

**Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement
Département fédéral de l'économie publique
Dipartimento federale dell'economia pubblica
Departament federal da l'economia publica**



**Preisüberwachung
Surveillance des prix
Sorveglianza dei prezzi
Survegianza dals pretschs**

Studie zu den Tarifen GRAT / Infra

Bern, 31. März 1999

1	EINLEITUNG.....	3
2	ERGEBNISSE UNSERER UNTERSUCHUNGEN.....	3
2.1	BEURTEILUNGSGRUNDLAGEN.....	3
2.2	ÄRZTLICHE LEISTUNG	5
2.2.1	<i>Dignität</i>	5
2.2.2	<i>Referenzeinkommen</i>	6
2.2.2.1	Berechnung des Referenzeinkommens gemäss Popp	6
2.2.2.2	Berechnung des einkommensneutralen Referenzeinkommens	9
2.2.3	<i>Jahresarbeitszeit</i>	11
2.2.4	<i>Produktivität – verrechenbare Arbeitszeit</i>	11
2.2.5	<i>Verrechnete Arbeitszeit – 5-Minuten-Intervalle</i>	12
2.3	TECHNISCHE LEISTUNG IN DER ARZTPRAXIS	13
2.4	TECHNISCHE LEISTUNG IM SPITAL.....	13
2.4.1	<i>Anlagenutzungskosten</i>	14
2.4.2	<i>Berechnung der Sach- und Umlagekosten</i>	14
2.4.3	<i>Betriebstage bei kostspieligen Geräten</i>	15
2.5	WEITERE BEURTEILUNGSPUNKTE	15
2.5.1	<i>Teuerungsanpassung</i>	15
2.5.2	<i>Unterschiedliche Taxpunktwerte für die ärztliche und technische Leistung</i>	15
3	EMPFEHLUNGEN DES PREISÜBERWACHERS.....	16
3.1	ALLGEMEINES	16
3.2	ÄRZTLICHE LEISTUNG	16
3.3	TECHNISCHE LEISTUNG IN DER ARZTPRAXIS	17
3.4	TECHNISCHE LEISTUNG IM SPITAL.....	17
	ANHANG	19
	VERGLEICH MIT DER BERECHNUNG POPP	19
	MEDIAN IM EINKOMMENSNEUTRALEN REFERENZEINKOMMEN.....	20

1 Einleitung

Anlässlich der Sitzung vom 8. Januar 1999 mit Frau Bundespräsidentin Dreifuss und Vertretern der Projekte GRAT und Infra hat sich der Preisüberwacher bereit erklärt, die Tarifstruktur der beiden Projekte sowie deren Taxpunktwert für die Unfallversicherer bis Ende März 1999 zu prüfen. Mit dieser vorgezogenen Stellungnahme soll ein möglichst schneller Ablauf des Verfahrens gewährleistet werden.

Aufgrund des heutigen Informationsstands nimmt die Preisüberwachung zum Tarif GRAT / Infra wie folgt Stellung.

Der vorliegende Tarif gilt für den Bereich der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung und den Bereich der Krankenversicherung. Für den Bereich UV/MV/IV wird er zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt. Für die Krankenversicherung bedarf die gesamtschweizerisch geltende Tarifstruktur zusätzlich der Genehmigung durch den Bundesrat. Die Taxpunktwerte für die Krankenversicherung müssen später auf kantonaler Ebene ausgehandelt und von den Kantonen genehmigt werden. In allen Fällen verfügt der Preisüberwacher gestützt auf die Art. 14 und Art. 15 PüG über ein *Empfehlungsrecht*.

Der Preisüberwacher nimmt heute Stellung zur nationalen Tarifstruktur, die für alle Sozialversicherungen gelten soll, und zum vorgesehenen Taxpunktwert von einem Franken für den Bereich der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung. Die Stellungnahme geht direkt an die Tarifpartner, damit diese vor einer allfälligen Ratifizierung Anpassungen am Tarif vornehmen können. Eine Empfehlung an den Bundesrat in einer späteren Phase bleibt vorbehalten. Nicht Gegenstand der vorliegenden Stellungnahme bilden die kantonalen Taxpunktwerte für die Krankenversicherung. Diesbezüglich wird sich der Preisüberwacher zu gegebener Zeit mit Empfehlungen an die zuständigen Kantone wenden.

2 Ergebnisse unserer Untersuchungen

Die Preisüberwachung begrüsst grundsätzlich die Bestrebung der Projekte GRAT und Infra, die Tarife im Gesundheitswesen auf eine betriebswirtschaftliche Basis zu stellen und die ärztliche Leistung im Vergleich mit der technischen Leistung aufzuwerten. Dank der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur werden zudem auch die Kosten vergleichbar gemacht und damit die Transparenz erhöht.

2.1 Beurteilungsgrundlagen

Die Beurteilung basiert auf den uns vom Sekretariat GRAT bzw. TarMed zur Verfügung gestellten Unterlagen. Von den notwendigen Angaben konnten insbesondere keine detaillierten Studien zur Kostenneutralität geliefert werden. Weitere Unterlagen wie die überarbeitete Tarifstruktur β -3 oder das Kostenmodell für die Privatpraxis wurden erst

wenige Tage vor Abschluss der Empfehlung zugestellt. Diese Verzögerungen haben die Prüfung des ohnehin sehr komplexen Tarifwerks zusätzlich wesentlich erschwert. Zudem blieben einerseits mehrere Fragen bis heute offen, andererseits sind anhand der uns vorliegenden Unterlagen keine Preisvergleiche für einzelne Leistungen vor und nach der Einführung des neuen Tarifs möglich. Aufgrund der gar nicht oder viel zu spät gelieferten Unterlagen behalten wir uns Ergänzungen zur vorliegenden Stellungnahme vor.

Unseres Erachtens sind die Verhandlungspartner verpflichtet, die volle Transparenz herzustellen und die nötigen Informationen rechtzeitig zur Verfügung zu stellen. Nur so können die Kostenträger und Leistungserbringer Taxen festlegen, die auch den gesetzlichen Anforderungen genügen. Die Verpflichtung zur Bereitstellung der erforderlichen Informationen lässt sich auch aus der allgemeinen Beweislastregel herleiten, wonach die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, wer aus den unbewiesen gebliebenen (behaup- teten) Tatsachen hätte Rechte ableiten können.¹

Der Informationsstand ist im Projekt GRAT / Infra vielfach gering. Deswegen werden häufig Werte ohne gesichertes Wissen der tatsächlichen Grössen normativ festgelegt. Statt sich auf systematisch erhobene Daten abzustützen wird bei Kernfragen wie Produktivität oder Einkommen zudem wieder Zuflucht zu Verhandlungen genommen. Um die Nebenbedingung der Kostenneutralität zu erfüllen ist es zentral, dass man sich auch an den empirischen Befunden und damit am heutigen Zustand orientiert und sich nicht zu sehr auf normative Werte oder Verhandlungsergebnisse abstützt.

