

«Am Konsens der Tarifpartner führt kein Weg vorbei»

Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Ärztgesellschaften (KKA) zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (Originalwortlaut).

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, nachfolgend im Rahmen der Vernehmlassung uns zur geplanten Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung zu äussern. Die geplanten Änderungen sind für einen erheblichen Teil der in freier Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte von grosser Bedeutung. Die Konferenz der Kantonalen Ärztgesellschaft vertritt vor allem deren Interessen, weswegen uns die vorliegende Stellungnahme sehr wichtig ist und wir uns sehr gerne äussern.

I. Allgemeine Bemerkungen

1. Die Konferenz der Kantonalen Ärztgesellschaften bedauert es ausserordentlich, dass der Bundesrat von seiner subsidiären Kompetenz zur Anpassung der Einzelleistungstarifstrukturen nach Art. 43 Abs. 5bis KVG Gebrauch machen will. Der Grund ist das Scheitern der Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern. Dies wiederum ist vor allem auf die Intransparenz der in *santésuisse* organisierten Versicherer zurückzuführen. Halbwegs konstruktive Verhandlungen fanden demgegenüber mit H+ und curafutura statt. Wegen *santésuisse* gelang es auch nicht, rechtzeitig eine revidierte Tarifstruktur einzureichen. Auch dies bedauert die KKA ausserordentlich. Denn die grundsätzliche Revisionsbedürftigkeit der Tarifstruktur TARMED ist aus Sicht der KKA völlig unbestritten. Ebenso klar ist aber, dass im System der sozialen Krankenversicherung Vereinbarungen zwischen den Tarifpartnern wenn immer möglich den Vorrang haben sollen gegenüber staatlichen Interventionen. Dies braucht indessen bei allen Beteiligten, auch bei der Politik und beim Bundesrat, eine erhebliche Geduld. Es ist völlig unmöglich und illusorisch, bei einem derart komplexen Geschäft wie der Totalrevision der Tarifstruktur TARMED schnelle Resultate zu erwarten. Aus der Entstehungsgeschichte von Art. 43 Abs. 5bis

KVG folgt vielmehr, dass die Massnahme des Tarifeingriffs darauf abzielt, dem Bundesrat ein Druckmittel gegenüber den Tarifpartnern in die Hand zu geben, um diese zu veranlassen, sich zu einigen, damit die Tarifstruktur sachgerecht bleibt. Aber eben: Es handelt sich um ein Druckmittel, und die Idee dahinter war nicht, dass der Bundesrat in die komplex zusammenhängende Tarifstruktur eingreift, um diese nach eigenen politischen Vorstellungen umzugestalten. Diese ist vielmehr durch Konsens der Tarifpartner zu revidieren.

2. Politisch gesehen besteht das Hauptproblem des geplanten Tarifeingriffs denn auch darin, dass sich ein Teil der Versicherer in ihrer Unnachgiebigkeit gegenüber den Anliegen der Ärztgesellschaft bestätigt sehen, ist doch der geplante Tarifeingriff vor allem ein Sparingriff zulasten der Ärzteschaft. Mit anderen Worten: Mit einer Verweigerungshaltung gegenüber der Ärzteschaft können diese Versicherer einen Tarifeingriff provozieren, der genau in ihrem Sinne ist. Damit aber wird der Abschluss einer Vereinbarung mit den Versicherern noch schwieriger. Es müsste eigentlich genau das Gegenteil geschehen: Die Dysfunktionalitäten der geltenden Tarifstruktur müssten so lange weiter wirken können, bis diese Versicherer im eigenen Interesse bereit sind, Kompromisse einzugehen. Der geplante Tarifeingriff verunmöglicht dies. Nur schon aus diesem Grunde lehnt die KKA den geplanten Tarifeingriff derzeit ab. Neben diesen politischen gibt es noch eine Reihe weiterer Gründe, welche zu dieser Ablehnung führen und nachfolgend erläutert werden.

