

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Elektronische Zustellung an abteilung-leistungen@bag.admin.ch und dm@bag.admin.ch

Zürich, den 15. Juni 2017

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

Sehr geehrter Herr Bundesrat Alain Berset,
Sehr geehrte Damen und Herren Bundesräte,
Sehr geehrte Damen und Herren,

Der *Berufsverband der Schweizer Ophthalmochirurgie (BSOC)* verbindet über 250 Spezialärztinnen und Spezialärzte, die aktiv augenchirurgisch an öffentlichen Spitälern und privaten Augenkliniken der Schweiz tätig sind. Als Berufsverband vertritt der BSOC die standespolitischen Anliegen sowie Interessen ihrer Mitglieder und fördert die Aus- und Weiterbildung augenchirurgisch tätiger Fachärztinnen und -ärzten.

Für die chirurgisch tätigen Augenärzte ist die Zukunft und Versorgungssicherheit der Schweizer Bevölkerung auf dem Gebiet der Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie sowie die Qualität und Sicherheit der invasiven Verfahren am menschlichen Auge von zentraler Bedeutung. Deshalb nehmen wir als Berufsverband der Schweizer Ophthalmochirurgie die Gelegenheit wahr, im Rahmen der öffentlichen Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung Stellung zu nehmen. Unsere Stellungnahme geschieht in Abstimmung mit der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft (SOG).

Der BSOC erkennt den Handlungsbedarf in Sachen des bestehenden ambulanten Tarifs TARMED_1.08_BR, lehnt jedoch die vorgelegte Änderung der Verordnung in der jetzigen Form dezidiert ab. Obwohl beim ambulanten Tarif unbestritten Handlungsbedarf besteht, bezweifelt der BSOC gesamthaft, dass der vorgeschlagene Tarif im Sinne von Art. 43 Abs. 4 KVG kaum sachgerechter ist als der bestehende Tarif und mit der vorgeschlagenen Änderung die Kosten des Gesundheitssystems Schweiz kaum eingedämmt, geschweige denn substantiell gesenkt werden können.

Die massiven und einschneidenden Kürzungen des Bundesrates von teilweise bis zu 80% der ärztlichen Leistungen bedrohen die dezentrale Versorgungssicherheit der Ophthalmochirurgie in der Schweiz gefährlich. Das bereitet dem BSOC grosse Sorgen.

Wir sind der Auffassung, dass

- a) der vom Bundesrat vorgesehene Tarifeingriff unausgewogen und willkürlich ist. Die von uns überprüften Kürzungen der ärztlichen und technischen Leistungen entbehren einer medizinischen Realität, sowie der Sachgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die angewandte methodische Vorgehensweise des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) widerspricht damit den gesetzlichen Anforderungen.
- b) die vorgeschlagene Vereinheitlichung –respektive ersatzlose Abschaffung der quantitativen Dignität– ist nicht gerechtfertigt, da sich die quantitative Dignität an der Ausbildungszeit orientiert, die notwendig ist, um komplexe Handlungen kompetent und selbständig durchführen zu können. Das Einebnen der quantitativen Dignität begünstigt die nur minimal ausgebildeten und meist aus dem Ausland stammenden Fachkräfte zulasten der hochqualifizierten inländischen Spezialisten mit langjähriger Weiter- und Fortbildung. Dies führt mittel- und langfristig zu einer reduzierten Qualität der Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung. Eine hochqualifizierte Weiterbildung als Facharzt einer bestimmten Spezialdisziplin wird vom Gesundheitssystem Schweiz nicht mehr honoriert.
- c) die Erhöhung der OP-Produktivität und Reduktion der Minutage der ärztlichen Leistung im engeren Sinne (LieS) für alle von uns mit Messdaten überprüften Operationen des Kapitels 08 Ophthalmologie sind massiv übertrieben, inhaltlich falsch sowie sachlich und betriebswirtschaftlich ungerechtfertigt.
- d) die überproportionale Senkung der ärztlichen Leistung (AL) im Verhältnis zur technischen Leistung (TL) prinzipiell falsch und damit nicht sachgerecht ist. Die in den letzten Jahren erreichten Produktivitätsfortschritte wurden vor allem durch verbesserte Technik erzielt. Dadurch wurden mehr Untersuchungen pro Zeiteinheit möglich. Der ärztliche Aufwand pro Untersuchung sowie der Personalbedarf und -kosten sind aber stetig gestiegen. Viele Ärzte partizipieren nicht an der verrechneten technischen Leistung, da sie vermehrt nicht mehr Inhaber der Infrastruktur sind.
- e) der Tarifeingriff Fehlanreize schafft, insbesondere durch Nutzung von bestehenden Schwachstellen in der Tarifstruktur. Gleichzeitig schafft der Tarif durch den bewussten Entzug der wirtschaftlichen Überlebensfähigkeit von Leistungserbringern einen starken Anreiz der unseriösen Ausnutzung von weiterhin bereits bestehenden und neuen Schwachstellen der Tarifstruktur. Ein Anreiz, den es dringlich zu vermeiden gilt.
- f) die vorgeschlagene Änderung der Tarifstruktur die seit Jahren geforderte und längst überfällige Aufnahme von neuen (Zusatz-)Leistungen ignoriert. Eine Tarifrevision muss den diagnostischen und therapeutischen Fortschritt der Medizin, die Erwartungen der Leistungsbezüger und die veränderten Strukturen der Leistungserbringer berücksichtigen.
- g) durch die übermässige Fokussierung auf die Senkung der Tarife von Spezialisten sowie chirurgisch und invasiv-tätigen Sparten im ambulanten Bereich gezielt und überproportional abgestraft werden und damit die Qualität der medizinischen Versorgung sowie die dezentrale Versorgungssicherheit massiv gefährdet wird, ohne die Gesundheitskostenentwicklung der Schweiz nachhaltig zu reduzieren – die angekündigten Einsparungen von CHF700 Mio. stellen lediglich 0.90% der gesamten Gesundheitskosten der Schweiz dar, bergen jedoch ein hohes und reales Gefährdungspotential.

- h) die Gesetzes- und Verfassungsmässigkeit der vorliegenden bundesrätlichen Verordnung zur Diskussion steht. Gemäss Urteil des kantonalen Schiedsgerichts KVG des Kantons Luzern ist der erste Eingriff des Bundesrates im Jahr 2014 gesetzeswidrig.¹ Damit stellt sich unmittelbar die Frage der Rechtmässigkeit des zweiten bundesrätlichen Eingriffes, welcher weit grundlegender ist und weitreichendere Folgen für das Gesundheitssystem Schweiz haben wird. Die Einführung am 1. Januar 2018 eines durch den Bundesrat festgelegten und möglicherweise widerrechtlichen Tarifes wäre mit grossen tarifarischen und rechtlichen Unsicherheiten verbunden und hätte für alle Tarifpartner und Leistungserbringer in der Schweiz unabschätzbare Folgen. Zweifellos ist eine grosse Anzahl von Rechtsverhältnissen von der Beantwortung der Gesetzes- und Verfassungsmässigkeit des vorliegenden bundesrätlichen Eingriffes berührt. Sie ist mit anderen Worten von erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung.

Da der aus der vorgeschlagenen Verordnung resultierende ambulante Tarif TARMED_1.09_BR in vielen Aspekten sachlich nicht gerechtfertigt ist, betriebswirtschaftlich nicht überprüft wurde und deshalb in den Kernaspekten gegen die Prinzipien des KVG verstösst, sowie die Gesetzes- und Verfassungsmässigkeit des bundesrätlichen Eingriffs in Frage gestellt ist, ist auf die Einführung zu verzichten.

Alternativ muss die vorgelegte Verordnung überarbeitet und den medizinischen, sachlichen, betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten und gesetzlichen Vorgaben angepasst werden. Kernpunkt der Modifikation ist die Ausgestaltung der ärztlichen Leistung im engeren Sinn (LieS).

Prioritär unterstützt der BSOC eine sachgerechte und betriebswirtschaftlich fundierte Überarbeitung des Tarifs und ist bereit, sich daran aktiv und unvoreingenommen zu beteiligen. Liegt ein neuer, im Sinne der Stellungnahme angepasster Einzelleistungstarif vor, wird der BSOC diesen prüfen und allenfalls unterstützen.

¹ Leitsatz aus dem Urteil Schiedsgericht KVG des Kantons Luzern in Sachen Sachen Klinik St. Anna gegen die Krankenversicherung Assura vom 27. Mai 2017: «Ziff. 2 des Anhangs der Verordnung des Bundesrates vom 20. Juni 2014 über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (SR 832.102.5 in Kraft seit 1.10.2014) in der bis 31. Dezember 2016 geltenden Fassung verletzt das Gebot der Sachgerechtigkeit und der betriebswirtschaftlichen Bemessung nach Art. 43 Abs. 4 KVG und ist insofern gesetzeswidrig (E. 8-10).»