Die grösste Wissenslücke besteht im Bereich der Kostenneutralität. Bisher liegt nur die Studie von Prantl, Schmid und Popp² vor, die gemäss eigenen Angaben lediglich den prinzipiellen Mechanismus aufzeigt. Eine allgemein anerkannte Definition des Begriffs der «Kostenneutralität» steht weiterhin aus. Auch die vor längerer Zeit in Aussicht gestellte Feldstudie wurde bis heute nicht durchgeführt. Zudem fehlen jegliche Anhaltspunkte zu den erwarteten Verhaltensanpassungen aufgrund der geänderten Preise. Im Rahmen einer rein statischen Betrachtung ohne jegliche Berücksichtigung der Verhaltensänderungen ist eine seriöse Beurteilung der Kostenneutralität praktisch unmöglich. Es ist offensichtlich, dass mit den Einzelleistungstarifen GRAT und Infra ein grosser Anreiz zur Mengenausweitung besteht. In einem sehr naheliegenden Anpassungsverhalten erbringt beispielsweise ein Arzt in Zeiten mit vielen Patienten und entsprechend wenig Zeit pro Patient eher kurze Konsultationen mit Extraleistungen. Demgegenüber wird er in flaueren Phasen die Menge über vermehrte Grundleistungen inkl. vielfältigen Beratungen ausweiten.³ Weil insbesondere Grundleistungen (zumindest theoretisch) nahezu unbegrenzt erbracht werden können, kommt einer konsequenten Kontrolle der erbrachten Menge und der Kostenneutralität eine zentrale Rolle zu. Der Mangel eines klaren Konzepts und entsprechend eines praktisch umsetzbaren Messverfahrens der Kostenneutrali-

¹ Vgl. Gygi, F. (1983): *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2. Auflage, Bern, S. 282.

² Prantl, Schmid und Popp (1998): "Kostenneutralität von GRAT/INFRA. Provisorischer Endbericht", Version 2, Zürich etc. mimeo

³ Vgl. Brunner, H. (1998): "Gedanken zum GRAT-Tarif – eine Entgegnung", in: *Schweizerische Ärztezeitung*, 79:17, 726-729, 728

tät muss folglich als fundamentales Manko des Projektes GRAT / Infra bezeichnet werden. Eine nur retrospektive Beurteilung der Kostenneutralität nach der Einführung des Tarifs, wie sie im Moment offenbar im Vordergrund steht, kann aufgrund der Bedeutung des Problems nicht befriedigen.

Schliesslich ist die Nebenbedingung der Kostenneutralität wenig ehrgeizig und es stellt sich zumindest die Frage, ob eine Kostensenkung in Anbetracht der hohen und weiterhin steigenden Kosten im Gesundheitswesen und insbesondere der Entwicklung der direkten Arztkosten und der Ärztedichte nicht angezeigt wäre.

Im folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung nach den Bereichen ärztliche Leistung sowie technische Leistung in der privaten Praxis und im Spital unterteilt. Unsere Berechnungen werden unter der Bedingung konstanter Verhältnisse (z.B. in Bezug auf Anzahl Ärzte, Verschreibungspraxis, Kostenneutralität bezüglich der Ärzteeinkommen etc.) durchgeführt, da die Grundlagen zum Einbezug von Änderungen wie beispielsweise der Anzahl Ärzte oder von Verhaltensanpassungen fehlen.

2.2 Ärztliche Leistung

Die Entschädigung der ärztlichen Leistung wird durch die fünf Parameter Dignität, Referenzeinkommen, Jahresarbeitszeit, Produktivität und verrechnete Arbeitszeit bestimmt. Im folgenden werden die fünf Aspekte soweit als möglich auseinandergelassen, um die diskutierten Effekte zu trennen.

2.2.1 Dignität

Die Dignität, die im wesentlichen die Dauer der verschiedenen Facharztausbildungen reflektiert, bildet einen wesentlichen Bestimmungsfaktor des ärztlichen Einkommens, da grundsätzlich mit steigender Dignität ein höheres Referenzeinkommen einhergeht. Zur kostenneutralen Festlegung der Taxpunkte und zur Erreichung der angestrebten Einkommensumverteilung innerhalb der Ärzteschaft sind zwei Angaben zur Dignitätsverteilung notwendig. Erstens muss die Anzahl Ärzte pro Hauptdignität bekannt sein. Zweitens muss die Mengenverteilung der erbrachten Leistungen pro Dignitätsstufe vorliegen, da ein Arzt mit höherer Dignitätsstufe auch Leistungen tieferer Dignität erbringt. Wir müssen also beispielsweise wissen, wie gross die Anteile der Leistungen der Dignitäten 5, 6, und 7 eines Arztes mit Hauptdignität 7 sind. Da beide Verteilungen heute offenbar empirisch nicht erhebbare sind, wurde die Verteilung der erbrachten Leistungen nach Dignität aufgrund von Expertengesprächen festgelegt. Aufgrund der mit Expertenschätzungen verbundenen Unsicherheit besteht aber das Risiko weiterer Kostensteigerungen. Wenn z.B. in der Realität mehr Leistungen höherer Dignitätsstufen vorgenommen werden, als dies in den Verteilungen unterstellt wurde, so steigen alleine dadurch die Kosten im Gesundheitswesen.

Der Mangel an genaueren Angaben zur Verteilung nach Dignität muss als grosses Defizit bezeichnet werden, da letztlich die ganze Taxpunktstruktur der ärztlichen Leistung von

der Dignitätsverteilung abhängt. Deswegen muss diese nach der Einführung des GRAT in einer Studie empirisch überprüft und, falls erforderlich, müssen die Taxpunkte angepasst werden.

2.2.2 Referenzeinkommen

Für die Berechnung der Tarife wird auf ein sogenanntes "Referenzeinkommen" abgestellt. Zu dessen Ermittlung werden im Zusammenhang mit dem GRAT insbesondere vier Methoden diskutiert⁴: die empirische Ermittlung des heutigen Ärztteeinkommens, die Entschädigung eines Stellvertreters, der Vergleich des Einkommens des freipraktizierenden Arztes mit demjenigen eines angestellten Arztes (Opportunitätsprinzip i.e.S.) sowie der Vergleich des Einkommens vergleichbarer Berufsgruppen mit demjenigen eines Arztes (Opportunitätsprinzip i.w.S.).

2.2.2.1 Berechnung des Referenzeinkommens gemäss Popp

Die heute tatsächlich erzielten Ärztteeinkommen können entweder anhand der Untersuchung von Hasler⁵ oder der Rollenden Praxiskostenstudie (RoKo) ermittelt werden. Demgegenüber wurde das Referenzeinkommen von Fr. 217'575 auf der Grundlage der Studie von Popp⁶ festgelegt. Popp bezieht sich nicht auf die effektiv erzielten Ärztteeinkommen in freier Praxis sondern verwendet als Ausgangspunkt den Bruttolohn eines Kategorienmixes von Zürcher Spitalärzten in einem festen Anstellungsverhältnis (Opportunitätsprinzip i. e. S.). Die Studie von Popp muss aber in verschiedenster Hinsicht kritisiert werden:

1. Es gibt keinen Grund zur Annahme, dass der zur Bestimmung des "Bruttolohns" von Fr. 178'240 verwendete Kategorienmix der Zürcher Spitalärzte bezüglich Dignität oder Auswahl des Kantons (nur Zürich) für die Ärzte in der Schweiz repräsentativ sein sollte. Der Kategorienmix besteht zu je rund einem Drittel aus Chefärzten, Liegenden Ärzten und Oberärzten (mit FMH-Titel). Die durchschnittliche Dignität des Kategorienmixes ist aufgrund des hohen Anteils der Chefärzte sicher höher als in der Ärzteschaft insgesamt. Die auch von Brunner geforderte Untersuchung der Dignität dieses Mixes fand jedoch nicht statt.⁷ Aufgrund der überdurchschnittlichen Dignität des Kategorienmixes muss der "Bruttolohn" verringert werden. Mangels Angaben können wir den Umfang der notwendigen Reduktion aber nicht beziffern. Zudem liegen gemäss sämtlichen uns bekannten Untersuchungen (Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, Steuerstatistik oder nationale Armutsstudie) die Einkommen in Zürich

⁴ vgl. z.B. Brunner, H. (1998): "Das Referenzeinkommen. Die Schlüsselstelle der GRAT-Begehung", in: *Schweizerische Ärztezeitung*, 79:1/2, 5-11, 8ff.