II. Der Tarifeingriff führt zu Versorgungsproblemen

3. Im Bereich der ambulant tätigen Ärzteschaft zeichnen sich zunehmend Versorgungsprobleme ab. Dies gilt namentlich, aber nicht nur für die Grundversorger. Betroffen sind aber auch Behandlungsleistungen im Bereich der Pädiatrie und Kinderpsychiatrie – Ärztes-

gruppen, welche durch den geplanten Tarifeingriff besonders betroffen wären. Ganz allgemein gefährdet der «Spareingriff» die Versorgungssicherheit der Bevölkerung und führt zu Umlagerungen in kostenintensivere Sektoren mit höheren Gesamtkosten.

4. Ein gutes Beispiel ist die geplante Beseitigung der Notfall-Inkonvenienzpauschale. Diese hat ganz erhebliche Auswirkung auf die ambulante Notfallversorgung der Bevölkerung, denn damit entzieht man den praxisambulanten Notfallstationen die wirtschaftliche Grundlage. Es müssten dann die kostenintensiveren Notfallstationen der Spitäler oder der Notruf 144 in die Bresche springen. Dies führt einerseits zu höheren Kosten und andererseits zu einer geringeren Versorgungssicherheit – das schlechtestmögliche Resultat. Die Sicherung der ambulanten medizinischen Notfallversorgung für die Bevölkerung ist für die Patientinnen und Patienten von grösster Bedeutung und hat auch für die praxisambulante Ärzteschaft eine hohe Priorität. Deshalb haben die kantonalen Ärztgesellschaften in den letzten Jahren neue Modelle und Organisationsstrukturen entwickelt, damit auch in Zukunft die ambulante Notfallversorgung gewährleistet werden kann. Es geht nicht an, nun diese Bemühungen mit der Notfall-Inkonvenienzpauschale zu hintertreiben. Dieses Beispiel zeigt, dass der geplante Tarifeingriff erhebliche Auswirkungen auf die ambulanten Versorgungssysteme und die Behandlungspfade haben kann.

5. Auswirkungen ergeben sich auch im Bereich der Ressourcen. Diese Ressourcen werden mit den geplanten Tarifeingriffen noch zusätzlich in Anspruch genommen. Aus der Sicht der ambulant tätigen Ärzteschaft ist zu fordern, dass eine Tarifstruktur längerfristig angelegt sein sollte, damit sich die Akteure finanziell, z.B. mit Bezug auf Investitionen, Anpassungen in der Praxissoftware etc., aber auch organisatorisch mit Bezug auf die Praxisabläufe darauf einstellen können. Dies wäre mit dem geplanten Tarif-

eingriff nicht der Fall. Er ist ja vielmehr kurzfristig angelegt. Nur schon aus diesem Grund lehnt die KKA den Eingriff ab. Denn die damit verbundenen Änderungen, z.B. in den Abrechnungsregeln, bei einzelnen Tarifpositionen etc., haben ressourcenintensive Folgen für die Praxisinfrastruktur. Es ist denn dies auch bezeichnend für die ganze Vorlage: Diese erfolgt allein und ausschliesslich auf dem Rücken der Ärzteschaft. Die Versicherer kommen völlig ungeschoren davon.

6. Die Regulierungsfolgen dieses Eingriffs für die praxisambulante medizinische Versorgung können also erheblich sein. Es ist zu erwarten, dass bei denjenigen Leistungen, bei denen eine erhebliche Tarifabsenkung erfolgte, sich auch das entsprechende medizinische Angebot reduzieren wird. Dabei genügt eigentlich schon, wenn betroffene Ärztinnen und Ärzte den Eindruck haben, dass die entsprechende Leistung nicht mehr rentabel erbracht werden kann. Es wird automatisch zu einer Vermeidungshaltung führen. Damit werden wohl Verschiebungen von der ambulant tätigen Ärzteschaft zu den Spitälern erfolgen. Dies wiederum kann mit dem von der Politik zunehmend geforderten Grundsatz «ambulant vor stationär» in Kollision ge-

raten und ist auf jeden Fall sicherlich kontraproduktiv für eine effiziente und wirtschaftliche praxisambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung.