Die vorliegende Stellungnahme ist in folgende Kapitel unterteilt:

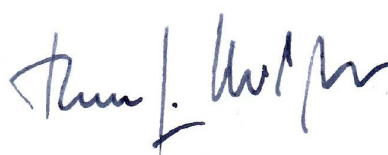
- I. Grundsätzliche Mängel der vorgeschlagenen Tarifstruktur und Änderung der Verordnung
- II. Dezimierung der Augenchirurgie sowie anderer Spezialdisziplinen in der Schweiz
- III. Zusammenfassung der Einwände und Forderungen des BSOC
 - A. Vereinheitlichung der Dignitätsfaktoren und Reduktion der Minutage
 - B. Erhöhung der OP-Produktivität
 - C. Massive Kürzungen der AL bei operativen Eingriffen
 - 1) Kataraktoperationen
 - 2) Intravitreale Injektionen
 - 3) Vitrektomien / Netzhautoperationen
 - 4) Glaukomoperationen
 - 5) Hornhauoperationen
 - 6) Schieloperationen
 - 7) Okuloplastik und Tränenwegsoperationen
- IV. Kommentare zu einzelnen Tarifeingriffen
 - A. Kürzung der Kostensätze für technische Leistungen
 - B. Löschung des Zuschlags von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten
 - C. Einschränkende Abrechnungslimitationen
- V. Weitreichende negative Folgen für das Gesundheitssystem Schweiz
 - A. Gefährdung der dezentralen Versorgungssicherheit
 - B. Gefährdung der Qualität der Medizin und der Patientensicherheit
 - C. Gefährdung der Zukunft von Weiterbildungsstätten
 - D. Abwälzung der Kosten auf Kantone und Steuerzahler
- VI. Rechtliche Grundlagen

Wir bitten um eine eingehende Beachtung unserer Stellungnahme und wohlwollende Prüfung unserer Anliegen in der weiteren Ausarbeitung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung.

Mit freundlichen Grüssen



Prof. Dr. Dr. M. Thiel
Chefarzt Augenklinik
Luzerner Kantonsspital,
Luzern



Prof. Dr. T. J. Wolfensberger
MBA, Chefarzt a.i. Hôpital
Ophtalmique Jules-Gonin,
Lausanne



G. Lanzetta
Dipl. Ing. ETH, MBA INSEAD,
Sekretär BSOC,
Zürich

Adressaten

Kantone

Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössisches Departement der Innern
Staatskanzlei des Kantons Zürich
Staatskanzlei des Kantons Bern
Staatskanzlei des Kantons Luzern
Staatskanzlei des Kantons Uri
Staatskanzlei des Kantons Schwyz
Staatskanzlei des Kantons Obwalden
Staatskanzlei des Kantons Nidwalden
Staatskanzlei des Kantons Glarus
Staatskanzlei des Kantons Zug
Chancellerie d'Etat du Canton de Fribourg
Staatskanzlei des Kantons Solothurn
Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt
Staatskanzlei des Kantons Basel-Landschaft
Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen
Staatskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden
Staatskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden
Staatskanzlei des Kantons St. Gallen
Staatskanzlei des Kantons Graubünden
Staatskanzlei des Kantons Aargau
Staatskanzlei des Kantons Thurgau
Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
Chancellerie d'Etat du Canton de Vaud
Chancellerie d'Etat du Canton de Valais
Chancellerie d'Etat du Canton de Neuchâtel
Chancellerie d'Etat du Canton de Genève
Chancellerie d'Etat du Canton du Jura
Konferenz der Kantonsregierungen (KdK)

Dachverbände

Schweizerischer Gewerbeverband (SGV)
Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)
Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS)

Leistungserbringer

FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
H+ Die Spitäler der Schweiz
Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften (KKA)
Privatkliniken Schweiz
Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)
Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)
Kantonsspital Aarau
Kantonsspital Altstätten
Kantonsspital Baden
Kantonsspital Baselland
Kantonsspital Chur
Kantonsspital Frauenfeld
Kantonsspital Glarus
Kantonsspital Grabs
Kantonsspital Heiden

Kantonsspital Herisau
Luzerner Kantonsspital
Kantonsspital Münsterlingen
Kantonsspital Nidwalden
Kantonsspital Obwalden
Kantonsspital Olten
Kantonsspital St. Gallen
Kantonsspital Uri
Kantonsspital Walenstadt
Kantonsspital Winterthur
Zuger Kantonsspital

Patientenorganisationen

Retina Suisse
ASSUAS Schweizerischer Verband der Versicherten
Dachverband schweizerischer Patientenstellen
Stiftung Patientenschutz SPO

Versicherer

Gemeinsame Einrichtung KVG
RVK Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer
Schweizerischer Versicherungsverband
Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV)
curafutura
santésuisse

I. Grundsätzliche Mängel der vorgeschlagenen Tarifstruktur und Änderung der Verordnung

Der neue Tarif in der geänderten Verordnung weist folgenschwere Fehler auf:

1. Die Methoden der Kürzungen weisen schwerwiegende sachliche, betriebswirtschaftliche und rechtliche Mängel auf. Insbesondere widersprechen die Kürzungen den Prinzipien des KVG.
2. Die Fokussierung der Sparmassnahmen auf Spezialisten sowie chirurgisch und invasiv-tätigen Fachärzten ist sehr kritisch zu bewerten.
3. Eine veraltete und fehlerhafte Tarifstruktur basierend auf TARMED_1.08_BR wird weiterhin beibehalten. Die teilweise sehr undifferenzierten Eingriffe des Bundesrates verzerren die Tarifstruktur nur noch weiter und verstärken bestehende Fehlanreize.
4. Die beabsichtigten Kosteneinsparungen von CHF700 Mio. pro Jahr sind als nicht nachhaltig und als illusorisch zu werten. Das Gesundheitskostenwachstum wird dadurch nicht eingedämmt, die Krankenkassenprämien werden dadurch nicht sinken.
5. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Tarifstruktur ist nicht vom Anwendungsbereich des TARMED-Rahmenvertrages sowie der kantonalen Anschlussverträge erfasst. Deshalb droht ab 1. Januar 2018 ein schweizweiter vertragsloser Zustand einzutreten.

Ad 1. Die Methoden der Kürzungen weisen schwerwiegende sachliche, betriebswirtschaftliche und rechtliche Mängel auf. Insbesondere widersprechen die Kürzungen den Prinzipien des KVG

A. Einseitige Vorgaben als Input für Kürzungen

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat als Basis für die Kürzungen fast ausschliesslich Eingaben beziehungsweise Vorgaben von Krankenkassen –insbesondere curafutura– übernommen, ergänzt durch Meinungen von Vertrauensärzten derselben Krankenkassen. Das BAG hat keine eigenen Daten und Erhebungen, oder Daten von anderen unabhängigen Stellen für die Kürzung von tausenden von Leistungspositionen verwendet.

Diese allzu einseitige Bevorteilung der Vorgaben beziehungsweise der Interessen von Krankenkassen zuungunsten der Leistungserbringer durch den Bundesrat entspricht nicht dem Grundsatz der Billigkeit, von dem abzuleiten ist, dass eine Tarifstruktur ausgewogen zu sein habe und nicht etwa einen bestimmten Tarifpartner oder Leistungserbringungsgruppe bevorzugt werde, sowie auch nicht dem Gebot der Verhältnismässigkeit staatlichen Handelns nach Art. 5 Abs. 2 BV seitens des Bundesrates.

B. Fehlende beziehungsweise nur fadenscheinige Plausibilisierung von Kürzungen ärztlicher und technischer Leistungen

Die Vorgaben der Krankenkassen beziehungsweise die Höhe der Kürzungen der einzelnen Tarifpositionen wurden durch das BAG grundsätzlich nicht hinterfragt und nicht medizinisch, wissenschaftlich oder betriebswirtschaftlich überprüft, sondern kritiklos übernommen. Zumindest ist äusserlich kein erklärbares Hinzutun durch das BAG ersichtlich.

An bestimmten Stellen wurde scheinbar eine Plausibilisierung von Tarifpositionen mittels des Deutschen EBM (Einheitlicher Bewertungsmassstab, www.kbv.de/html/ebm.php) durch die Vertrauensärzte der Krankenkassen vorgenommen. Welche Tarifpositionen genau mittels EBM plausibilisiert wurden und wie gut die Plausibilisierung gelingen konnte, ist nicht ersichtlich und für den Empfänger nicht transparent.

Es wurden keine unabhängigen Umfragen, praktischen Experimente oder realen Messungen durchgeführt, um die Erhöhung der OP-Produktivität, z.B. bei OP-I von 45% auf 72%, zu

plausibilisieren. Die Minutage von einzelnen ophthalmochirurgischen Eingriffen wurden nicht oder offenbar falsch plausibilisiert. Die Kürzung des technischen Kostensatzes wird nicht betriebswirtschaftlich, sondern nur summarisch begründet.

C. Fehlende Überprüfung bzw. Missachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Sinne von Art. 46 Abs. 4 KVG sowie von Art. 43 Abs. 4 KVG

Gemäss BGE C-4308/2007 Erwägung 3.1 gelten bei der Tariffestsetzung durch den Bundesrat die Tarifgestaltungsgrundsätze genauso wie für Tarifverträge. Bei der Festlegung ist insbesondere dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit Rechnung zu tragen (Art. 46 Abs. 4 KVG). Dieser Überprüfung kommen die Anpassungen des Bundesrates nicht nach:

- *Keine Überprüfung der Summe der Kürzung von Einzelpositionen für Operationen:* Das Resultat beziehungsweise die Summe der Kürzungen von Einzelpositionen wurde nicht geprüft oder plausibilisiert. Das bedeutet, es wurde nicht analysiert oder plausibilisiert, wie sich die Kürzungen von einzelnen Positionen auf die Gesamtheit einer bestimmten Operation auswirkt, beispielsweise bei Kataraktoperationen, intravitrealen Injektionen, Netzhautoperationen, Hornhautoperationen, Schieloperationen, Glaukomoperationen, okuloplastische und Tränenwegoperationen.
- *Keine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit beziehungsweise Kostendeckung von Operationen:* Es wurde nicht geprüft oder plausibilisiert, ob die gekürzten Operationen –als Summe aller dazugehörenden Einzelpositionen– tatsächlich kostendeckend erbracht werden können, wie sie für eine effiziente Leistungserbringung im Sinne von Art. 59c Abs. 1 Bst. b der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die KVV notwendig ist.
- *Keine Überprüfung der Billigkeit:* Es wurde nicht geprüft oder plausibilisiert, wie sich die gekürzten Tarife auf ein typisches öffentliches Spital, eine typische Privatklinik, oder auf Einzeloperateure auswirkt und ob diese weiterhin mit dem neuen Tarif kostendeckend arbeiten können. Ohne eine solche Überprüfung ist eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur des Tarifes im Sinne von Art. 43 Abs. 4 KVG nicht gegeben.

