

Schweizerische Belegärzte-  
Vereinigung  
Moosstrasse 2  
3073 Gümligen

**Einschreiben**

Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern

E-Mail:

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

Gümligen, 17. Juni 2017

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

Sehr geehrte Damen und Herren

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. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

Die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung ist als Verband von freipraktizierenden Ärzten mehrfach von diesem Tarifeingriff betroffen. Als nationale Vereinigung mit mehr als 1400 Mitgliedern betrachtet sich die SBV legitimiert, zu dem Eingriff umfangreich Stellung zu nehmen.

**I. Allgemeine Beurteilung**

Der Bundesrat rechnet damit, dass mit dem vorgeschlagenen Tarifeingriff Einsparungen von rund 700 Millionen Franken pro Jahr erzielt werden können. Leider fehlen im Kommentar zur Verordnung jegliche Berechnungen, welche diese Prognose stützen könnten. Vermutlich ist diese Zahl als reine Addition der Kürzungen bei den einzelnen Positionen zustande gekommen. Mit einer seriösen Kostenfolgenabschätzung, die eigentlich zu jedem Gesetzes- und Verordnungstext standardmässig dazugehört, hätten die positiven und negativen Kostenfolgen des Tarifeingriffs nachvollzogen werden können. Dabei ist zu beachten, dass eine rein statische Betrachtungsweise zu kurz greift. Mit jedem Tarifeingriff verändern sich auch die Anreize. In vorliegendem Fall ist beispielsweise mit einer Verlagerung von Leistungen, die ambulant nicht mehr kostendeckend erbracht werden können, in den stationären Bereich zu rechnen. Eine weitere Folge der Veränderung der Anreize wäre, dass sich innerhalb der am-

bulant tätigen Ärzteschaft zunehmend Versorgungsprobleme abzeichnen würden. Dies würde aber einen bedeutenden Kostenschub auslösen, der die Einsparungen im ambulanten Bereich zunichtemachen würde. Solche und ähnliche Phänomene konnten bereits beim ersten Tarifeingriff beobachtet werden. Deshalb erstaunt es umso mehr, dass der Bundesrat darauf verzichtet hat, seine mutige Prognose einer Einsparung von 700 Millionen Franken mit seriösen Berechnungen abzustützen. Die SBV fordert, dass eine seriöse Kostenfolgenabschätzung durchgeführt wird, bevor der vorliegende Tarifeingriff in Kraft gesetzt wird.

Der vorgeschlagene Tarifeingriff entbehrt jeglicher nachvollziehbarer, datengestützten Sachgerechtigkeit. Wie schon beim ersten Tarifeingriff 2014 vertritt die SBV auch in diesem Fall die Auffassung, dass der Tarifeingriff aus diesem Grund rechtswidrig ist. Mittlerweile wird diese Ansicht auch vom Kantonsgericht Luzern gestützt. Ausserdem wurden nachgewiesenermassen willkürliche Kürzungen des ersten Tarifeingriffs nicht behoben. Damit wird die Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur weiter verschlechtert. Die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates dient aber dazu, eine fehlende Sachgerechtigkeit zu korrigieren, und nicht, diese zu verschlechtern. Es liegt somit eine rechtswidrige Anwendung der subsidiären Kompetenz vor.

Selbst wenn man einzelne Kürzungen aufgrund noch nachzuweisender Daten bejahen könnte, so ist doch stossend, dass der Tarif nur in eine Richtung Korrekturen aufweist. Einzelleistungen, die aufgrund neuer Behandlungsmethoden erfolgsversprechender und im Gesamtkontext günstiger sind, können für sich gesehen teurer sein, ebenso wie neue Regularien, z.B. im Bereich Strahlenschutz, können eine Leistung verteuern. Die Abgeltung bleibt allerdings auf unverändert tiefem Niveau oder wird gar noch verschlechtert.

Zusätzlich deckt sich der geplante Tarifeingriff mit dem Trend zu einer ausgeprägten Verstaatlichung in der Gesundheitspolitik, die dem geltenden Konzept des KVG widerspricht: Der Bundesrat hat für optimale Rahmenbedingungen zu sorgen und neue Versorgungsformen zu fördern und nicht zu behindern. In der Gesundheitspolitik ist vor allem mit Anreizsystemen, aber nicht mit Verbotssystemen zu schaffen.