III. Verlierer sind die Patientinnen und Patienten sowie die Ärzteschaft

7. Die Einbussen an Versorgungssicherheit werden zulasten der Patientinnen und Patienten gehen. Verlierer sind aber auch und insbesondere die Ärztinnen und Ärzte. Der Eingriff geht vor allem zu ihren Lasten. Wie bereits erwähnt, vermindert der einseitige massive Tarifeingriff zulasten der Ärzteschaft die an sich schon geringe Bereitschaft der Versicherer zusätzlich, ernsthaft die Revision der Tarifstruktur zu verhandeln. Der Eingriff belohnt die Versicherer für intransigentes, unilaterales Verhalten. Letztere verhalten sich ökonomisch rational, wenn sie sich der Zusammenarbeit bzw. den Verhandlungen in der Erwartung eines Tarifeingriffs zu ihren Gunsten entziehen. Dies zeigen auch die TPW-Verhandlungen auf kantonaler Ebene, welche zu einem erheblichen Teil von der KKA geführt werden. Damit werden das Verhandlungsprimat und die vom KVG vorausgesetzte konsensuale Legitimation von Tarifen völlig unterminiert. Es ist

nicht ansatzweise ersichtlich, wieso – gemäss Verweisung im BAG-Kommentar zur Praxis des Bundesverwaltungsgerichtes – ein Anreiz geschaffen werden soll, «dass sich die Tarifpartner auf eine autonome Konfliktlösung besinnen». Das Gegenteil ist der Fall. Die Versicherer können nur profitieren, wenn sie sich weiterhin intransigent zeigen.

8. Die KKA ist demgegenüber klar der Auffassung, dass der Staat die Tarifautonomie der Vertragspartner nicht weiter unterminieren soll, auch wenn oder gerade weil die Gräben zwischen den Verhandlungspartner heute sehr gross sind. Die aktuellen Verhandlungen der KKA mit den Tarifpartnern, welche zum Ziel haben, die erbrachten Leistungen in gegenseitiger Datentransparenz abzubilden und einen neuen Preisbildungsmechanismus zu entwickeln, werden aufgrund dieses isolierten Tarifeingriffs zusätzlich stark behindert. Es ist im Übrigen darauf hinzuweisen, dass der Druck von Seiten der frei praktizierenden Ärzte auf die kantonalen Ärztesellschaften stark steigen wird, als Kompensation von den Versicherern höhere Taxpunktwerte zu verlangen. Dieser Druck ist jetzt schon gross, er wird klarerweise steigen. Demgegenüber ist festzuhalten, dass noch im

Jahre 2013 gemeinsam mit tarifsuisse Steuerungsempfehlungen für den kantonalen Taxpunktwert für das Jahr 2014 abgegeben werden konnten, mit HSK sodann für die Jahre 2014 und 2015. Partnerschaftliche Lösungen sind möglich, wenn sich der Staat nicht zu stark einmischte. Dieser hat für optimale Rahmenbedingungen zu sorgen und neue Versorgungsformen zu fördern, nicht zu behindern. Es ist vor allem mit Anreiz-, nicht mit Verbotssystemen zu schaffen.

IV. Der Tarifeingriff erfüllt gesetzliche Voraussetzungen nicht

9. Auch wenn die Verordnungszuständigkeit für diesen Tarifeingriff nach Art. 43 Abs. 5bis KVG grundsätzlich gegeben ist, weil sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen konnten, ist dessen Sachgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Sinne von Art. 43 Abs. 4 KVG und Art. 46 Abs. 4 KVG nicht gegeben. Diese Voraussetzungen müssten aber erfüllt sein, damit der Tarifeingriff inhaltlich gerechtfertigt wäre.

10. Unbillig ist der Eingriff, weil er völlig einseitig zulasten der Ärzteschaft erfolgt, welche offensichtlich allein die Folgen 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. Was für den Taxpunktwert gilt, muss auch für die Tarifstruktur gelten, weil – wie im BAG Kommentar zu Recht erwähnt wird – die Grundsätze für die Bestimmung der Struktur und der Vergütungshöhe identisch sind.