Ad 2. Die Fokussierung der Sparmassnahmen auf die chirurgisch und invasiv-tätigen Spezialisten ist sehr kritisch zu bewerten

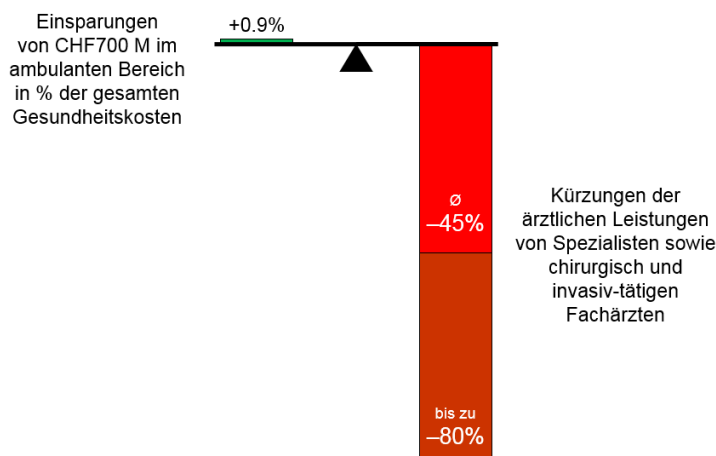
Der Bundesrat strebt mit dem neuen Tarifeingriff eine Reduktion der Kosten im ambulanten KVG-Bereich von CHF700 Mio. pro Jahr an. Spezialisten sowie chirurgisch und invasiv-tätige Fachärzte stehen im Fokus der Sparmassnahmen und sollen überproportional zum Sparziel beitragen.

Die Ophthalmochirurgie ist von den Kürzungen stark betroffen. Die ärztlichen Leistungen werden durchschnittlich um circa 45% und bestimmte ärztliche Leistungen sogar teilweise bis zu 80% gekürzt. Sehr ähnlich stellt sich die Situation für Spezialisten der Radiologie, Gastroenterologie, Dermatologie, Neurochirurgie, etc. dar. Diese überproportionale Abstrafung einer bestimmten Gruppe von Fachärzten treibt einen Keil zwischen die konservativ-tätigen und chirurgisch und invasiv-tätigen Fachärzte und ist deshalb sehr kritisch zu beurteilen: diese widerspricht nämlich dem Gebot der Billigkeit, wonach eine Tarifstruktur ausgewogen zu sein habe und nicht etwa eine bestimmte Leistungserbringergruppe bevorzugt werde. Dass isoliert und einseitig –nur bei einer bestimmten Leistungserbringergruppe– die Vergütung von ärztlichen Leistungen um teilweise durchgängig über 45% gekürzt wird, hat mit Ausgewogenheit der Tarifgestaltung wenig gemeinsam und ist auch mit dem Verhältnismässigkeitsprinzip staatlichen Handelns nicht plausibel vereinbar.

Der einseitigen massiven Kürzung von ärztlichen Leistungen bei Spezialisten sowie chirurgisch und invasiv-tätigen Fachärzten stehen suggerierte und theoretische Einsparungen von CHF700 Mio. gegenüber. Die Einsparungen zielen direkt auf die Spezialisten sowie chirurgisch und invasiv-tätigen, sowie anderen Fachärzten. Die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates gemäss Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG darf jedoch nicht dazu eingesetzt werden, eine Methode, eine Technik oder eine Leistungserbringergruppe gegenüber einer anderen unverhältnismässig und ungleichmässig zu

benachteiligen.

Überproportionale Abstrafung von Spezialisten sowie chirurgisch und invasiv-tätigen Fachärzten



Quelle: Bundesamt für Gesundheit, Vorschlag des Bundesrates Alain Berset

Schaubild 1: Gegenüberstellung der prozentualen Einsparungen von Gesundheitskosten und Kürzungen der ärztlichen Leistungen bei Spezialisten sowie chirurgisch und invasiv-tätigen Fachärzten.

Ad 3. Eine unzeitgemässe und fehlerhafte Tarifstruktur wird beibehalten

Die Struktur des neuen Tarifs wurde aus dem veralteten TARMED_1.08_BR gänzlich übernommen. Letztere schafft zunehmend Unklarheiten bei der Leistungserfassung und weist folgende betriebswirtschaftlich relevante Fehler auf:

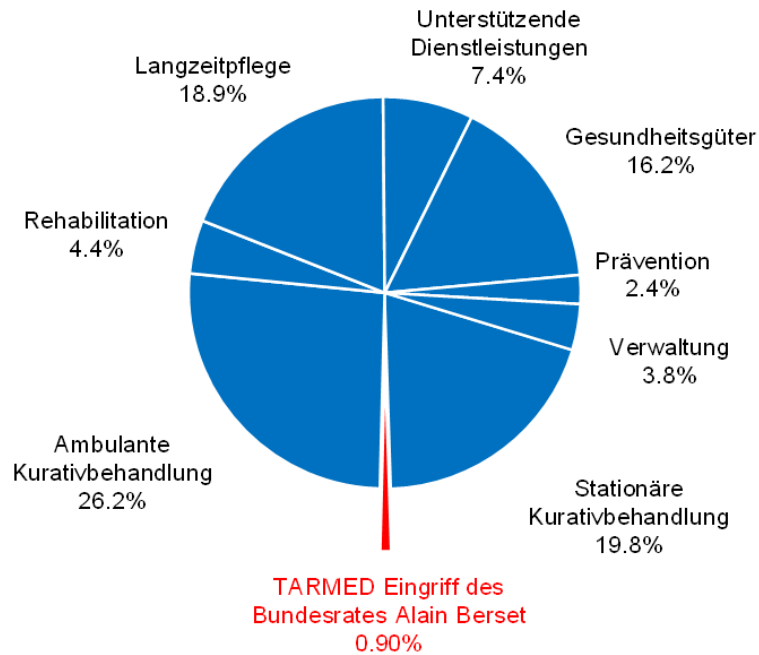
- Die betriebswirtschaftliche Logik der Struktur der ärztlichen Leistung sowie ihre bisherige Kalibrierung mittels quantitativer Dignität, OP-Produktivität und Minutage wurde durch einen undifferenzierten, gleichzeitigen und massiven Abschlag aller relevanten Faktoren zerstört
- Die Fehlanreize zur Mengenausweitung bleiben bestehen, und werden sogar weiter verstärkt
- Die sachlichen Fehler in der Tarifstruktur, die ärztliche Leistung nicht sachgerecht honorieren, verstärken den Anreiz zur kompensatorischen Mengenausweitung
- Die aktualisierte Nomenklatur des abgelehnten Tarifs ats-tms wurde nicht berücksichtigt
- Die veraltete Tarifstruktur erschwert beziehungsweise verhindert zunehmend eine adäquate Abrechnung aktueller und neuer (Zusatz-)Leistungen

Ad 4. Die beabsichtigten Kosteneinsparungen von CHF700 Mio. pro Jahr sind als nicht nachhaltig und als illusorisch zu werten. Das Gesundheitskostenwachstum wird dadurch nicht eingedämmt, die Krankenkassenprämien werden dadurch nicht sinken.

A. Fehlende Nachhaltigkeit von willkürlichen Sparübungen mit potentiell schwerwiegenden Folgen für die dezentrale medizinische Versorgungssicherheit der Schweiz

Im Kontext des Gesundheitssystems Schweiz stellen die beabsichtigten Einsparungen von CHF700 Mio. lediglich ca. 0.90% der gesamten Gesundheitskosten dar. Mit den gezielten und massiven Leistungskürzungen bei Spezialisten sowie chirurgisch und invasiv-tätigen Fachärzten strebt der Bundesrat ein ernüchternd kleinliches gesundheitsökonomisches Resultat an mit potentiell schwerwiegenden und gefährlichen Folgen für die dezentrale medizinische Versorgungssicherheit der Schweiz.

Beabsichtigte Einsparungen im Kontext der Gesundheitskosten der Schweiz
 2015, 100%=CHF77'835 Mio.



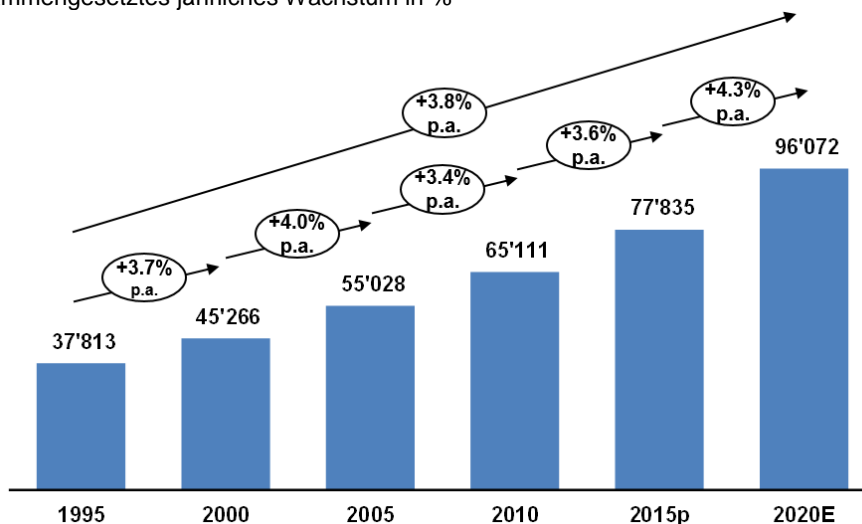
Quelle: Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Gesundheit, Vorschlag des Bundesrates Alain Berset

Schaubild 2: Die vorgeschlagenen Einsparungen stellen lediglich 0.90% der gesamten Gesundheitskosten der Schweiz dar. Alle anderen grösseren Kostenblöcke der stationären Behandlung, Rehabilitation, Langzeitpflege, unterstützende Dienstleistungen, Gesundheitsgüter und Medikamenten sowie Verwaltung werden nicht tangiert.

