

**Urabstimmung der FMH zur Revision TARMED:  
Der Vorstand von mfe empfiehlt 7x NEIN**

Gemäss Beschluss der Ärztekammer vom 28. April 2016 sind Sie im Rahmen einer Urabstimmung der FMH aufgerufen, mit der Beantwortung folgender Fragen zu entscheiden, ob Sie der Revision des TARMED zustimmen oder diese ablehnen:

1. Wollen Sie die revidierte Tarifstruktur ats-tms Version 1.0 (Tarifbrowserversion 5.0) für die Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen annehmen?

=> **Der Vorstand von mfe empfiehlt: NEIN**

2. Wollen Sie den Modellansatz „individueller ärztlicher Faktor IAF“ mit einem maximalen Ausschlags-Wert von +/- 10% annehmen?

=> **Der Vorstand von mfe empfiehlt: NEIN**

*Stichfrage zu 2:* Falls der Modellansatz „individueller ärztlicher Faktor IAF“ von der Mehrheit der Stimmenden abgelehnt wird: Wollen Sie die Tarifstruktur auch in diesem Fall annehmen?

=> **Der Vorstand von mfe empfiehlt: NEIN**

3. Wollen Sie die Normierungsvereinbarung Version 0.3 vom 25.3.2016 mit dem Normierungsfaktor 0.73 zur Einführung der revidierten ambulanten Tarifstruktur annehmen?

=> **Der Vorstand von mfe empfiehlt: NEIN**

*Stichfrage zu 3:* Falls die Normierungsvereinbarung gemäss Frage 3 von der Mehrheit der Stimmenden abgelehnt wird: Wollen Sie die Normierungsvereinbarung annehmen unter der Voraussetzung, dass vereinbart werden soll, dass die durch den Normierungsfaktor 0.73 verursachte Abweichung von der betriebswirtschaftlichen Bemessung mittelfristig (innert 5-10 Jahren) korrigiert wird?

=> **Der Vorstand von mfe empfiehlt: NEIN**

4. Wollen Sie den Grundvertrag KVG Version 10.2 vom 08.03.2016 annehmen?

=> **Der Vorstand von mfe empfiehlt: NEIN**

5. Wollen Sie den Grundvertrag UVG Version 0.7 vom 08.03.2016 annehmen?

=> **Der Vorstand von mfe empfiehlt: NEIN**

**Der Vorstand von mfe empfiehlt Ihnen,  
sämtliche Fragen mit NEIN zu beantworten.**

Eine ausführliche Begründung für unsere Position finden Sie auf den folgenden Seiten.

## Unsere Gründe für 7x Nein

Der Vorstand von Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe lehnt den revidierten Tarif in der zur Abstimmung vorliegenden Form ab. Er weist zahlreiche Fehler auf, welche von mfe seit Beginn der Revisionsarbeiten immer wieder bemängelt, aber trotzdem nicht korrigiert wurden. Die Tarifierungsgrundsätze wurden nicht konsequent durchgesetzt (Handlungsleistungen nur dort, wo sie eine geringe Varianz aufweisen und der Zeitaufwand belegt werden kann; unterschiedliche Handhabung der qualitativen Abgrenzungen), was zu erheblichen Verzerrungen führt, einmal mehr zum Nachteil der Haus- und Kinderärzte.

Inakzeptabel ist auch die vorgesehene lineare Normierung, welche sich bei Inkraftsetzung des neuen Tarifs und für viele Jahre danach negativ auf die Haus- und Kinderarztmedizin auswirken wird.

Alle Berechnungen der Tarifexperten von mfe zeigen, dass die von der Politik geforderte und von keiner Seite in Frage gestellte Besserstellung der Haus- und Kinderärzte mit diesem Tarif nicht gelingen kann. Damit verfehlt die Tarifrevision ihr Hauptziel.

Der Vorstand mfe empfiehlt, bei allen Fragen mit NEIN zu antworten. mfe will eine schnelle Wiederaufnahme der Revisionsarbeiten. Der Tarif soll und kann korrigiert und die Tarifautonomie erhalten oder nötigenfalls zurückgewonnen werden.