⁵ Hasler, N. (1997): "Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz. 28. Wehrsteuerperiode 1993/1994. Vollerhebung", Bern: FMH (mimeo),

⁶ Popp, W. (1988): "Referenzgrösse zur Bewertung der Ärztlichen Leistung (AL) im Rahmen des GRAT-Tarifs", Provisorischer Endbericht, Version 3 (mimeo)

⁷ vgl. Brunner, H. (1998): "Das Referenzeinkommen. Die Schlüsselstelle der GRAT-Begehung", in: *Schweizerische Ärztezeitung*, 79:1/2, 5-11, 10

weit über dem Landesdurchschnitt. Auch bei den Ärzten liegen die Durchschnittseinkommen im Kanton Zürich gemäss Hasler (S.14) 9.4 Prozent über dem nationalen Wert. Mit einer Reduktion um diese 9.4 Prozent beträgt der als Ausgangspunkt verwendete "Bruttolohn" Fr. 162'930.

2. Die Berechnung der Sozialleistungen des Arbeitgebers durch Popp (S. 35) ist für die AHV / IV / EO unplausibel. So wird mit Hinweis auf das Opportunitätsprinzip ein Beitragssatz für Arbeitgeber und Arbeitnehmer von je 5.05 Prozent für die AHV / IV / EO verwendet. Da es hier aber um die Bestimmung des Einkommens eines Selbstständigen geht, kann nur der für Selbstständige gültige Satz von 9.5 Prozent zur Anwendung kommen. Damit wird bei gegebenem Arbeitnehmeranteil ein um 0.6 Prozent zu hoher Satz zur Berechnung des Arbeitgeberanteils verwendet. Zudem entspricht der Arbeitgeberanteil an der zweiten Säule mit 11.7 Prozent zwar der Regelung für Kaderärzte des Kantons Zürich, er ist aber ziemlich hoch und geht deutlich über das Obligatorium nach Art. 16 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) hinaus. Trotzdem wird dieser hohe Satz im folgenden akzeptiert.
3. Popp plausibilisiert den "Bruttolohn" des Arztes mit Dignität 5 von Fr. 142'592 mit dem von Hasler erhobenen AHV-pflichtigen Einkommen der unter 66jährigen Ärzte in freier Praxis (vgl. Popp S. 55ff.). Dieses beträgt gemäss seinen Berechnungen im Median Fr. 142'080, wenn die GRAT-fremden Einkommenskomponenten im Umfang von mindestens 20 Prozent vorgängig abgezogen werden. Aufgrund der scheinbar geringen Differenz von Fr. 512 schliesst er, dass die Einkommen in der gleichen Grössenordnung liegen. Der Vergleich wurde aber nicht korrekt vorgenommen. Die tatsächliche Einkommensdifferenz beträgt statt den bei Popp ausgewiesenen Fr. 512 immerhin Fr. 22'464 oder rund einen Sechstel, die beiden Beträge liegen eindeutig nicht mehr in der gleichen Grössenordnung (vgl. Tabelle A1 im Anhang). Zudem ist in der Gegenüberstellung des "Bruttolohns" mit dem von Hasler erhobenen AHV-pflichtigen Einkommen unklar, ob die Arbeitgeberbeiträge an die Sozialversicherungen richtig berücksichtigt wurden. Die Antwort auf unsere diesbezügliche Frage liegt bis heute nicht vor. Im folgenden wird davon ausgegangen, dass Popp die Arbeitgeberbeiträge an die Sozialversicherungen richtig behandelt hat, wir behalten uns aber allenfalls Anpassungen vor.
4. Popp vergleicht die Einkommen anhand des Medians (vgl. Popp S. 55ff.). Interessiert wie im vorliegenden Fall die Kostenneutralität definiert als Einkommensneutralität und damit die Entwicklung des gesamten Volumens des Ärztteinkommens, so muss statt des Medians ein Mittelwert verwendet werden. Nur wenn der Mittelwert vor und nach der Einführung des Tarifs gleich hoch ist, ist die Einkommensumverteilung von den Ärzten mit sehr hohen Einkommen zu den weniger gut verdienenden Ärzten kostenneutral. Ob die Einkommenszunahme bei der Dignität 5 durch eine entsprechende Einkommensreduktion der oberen Dignitätsstufen kompensiert wird, lässt sich somit nur durch den Vergleich des Durchschnitts (Mittelwerts) des AHV-pflichtigen Einkommens mit dem durchschnittlichen "Bruttolohn" überprüfen (vgl. Tabelle 1). Den Ausgangspunkt bildet das durchschnittliche AHV-pflichtige Ei-

kommen der Ärzte im Alter bis 66 Jahre von Fr. 214'100 (Hasler, S. 12). Damit die beiden Einkommenskonzepte überhaupt vergleichbar sind, muss das AHV-pflichtige Einkommen wie in Tabelle 1 um drei Faktoren korrigiert werden. Erstens müssen die GRAT-fremden Einkommenskomponenten im Umfang von mindestens 20 Prozent oder Fr. 42'820 abgezogen werden. Damit sinkt das Durchschnittseinkommen von Fr. 214'100 auf Fr. 171'280. Zweitens beruht die Berechnung von Hasler auf den bis zum Erhebungszeitpunkt von den Steuerverwaltungen bearbeiteten Fällen und somit auf unvollständigen Zahlen. Nach der Erfahrung von Hasler (S. 10) überschätzen die vorläufigen Angaben die tatsächlich erzielten Einkommen um 3 bis 5 Prozent. Bei einer Korrektur um 4 Prozent sinkt das effektiv verdiente Durchschnittseinkommen von Fr. 171'280 um Fr. 6'588 auf Fr. 164'692. Im Durchschnitt wird das heute erzielte ärztliche Einkommen mit diesem Wert weiterhin überschätzt, da das AHV-pflichtige Einkommen des Arztes die unentgeltliche Mitarbeit der Ehefrau im Umfang von durchschnittlich 213 Stunden pro Jahr⁸ enthält. Die unbezahlte Mitarbeit der Ehefrau bildet im GRAT aber keinen Bestandteil des ärztlichen Einkommens sondern der technischen Leistung und ist hier folglich zu subtrahieren. Unter Verwendung des im GRAT eingesetzten kalkulatorischen Lohnes der Ehefrau entspricht diese unbezahlte Mitarbeit einem Wert von Fr. 7'997. Nach Abzug des kalkulatorischen Lohnes der Ehefrau beträgt das vergleichbare Einkommen noch Fr. 156'695. Damit liegt der als Ausgangspunkt verwendete "Bruttolohn" des Kategorienmix von Fr. 178'240 um Fr. 21'545 über dem heute tatsächlich erzielten Durchschnittseinkommen, die Nebenbedingung der Kostenneutralität wird eindeutig verletzt.