Die Gesundheitskosten der Schweiz sind in den Jahren 2010–2015 um circa +3.6% pro Jahr gewachsen. Die langfristige durchschnittliche Wachstumsrate der Gesundheitskosten zwischen 1995 und 2015 beträgt circa +3.8% pro Jahr. Im Jahr 2020 nähern sich die Gesundheitskosten der Schweiz der Marke von CHF100 Mrd.

Gesundheitskosten der Schweiz

in CHF Mio, zusammengesetztes jährliches Wachstum in %



Quelle: Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Gesundheit, Schätzungen BSOC

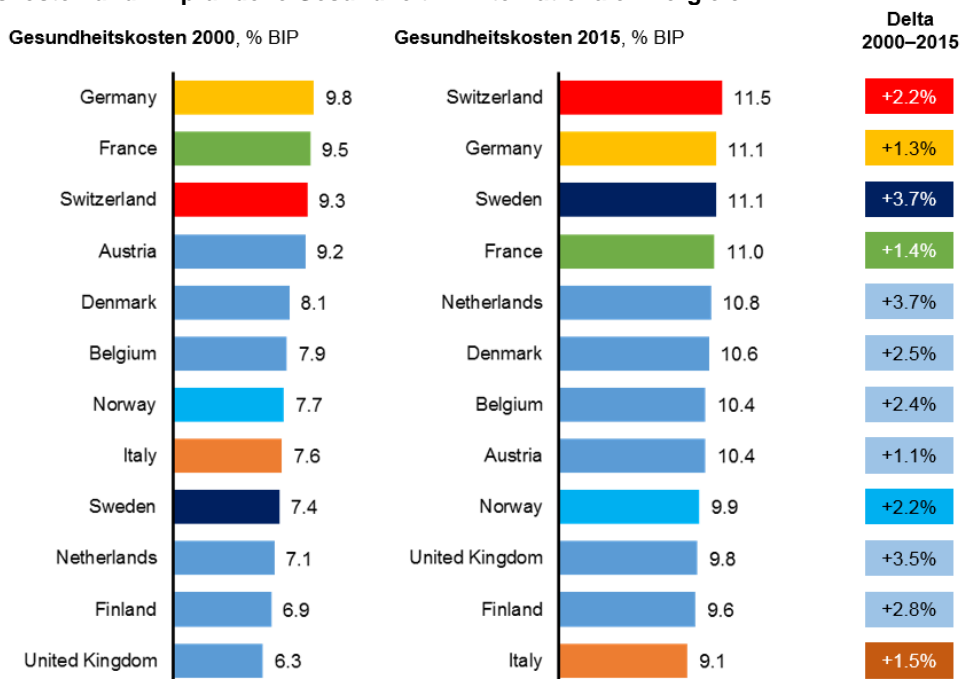
Schaubild 3: In naher Zukunft wachsen die Gesundheitskosten der Schweiz ungebrochen weiter stark an.

Im Kontext der historischen Wachstumsraten sind die angekündigten 0.90% Einsparungen pro Jahr nicht geeignet, um eine nachhaltige Eindämmung der Gesundheitskosten zu erwirken. Bereits der erste subsidiäre Eingriff des Bundesrates im 2014 hat das Kostenwachstum der ambulanten Behandlungen nicht einzudämmen vermocht. Auch beim vorliegenden zweiten Eingriff wird eine Eindämmung des Kostenwachstums mit mathematischer Sicherheit ausbleiben.

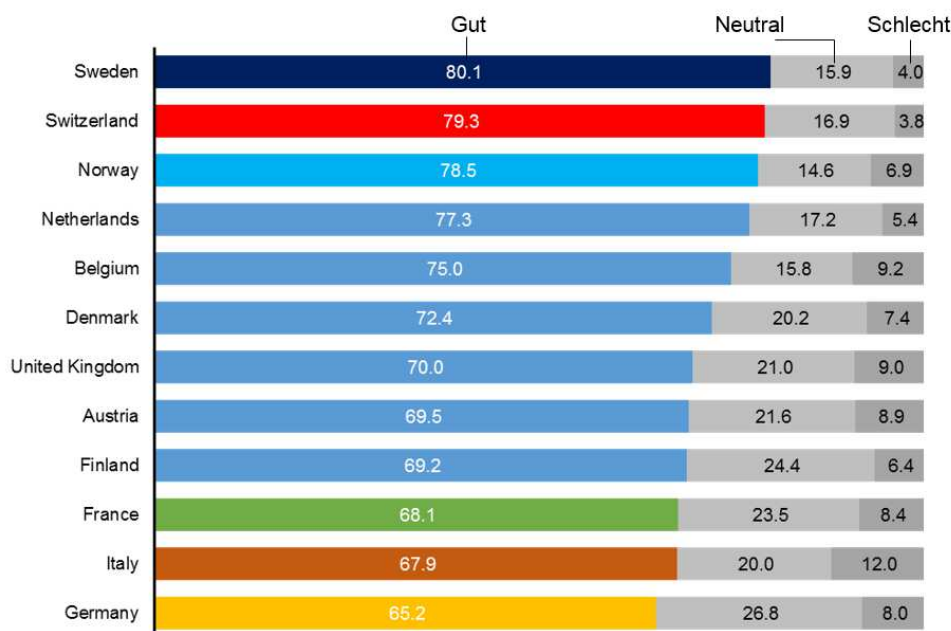
Im internationalen Kontext haben die Gesundheitskosten der Schweiz in den letzten 15 Jahren von 9.3% auf 11.5% des BIP zugenommen. Dieser Zuwachs von +2.2% des BIP über 15 Jahren ist zwar im Vergleich zu den Nachbarländern Deutschland (+1.3%), Frankreich (+1.4%), Italien (+1.5%) und Österreich (+1.1%) höher, jedoch im Vergleich zu Niederlanden (+3.7%), Dänemark (+2.5%), Belgien (2.4%), UK (+3.5%), Schweden (+3.7%) tiefer. Das Kostenwachstum im Schweizer Gesundheitswesen hält sich folglich im internationalen Vergleich im Rahmen.

Jedoch zeichnet sich das Schweizer Gesundheitssystem gegenüber allen anderen Ländern gemäss dem *Perceived Health Index* der OECD durch einen sehr hohen Grad an Zufriedenheit der Bevölkerung mit ihrer Gesundheit aus. Diesen Grad an Qualität und Zufriedenheit gilt es für die Schweizer Bevölkerung aufrecht zu erhalten.

Gesundheitskosten und Empfundene Gesundheit im Internationalen Vergleich



Empfundene Gesundheit Index (Perceived Health Index) 2014, % Bevölkerung



Quelle: OECD (stats.oecd.org)

Schaubild 3: Entwicklung der Gesundheitskosten und Zufriedenheit der Bevölkerung mit ihrer Gesundheit

Seit geraumer Zeit steigen in der Schweiz die ambulanten Behandlungskosten im Vergleich zu stationären Behandlungskosten stärker an, auch weil eine Umlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich forciert wird.

Wachstum Gesundheitskosten Schweiz

in % pro Jahr

	2012	2013	2014	2015p
Stationäre Behandlungen	+3.5%	+4.2%	+3.4%	+4.3%
Ambulant Behandlungen	+4.7%	+4.6%	+5.5%	+5.0%
Andere Behandlungen	+2.7%	+3.9%	+3.3%	+4.5%
Total	+3.5%	+4.2%	+3.4%	+4.3%

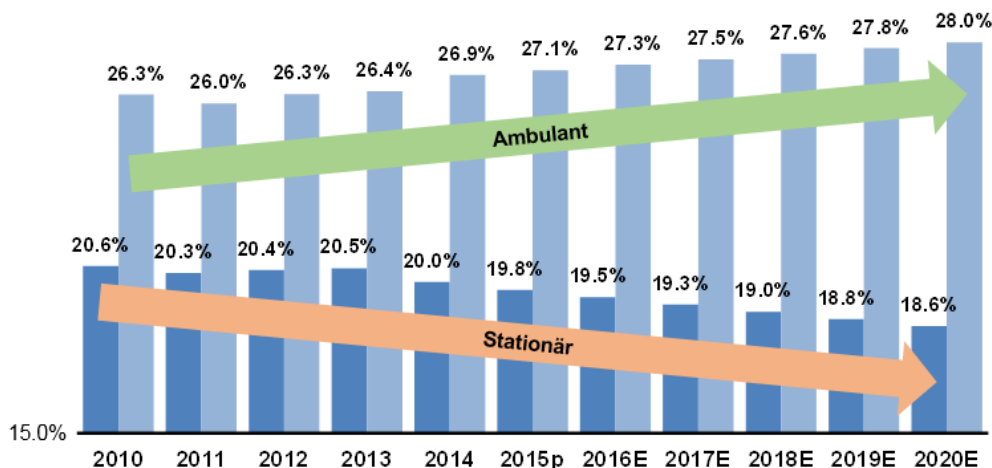
Quelle: Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Gesundheit

Schaubild 4: Die Kosten der ambulanten Behandlungen sind in den letzten Jahren stärker gewachsen als die Kosten für stationäre Behandlungen – auch weil eine Umlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich stattfindet.