11. Nicht sachgerecht ist der Eingriff nicht nur als Folge seiner Einseitigkeit, sondern weil ein leitender Gesichtspunkt, wie der Eingriff erfolgen soll, nicht wirklich erkennbar ist. Mit anderen Worten: Es fehlen – dies zeigen auch die Ausführungen im BAG-Kommentar – strukturbezogene Überlegungen, welche zum Eingriff führen und diesen begründen. Damit fehlt es auch an der tarifmodellbezogenen Kohärenz. Man hat den Eindruck, dass relativ willkürlich einzelne Positionen besonders hervorgezogen werden, weil es sich dort am besten sparen lässt. Dies gilt insbesondere auch für die Senkung von angeblich zu hohen Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen. Diese Positionen wurden bereit im Jahr 2014 beim ersten Eingriff in die Tarifstruktur gekürzt und sollen

nun erneut eine Kürzung erfahren. Wie auch beim ersten Tarifeingriff ergibt sich diese Kürzung nicht aus einer ergebnisoffenen Überprüfung der Tarifstruktur auf ihre Sachgerechtigkeit, sondern aus dem mit dem Eingriff verbundenen Ziel, Einsparungen in der Höhe von CHF 700 Mio. zu realisieren. Das ist widerrechtlich.

12. Dies hat das Schiedsgericht des Kantons Luzern im Zusammenhang mit dem ersten Tarifeingriff in einem jüngst ergangenen Urteil klar festgehalten. Das Urteil ist juristisch sehr gut begründet und hat sich unter Berücksichtigung von Doktrin und Praxis in einer bislang unbekanntem Detailtiefe mit dem ersten Tarifeingriff auseinandergesetzt. Das Gericht kommt zum Schluss, dass der Eingriff in die Tarifstruktur ausschliesslich politisch motiviert war (kostenneutrale Umsetzung der finanziellen Besserstellung der Hausärzte) und die Auswahl der betroffenen Tarifpositionen nicht betriebswirtschaftlich hergeleitet und begründet wurde, was insgesamt nicht zu einer sachgerechteren Tarifstruktur führt. Diese Feststellung gilt umso mehr für den nunmehr geplanten, dreimal so grossen Tarifeingriff.

13. Dieser ist eine rein politisch motivierte Sparübung zulasten der Ärzteschaft und es erfolgt in keiner Weise ein Quervergleich zwischen einzelnen Tarifpositionen, um die Tarifstruktur als solche sachgerechter zu gestalten. Der einzige relevante Gesichtspunkt sind angebliche Übertarifierungen. Dies allein genügt indessen, wie der Luzerner Entscheid mit aller Deutlichkeit zeigt, nicht für die Sachgerechtigkeit.

Zwar ist denkbar, dass der Tarifeingriff bei einigen wenigen Einzelleistungen zufälligerweise zu einem sachgerechten Ergebnis führt. Da die Vorschläge für die Verordnungsänderung indessen jede betriebswirtschaftliche Bemessung vermissen lassen, geht der Tarifeingriff nur in eine Richtung – eine Abwertung, um so das erklärte Sparziel zu erreichen. Von einem sachgerechten Eingriff in die Tarifstruktur kann so klar nicht die Rede sein; die Überlegungen müssen weiter gespannt sein und es ist nicht sachgerecht, wenn der Tarifeingriff ganz einfach zu einer reinen Sparübung zulasten der Ärzteschaft wird. Dafür bietet Art. 43 Abs. 5bis KVG keine Rechtsgrundlage, der Tarifeingriff verletzt vielmehr das Gebot der Sachgerechtigkeit nach Art. 43 Abs. 4 KVG.

14. Damit ist schliesslich die Wirtschaftlichkeit angesprochen. Wirtschaftlich-

keitsgesichtspunkte müssen einbezogen werden. Dazu zählt neben der betriebswirtschaftlichen Bemessung der einzelnen Tarifpositionen insbesondere auch die Betriebswirtschaftlichkeit auf Stufe der durch den Tarifeingriff betroffenen Teile der Ärzteschaft. Hier wiederum ist klar festzuhalten, dass Teile der Ärzteschaft in einer Weise betroffen sind, welche ganz ernsthaft die Frage der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung aufwirft, unter Einschluss der damit verbundenen Fragen der angemessenen medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Solche Überlegungen finden sich im BAG-Kommentar überhaupt nicht. Möglicherweise hängt es auch damit zusammen, dass die Folgen des Eingriffs von Seiten des BAG massiv unterschätzt werden. Berechnungen der FMH haben auf jeden Fall ergeben, dass es Gruppen von Ärzten gibt, die äusserst massiv betroffen sein werden, welche bis zur wirtschaftlichen Existenzbedrohung geht. Dies ist wiederum Folge eben eines Vorgehens, welches willkürlich einzelne Positionen herausgreift und sich allein für die Sparpotenziale interessiert.