Unbillig ist der Eingriff auch, weil er völlig einseitig zulasten der Ärzteschaft erfolgt, welche offensichtlich allein die Folgen der Kostensteigerung ertragen sollen. Dies widerspricht der sonst im BAG-Kommentar oft zitierten Praxis des Bundesverwaltungsgerichts, welches im Zusammenhang mit den Taxpunktwerten völlig zu Recht klar festhält, dass die Last von Kostensteigerung nicht allein einer Stakeholder-Gruppe aufgebürdet werden dürfen.

Zu beachten ist ferner, dass die freiberuflich tätigen Ärzte einen erheblichen Beitrag an das Schweizerische Gesundheitswesen leisten, der allein mit staatlich angestellten Ärzten nicht zu ersetzen ist. Gerade die Belegärzte erbringen viele Vorhalteleistungen ohne hierfür entschädigt zu werden, die ein angestellter Arzt, der dem Arbeitsgesetz unterstellt ist, gar nicht erbringen kann oder darf. Weiter sind etliche Belegärzte ausgewiesene Spezialisten in ihrer Disziplin und entsprechend gefragt. In der Medizin wird bereits mit der Aus- und Weiterbildung eine hohe Mobilität antrainiert, so dass solche Leistungserbringer rasch ihre Zelte in der Schweiz abbrechen können, wenn die Bedingungen für das Fortkommen nicht mehr vorhanden sind. Eine Abwanderung von Ärzten gilt es jedoch zu vermeiden, da ein Versorgungsengpass in allen Bereichen, nicht nur der Hausarztmedizin, absehbar ist. Dies gilt be-

sonders für die Grundversorger: betroffen wären auch Behandlungsleistungen im Bereich der Pädiatrie, der Kinderpsychiatrie und der Kinderchirurgie.

Besonders gravierend ist der Umstand, dass im Kommentar zur Verordnung die Konsequenzen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung ausgeblendet werden. So wird nicht berücksichtigt, dass mit einem Kahlschlag im ambulanten Tarif die Versorgung in peripheren Regionen der Schweiz gefährdet wird. Dabei steht nicht nur die Qualität der Leistungen, sondern schlichtweg deren Angebot auf dem Spiel. Ein Versorgungsengpass bedeutet schliesslich nichts anderes als eine Rationierung der Leistung. Es braucht wenig politische und volkswirtschaftliche Kenntnisse, um zu erkennen, dass eine Rationierung der medizinischen Leistungen die Zweiklassenmedizin fördert, was der Agenda Gesundheit2020 ebenfalls widerspricht.

Insgesamt steht der Tarifeingriff schief in einer gesundheitspolitischen Landschaft, wo ein Konsens zu einer Stärkung der ambulanten Medizin besteht. Mit dieser Massnahme widerspricht der Bundesrat seiner eigenen Agenda Gesundheit2020.

## **II. Spezielle Beurteilung**

Die spezielle Beurteilung gliedert sich nach dem von Ihnen im Faktenblatt «Anpassungen des Ärztetarifs TARMED» verwendeten Schema.

### **A) Änderungen, welche zu höheren oder tieferen Positionen bei allen oder einem Teil der Tarifpositionen führen**

#### **1. Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen**

Begründung des EDI: Die Dignitätsstufen wurden ursprünglich eingeführt, um der unterschiedlichen Weiterbildungsdauer der Fachärzte gerecht zu werden. Jeder Tarifposition wurde eine sogenannte quantitative Dignität zugeordnet, welche mit einem definierten Dignitätsfaktor verbunden ist. Da die Ausbildungsdauer gemäss Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11) für alle Facharztstitel 5 oder 6 Jahre beträgt, sind die unterschiedlichen Dignitätsfaktoren nicht gerechtfertigt. Neu werden daher alle Leistungen mit einem einheitlichen Dignitätsfaktor hinterlegt. Die Vereinheitlichung der Dignitätsfaktoren führt zu einer einheitlichen Bewertung der ärztlichen Leistungen.