Analog dem Zeitraum 2010 bis 2015 ist im Zeitraum 2015 bis 2020 weiterhin mit einem stärker wachsenden Anteil der ambulanten Behandlungskosten im Verhältnis zu den Gesamtkosten zu rechnen. Deshalb werden zwischen 2015 und 2020 die ambulanten Behandlungskosten weiterhin überproportional wachsen.

Entwicklung der Stationären versus Ambulanten Behandlungskosten

Anteil an Gesundheitskosten der Schweiz in %

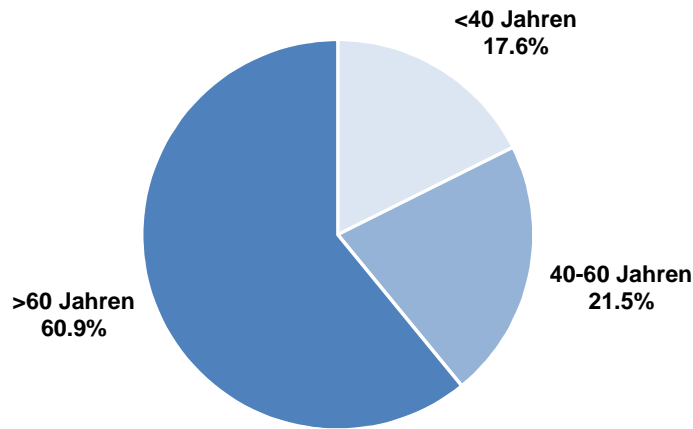


Quelle: Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Gesundheit, Schätzungen BSOC

Schaubild 5: Der Anteil der ambulanten Behandlungskosten nimmt im Verhältnis zu den stationären Behandlungskosten stetig zu. Entsprechend steigen die absoluten ambulanten Behandlungskosten stärker an.

Des Weiteren verursacht in der Schweiz die Bevölkerung im Alter von über 60 Jahren über 60% der gesamten Gesundheitskosten.

Gesundheitskosten der Schweiz nach Alterskohorten
2015, 100%=CHF77'835 Mio

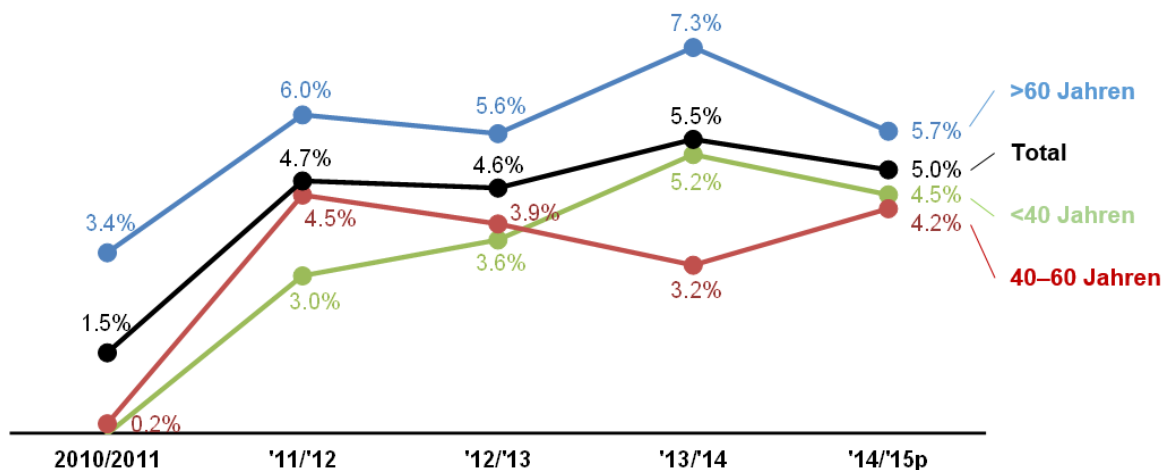


Quelle: Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Gesundheit

Schaubild 6: Die Bevölkerung über 60 Jahre verursacht den grössten Anteil der Gesundheitskosten in der Schweiz und wird deshalb am stärksten von den Folgen der Kürzungen im ambulanten Bereich betroffen sein.

Im Gleichschritt mit dem Altern der Bevölkerung wachsen die ambulanten Gesundheitskosten mit durchschnittlich circa +6.0% pro Jahr auch am schnellsten.

Wachstum der Ambulanten Behandlungskosten nach Alterskohorten
in % pro Jahr

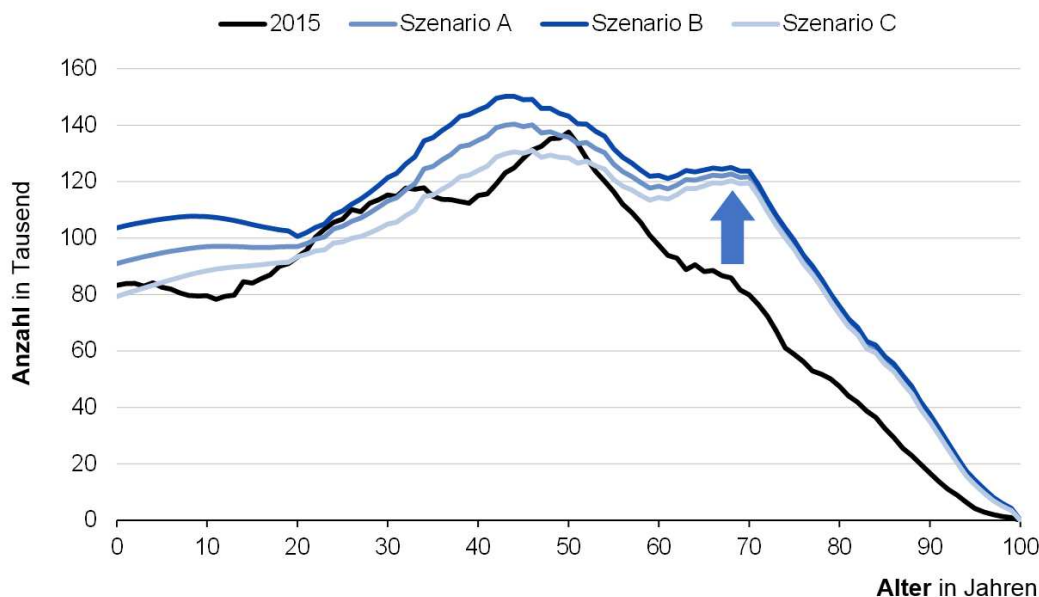


Quelle: Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Gesundheit

Schaubild 7: Aufgrund der alternden Bevölkerung wachsen die ambulanten Behandlungskosten bei den über 60-Jährigen am schnellsten.

Dieser Trend wird sich fortsetzen, denn die Bevölkerung im Alter von über 60 Jahren wird in den kommenden 20 Jahren weiter stark ansteigen.

Bevölkerungspyramide der Schweiz Szenarien 2035



Quelle: Bundesamt für Statistik

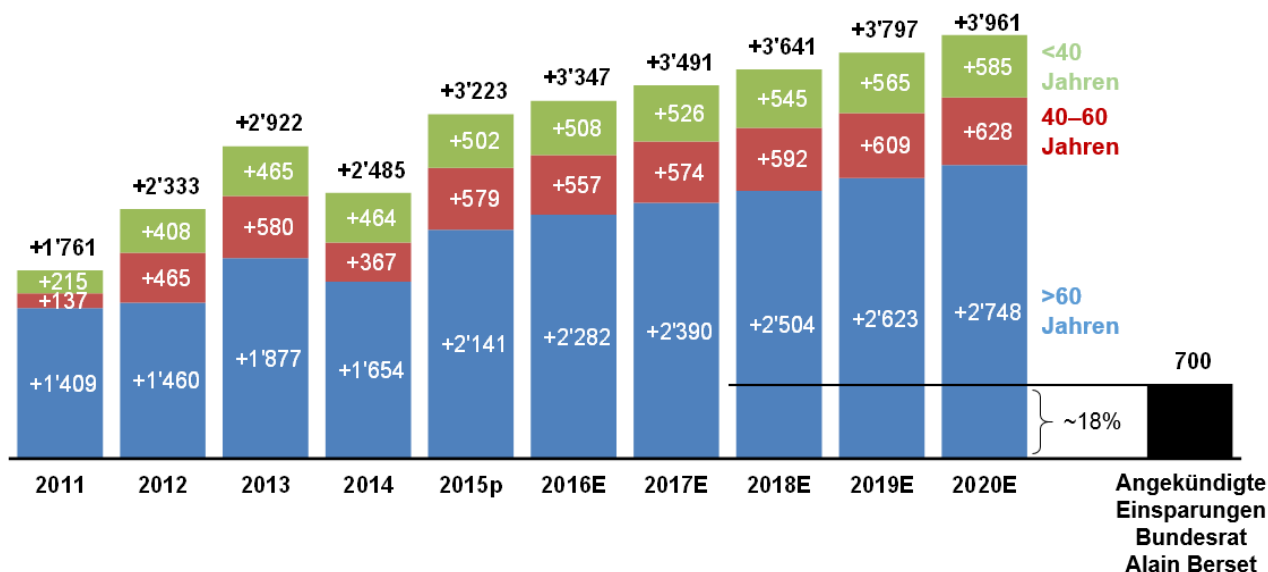
Schaubild 8: Die Bevölkerung im Alter über 60 Jahren wächst in den kommenden 20 Jahren weiterhin stark an.