---

**Ad 1) Wollen Sie die revidierte Tarifstruktur ats-tms Version 1.0 (Tarifbrowserversion 5.0) für die Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen annehmen?**

**Der Vorstand von mfe sagt: NEIN.**

Die Tarifstruktur weist immer noch zu viele Fehler auf und erfüllt die vom Gesetz geforderten Bedingungen der Sachgerechtigkeit und betriebswirtschaftlichen Berechnung nicht. Der Tarif verhindert in der vorliegenden Form, dass alle Fachärzte – unabhängig von der gewählten Fachrichtung – ein ähnliches Einkommen erzielen können. Das liegt einerseits an den immer noch zahlreichen zu hoch tarifierten Handlungsleistungen mit zu hohen Minutagen und andererseits an ungleichen Bemessungsgrundlagen für die Infrastruktur- und Personalleistung IPL.

Die Konsultation müsste betriebswirtschaftlich gerechnet zirka 30% teurer werden (dies vor allem wegen der stark gestiegenen Personalkosten). Normiert wird die mit Abstand am häufigsten erbrachte Leistung der Haus- und Kinderärzte, nämlich die ärztliche Konsultation, um zirka 4% abgewertet. Allein diese Tatsache zeigt, wie falsch der Tarifvorschlag ist, und ist Erklärung genug, warum er abgelehnt werden muss.

Infolge der Aufhebung der in dieser Art schon lange nicht mehr gerechtfertigten Quantitativen Dignitätsunterschiede müsste der Taxpunkt für die ärztliche Leistung AL der Haus- und Kinderärzte (und anderer Fachärzte mit der FMH Dignität 5) um zirka 10% ansteigen, kostenneutral und normiert. Tatsächlich resultiert lediglich ein Plus von 3%. Andererseits soll die Abgeltung von Infrastruktur und Personal um zirka 12% sinken.

Viele Handlungsleistungen werden richtigerweise billiger, weil sie in weniger Zeit erbracht werden können. Andere sollen aus nicht nachvollziehbaren Gründen teurer werden, als Beispiel sei hier die Wundversorgung aufgeführt: Die Wundversorgung (erste 3 cm in Lokalanästhesie) wird normiert 18% (AL+IPL) teurer, die Steigerung der Infrastruktur- und Personalkosten für diese Leistung beträgt 32%.

Belastungs-EKG/Arbeitsversuch und Belastungs-EKG/Ergometrie – beide auf dem Fahrrad oder dem Laufband – finden in Infrastrukturen statt, die sich preislich um 43% unterscheiden. Auch die Zeit zum Aufräumen des Ergometriezimmers ist 43% höher tarifiert.

Das Röntgen wird aus den Praxen verschwinden, weil es um zirka 30% billiger werden soll (Beispiel Thorax 2 Ebenen). Im Gegensatz zu den Radiologen werden wir dies nicht mit der neuen Möglichkeit, zusätzlich Konsultationszeiten zu verrechnen, kompensieren können.

Es war das erklärte Ziel der Tarifpartner und insbesondere auch der FMH, die Qualitative Dignität (Reservation bestimmter Positionen für bestimmte Fachärzte) aufzuheben. Im Verlauf ist sie aber wieder aufgetaucht und sollte gemäss den geltenden Tarifierungsgrundsätzen in begründeten Ausnahmefällen möglich sein. Leider wurden die Tarifierungsgrundsätze weder von allen befolgt noch von den Tarifpartnern durchgesetzt. Ganze Kapitel sind abgegrenzt, Haus- und Kinderärzte sind von gewissen Leistungen ausgeschlossen, die sie heute täglich anstandslos erbringen. Neue abgeschlossene Handlungsleistungen mit nicht erklärbar hohen Minutagen sind dazugekommen (Beispiele dafür finden sich im Kapitel CF Neurologie).

Die Auswirkungen des revidierten Tarifs lassen sich kaum vorhersehen. Die FMH hat ihre ursprüngliche Prognose von einem Plus von 10% für die Haus- und Kinderärzte bereits auf plus 3% korrigiert. Alle Berechnungen unserer eigenen Tarifexperten zeigen aber, dass die Haus- und Kinderärzte mit dem revidierten Tarif im besten Fall gleich viel verdienen können wie vor der Revision, vermutlich sogar weniger.