Kommentar der SBV: Die Dignitätsstufen einzelner Leistungen bemessen sich an der *effektiven* Weiterbildungszeit, welche für die selbständige Erbringung dieser Leistungen notwendig ist. Für viele Leistungen übertrifft die effektive Weiterbildungszeit die vom MedBG auch heute noch die verlangte reguläre Weiterbildungszeit. Mit der Angleichung der Weiterbildungsdauer der einzelnen Facharztstitel wird diese Realität nicht korrekt abgebildet. Die Angleichung im MedBG erfolgte vielmehr, um den Anforderungen des Abkommens mit der Europäischen Union (EU) über die Freizügigkeit zu genügen. Die quantitativen Dignitäten sind nie grundsätzlich in Frage gestellt worden, weder vom Bundesrat noch von der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) noch

vom Preisüberwacher. So hat der Preisüberwacher bereits 1999 gefordert, dass die Dignitätsskala nach Einführung des Tarmed empirisch überprüft werden soll<sup>1</sup>. Diese Forderung wurde von der EFK in ihrem Schlussbericht von September 2010 wiederholt<sup>2</sup>. Nachdem verschiedene Konzepte diskutiert wurden, herrscht heute innerhalb der FMH ein Konsens darüber, wie die quantitativen Dignitäten bemessen werden sollen. Da der Konsens einen Bestandteil des Projektes TARCO darstellt, können zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Details preisgegeben werden. Es kann aber immerhin festgestellt werden, dass auch im aktuellen Dignitätskonzept Weiterbildungszeiten gemäss SIWF und weiterführende Weiterbildungen wie zusätzliche Facharztstitel und Schwerpunkte ausschlaggebend sind. Die Abschaffung der quantitativen Dignitäten wird hingegen einstimmig und kategorisch abgelehnt.

## **2. Erhöhung der Produktivität in den Operationssparten (OP-Sparten)**

Begründung des EDI: Die Produktivität in den OP-Sparten sind mit 45 % – 55 % besonders tief. Bei anderen Sparte ist die Produktivität praktisch überall > 70 %. Mit vorliegender Änderung werden die Produktivitäten in den OP-Sparten auf ein wirtschaftlicheres Niveau, im Rahmen von 65 % – 72 % erhöht.

Kommentar der SBV: Im aktuell gültigen TARMED 01.08.00 BR sind die ärztlichen Produktivitäten sachgerecht berücksichtigt. Neben der definierten Schnitt-Naht-Zeit sind die sogenannte Vor- und Nachbereitungszeit und die Berichtzeit abgebildet. Nicht tarifiert sind weitere unproduktive Zeitabschnitte, die der Operateur, besonders bei ambulanten Eingriffen, im OP-Bereich verbringen muss. Dies wurde bei den hinterlegten Produktivitäten berücksichtigt. Sie sind sachgerecht. In der Revisions-Version ats-tms wurden die bis anhin nicht tarifierten Warte- und Schlupfzeiten, die besonders im ambulanten Bereich anfallen, in ein gesondertes Leistungspaket RQ zusammengefasst und tarifiert. Im Gegenzug wurden die ärztlichen Produktivitäten adäquat angehoben. Der Vernehmlassungsvorschlag übernimmt die angehobenen ärztlichen Produktivitäten aus dem ats-tms-Projekt. Das erwähnte Leistungspaket RQ des ats-tms wird jedoch nicht berücksichtigt. Dies führt zu nicht sachgerechten zu hohen Produktivitäten.

Im Weiteren verweisen wir auf die Stellungnahme der fmCh-Tarifunion, die unsere volle Unterstützung verdient.