Deshalb ist auch weiterhin mit einem starken Wachstum der ambulanten Behandlungskosten zu rechnen – verschärft wird dieser Trend durch die Verschiebung von Leistungen vom stationären zum ambulanten Bereich.

Der Zuwachs der Gesundheitskosten in den kommenden drei Jahren (2018–2020) beträgt circa CHF+14.9 Mrd. Die angekündigten Einsparungen von CHF700 Mio. pro Jahr im ambulanten Bereich, falls überhaupt realisierbar, vermögen lediglich einen geringen Anteil von circa 18% dieser zusätzlichen jährlichen Gesundheitskosten in der Schweiz wettzumachen.

Zusätzliche Jährliche Gesundheitskosten

Absolutes Wachstum in CHF Mio.



Quelle: Bundesamt für Statistik, Bundesamt für Gesundheit, Vorschlag des Bundesrates Alain Berset, Schätzungen BSOC

Schaubild 9: Das absolute Wachstum der Gesundheitskosten der Schweiz steigt aufgrund der alternden Bevölkerung ungebremst an. In den Jahren 2018–2020 ist ein Wachstum von über CHF14.9 Mrd zu erwarten. Auch die angekündigten theoretischen Einsparungen von CHF700 Mio. pro Jahr werden dieses Wachstum nicht nachhaltig einzudämmen vermögen.

Deshalb werden die gezielten massiven Kürzungen und darauf basierten theoretisch errechneten Einsparungen –falls überhaupt realisierbar-- die Gesundheitskosten der Schweiz nicht nachhaltig beeinflussen. Die Gesundheitskosten werden im Gleichschritt mit und aufgrund der alternden Bevölkerung weiterhin stark anwachsen.

Die Folgen der gezielten massiven Kürzungen des Bundesrates sind jedoch nur schwer abzuschätzen. Sie treffen eine bestimmte Leistungserbringergruppe schwer und empfindlich und bedrohen damit in diesen Spezialdisziplinen langfristig die medizinische Versorgungssicherheit in der Schweiz.

Da in Zukunft stationäre Behandlungen an älteren Menschen auch vermehrt in den ambulanten Bereichen erbracht werden sollen, werden die negativen Folgen der einseitigen Tarifierung auch insbesondere ältere Menschen treffen.

Ein einseitiger subsidiärer Eingriff durch den Bundesrat, der das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit missachtet, die dezentrale medizinische Versorgungssicherheit gefährdet und dessen theoretischen Einsparungen fragwürdig sind, ist der Schweizer Bevölkerung langfristig nicht dienlich. Der gesamte Bundesrat ist nun gefordert, seinen gesundheitspolitischen Entscheid betreffend der Anpassung des ambulanten Tarifes im Sinne der Qualität medizinischen Versorgungssicherheit für die gesamte Schweizer Bevölkerung zu fällen. Dazu müssen alle Parteien gemeinsam –Tarifpartner inklusive Krankenkassen, öffentliche und private Spitäler, Leistungserbringer, Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie sowie das Parlament– ihren übenden Beitrag leisten und wo nötig müssen diese vom Bundesrat in die Pflicht genommen werden.

B. Illusorisches Sparziel

Der Bundesrat wird das Sparziel von CHF700 Mio. pro Jahr mit dem subsidiären Eingriff nicht erreichen. Die Gründe hierfür sind:

- i. Strukturfehler im TARMED, welche der Bundesrat in seinem Tarif 1:1 übernommen und damit noch weiter verzerrt hat – Die veraltete Nomenklatur erschwert die Verrechnung aktueller Leistungen und verlangt Neuinterpretationen bestehender Tarifpositionen. Es bleibt weiterhin unmöglich, neue erfolgreiche und markterprobte Technologien korrekt abzurechnen, da keine Tarifpositionen dafür bestehen. Die strukturellen Anreize zur Mengenausweitung werden mit TARMED_1.09_BR nicht behoben, sondern verschärft. Unklare Anwendungsregeln, ungenügende Limitationen und die grosse Zahl von Zusatzleistungen bleiben bestehen.
- ii. Der rasante medizinische Fortschritt und das Aufkommen von neuen Behandlungsmethoden – Der medizinische Fortschritt entwickelt sich weiter unabhängig vom Tarifeingriff des Bundesrates. Die Nachfrage nach ophthalmologisch-konservativen und ophthalmochirurgischen Dienstleistungen wird durch die Tarifsenkung nicht verringert. Die Untersuchungszahlen werden weiter stark ansteigen.
- iii. Die demografische Entwicklung, insbesondere das überproportionale Wachstum der Alterskohorte über 60 Jahren in den kommenden 20 Jahren.
- iv. Die unzureichende Fokussierung der Sparübung auf Spezialisten sowie chirurgisch und invasiv-tätige Fachärzte – Die nicht sachgerechten Leistungskürzungen zwingen den Arzt zur "Leistung ohne Gegenleistung" und könnten im Sinne einer moralischen Rechtfertigung zu einer kompensatorischen Optimierung der Untersuchung und Leistungserfassung verleiten. Der BSOC befürchtet und erwartet als Folge des Tarifeingriffes eine deutliche Mengenausweitung. Diese Entwicklung ist dringlichst zu vermeiden.
- v. Die Umlagerung von Kosten von den Versicherten auf die Trägerschaften und die Steuerzahler suggeriert eine angebliche aber nicht-reelle Kosteneinsparung: Die Tarifsenkungen führen zu Ertragsseinbussen der Spitäler in Millionenhöhe. Bei vielen mittelgrossen- und grossen Spitälern wird dieser Ertragsausfall von der Trägerschaft

übernommen werden müssen. Die Tarifsenkungen führen in diesen Fällen nicht zu einer Kosteneinsparung, sondern zu einer Umverteilung der Kosten von den Versicherern auf die Steuerzahler.

Ad 5. Schweizweiter vertragsloser Zustand ab 1. Januar 2018

Nachdem sich die Tarifpartner über längere Zeit nicht auf eine gemeinsam vereinbarte, gesamt- oder teilrevidierte Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen hatten einigen können, hat der Spitalverband H+ den TARMED-Rahmenvertrag im Juni 2016 auf Ende 2016 gekündigt. Um einen vertrags- beziehungsweise tarifstrukturlosen Zustand zu verhindern, haben sich die Tarifpartner letztlich darauf geeinigt, die bestehende Tarifstruktur befristet bis Ende 2017 weiter anzuwenden. Der Bundesrat hat diese Vereinbarung mit Beschluss vom 23. November 2016 genehmigt. Die bestehende Tarifstruktur beinhaltet die im Jahr 2014 verordneten Anpassungen des Bundesrates.

Am 22. März 2017 hat der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, bei den Kantonen, politischen Parteien, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft und den weiteren interessierten Kreisen ein Vernehmlassungsverfahren zu der Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung durchzuführen. Mit der Änderung der Verordnung wird die revisionsbedürftige Tarifstruktur für ärztliche Leistungen nach gescheiterten Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern erneut angepasst. Diese durch den Bundesrat angepasste Tarifstruktur soll gleichzeitig als gesamtschweizerische Tarifstruktur für ärztliche Leistungen gemäss Art. 43 Abs. 5 KVG festgelegt werden, da es per 1. Januar 2018 keine von allen Tarifpartnern gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur mehr gibt.

Aber die Tarifstruktur des Bundesrates hat ohne einen Vertrag unter den Tarifpartnern keinen Eigenwert. Somit kann die TARMED-Tarifstruktur nur bestehen, wenn sich die Leistungserbringer –beziehungsweise die Versicherer– der Verbandslösung über entsprechende Anschlussverträge anschliessen. Die bisherigen Anschlussverträge beziehen sich jedoch klar auf die gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur aus dem Jahre 2002. Diese wird nun vom Bundesrat erheblich geändert und ist nicht mehr vom Anwendungsbereich des TARMED-Rahmenvertrages sowie der kantonalen Anschlussverträge erfasst. Dieses Dilemma wird von der Politik und auch den Vertragsparteien offensichtlich nicht erkannt und ungenügend thematisiert.

Folglich droht ab dem 1. Januar 2018 ein schweizweiter vertragsloser Zustand einzutreten. In solchen Situationen sind die kantonalen Regierungen für die Festlegung eines Tarifs zuständig. Alternativ können die bisherigen Vertragsparteien bei bestimmten standardisierten Leistungen/ Eingriffen –jedoch längstens nicht alle– beispielsweise Verträge über Pauschalen vereinbaren.

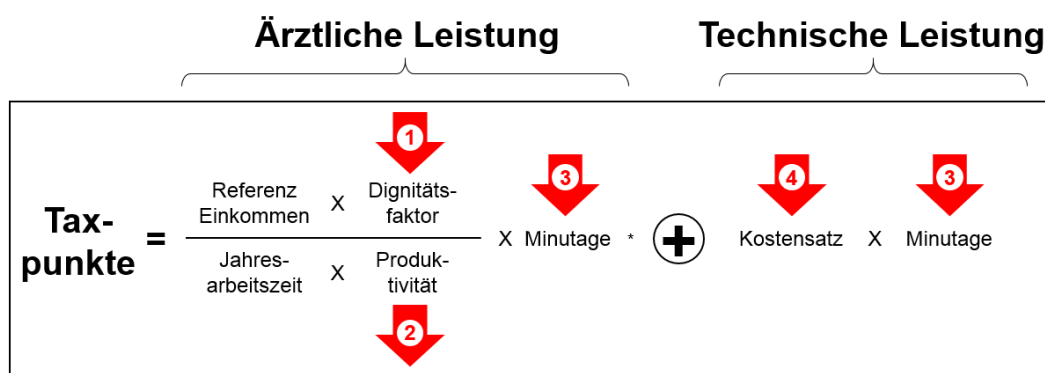
II. Dezimierung der Augenchirurgie sowie anderer Spezialdisziplinen in der Schweiz

Die vorgeschlagene Anpassung der Tarifstrukturen durch das BAG im Auftrag von Bundesrat Alain Berset vom 22. März 2017 kommt einem Kahlschlag der Augenchirurgie sowie von anderen Spezialdisziplinen in der Schweiz gleich.