Die von der FMH zur Verfügung gestellten Warenkörbe beruhen zum Teil auf falschen Annahmen und Berechnungen: Dokumentation und Berichte werden keinen neuen Umsatz generieren, sondern nur anders abgerechnet; bei der Anfertigung eines Röntgenbildes wird in der Praxis keine zusätzliche Konsultation verrechnet werden; die nicht-ärztliche Leistung wird den Spitalern Mehreinnahmen und dem Gesundheitswesen einen Kostenschub bringen (Administrationsarbeiten können zusätzlich verrechnet werden); im Gegensatz dazu dient die MPA-Position in der Praxis dazu, gewisse Leistungen an die MPA delegieren zu können, während der Arzt gleichzeitig eine andere Leistung erbringt und dazu auf die Unterstützung einer zweiten MPA angewiesen ist. Die MPA-Leistung in der Praxis wird nicht wie von der FMH vorgerechnet zu einem Gewinn für den Arzt führen.

Die Abwertung der ärztlichen Konsultation – relativ zu anderen Leistungen im Tarif und absolut im Rahmen der Normierung – ist eine Tatsache und inakzeptabel. Verbesserungen durch andere Positionen sind möglich, aber spekulativ.

Ad 2) Wollen Sie den Modellansatz „individueller ärztlicher Faktor IAF“ mit einem maximalen Ausschlags-Wert von +/- 10% annehmen?

**Der Vorstand von mfe sagt: NEIN.**

Ein Grundsatz der Revision lautete, die bestehenden quantitativen Dignitäten ersatzlos zu streichen. Dieses Unterfangen haben wir stets begrüsst und gefordert, dass alle Fachärzte aus dem TARMED ein vergleichbares Einkommen erzielen können müssen. Der IAF würde eine differenzierte Bewertung ärztlicher Leistungen ermöglichen. Er ist aber in erster Linie der Versuch einiger Spezialisten, die schon längst nicht mehr gerechtfertigte Quantitative Dignität in die Zukunft zu retten. Eine Aufwertung bestimmter Fachärzte müsste zu Lasten anderer gehen. Die differenzierte Betrachtung ärztlicher Leistungen ist im Ansatz interessant, im Moment aber noch nicht ausgereift. Die Kriterien sind nicht definiert, weshalb der Vorstand mfe den IAF ablehnt.

Ad Stichfrage zu 2: Falls der Modellansatz „individueller ärztlicher Faktor IAF“ von der Mehrheit der Stimmenden abgelehnt wird: Wollen Sie die Tarifstruktur auch in diesem Fall annehmen?

**Der Vorstand von mfe sagt: NEIN.**

Er lehnt die Tarifstruktur in jedem Fall ab. Die Gründe haben wir oben dargelegt. Folgerichtig ist auch die Stichfrage hierzu mit Nein zu beantworten.

**Ad 3) Wollen Sie die Normierungsvereinbarung Version 0.3 vom 25.3.2016 mit dem Normierungsfaktor 0.73 zur Einführung der revidierten ambulanten Tarifstruktur annehmen?**

**Der Vorstand von mfe sagt: NEIN.**

Die Normierung ist in mehrerlei Hinsicht nicht akzeptabel. Die FMH hat sich bis vor kurzem stets gegen Kostenneutralitätsvorgaben gewehrt. Mit der Normierungsvereinbarung unterwirft sich die Ärzteschaft aber faktisch genau diesem Diktat der Versicherer. Die Forderung nach Kostenneutralität ist allein angesichts der seit Einführung des TARMED aufgelaufenen Teuerung absurd. Trotzdem ist die Forderung nach der kostenneutralen Einführung des revidierten Tarifs eine politische Realität. Ob sie uns passt oder nicht. Auf gar keinen Fall akzeptabel ist aber, dass der Tarif mit dem einheitlich bei 0.73 festgelegten Normierungsfaktor linear über alle Positionen gekürzt wird. Dies führt dazu, dass Fachbereiche mit unterdurchschnittlichem Kostenwachstum die Mehrkosten in anderen Bereichen finanzieren. Unsere ärztliche Leistung steigt normiert nur um 3% statt um mehr als 10%. Mit der Differenz bezahlen wir die Teuerung in anderen Sparten. Gleichzeitig rechnet die Normierung mit 12% weniger Kosten (seit den Neunzigerjahren!) für unsere Infrastruktur und Personal. Die Normierung führt dazu, dass alle Notfallpauschalen um 27% gekürzt werden.