## **3. Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten (höhere Wirtschaftlichkeit berücksichtigen)**

Begründung des EDI: Die Kostensätze von Sparten mit Investitionskosten für Anlagen, Geräte und Apparate > 750'000 CHF werden um 10 % gesenkt, da deren Auslastung (Bruttobetriebszeit) mit 9 Stunden pro Werktag bzw. für MRI und CT mit 12 Stunden pro Werktag als zu wenig wirtschaftlich betrachtet wird. Hinzu kommt, dass die Kosten der Geräte seit Einführung des TARMED teilweise gesunken und die Abschrei-

---

1 Preisüberwacher (31.3.1999): Stellungnahme zu den Tarifen Grat und Infra.

2 EFK. Der Arzttarif TARMED. September 2010.

zungsdauer insbesondere bei MRI- und CT-Geräten mit 6 Jahren relativ tief angesetzt sind. Nebst diesen offenkundigen Gründen für eine Senkung der Kostensätze gibt es in der Berechnung der Infrastrukturkosten weitere Parameter im Tarifmodell, deren eingesetzter Wert anzuzweifeln ist, zumal die Berechnungsgrundlagen in ihrer Gesamtheit bisher nie offengelegt wurden. Die nun vorgesehene Kürzung der Kostensätze hat eine Verminderung der TL in gewissen Sparten zur Folge.

Kommentar der SBV: Diese Massnahme stösst bei vielen Fachgesellschaften auf Unverständnis. Gewiss hat die technologische Entwicklung eine Senkung der Infrastrukturpreise ermöglicht. Gleichzeitig sind aber die Anforderungen an Datensicherheit und der Durchführung von viel komplexeren Behandlungsmethoden viel aufwendiger und teurer geworden. Die Schweizer Bevölkerung erwartet eine qualitativ hochstehende Infrastruktur und wird es kaum billigen, dass der Bundesrat Signale in Richtung Billigmedizin setzt.

#### **4. Umwandlung der Handlungsleistung «Untersuchung durch den Facharzt» in Zeitleistungen.**

Begründung des EDI: Die Handlungsleistungen „Untersuchung durch den Facharzt...“ (10 Tarifpositionen) werden von Handlungsleistungen mit hinterlegter Minutage in Zeitleistungen, abrechenbar in 5-Minuten-Schritten, umgewandelt. Grund dafür sind u.a. die unterschiedlichen Behandlungszeiten der Leistungserbringer. Es ist deshalb sachgerechter, diese Untersuchungen als Zeitleistungen pro 5 Minuten auszugestalten. Bei den Tarifpositionen mit Aufzählungen von Leistungsteilen, aus denen der Leistungserbringer auswählen kann, muss er im Sinne der Transparenz zukünftig in der Patientenakte festhalten, welche Untersuchungen er genau gemacht hat.

Kommentar der SBV: Eine Zeitleistung setzt falsche Anreize und bevorzugt schlecht ausgebildete und wenig routinierte Ärzte. Der Bundesrat eine qualitativ hochstehende Medizin will, verhindert mit dieser Massnahme den Anreiz, Effizienzsteigerungen zu entwickeln. Das ist widersprüchlich.

### **B) Änderungen in den Abrechnungsregeln einzelner oder mehrerer Tarifpositionen**

1. Anwendung von Abrechnungslimitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte

Begründung des EDI: Der Vermerk „Diese Limitierung entfällt für elektronisch abrechnende Fachärzte“ bei aktuell 20 Tarifpositionen wird gelöscht. Die Leistungsabrechnung wird dadurch wirtschaftlicher.

Kommentar der SBV: Die SBV lehnt dies ab. Einerseits ist das Einsparpotenzial zweifelhaft und andererseits soll ein Anreiz geschaffen werden, die Digitalisierung zu fördern. Hier wird wiederum ohne Not in ein bestehendes System eingegriffen, mit fraglichem Erfolg. So kann eine längere Konsultation durchaus effizienter sein als 2 oder 3 kürzere mit künstlichem Unterbruch. Schliesslich liegt die Limitation quer zur zuneh-

menden Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit: neue Vorschriften und Normen, administrative Aufgaben, Arbeitsvorschriften, neue Statistiken (MAS!), Infektregister, Krebsregister, Meldepflichten u.v.a.m. Ein drastischer Bürokratie-Abbau würde viel rascher zu wirkungsvollen Einsparungen führen als die Konsultationszeit zu limitieren.