V. Wo bleibt die Gesundheitsökonomie?

15. Der Tarifeingriff lässt wesentliche gesundheitsökonomische Aspekte ausser Acht. Denn würden die relevanten gesundheitsökonomischen Trends berücksichtigt werden, würde der Eingriff nicht derart einseitig zulasten der Ärzteschaft in einer Weise ausfallen, welche auch die Grundsätze des KVG, so wie vom Bundesverwaltungsgericht konkretisiert, verletzt.

16. Als Spareingriff – was in dieser Form ja nicht zulässig ist – taugt die partielle Tarifrevision wenig, denn über den TAR-MED wurden 2015 rund 11 von 71 Milliarden Franken Gesundheitskosten abgerechnet. Es handelt sich rund um 1/7 unserer gesamten Gesundheitskosten, von denen rund 60% in praxisambulanten (7 Milliarden) und rund 40% im spitalambulanten Sektor (4 Milliarden) generiert werden. Es ist ganz offensichtlich, dass mit einem solchen Eingriff das Kostenproblem nicht gelöst werden kann, zumal auch mit kostentreibenden dysfunktionalen Auswirkungen gerechnet werden muss. Es ist mit Verschiebungen in den spitalambulanten sowie in den stationären Bereich zu rechnen. Der Notfall wird noch stärker beansprucht werden, soweit er als Teil der stationären Grundversorgungsverpflichtung erbracht wird.

17. In diesem Zusammenhang ist auch festzuhalten, dass die ambulanten Behandlungen zu 100% über die Prämien, die stationären Behandlungen aber letztlich mehrheitlich über Steuern finanziert werden. Wenn nun bedingt durch den medizinischen Fortschritt sowie kantonale Vorgaben stationäre Behandlungen vermehrt ambulant durchgeführt werden müssen, führt dies zu einer stärkeren Belastung der Prämienzahler, und der Anteil der Gesundheitsausgaben, der über die Krankenkassenprämien finanziert wird, steigt. Dies zeigt, dass die Kostenfrage weitaus differenzierter zu betrachten ist, als dies derzeit geschieht.

18. Überhaupt: Die Gesundheitsausgaben sind seit 1996 um 42% linear gestiegen, die Prämien hingegen um 107%, und damit deutlich stärker. Dies wirft ganz zentrale Fragen auf: Haben wir wirklich eine Kostenexplosion, oder nicht einfach überdurchschnittlich ansteigende Prämien? Wie steht es mit der Effizienz der Versicherer?

VI. Der Trend zum Etatismus in der Gesundheitspolitik

19. Der geplante Tarifeingriff deckt sich mit dem sich erheblich verstärkenden Trend zu einem ausgeprägten Etatismus in der Gesundheitspolitik. Die Staatskompetenzen werden immer stärker beansprucht und sollen noch zusätzlich ausgebaut werden, dies mit zum Teil völlig unklaren Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Sicherlich hängt dies auch damit zusammen, dass es immer schwieriger wird, zwischen Versicherern und Leistungserbringern vertragliche Einigungen zu erzielen. Indessen widerspricht eine schleichende Verstaatlichung der Gesundheitsversorgung dem geltenden Konzept des KVG. Und die Versorgung wird mit Bestimmtheit nicht besser.

20. Dies zeigen auch die untenstehenden Vorstösse mit ihrer Forderung nach weitreichenden Staatskompetenzen im Gesundheitswesen bei völliger Unklarheit der Auswirkungen auf die Patientenversorgung:

- Die Motion im SR 16.3987 (OKP-Kostenanstieg dämpfen durch geeignete

Kostenbegrenzungs-Massnahmen) fordert, dass zwingende Kostenbegrenzungsmaßnahmen in Kraft treten sollen, sobald der OKP-Kostenzuwachs die Nominallohnentwicklung um das 1,1-Fache übersteigt. Welche Leistungen bei welchen Patienten mit diesem reduzierten Budget nicht mehr bezahlt würden, lässt der Vorstoss offen.