Wenn schon Normierung, so muss sie differenziert erfolgen, separat für AL und IPL, sowie getrennt für Spitalambulanz und Praxisambulanz, korrekterweise auch differenziert für verschiedene Fachgebiete. Korrekturmechanismen sind angedacht, aber nicht verbindlich festgelegt. Die Kostensteigerung in den technischen Bereichen kann nicht mit dem Lohn der medizinischen Grundversorger bezahlt werden. Auch wenn von Seiten der Versicherer und Behörden eine Normierung gefordert wird, ist sie in dieser Art abzulehnen.

**Ad Stichfrage zu 3: Falls die Normierungsvereinbarung gemäss Frage 3 von der Mehrheit der Stimmenden abgelehnt wird: Wollen Sie die Normierungsvereinbarung annehmen unter der Voraussetzung, dass vereinbart werden soll, dass die durch den Normierungsfaktor 0.73 verursachte Abweichung von der betriebswirtschaftlichen Bemessung mittelfristig (innert 5-10 Jahren) korrigiert wird?**

**Der Vorstand von mfe sagt: NEIN.**

Die Normierung ist betriebswirtschaftlich schlicht falsch und nicht sachgerecht, insbesondere wenn sie wie vorgesehen linear erfolgt. Die betriebswirtschaftliche Bemessung darf nicht auf einen vagen späteren Zeitpunkt verschoben werden, sondern muss sofort und differenziert nach verschiedenen Tarifräumen erfolgen. Die Tarifpflege soll in Zukunft durch die neu gegründete AG ats-tms vorgenommen werden. Ob es ihr besser gelingen wird, offensichtliche Fehler schnell zu korrigieren, ist fraglich. Unter diesen Umständen ist die Normierung auch mit einem vagen Versprechen, später noch Korrekturen vorzunehmen, abzulehnen.

**Ad 4) Wollen Sie den Grundvertrag KVG Version 10.2 vom 08.03.2016 annehmen?**

**Der Vorstand von mfe sagt: NEIN.**

Hauptelemente des Grundvertrags KVG sind die vorliegende Tarifstruktur sowie die Normierungsvereinbarung. Aus Sicht des Vorstands von mfe sind beide zum jetzigen Zeitpunkt nicht genehmigungsfähig. Wir lehnen beide ab. Folgerichtig ist auch der Grundvertrag KVG abzulehnen.

**Ad 5) Wollen Sie den Grundvertrag UVG Version, 0.7 vom 08.03.2016 annehmen?**

**Der Vorstand von mfe sagt: NEIN.**

Hauptelemente des Grundvertrags UVG sind die revidierte Tarifstruktur und die Normierungsvereinbarung. Aus Sicht des Vorstands von mfe sind beide zum jetzigen Zeitpunkt nicht genehmigungsfähig. Wir lehnen beide ab. Folgerichtig ist auch der Grundvertrag UVG abzulehnen.

---

### **Was passiert nach der Urabstimmung?**

Werden Tarif und Normierungsvereinbarung gutgeheissen, werden als nächste die Spitäler H+ und die Versicherer MTK und curafutura Stellung nehmen. Wird der Tarif auch von ihnen genehmigt, wird er dem Bundesamt für Gesundheit BAG und dem Bundesrat vorgelegt. Abänderungen des Tarifvorschlags durch BAG, Preisüberwacher und Bundesrat sind möglich. Auch der andere Versicherungsverband santésuisse wird seinen Einfluss noch geltend machen. Der Tarif kann vom Bundesrat ohne erneute Abstimmung in Kraft gesetzt werden. Wird der Tarif angenommen, aber der Normierungsvertrag abgelehnt, so müssen alle Verträge zwischen FMH und Versicherer neu ausgehandelt werden. Dafür fehlt die Zeit, wenn die Eingabefrist vom 30. Juni 2016 nicht verlängert werden kann. Es ist davon auszugehen, dass die anderen Revisionspartner (H+, MTK, curafutura) den Tarif eingeben werden, auch wenn er (oder der Normierungsvertrag) von den FMH Mitgliedern abgelehnt wird.