Die Berechnung der ärztlichen und technischen Leistung beruht auf der Taxpunktformel, bei der die einzelnen Faktoren in einem sachgerecht und betriebswirtschaftlich austarierten Gleichgewicht ein idealerweise sachgerechtes und betriebswirtschaftliches Resultat bestimmen.

Der subsidiäre Eingriff greift massiv bei allen Faktoren gleichzeitig ein, ohne die relevanten Korrelationen unter den einzelnen Faktoren zu beachten. Und er kennt nur eine Richtung: Kürzung! Der vorgeschlagene Tarif kürzt massiv die vier wichtigsten Faktoren der Taxpunktformel, welche kumulativ multipliziert zu einer verzerrten Berechnung der effektiven ärztlichen und technischen Leistungen führen.

Taxpunktformel und Angriffspunkte des subsidiären Eingriffs des Bundesrates



* Assistenz einfachheitshalber weggelassen

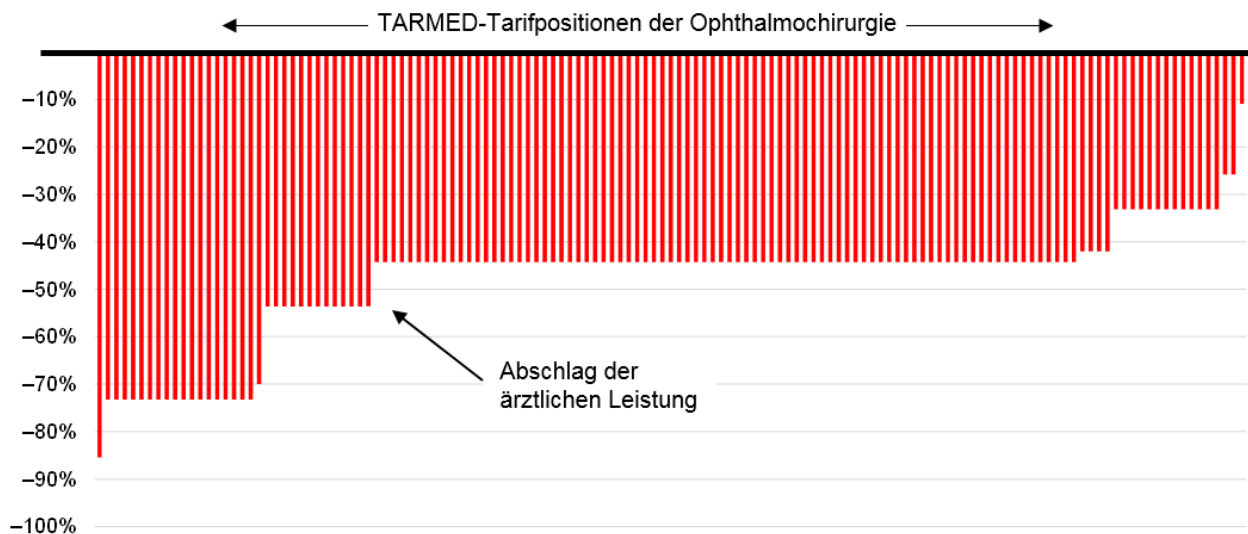
Hebel der Kürzungen	Effektive Leistungskürzungen
1 Abschaffung der Dignitäten	bis zu -57%
2 Erhöhung OP-Produktivitäten	OP I : -37.5%
3 Kürzung Minutagen	bis zu -66%
4 Kürzung Kostensatz	-10%

Quelle: Bundesamt für Gesundheit, Vorschlag des Bundesrates Alain Berset

Schaubild 10: Die Taxpunktformel beschreibt die mathematische Berechnung der ärztlichen und technischen Leistung. Die vorgeschlagene Anpassung der Tarifstruktur greift bei allen Faktoren ein, wobei sich die einzelnen Kürzungen gegenseitig verstärken und zu einer massiven Kürzung der Leistungen kumulieren. Die relevanten Korrelationen zwischen Minutagen und Produktivität sind ausser Acht gelassen.

Das nachfolgende Schaubild gibt einen Überblick der vorgeschlagenen Eingriffe auf die Tarife der einzelnen chirurgischen Leistungen der Augenheilkunde. Jede vertikale rote Linie steht für eine augenchirurgische Leistung des Tarifkatalogs. Durchgängig kommt es zu einer erheblichen Reduktion, wobei die für die Grundversorgung der Bevölkerung wichtigen, da häufigen Leistungen überproportional gekürzt werden.

Kürzung der Ärztlichen Leistung bei Tarifpositionen der Ophthalmochirurgie



Quelle: Bundesamt für Gesundheit, Vorschlag des Bundesrates Alain Berset

Schaubild 11: Die einzelnen Tarifpositionen der Ophthalmochirurgie werden systematisch und im Durchschnitt um circa -45% gekürzt. Jede rote Linie stellt eine augenchirurgische ärztliche Leistung dar. Teilweise erfahren gewisse ärztliche Leistungen Kürzungen von bis zu 85%. Es liegt keine medizinische, sachliche und betriebswirtschaftliche Begründung vor, warum grundlegend verschiedene chirurgische Leistungen teilweise dieselbe massive Kürzung erfahren.

Die Tatsache, dass grundverschiedene chirurgische Leistungen prozentual die exakt gleiche Kürzung erfahren, zeigt, dass der bundesrätliche Vorschlag nicht auf einer individuellen Prüfung der medizinischen, sachlichen und betriebswirtschaftlichen Faktoren beruht, sondern einzig dem Wunsch und Logik eines generellen Kahlschlages und Exempels folgt. Das Ziel der Anpassung des Bundesrates ist nicht eine sachgerechte Tarifstruktur, sondern nämlich die gezielte massive Kürzung von Leistungen einer bestimmten Leistungserbringergruppe.

Alle Tarifpartner sind mit dem Bundesrat darin einig, dass der veraltete TARMED-Tarif nicht mehr sachgerecht ist und deshalb revidiert werden muss. Aber durch den vorliegenden Eingriff wird ein bisher feinmaschig kalibriertes Tarifsysteem derart verzerrt, dass es weder medizinisch fundierter, sachlicher noch betriebswirtschaftlicher wird. Das Resultat des Eingriffes ist ein massiv verzerrtes Tarifsysteem, das mit der sachlichen und betriebswirtschaftlichen Realität nur noch wenig gemeinsam hat.

Fazit: Der BSOC ist mit der undifferenzierten Dezimierungsmethode der ärztlichen Leistungen der Augen Chirurgie sowie anderen Spezialdisziplinen nicht einverstanden und lehnt deshalb die Verordnung in dieser Form dezidiert ab.

III. Zusammenfassung der Einwände und Forderungen des BSOC

A. Vereinheitlichung der Dignitätsfaktoren und gleichzeitige Reduktion der Minutage

Die quantitative Dignität basiert auf der jeweiligen Weiter- und Fortbildungszeit, die notwendig ist, um als Facharzt komplexe Handlungen kompetent und selbständig durchführen zu können. Sie honoriert den Ausbildungsstand der Ärzte und ist ein wichtiger Differenzierungsfaktor der Sachgerechtigkeit, Betriebswirtschaftlichkeit sowie zentrales Element der langfristigen Qualitätssicherung unseres Gesundheitssystems. Aus folgenden Gründen lehnt der BSOC die ersatzlose Abschaffung der Dignitätsfaktoren und gleichzeitige Reduktion der Minutage bei ophthalmochirurgischen Eingriffen dezidiert ab:

1. Die auf das Medizinalberufsgesetz vom 23. Juni 2006 (MedBG; SR 811.11) gestützte Begründung des Bundesrates, die Dignitätsstufen würden das Gebot der Billigkeit verletzen, ist nicht schlüssig und deshalb hinfällig
2. Die Kürzungen sind massiv, entbehren jeglicher sachlicher und wirtschaftlicher Begründung und erfüllen nicht die Kriterien nach Art. 59c Absatz 1 KVV (SR 832.102)
3. Es widerspricht der Realität des voranschreitenden technischen Fortschritts und der Spezialisierung in der Augenchirurgie – wie auch in anderen Spezialdisziplinen
4. Es wird ein Fehlanreiz geschaffen, hochspezialisierte Eingriffe nicht mehr durchzuführen, da durch die resultierenden massiven Kürzungen diese nicht mehr kostendeckend durchführbar sind. Dadurch wird die Versorgung der Bevölkerung mit häufig benötigten und hochspezialisierten Eingriffen bedroht
5. Eine langjährige Aus- und Weiterbildung ist für den Facharzt nach dem Staatsexamen nicht mehr erstrebenswert, da eine solche nicht mehr honoriert wird. Die Folge: die Versorgung der Bevölkerung mit häufig benötigten und hochspezialisierten Eingriffen wird gefährdet

Ad 1. Die auf das Medizinalberufsgesetz vom 23. Juni 2006 (MedBG; SR 811.11) gestützte Begründung des Bundesrates, die Dignitätsstufen würden das Gebot der Billigkeit verletzen, ist nicht schlüssig und deshalb hinfällig