Die aufgeführten Punkte zeigen zweifelsfrei, dass der von Popp verwendete "Bruttolohn" und das von ihm daraus abgeleitete Referenzeinkommen von 210'000 wesentlich zu hoch sind, bei deren Verwendung wäre eine erhebliche Kostensteigerung unausweichlich. Trotzdem haben die am GRAT beteiligten Parteien das Referenzeinkommen noch um zusätzliche Fr. 7'575 auf Fr. 217'575 heraufgesetzt.

Eine rudimentäre Begründung für diese Erhöhung wurde uns erst mit Schreiben vom 22. März 1999 geliefert. Die Grundlage der Erhöhung wird von uns aber angezweifelt. Deswegen haben wir zusätzliche Unterlagen angefordert und rechnen im folgenden ohne den zusätzlichen Betrag von Fr. 7'575 weiter.

⁸ Vgl. Publikation "Projekt GRAT. Detaillierte Tariffberechnungsgrundlagen der Sparten, Stand 15. Januar 1999", mimeo, Datei Korrping

Tabelle 1: Gegenüberstellung des Mittelwerts des AHV-pflichtigen Einkommens der Jahre 1993 und 1994 mit dem "Bruttolohn" von Fr. 178'240

	Abzug	Wert
AHV-pflichtiges Einkommen der Ärzte 93 / 94 (Hasler, S. 12)		214'100
- 20% GRAT-fremde Einkommenskomponenten	42'820	171'280
- 4% Vorläufige Zahlen	6'588	164'692
- Unentgeltliche Mitarbeit Ehefrau	7'997	156'695
= Vergleichbares Einkommen 93 / 94		156'695
Differenz		21'545
= Vergleichbares Einkommen GRAT		178'240
"Bruttolohn" des Kategorienmixes		178'240

In Anlehnung an Popp (1998), S.57, Abbildung 12

2.2.2.2 Berechnung des einkommensneutralen Referenzeinkommens

Im folgenden geht es darum, ein aus der Sicht der Preisüberwachung berechtigtes Referenzeinkommen herzuleiten. Das in Tabelle 2 berechnete Referenzeinkommen berücksichtigt soweit als möglich unsere Kritikpunkte an der Studie Popp, vernachlässigt aber alle weiteren Aspekte wie Jahresarbeitszeit oder Produktivität. Der als Ausgangspunkt verwendete "Bruttolohn" von Fr. 157'940 ist ein Durchschnitt aus dem Einkommen der Zürcher Spitalärzte (Opportunitätsprinzip i.e.S.), das aufgrund der höheren Zürcher Einkommen um 9.4 Prozent auf Fr. 162'930 reduziert wurde, und dem anhand der Lohnstrukturerhebung 1996 des Bundesamts für Statistik (BFS) erhobenen Einkommen von Fr. 152'950 der Vergleichsgruppe (Opportunitätsprinzip i.w.S.⁹). Dem "Bruttolohn" werden analog zu Popp die Arbeitgeberbeiträge an die Sozialversicherungen dazugeschlagen. Der Beitragssatz für AHV / IV / EO ist aber entsprechend der obigen Kritik angepasst worden.

⁹ BFS (1999): "Spezialauswertung der Lohnstrukturerhebung 1996", Neuenburg, mimeo;

Zur Vergleichsgruppe gehören Personen im Alter 35 bis 62/65 mit Ausbildung Universität, angestellt im mittleren, oberen oder obersten Kader der Privatwirtschaft oder der Bundesverwaltung, die vollzeit beschäftigt sind und höchst anspruchsvolle und schwierigste Tätigkeiten ausüben. Im Vergleich angenommen sind Tätigkeiten in den Bereichen der medizinischen Betreuung und sozialen Versorgung, da hier eine Vergleichsgruppe ausserhalb der medizinischen Versorgung (Opportunitätsprinzip i.w.S.) zum Zug kommt.

Tabelle 2: Berechnung des Referenzeinkommens gemäss Preisüberwachung

	Satz in %	Bezugsgrösse in Fr.	Beitrag in Fr.	Betrag in Fr.
Bruttolohn				157'940
Arbeitgeberbeiträge				
AHV //IV / EO	4.45	157'940	7'028	
Verwaltungskosten	1.00	7'028	70	
ALV	1.50	97'200	1'458	
ALV (Solidaritäts- zuschlag)	0.50	60'740	304	
UV	0.60	157'940	948	
BVG (Koordinations- abzug: Fr.	11.70	134'060	15'685	
Kinderzulage			1'676	27'169
Referenzeinkommen gemäss Preisüberwachung				185'109

Der Vergleich des vorgeschlagenen "Bruttolohns" von Fr. 157'940 mit dem von Hasler ermittelten durchschnittlichen Einkommen von Fr. 156'695 in Tabelle 3 zeigt, dass die Werte vor und nach Einführung des GRAT praktisch gleich hoch sind und bei dessen Verwendung die Einführung des GRAT für die Ärzte einkommensneutral ausfallen würde.¹⁰

Tabelle 3: Gegenüberstellung des Mittelwerts des AHV-pflichtigen Einkommens der Jahre 1993 und 1994 mit dem "Bruttolohn" von Fr. 157'940 gemäss Preisüberwachung

	Abzug	Wert
AHV-pflichtiges Einkommen der Ärzte 93 / 94 (Hasler, S. 12)		214'100
- 20% GRAT-fremde Einkommenskomponenten	42'820	171'280
- 4% Vorläufige Zahlen	6'588	164'692
- Unentgeltliche Mitarbeit Ehefrau	7'997	156'695
= Vergleichbares Einkommen 93 / 94		156'695
Differenz		1'245
= Vergleichbares Einkommen GRAT		157'940
"Bruttolohn" gemäss Preisüberwachung		157'940

¹⁰ Zum Bereinigungsverfahren vgl. Tabelle 1.

Damit das Referenzeinkommen von Fr. 185'109 erreicht wird, müssen die Taxpunkte der ärztlichen Leistung um 14.9 Prozent ($= 1 - (185'109 / 217'575)$) gesenkt werden.