Das Abseitsstehen des Tarifpartners santésuisse, der eine Mehrheit der Versicherten vertritt, hat eine partnerschaftliche Revision von Anfang an verhindert. Wie der Bundesrat einen von einem Teil der Tarifpartner eingereichten Vorschlag werten wird, ist offen. Auf jeden Fall hat der Bundesrat die Kompetenz, bei Nichteinigung der Tarifpartner von seiner „subsidiären Kompetenz“ Gebrauch zu machen und einen Tarif nach eigenem Ermessen zu verordnen. Völlig offen ist, wie ein bundesrätlicher Tarif aussehen würde und wann er eingeführt werden könnte.

Sollte der Tarif von der Ärzteschaft abgelehnt werden, trägt nicht sie allein die Schuld am Scheitern: Die fehlende Kooperation von santésuisse, die fehlenden Zusagen aller Versicherer und des BAG zur Aufhebung der halbierten letzten 5 Minuten und der Aufhebung unsinniger Limitationen, die fragliche Akzeptanz von Dringlichkeits- und Besuchsinkonvenienzpauschalen, die Ausblendung der Kostenwahrheit von Seiten der Versicherer und Behörden und der Unwille, die Teuerung auch im praxisambulanten Bereich des Gesundheitswesens zu berücksichtigen, tragen entscheidend zur Ablehnung des Tarifs bei.

### **Was will mfe eigentlich?**

Die Haus- und Kinderärzte wollen nichts anderes, als im Gesetz und in den Tarifierungsgrundsätzen der Tarifpartner festgelegt ist: einen sachgerechten und betriebswirtschaftlich korrekten Tarif der

unsere Arbeit richtig abbildet und eine effiziente und kostengünstige medizinische Grundversorgung auch weiterhin möglich macht und allen Ärzten - unabhängig von der gewählten Fachrichtung - ein ähnliches Einkommen ermöglicht.

Wichtige Änderungen sind im neuen Tarif aufgenommen worden: Aufhebung der Quantitativen Dignität, Aufhebung der halbierten letzten 5 Minuten, Wiedereinführung der Dringlichkeits- und Besuchsinkonvenienzpauschale, Neuberechnung des Kinderzuschlags, Anpassung der Produktivität. Noch ungelöst sind die Fragen bezüglich zukünftiger Pflege des Tarifs, Qualitativer Dignität, Handlungsleistungen (Minutage und Varianz) und korrekter Spartenberechnungen, die einerseits die Infrastruktur- und Personalkosten voll decken und andererseits ungerechtfertigte Gewinne aus der IPL verhindern müssen. Die Kostensteigerung muss jetzt und in Zukunft differenziert betrachtet werden.

Die Revisionsarbeiten müssen wieder aufgenommen und zu einem erfolgreichen Abschluss geführt werden. Die wichtigen Neuerungen müssen gesichert und die erkannten Fehler korrigiert werden. mfe engagiert sich weiterhin für einen erfolgreichen Abschluss der Tarifrevision.

### **Setzt mfe mit dem Nein die Tarifautonomie aufs Spiel?**

Auch mfe will die Tarifautonomie beibehalten, allerdings nicht zum Preis einer Benachteiligung der Haus- und Kinderärzte. Die Bedingung für eine Zustimmung zum Tarif haben wir vor mehr als drei Jahren festgelegt, sie immer wieder bekräftigt, und wir halten konsequent daran fest.

Anlässlich der Abstimmung über den geltenden Tarif Tarmed 2002 sind die Grundversorger Kompromisse eingegangen, um andere Fachgesellschaften mit an Bord zu behalten. Dafür bezahlen wir bis heute einen hohen Preis; pro Jahr 100 Mio. Franken für die Quantitative Dignität und 60 Mio. Franken für die halbierten letzten 5 Minuten. Der vom Bundesrat verordnete Zuschlag für die hausärztliche Leistung korrigiert wenigstens diese Fehler.

Wir brauchen einen besseren Tarif, besser als der geltende und besser als der neue Vorschlag.