarifstruktur. Sie ist aus folgenden Gründen **zur substantiellen Überarbeitung zurück zu nehmen**:
- fehlende betriebswirtschaftliche Grundlagen für eine sachgerechte Tarifstruktur, vielmehr fehlende Abklärungen, kein Bezug vorhandener betriebswirtschaftlicher und Leistungsdaten, Abstellen auf Vermutungen
  - Gefährdung einer hochstehenden ärztlichen Versorgungsqualität
  - Streichung der Dignitäten in Widerspruch zum Grundsatz der Rechtsgleichheit
  - keine Mengenausweitung im Bereich der Gastroenterologie
  - deutliche Steigerungen des apparativen und personellen Kostenaufwandes in der Gastroenterologie

- Missachtung der medizinischen Standards bei der Festlegung der Abklärungszeiten für Gastroskopien
- Sachwidrige Behandlung von ambulanten Notfalleinrichtungen nach 36a KVG
- Betriebswirtschaftlich nicht hinterlegte Streichung des Zuschlags auf Materialien und Implantate

Mit vorzüglicher Hochachtung



Tomas Poledna

Beilagen