Das Referenzeinkommen von Fr. 185'109 stellt aus der Sicht der Preisüberwachung aus drei Gründen eine absolute Obergrenze dar: Erstens kann die Höhe der GRAT-fremden Einkommensbestandteile nur grob anhand der Angaben der Rollenden Praxiskostenstudie (RoKo) geschätzt werden, sie liegt aber gemäss Popp bei *mindestens* 20 Prozent. Wird ein leicht höherer Anteil GRAT-fremder Komponenten von beispielsweise 25 Prozent unterstellt, so übertrifft das aufgrund des GRAT erzielte Einkommen das Einkommen gemäss Hasler bereits um knapp Fr. 10'000. Zweitens wurden in diesem statischen Vergleich alle dynamischen Aspekte ausgeklammert, womit das tatsächliche künftige Ärzteneinkommen aufgrund von Verhaltensanpassungen unterschätzt wird. Drittens überschätzen die empirisch ausgewiesenen Einkommen gemäss Hasler die tatsächlich erlaubten Werte, da im bisherigen System zum Teil unerlaubte Mehrfachverrechnungen vorgenommen wurden.¹¹

2.2.3 Jahresarbeitszeit

Die GRAT-Leitung hat die Bruttojahresarbeitszeit der Ärzte normativ auf 1'920 Stunden festgelegt. Demgegenüber liegt die tatsächliche, aufgrund der Studie "Arbeitszeiterhebung Praxis" ermittelte Jahresarbeitszeit bei 1'976 Stunden. Deswegen hat die Preisüberwachung schon im Brief vom 5. Februar 1998 an die Zentralstelle für Medizinaltarife UVG die folgende Empfehlung abgegeben: «Aufgrund der Arbeitszeiterhebung ist im GRAT-Projekt die tarifwirksame jährliche Arbeitszeit des Arztes mit mindestens 1'976 Stunden einzusetzen.» (vgl. Anhang). Da in der Zwischenzeit keine neuen Argumente gegen die Bruttojahresarbeitszeit von 1'976 Stunden vorgetragen wurden, hält die Preisüberwachung an ihrer Empfehlung vom 5. Februar 1998 fest. Die Anzahl der Taxpunkte für die ärztliche Leistung ist demzufolge um 3 Prozent zu senken.

2.2.4 Produktivität – verrechenbare Arbeitszeit

Von der gesamten Jahresarbeitszeit ist aber nicht die ganze sondern nur die sog. produktive Zeit verrechenbar. Die durchschnittliche Produktivität, definiert als Arbeit am Patienten in Prozent der gesamten Arbeitszeit, wurde in der Studie «Arbeitszeiterhebung Praxis» (S. 35) für den freipraktizierenden Arzt bei 85 Prozent ermittelt. Demgegenüber liegt nach Beschluss der Projektleitung GRAT die Produktivität seit kurzem nicht mehr generell bei 85 Prozent, sondern sie differiert in Abhängigkeit der Sparte. Unterschieden werden insgesamt 8 Produktivitäten, die zwischen 65 und 85 Prozent variieren. Die durchschnittliche Produktivität eines Arztes mit Dignität 5 beträgt neu 81.7 Prozent, die Durchschnittsproduktivität über alle Dignitäten beläuft sich auf 80.5 Prozent. Begründet wird diese tiefere Produktivität im Schreiben der TarMed vom 9. Februar 1999 damit,

¹¹ Vgl. Brunner, H. (1998): "GRAT: Zwischen Grund- und Extraleistung", in: *Schweizerische Ärztezeitung*, 79:35, 1672-1688, S. 1674

dass die Arbeitszeiterhebung in erster Linie auf die Tätigkeit des Arztes in der Praxis ausgerichtet ist und die tiefere Produktivität im Spital nicht berücksichtigt.

Aus der Sicht der Preisüberwachung ist die Produktivität in erster Linie empirisch zu ermitteln, normative Eingriffe sind nur als Mindestwerte sinnvoll. Deswegen dürfen unser Erachtens die normativen Werte nicht unter den empirisch ermittelten Werten liegen. Die auf dem Verhandlungsweg normativ reduzierte Produktivität des freipraktizierenden Arztes führt für diesen zu einer ungerechtfertigten Einkommenserhöhung. Im Durchschnitt soll für die Sparten bzw. Nomenklaturpositionen mit Tarifführerschaft in der Privatpraxis nach Auffassung der Preisüberwachung die Produktivität weiterhin bei den empirisch ermittelten 85 Prozent liegen. Deswegen ist für diese Nomenklaturpositionen die Anzahl der Taxpunkte für die ärztliche Leistung im Durchschnitt soweit zu reduzieren, dass die Tarifierung der Produktivität von 85 Prozent entspricht.

Im Gegensatz zur Situation in der Privatpraxis fehlt im Spital bis heute eine repräsentative Studie zu Arbeitszeit und Produktivität, die behauptete tiefere Produktivität im Spital kann entsprechend nicht belegt werden. Deswegen soll so bald als möglich eine repräsentative Studie zur Produktivität der Spitalärzte durchgeführt werden. Aufgrund der Ergebnisse dieser Untersuchung sollen die allenfalls notwendigen Strukturanpassungen vorgenommen werden.

2.2.5 Verrechnete Arbeitszeit – 5-Minuten-Intervalle

Ein wesentliches Problem im GRAT liegt darin, dass verschiedene Leistungen als Zeitarif nicht exakt nach einzelnen Minuten sondern nach Intervallen einer Länge von 5 Minuten verrechnet werden. «Angebrochene 5-Minuten-Intervalle können zum vollen Preis abgerechnet werden (z.B. 6 Minuten à 2 * 5 Minuten, de facto also zum Preis von 10 Minuten)»¹². Der Arzt kann also im GRAT Leistungen verrechnen, die er gar nie erbracht hat bzw. er kann angebrochene 5-Minuten-Intervalle zweimal in Rechnung stellen. Weil das Referenzeinkommen bereits unter der Annahme erzielt wird, dass die Intervalle immer vollständig einem einzigen Patienten zur Verfügung stehen, wird durch die doppelte Verrechnung von 5-Minuten-Intervallen das Referenzeinkommen deutlich übertroffen. Die Möglichkeit der doppelten Verrechnung bildet einen grundsätzlichen Wechsel im System zum heutigen Zustand, denn «in den meisten Tarifen, so auch im aktuellen UV/MV/IV-Arztтарif, werden formal 15 Minuten nach der Annahme abgegolten, der effektive Arzt-Patienten-Kontakt daure etwa jeweils 7 bis 8 Minuten.»¹³ Damit berücksichtigen die heutigen Tarife in ihrer Mehrheit also die Tatsache, dass die Intervalle nicht vollständig einem Patienten gewidmet sind. Wegen der ungerechtfertigten Einkommenserhöhung aufgrund der doppelten Verrechnung angebrochener 5-Minuten-Intervalle muss die Struktur so angepasst werden, dass nach Zeit abgerechnete Leistungen weniger Taxpunkte erhalten. Wir haben den Effekt aufgrund von Annahmen zur Häufigkeitsve

¹² Brunner, H. (1998): "GRAT: Zwischen Grund- und Extraleistung", in: *Schweizerische Ärztezeitung*, 79:35, 1672-1688, S. 1674

¹³ Brunner, H. (1998): "Gedanken zum GRAT-Tarif – eine Entgegnung", in: *Schweizerische Ärztezeitung*, 79:17, 726-729, 728

teilung der Behandlungszeiten berechnet (vgl. Anhang). Gemäss unseren Berechnungen ist eine Taxpunktreduktion für die nach Zeit abgerechneten ärztlichen Leistungen von 14.6 Prozent vorzunehmen.

2.3 Technische Leistung in der Arztpraxis

Der GRAT tarifiert neben der ärztlichen Leistung auch die gesamte Arztpraxis-Infrastruktur inklusive den nichtärztlichen Angestellten. Explizit nicht zum Projekt GRAT gehören die paramedizinischen Tarifwerke (Physio-, Ergotherapie etc.), der SSO Zahnarzttarif, der SCG- Chiropraktorentarif und die Amtstarife (Analysen- und Spezifitätenliste BSV etc.). Das Ziel der Tarifierung der technischen Leistung besteht darin, die Kosten einer normal ausgelasteten Praxisinfrastruktur zu decken, dem Arzt soll aber aus der technischen Leistung kein zusätzliches Einkommen entstehen.