- Die Parlamentarische Initiative 17.402 verlangt, dass Leistungserbringer und Versicherer zukünftig «in den Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen» vorsehen, über die der Bundesrat zudem Grundsätze aufstellen kann. Dies klar eine elegante Verklausulierung für die Einführung eines Globalbudgets.
- Gemäss Parlamentarischer Initiative 17.401 soll der Bundesrat zukünftig eine Tarifpflege-Organisation konzipieren und sie auch selber einsetzen können. Dennoch scheint man von dieser Organisation nicht allzu viel zu erwarten. Denn trotzdem soll der Bundesrat zukünftig die Tarife und Preise selber festsetzen können, die dafür nötigen Daten sollen ihm die Leistungserbringer und Versicherer zur Verfügung stellen müssen.

VII. TARMED-Revision: Am Konsens der Tarifpartner führt kein Weg vorbei

21. Unter dem geltenden KVG ist die Einigung zwischen den Tarifpartnern der Regelfall, der staatliche Eingriff die Ausnahme. Dies muss sowohl für die Taxpunktweite wie auch für die Tarifstruktur gelten. Letztere muss hierbei eine korrekte Basis für die Entschädigung der Leistungserbringer nach möglichst konsistenten Kriterien bilden, nicht auf der Basis von im Augenblick geborenen Ad-hoc-Eingriffen ohne konsistente Muster.

22. Die Tarifstruktur ist von absolut zentraler Bedeutung. Es ist völlig unbestritten, dass die im Jahre 2004 eingeführte, national einheitliche ambulante Tarifstruktur TARMED veraltet ist und deshalb zu revidieren ist. Eine Tarifstruktur hat von Gesetzes wegen die Aufgabe, die Kosten für die Erbringung medizinischer

Leistungen realistisch und betriebswirtschaftlich korrekt abzubilden. Dies hat so gegolten und muss weiterhin so gelten. Die Tarifstruktur ist ein Abbild der Betriebswirtschaftlichkeit. Zusammen mit dem Taxpunktwert ergibt sie die konkrete Basis für die Entschädigung der Leistungserbringer. Der Eingriff des Bundesrates in die Tarifstruktur TARMED erfüllt diese Voraussetzungen eindeutig nicht. Er behindert sogar ganz erheblich die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern über die neue Struktur. Auch insoweit erweist er sich als kontraproduktiv. Denn am Konsens der Tarifpartner führt kein Weg vorbei. Niemand will eine verordnete Tarifstruktur. Aus diesem Grund steht die KKA fest hinter dem Revisionsprojekt TARCO. Dieses bezweckt, eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Tarifierung aller ambulanten ärztlichen Leistungen und soll bis Ende 2017 abgeschlossen sein. Ziel ist es, per Mitte 2018 dem Bundesrat einen partnerschaftlichen und gemeinsamen Tarifvorschlag zur Genehmigung zu unterbreiten. Dieser Prozess soll nicht durch einen Tarifeingriff zusätzlich behindert und verzögert werden.

23. Schliesslich darf Folgendes nicht vergessen werden: Ein ausgezeichnetes Gesundheitssystem, wie es die Schweiz hat, kostet. Man kann nicht immer bessere Medizin haben wollen ohne die Bereitschaft, dies auch zu bezahlen.

Aus all diesen Gründen ersucht Sie die KKA, vom beabsichtigten Tarifeingriff abzusehen. Dessen Nachteile überwiegen allfällige Vorteile bei weitem. Ausserdem behalten wir uns unter Bezugnahme auf unser Gesuch um Abnahme der Vernehmlassungsfrist allfällige Ergänzungen ausdrücklich vor.

Abschliessend danken wir Ihnen für die Berücksichtigung unserer Überlegungen und Argumente und grüssen Sie freundlich.

*Dr. med. Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA
Dr. med. Fiorenzo Caranzano, co-presidente CMC*

**Sagen Sie uns Ihre Meinung
zur Synapse auf: www.synapse-online.ch
oder per Mail an synapse@emh.ch**