2. Mehr Abrechnungstransparenz in der Verrechnung von Leistungen «In Abwesenheit des Patienten»

Begründung des EDI: Die Möglichkeit der Abrechnung dieser Tarifpositionen soll mittels diverser Änderungen eingeschränkt werden. Mit der Änderung wird für jede mögliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (z.B. Aktenstudium, Erkundigungen bei Dritten) eine separate Tarifposition eingeführt, so dass klar wird, was genau der Leistungserbringer gemacht hat. Diese Erweiterung der Tarifpositionen erhöht die Transparenz sowie die Kontrollmöglichkeit insbesondere für die versicherte Person und senkt den Anreiz für den Leistungserbringer, diese Tarifposition unbedacht abzurechnen. Die heute hinterlegten Limitationen bei diesen Tarifpositionen werden halbiert, um der starken Mengenzunahme dieser Positionen in den letzten Jahren entgegen zu wirken.

Kommentar der SBV: Die SBV lehnt diesen undifferenzierten Kahlschlag ab. Es ist zwar zu begrüßen, dass die Transparenz steigt, jedoch ist dies auch an einen erhöhten Aufwand gekoppelt, den der Arzt bei sinkender Vergütung erbringen muss. Die Limitationen müssen medizinisch indiziert sein und nicht normativ festgelegt.

Andererseits kann die Limitierung der einzelnen Positionen auf 6\_ pro 3 Monate zu erheblichen Nachteilen für gewisse Fachrichtungen führen. In der Anästhesie beispielsweise erspart die Vorarbeit Kosten und Ressourcen, da erneute Bildgebung und Konsilien von Spezialisten unnötig werden und die Behandlung zielgerichteter geplant und durchgeführt werden kann. So können palliative Tumorpatienten in den letzten Lebensmonaten immer öfter von interprofessionellen Teams ambulant zu Hause begleitet werden. Der fundierte und produktive Wissensaustausch zwischen den verschiedenen Spezialisten und Berufsgruppen braucht erfahrungsgemäss deutlich mehr Zeit und findet häufiger statt als die erlaubten 30 Minuten in 3 Monaten. Limitationen im Bereich der Konsultationen und Leistungen in Abwesenheit stellen einen Schlag gegen die umfassende, ganzheitliche, integrative, interdisziplinäre und -professionelle sowie multimodale Betreuung von komplexen und vom Schicksal nicht gerade begünstigten Patienten dar. Auch in anderen Fachgebieten wird die Limitierung auf 30 Minuten pro 3 Monate oder 10 Minuten pro Monat bei komplexen Fällen nicht ausreichen (Gynäkologie, Schlafmedizin u.v.a.m.)

3. Aufhebung der Zuschläge für Notfall-Inkonvenienzpauschalen für Einrichtungen nach Art. 36a KVG.

Begründung des EDI: 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 Kran-

kenpflege 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, stellt ein Notfall keine Inkonvenienz (im Sinne einer Unbequemlichkeit, Ungelegenheit) dar.

Kommentar der SBV: Die SBV lehnt eine solche Streichung ab. Sie anerkennt zwar, dass Handlungsbedarf besteht, jedoch sind solche Zentren die direkte Folge der verfehlten Gesundheitspolitik, die mit den Verstaatlichungstendenzen des Departmentvorstehers einhergehen: Bestand früher noch ein echtes Vertrauensverhältnis über Jahre hinweg, erachten heute viele Patienten es nicht mehr als opportun, einen eigenen Hausarzt zu haben. Das hat zur Folge, dass viele den Leistungserbringer als austauschbar betrachten. Die fehlende Möglichkeit, ausserhalb des Tarmeds Leistungen bei zusatzversicherten Patienten abzurechnen, haben dazu geführt, dass die Attraktivität bei vornehmlich ambulant tätigen Leistungserbringern massiv abgenommen hat, da auch Zusatzentgelte nicht mehr möglich sind. Dabei ist nicht zu vergessen, dass das Bundesgericht klar festgestellt hat, die Entschädigung aus der Grundversicherung ist ein Sozialtarif und entspricht keiner adäquaten Vergütung<sup>3</sup>. Wenn Ambulatorien diese Inkonvenienzenschädigung nicht mehr erhalten und sich wirtschaftlich anders orientieren, weil der Anreiz fehlt, so geht dies zu Lasten der bereits jetzt überbelasteten Spitälern, die sich mit Bagatellen und der Triage derselben beschäftigen müssen, anstatt die richtigen Notfälle behandeln zu können. In der Notfallversorgung müssten dann die kostenintensiveren Notfallstationen der Spitäler oder der Notruf 144 in die Bresche springen. Dies führt zu höheren Kosten und zu einer geringeren Versorgungssicherheit – das schlechteste mögliche Resultat.