Wir erachten diese Vorgehen als grundsätzlich sinnvoll. Problematisch erscheint es aber in Bezug auf die Selbstdispensation. Zum einen bestehen grosse Unterschiede nach Kanton und Fachgebiet, zum anderen stellen sich Probleme der Doppelverrechnung und der Wettbewerbsverzerrung. Wir erachten es als notwendig, dass das Problem von der MTK in Zusammenarbeit mit dem BSV (neue Abgeltungsmodelle für den Medikamentenmarkt) aufgegriffen und vor Vertragsabschluss zum GRAT zuhanden der interessierten Vertragspartner und Behörden dargestellt wird.

Die Kosten der Arztpraxis sollen bei einer Nutzung während der Normalarbeitszeit des Arztes abgegolten werden. Mit der von 81.7 Prozent auf 85 Prozent gesteigerten Produktivität des Arztes in der Privatpraxis (vgl. Abschnitt 2.2.1) und der in Abschnitt 2.2.2 zur Arbeitszeit geforderten Erhöhung der Jahresarbeitszeit von 1'920 auf 1'976 Stunden steigt die Zahl der produktiven Stunden und damit der verrechenbaren Normalarbeitszeit des Arztes von 1'569 (= 1'920 * 0.817) Stunden auf 1'680 (= 1'976 * 0.85) Stunden. Damit die Praxisinfrastrukturkosten voll gedeckt werden aber kein zusätzliches Einkommen entsteht, ist die Entschädigung des Fixkostenanteils der technischen Leistung um 6.6 Prozent (= $1 - (1'569 / 1'680)$) zu senken.

Die in Abschnitt 2.2.5 beschriebene doppelte Verrechnung der 5-Minuten-Intervalle führt auch zu einer Doppelverrechnung der technischen Leistung. Deswegen sollen die Taxpunkte der technischen Leistung für die nach Zeit abgerechneten Leistungen um 14.6 Prozent reduziert werden.

Die Beschreibung des Kostenrechnungsmodells GRAT wurde uns erst vor wenigen Tagen zugestellt. Deswegen behalten wir uns eine zusätzliche Stellungnahme zur technischen Leistung in der Arztpraxis ausdrücklich vor.

2.4 Technische Leistung im Spital

Infra bewertet die infrastrukturellen Spitalleistungen inklusive dem nichtärztlichen Personal, jedoch ohne Pflegepersonal im Pflegebereich oder über paramedizinische Tarifwerke

(Physio-, Ergotherapie etc.) geregelte Tätigkeiten. Der Infra-Tarif gilt grundsätzlich für alle Spitalbetriebsarten ohne Heime.

2.4.1 Anlagenutzungskosten

Das Projekt Infra weist die Vollkosten vor Abzug allfälliger Subventionen aus. Bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern wurden die Investitionen auch im ambulanten Bereich teilweise schon durch den Staat getragen. Deswegen führt die volle Verrechnung der technischen Leistung in diesen Fällen zu einer Doppelvergütung der Anlagenutzungskosten. Die den Sozialversicherungen verrechnete technische Leistung darf aber Anlagenutzungskosten nur in dem Umfang enthalten, wie sie nicht schon durch den Staat finanziert wurden. Da der Subventionsabzug im Infra nicht geregelt wird und sich die Finanzierung im ambulanten Bereich je nach Kanton deutlich unterscheidet, ist der Subventionsabzug in den betroffenen Kantonen bei den Vertragsabschlüssen ausdrücklich zu berücksichtigen.

Falls der Infra-Tarif künftig zur Berechnung von Pauschalen für stationäre Patienten herangezogen wird, ist eine Doppelverrechnung der Investitionskosten auf jeden Fall zu vermeiden. Gemäss Art. 49 Abs. 1 KVG gehören die Anlagenutzungskosten nicht zu den für die Berechnung der Pauschalen für Kantonseinwohner im stationären Bereich der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler anrechenbaren Kosten. Die von den Krankenversicherungen bezahlten Pauschalen für Kantonseinwohner im stationären Bereich der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler dürfen somit in den technischen Leistungen keine Anlagenutzungskosten enthalten. Deswegen drängt sich bei der Tarifierung die Unterteilung der technischen Leistung in die drei Bestandteile Personal-, Sach- und Umlage- sowie Anlagenutzungskosten auf.

2.4.2 Berechnung der Sach- und Umlagekosten

Die Umlage-, die direkten Sachkosten unterhalb des Schwellenwerts für medizinische Verbrauchsgüter und die indirekten Sachkosten werden als ein Prozentsatz der Summe aus den direkten nichtärztlichen Personal- und den Anlagenutzungskosten der Funktionseinheit berechnet. Es wird explizit nicht nach Betriebsstellen oder Funktionseinheiten differenziert, da die Betriebsstellen nicht mit den Kostenstellen der 10 Referenzspitäler übereinstimmen.

Im Tarif Infra kommt ein Kostensatz der Sach- und Umlagekosten von 70 Prozent zur Anwendung. Der hohe Anteil von 70 Prozent ist inakzeptabel und stellt eine sachgerechte Abrechnung in Frage, da hier auch Kosten enthalten sind, die bei einer entsprechend aufgebauten Kostenrechnung den einzelnen Sparten zugerechnet werden könnten. Die Höhe dieses Satzes konnte bisher nicht ausgewiesen werden, die diesbezüglichen Berechnungsgrundlagen sind der Preisüberwachung bis heute nicht zugestellt worden. Die Preisüberwachung verlangt die Einsichtnahme in die Berechnung des Zuschlagssatzes auf Basis der 10 Referenzspitäler. Wir behalten uns eine Ergänzung unserer Stellungnahme ausdrücklich vor. Im weiteren basiert der Satz auf einer sehr schmalen Datenbasis

der Referenzspitäler und ist somit lediglich als approximative Grösse zu betrachten. Neben der Höhe ist auch der einheitliche Satz über alle Sparten stossend, da kaum anzunehmen ist, dass diese Verteilung gerechtfertigt ist. Eine zweckmässigere Zuteilung ist dringend erforderlich und muss so bald als möglich an die Hand genommen werden, da falsche relative Preise falsche Anreizwirkungen haben.

Aus diesen beiden Gründen muss die Kostenrechnung der Spitäler innert nützlicher Frist weiterentwickelt werden, dass eine Aufschlüsselung der Kosten nach Betriebsstellen und damit eine erhebliche Reduktion des Kostensatzes für die Sach- und Umlagekosten sowie ein nach Sparten unterschiedlicher Kostensatz möglich wird.

2.4.3 Betriebstage bei kostspieligen Geräten

Als Projektnorm wurden bei allen Sparten mit einer Schicht pro Tag 5 Betriebstage pro Woche festgelegt. Die Preisüberwachung ist der Meinung, dass kostspielige Geräte und Apparate wie z.B. MRI-Geräte aus ökonomischen Gründen möglichst gut ausgelastet und somit auch länger betrieben werden sollten. Die Erhöhung der Betriebszeit um einen halben Tag reduziert beispielsweise beim MRI die Kosten der technischen Leistung um 6 Prozent und beim CT um 4 Prozent. Deswegen soll für kostspielige Geräte und Apparate die Betriebszeit auf den Samstag Vormittag und damit auf 5.5 Betriebstage ausgedehnt werden.