Dass die Vorhalteleistungen eines Spitals wesentlich höher sind, versteht sich von selbst. Dies führt zu höheren Kosten und zu einer geringeren Versorgungssicherheit – das schlechteste mögliche Resultat

### C) Weitere Änderungen

1. Löschen des Zuschlags von 10 % auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten.

Begründung des EDI: Die Generelle Interpretation GI-20 wird derart verändert, dass kein Zuschlag von 10% auf den Einstandspreis von Verbrauchsmaterialien und Implantaten mehr abgerechnet werden kann. Dieser prozentuale Zuschlag ist heute aus mehreren Gründen nicht mehr sachgerecht. Die Löschung dieses 10%-Zuschlags verbessert die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Kommentar der SBV: Mit dem Zuschlag von 10 % auf den Einkaufspreis werden die Kosten für das Handling abgegolten. Grundsätzlich ist es problematisch, einen prozentualen Zuschlag in einem Tarif zu haben, denn dies bedeutet, dass es einen ökonomischen Anreiz geben kann, teuer einzukaufen oder dass derjenige, der sich wirtschaftlich verhält, ökonomisch bestraft wird. Nun ist aber die Streichung des Zuschla-

ges nicht sachgerecht, denn es muss dazu Arbeit geleistet werden, die nun nicht mehr vergütet wird. Will man von der prozentualen Entschädigung wegkommen, dann müsste entweder die Zeit (Bestellung, Lagerhalten usw.) entschädigt oder eine pauschale Entschädigung für die Handlingskosten geleistet werden.

2. Streichen von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie von Verweisen auf das Gesetz (Unterbinden von falschen Anreizen)

Begründung des EDI: Tarifpositionen, bei welchen die Behandlungsart „stationär“ hinterlegt ist, die Tarifpositionen zur Betreuung des hospitalisierten Patienten sowie Tarifpositionen mit dem Vermerk „Gesetz: Nur Leistung der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung“ werden nicht angepasst bzw. nicht festgelegt. Grund dafür ist die Beschränkung der subsidiären Kompetenz auf die Krankenversicherung sowie auf die Festlegung bzw. Anpassung von gesamtschweizerischen ambulanten Tarifstrukturen, die die Basis für Einzelleistungstarife bilden.

Kommentar der SBV: Bei den radiologischen Grundleistungen (Positionen 39.0010, 39.0015, 39.0020) wurde der Verweis auf das Gesetz (KVG) irrtümlich belassen. Bei den erwähnten drei Positionen muss der Zusatz „KVG“ im Titel gestrichen werden. Ansonsten bleibt unklar, ob diese Positionen bei Leistungen zulasten der Militärversicherung, Unfall- und Invalidenversicherung angewendet werden dürfen. Diese Streichung des Zusatzes KVG entspricht dem Inhalt des Punkts 2.2.2 Absatz 13 (S. 14) im erläuternden Bericht zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung.

### **III. Schlusswort**

Unter dem geltenden KVG ist die Einigung zwischen den Tarifpartnern der Regelfall, der staatliche Eingriff die Ausnahme. Dies muss sowohl für die Taxpunktwerte wie auch für die Tarifstruktur gelten. Letztere muss hierbei eine korrekte Basis für die Entschädigung der Leistungserbringer nach möglichst konsistenten Kriterien bilden.

Aus all diesen Gründen ersucht Sie der SBV vom beabsichtigten Tarifeingriff abzusehen. Dessen Nachteile überwiegen allfällige Vorteile bei weitem. Anschliessend danken wir Ihnen für die Berücksichtigung unserer Überlegungen und Argumente und grüssen Sie freundlich.

**SBV-ASMI**  
**Schweizerische Belegärzte-Vereinigung**

Der Präsident

Dr. med. Claude Müller