2.5 Weitere Beurteilungspunkte

2.5.1 Teuerungsanpassung

Der Grat sieht grundsätzlich eine Anpassung des Taxpunktwerts an die Teuerung vor. Der Bundesrat hat in Fortsetzung seiner Praxis im Entscheid vom 15. Januar 1997 zur Beschwerde der Kantonalen Ärztegesellschaft Schaffhausen festgestellt, dass es für Selbstständige keinen automatischen Teuerungsausgleich gibt. Eine mechanische Teuerungsanpassung mittels des Landesindex für Konsumentenpreise oder irgend eines anderen Index ist weder zulässig noch sachgerecht und deswegen ersatzlos zu strichen.

2.5.2 Unterschiedliche Taxpunktwerte für die ärztliche und technische Leistung

Da die ärztliche Leistung klar von der technischen Leistung getrennt wurde, ist ein einheitlicher Taxpunktwert für die ärztliche und die technische Leistung weder nötig noch wünschbar. Mit einem unterschiedlichen Taxpunktwert können notwendige Anpassungen deutlich einfacher und zielgerichteter vorgenommen werden. Ein einheitlicher Taxpunktwert beschränkt schliesslich auch in unnötiger Weise die Verhandlungen zum Taxpunktwert auf kantonaler Ebene im Rahmen des KVG. Deswegen sind unterschiedliche Taxpunktwerte für die technische und ärztliche Leistung explizit vorzusehen.

3 Empfehlungen des Preisüberwachers

Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen gibt Ihnen der Preisüberwacher folgende Empfehlungen ab:

3.1 Allgemeines

1. Aufgrund der grossen und schlussendlich nur sehr schwer durchschaubaren ~~Änd~~erungen mit den neuen Tarifen GRAT und Infra sind die erbrachten Mengen und die Kostenentwicklung in den nächsten Jahren intensiv zu verfolgen. Damit ~~unre~~wünschte Kostenentwicklungen und falsche Preisrelationen umgehend korrigiert werden können, sind rasche Anpassungsverfahren für die Taxpunkte und die Taxpunktswerte vor Vertragsabschluss verbindlich festzulegen.
2. Da bisher keine Preisvergleiche für einzelne Leistungen vor und nach Einführung des neuen Tarifs vorliegen und wir diese nicht selbst durchführen können, sollten für die wichtigsten Leistungen Schätzungen zur Preisentwicklung aufgrund der Einführung der neuen Tarife vorgenommen werden.
3. Eine automatische Teuerungsanpassung ist unzulässig und entsprechend ersatzlos zu streichen.
4. Unterschiedliche Taxpunktswerte für die technische und ärztliche Leistung sind ~~expl~~zit vorzusehen.

3.2 Ärztliche Leistung

5. Die Verteilung der Leistungen nach Dignität ist in einer empirischen Studie zu ~~erh~~eben. Sobald die ersten Erfahrungswerte vorliegen, sind die Taxpunkte für die ~~ärztl~~iche Leistung neu festzulegen.
6. Zur Erreichung der Kostenneutralität soll das Referenzeinkommen Fr. 185'109 nicht überschreiten. Dazu sind die Taxpunkte für die ärztliche Leistung um 14.9 Prozent zu senken.
7. Aufgrund der Arbeitszeiterhebung ist im GRAT-Projekt die jährliche Arbeitszeit des Arztes mit mindestens 1'976 Stunden einzusetzen. Die Anzahl der Taxpunkte für die ärztliche Leistung ist demzufolge um 3 Prozent zu senken.
8. Die ärztliche Produktivität für Sparten bzw. Nomenklaturpositionen mit Tarifführe~~ne~~rschaft in der Privatpraxis soll im Durchschnitt 85 Prozent betragen, was dem ~~emp~~irisch ermittelten Wert entspricht
9. Die ärztliche Produktivität im Spital ist in einer empirischen Studie zu erheben. ~~IA~~ schliessend sind die Taxpunkte für Sparten bzw. Nomenklaturpositionen mit Tafi~~h~~führerschaft im Spital den Ergebnissen der Untersuchung anzupassen.

10. Da der GRAT die doppelte Verrechnung der 5-Minuten-Intervalle ermöglicht, sind die Taxpunkte für die nach Zeit abgerechneten ärztlichen Leistungen um 14.6 Prozent zu reduzieren.

3.3 Technische Leistung in der Arztpraxis

11. Damit die Praxisinfrastrukturkosten voll gedeckt werden aber kein zusätzliches Einkommen entsteht, ist aufgrund der höheren Anzahl produktiver Stunden der Ärzte die Entschädigung der fixen Komponenten der technischen Leistung um 6.6 Prozent zu senken.
12. Die doppelte Verrechnung der 5-Minuten-Intervalle bedingt für die nach Zeit abgerechneten Leistungen eine Reduktion der Taxpunkte der technischen Leistung um 14.6 Prozent.

3.4 Technische Leistung im Spital

13. Im ambulanten Bereich der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler ist sicher zu stellen, dass es nicht zu einer doppelten Verrechnung der Anlagenutzungskosten kommt.
14. Bei einer allfälligen späteren Berechnung der Pauschalen der Krankenversicherer für Kantoneinwohner im stationären Bereich der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler auf der Basis des Infra darf die technische Leistung keine Anlagenutzungskosten enthalten. Deswegen drängt sich bei der Tarifierung die Unterteilung der technischen Leistung in die drei Bestandteile Personal-, Sach- und Umlage- sowie Anlagenutzungskosten auf.
15. Innert nützlicher Frist sind anhand einer verbesserten Kostenrechnung die Sach- und Umlagekosten zur Steigerung der Kostentransparenz vermehrt den einzelnen Betriebsstellen oder Sparten zuzuordnen und entsprechend ist der hohe Einheitssatz von 70 Prozent deutlich zu senken. Zudem sind die Sätze nach Sparten zu differenzieren.
16. Für kostspielige Geräte und Apparate wie z.B. MRI und CT soll die Betriebszeit auf den Samstag Vormittag und damit auf 5.5 Tage ausgedehnt werden. Deswegen sind beispielsweise beim MRI die Kosten der technischen Leistung um 6 Prozent und beim CT um 4 Prozent zu senken.

Da die TarMed verschiedene zur Prüfung notwendige Unterlagen gar nicht oder erst vor wenigen Tagen zur Verfügung stellte und mehrere Fragen bis heute nicht beantwortet werden konnten (insbesondere die Berechnung des Zuschlagssatzes der Sach- und Umlagekosten von 70 Prozent, Fragen zum Referenzeinkommen und zur Selbstdispensation) behalten wir uns *Ergänzungen zur vorliegenden Stellungnahme* ausdrücklich vor.

DER PREISÜBERWACHER

Werner Marti

Anhang

Vergleich mit der Berechnung Popp

Popp plausibilisiert den "Bruttolohn" des Arztes mit Dignität 5 von Fr. 142'592 mit dem von Hasler erhobenen AHV-pflichtigen Einkommen der unter 66jährigen Ärzte in freier Praxis (vgl. Popp S. 55ff.). Dieses beträgt gemäss seinen Berechnungen im Median Fr. 142'080, wenn die GRAT-fremden Einkommenskomponenten im Umfang von mindestens 20 Prozent vorgängig abgezogen werden (vgl. Spalten 1 und 2 in Tabelle A1). Das Medianeinkommen im GRAT wird unter der Annahme ermittelt, dass der Medianarzt eine Dignität von 5 aufweist. Deswegen muss der "Bruttolohn", der einen Durchschnittswert über die ganze Ärzteschaft darstellt, der Dignität 5 angepasst werden.

Tabelle A1: Gegenüberstellung des Medians des AHV-pflichtigen Einkommens und des "Bruttolohnes" von Fr. 178'240

	Berechnung Popp		Berechnung Preisüberwachung	
	Abzug	Wert	Abzug	Wert
AHV-pflichtiges Einkommen der Ärzte 93 / 94 (Hasler, S. 15)		177'600		177'600
		↓		↓
- 20% GRAT-fremde Einkommenskomponenten	35'520	142'080	35'520	142'080
		↓		↓
- 4% Vorläufige Zahlen			5'465	136'615
		↓		↓
= Vergleichbares Einkommen 93 / 94		142'080		136'615
		↓		↓
Differenz		512		22'464
		↑		↑
= Vergleichbares Einkommen GRAT		142'592		159'079
		↑		↑
- Abzug "Bruttolohn" Dignität 5 (178'240 * 0.8)	35'648	142'592		
		↑		↑
- Abzug "Bruttolohn" Dignität 5 (178'240 * 0.8925)			19'161	159'079
		↑		↑
"Bruttolohn" des Kategorienmixes		178'240		178'240

In Anlehnung an Popp (1998), S.57, Abbildung 12

Aufgrund der scheinbar geringen Differenz von Fr. 512 schliesst Popp, dass die Einkommen in der gleichen Grössenordnung liegen. Der Vergleich ist aber aus zwei Gründen nicht korrekt.

Erstens berücksichtigt Popp die unterdurchschnittliche Dignität 5 mit einem Faktor von lediglich 80 Prozent. Beim heute verwendeten Satz von 89.25 Prozent für Ärzte mit Dignität 5 steigt das Einkommen bei dem von Popp unterstellten "Bruttolohn" (Fr. 178'240) von Fr. 142'592 um Fr. 16'487 auf Fr. 159'079 (vgl. Spalten 3 und 4 in Tabelle A1).

Zweitens beruht die Berechnung von Hasler auf den bis zum Erhebungszeitpunkt von den Steuerverwaltungen bearbeiteten Fällen und somit auf unvollständigen Zahlen. Nach der Erfahrung von Hasler (S. 10) überschätzen die vorläufigen Angaben die tatsächlich erzielten Einkommen um 3 bis 5 Prozent. Bei einer Korrektur um 4 Prozent sinkt das effektiv verdiente Medianeinkommen von Fr. 142'080 um Fr. 5'465 auf Fr. 136'615.

Bei einer korrekten Gegenüberstellung des "Bruttolohns" von Fr. 159'079 des Arztes mit Dignität 5 und seines tatsächlich heute erzielten Einkommens von Fr. 136'615 ergibt sich also mit der Einführung des GRAT für ihn eine Einkommenssteigerung von Fr. 22'464 oder etwa einem Sechstel.

Median im einkommensneutralen Referenzeinkommen

Zur Analyse der Einkommensentwicklung für den Medianarzt mit Dignität 5 wird in der Tabelle A2 wiederum der Vergleich mit dem von Hasler ermittelten und um GRAT-fremde Elemente bereinigten Medianeinkommen von Fr. 136'615 vorgenommen werden (zum Verfahren vgl. obiger Abschnitt). Wird der "Bruttolohn" von Fr. 157'940 der Dignität 5 mit einem Dignitätssatz von 89.25 Prozent angepasst, resultiert ein Einkommen von Fr. 140'961, welches das Medianeinkommen der Jahre 1993 / 1994 von Fr. 136'615 um Fr. 4'346 übertrifft.

Tabelle A2: Gegenüberstellung des Medians des AHV-pflichtigen Einkommens und des "Bruttolohnes" von Fr. 157'940 gemäss Preisüberwachung

	Median	
	Abzug	Wert
AHV-pflichtiges Einkommen der Ärzte 93 / 94 (Hasler S. 15)		177'600
- 20% GRAT-fremde Einkommenskomponenten	35'520	142'080
- 4% Vorläufige Zahlen	5'465	136'615
= Vergleichbares Einkommen 93 / 94		136'615
Differenz		4'346
= Vergleichbares Einkommen GRAT		140'961
- Abzug "Bruttolohn" Dignität 5 ($178'240 * 0.8925$)	16'979	140'961
"Bruttolohn" gemäss Preisüberwachung		157'940

Tabelle A3: Übertreffen des Referenzeinkommens bei doppelter Verrechnung von 5-Minuten-Intervallen

Eckwerte Stand 15.1.99

Allgemeinpraktiker (Dignität 5)

Annahme: Er erbringt Leistungen, die mit 5-Minuten-Intervallen abgerechnet werden (wie Konsultationen (in Praxis oder telefonische), ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten oder Besuche)

Jahresarbeitszeit:	1'920
Produktivität:	82.0%
Produktive Stunden:	1'574
Referenzeinkommen bei Dignität 5 pro Jahr (= 217'575 * 89.25%):	SFr. 194'186
Referenzeinkommen bei Dignität 5 pro Stunde ((= 217'575 * 89.25%)/1'574):	SFr. 123.37
TP (Konsultation, Besuch + Wegentschädigung / 5 Min):	10.28
TPW:	SFr. 1.00

Variante A

braucht immer die ganzen 5-minuten Intervalle

Entschädigung pro Stunde:	SFr. 123.37
Entschädigung pro Stunde im Vergleich zum Referenzeinkommen pro Stunde:	100%

Variante B: Behandlung dauert zwischen 10 und 15 Minuten

Durchschnittliche Behandlungsdauer
12.5 Minuten (verrechnet 3 * 5 Minuten)

Entschädigung pro Stunde:	SFr. 148.04
Entschädigung pro Stunde im Vergleich zum Referenzeinkommen pro Stunde:	120%

Variante C: Behandlung dauert zwischen 15 und 20 Minuten

Durchschnittliche Behandlungsdauer
17.5 Minuten (verrechnet 4 * 5 Minuten)

Entschädigung pro Stunde:	SFr. 141.00
Entschädigung pro Stunde im Vergleich zum Referenzeinkommen pro Stunde:	114%

Gemäss Studie Arbeitszeiterhebung Praxis dauern die meisten Behandlungen zwischen 10 bis 15 bzw. 15 bis 20 Minuten (vgl. auch Brunner (1998): GRAT: Zwischen Grund- und Extraleistung, SÄZ, 79/35, 1674)

Damit das angestrebte Referenzeinkommen von Fr. 194'186 erreicht wird, muss der Taxpunktwert zwischen 83.3 bis 87.5 Rappen oder im Durchschnitt 85.4 Rappen betragen. Dazu soll die Anzahl Taxpunkte um 14.6 Prozent gesenkt werden.