Der Bundesrat führt als Begründung für die Einebnung der Dignitätsfaktoren an: «Da die Ausbildungsdauer gemäss Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufsgesetz, MedBG; SR 811.11) für alle Facharztstitel 5 oder 6 Jahre beträgt, sind die unterschiedlichen Dignitätsfaktoren nicht gerechtfertigt und führen insbesondere zu einer Verletzung des Gebots der Billigkeit.»²

Ursprünglich wurden die Dignitätsfaktoren eingeführt, um die Betriebswirtschaftlichkeit über die ganze Lebensarbeitszeit in der Tarifstruktur zu verwirklichen. Jede Fachdisziplin hat Mitglieder, die vorwiegend in der Sprechstunde tätig sind. Damit können sie ihre Lebensarbeitszeit nahtlos ausfüllen. Andererseits gibt es Mitglieder, die aufgrund einer längeren Weiterbildung auf chirurgisch-invasive Tätigkeiten spezialisiert sind. Trotz hoher Flexibilität und unregelmässiger Arbeitszeit lässt sich mit Operieren die ganze Lebensarbeitszeit nur unvollständig ausfüllen. Der Dignitätsfaktor soll garantieren, dass mit operativer Tätigkeit, ob Operieren oder Assistieren, ein gleich hohes Lebens Einkommen erzielt werden kann wie mit Sprechstundentätigkeit. Auch ist die oft stressdurchzogene körperliche und psychische Belastung eines Operators gegenüber einem rein konservativ-tätigen Kollegen kumuliert über die gesamte Lebensarbeitszeit verschieden. Ebenso sind das berufliche Risiko von chirurgisch-invasiven Eingriffen – oft in dringlichen Notfallsituationen,

² Siehe «Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung», Bundesamt für Gesundheit, 22. März 2017

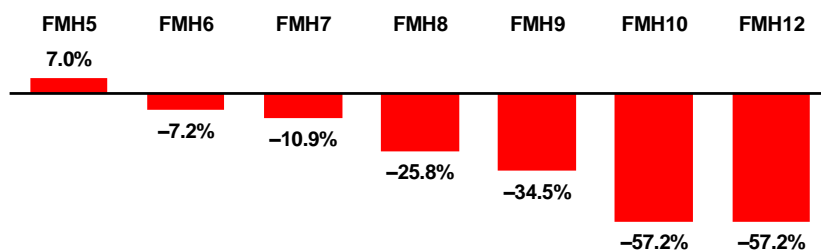
die Haftpflichtsituation bei komplexen lebensrettenden Eingriffen und die Prämien für Haftpflichtversicherung verschieden. Daraus folgt, dass eine Minute Sprechstundentätigkeit oder eine Minute Assistieren nicht analog abgerechnet werden können wie eine Minute Operieren. Die ärztliche Leistungsminute während einer Sprechstunde kann nicht analog einer ärztlichen Leistungsminute während einer hochkomplexen lebensrettenden Notoperation abgerechnet werden. Der Dignitätsfaktor ist also ein zentraler medizinischer, betriebswirtschaftlicher aber auch qualitätssichernder Differenzierungsfaktor der Tarifstruktur. Wird dieser Faktor ersatzlos abgeschafft, so verliert die Tarifstruktur an medizinischem Tiefgang, an betriebswirtschaftlicher Sachgerechtigkeit, an Ausgewogenheit der Abrechnung für die Erbringung von grundlegend verschiedenen spezifischen medizinischen Leistungen sowie an qualitätssichernden Charakter. Eine solche Anpassung widerspricht klar dem Gebot der Billigkeit, weil es die zentralen Aspekte der Sachgerechtigkeit, Betriebswirtschaftlichkeit und Ausgewogenheit der Tarifstruktur zerstört.

Die Begründung des Bundesrates ist auch nicht schlüssig, da die Dignitätsfaktoren (FMH5 bis FMH12) nicht die Ausbildungsdauer für die Erlangung des Facharzttitels eines Leistungserbringers gemäss MedBG wiedergeben³, sondern die Dignitätsfaktoren sind leistungsspezifisch und geben für einen Leistungserbringer die Mindestzahl an Jahren minimal-notwendiger strukturierter Weiterbildung für das Erbringen einer spezifischen Leistung vor. Die strukturierte Weiterbildung und die tarifarische Auswirkung der Dignitätsfaktoren beziehen sich auf die spezifische Leistung und keinesfalls auf den Leistungserbringer. Aus der hinreichenden Gleichheit von Ausbildungsdauer zum Facharzttitel (MedBG) kann juristisch nicht hinreichende Gleichheit von minimal-notwendigen Weiterbildungsdauer für spezifische Leistungen (Dignitätsfaktoren) postuliert werden. Das MedBG greift bei der Differenzierung von minimal-notwendigen Weiterbildungsdauer für spezifische ärztliche Leistungen nicht. Die beiden Rechtsinstitute sind logisch auseinanderzuhalten und deren «Gleichschaltung» ist nicht sachgerecht und deshalb unbillig.

Ad 2. Die Kürzungen sind massiv, entbehren jeglicher sachlicher und wirtschaftlicher Begründung und erfüllen nicht die Kriterien nach Art. 59c Absatz 1 KVV (SR 832.102)

Allein die Einebnung der quantitativen Dignität auf 0.9680 führt bei allen ophthalmochirurgischen Eingriffen zu einer massiven Kürzung der ärztlichen Leistungen.

Kürzung der Ärztlichen Leistungen durch Abschaffung der Dignitäten



Quelle: Bundesamt für Gesundheit, Vorschlag des Bundesrates Alain Berset, FMH

Schaubild 12: Die ersatzlose Abschaffung der quantitativen Dignität allein führt bereits zu einer massiven Kürzung der ärztlichen Leistungen. Die Erfahrung des Facharztes beziehungsweise seine Fort- und Weiterbildungsjahre spielen keine Rolle mehr bei der Berechnung der ärztlichen Leistung. Alle Fachärzte werden über die Einheitsdignität „gleichgeschaltet“ – ungeachtet ihrer Erfahrung und Fähigkeiten, komplexere chirurgische Eingriffe durchführen zu können. Die Abschaffung der Dignität führt zu einem Systemwechsel, bei dem die chirurgische Erfahrung irrelevant ist, was zu Fehlanreizen in der Fort- und Weiterbildung sowie mittelfristig zu einem gefährlichen Verlust der Qualität der medizinischen Versorgung führen wird.

Desweiteren führt der Bundesrat aus: «Damit diese Änderung nicht zu einer Kostenerhöhung führt, wurde der Dignitätsfaktor so gewählt, dass statisch gesehen eine Reduktion des Taxpunktvolumens von ca. 60 Mio. Taxpunkten (im Vergleich zur heute gültigen Tarifstruktur Version 1.08_BR) –im Sinne einer Sicherheitsmarge– resultiert.»

³ Gemäss Art. 18 Abs. 1 MedBG dauert die Weiterbildung mindestens 2 bis höchstens 6 Jahre.

Die Vereinheitlichung der Dignitätsfaktoren ist stark zu hinterfragen. Der Bundesrat nimmt nämlich nicht eine ergebnisoffene Überprüfung der Dignitätsfaktoren vor, indem er sämtliche Einzelleistungen darauf untersucht, ob sie den aktuellen betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten entsprechen. Vielmehr versucht er, mit einer «Gleichschaltung» der Dignitätsfaktoren Einsparungen von 60 Mio. Taxpunkten zu erreichen. Ziel sind Einsparungen, nicht ein sachgerechter Tarif. Die Zielgrösse von 60 Mio. Taxpunkten ist völlig arbiträr gewählt und entbehrt jegliche differenziert sachliche, medizinische, wissenschaftliche oder betriebswirtschaftliche Basis. Die 60 Mio. Taxpunkte werden nicht betriebswirtschaftlich hergeleitet, sondern «im Sinne einer Sicherheitsmarge» willkürlich festgelegt. Das Gesetz sieht zwar vor, dass ein neuer Tarif die Kosten nicht erhöhen soll, jedoch sieht es keine Sicherheitsmargen für Kosten vor. Eine Sicherheitsmarge ist gesetzlich unzulässig und ist deshalb abzulehnen.

Ad 3. Die Abschaffung der Dignität widerspricht der Realität des voranschreitenden technischen Fortschritts und Spezialisierung in der Augenchirurgie – wie auch in anderen Spezialdisziplinen

Dignität und Minutage sind eng miteinander verknüpft, da mit vermehrter Spezialisierung und zusätzlicher Erfahrung des Operateurs die effektiven Operationszeiten abnehmen. Wie oft kolportiert, haben sich dank des technischen Fortschritts die Minutagen teilweise deutlich reduziert. Gleichzeitig ist aber das Erlernen von komplexen und hochspezialisierten Eingriffen gerade wegen des technischen Fortschritts wesentlich länger geworden. Operierten bis vor 15 Jahren die meisten Ophthalmochirurgen noch das ganze Spektrum der Augenheilkunde, so ist es aufgrund der komplexen Techniken, der langen Weiter- und Fortbildung und der gestiegenen Erfolgserwartungen der Patienten heute ausgeschlossen, dass ein Hornhautchirurg auch eine Netzhautablösung oder ein Schielproblem operiert. Entsprechend operieren die meisten Ophthalmochirurgen heute nur noch Katarakte, während komplexe Eingriffe nur von einer Handvoll langjährig ausgebildeter chirurgischer Subspezialisten durchgeführt werden. Nur diejenigen Tätigkeiten der Spezialisten, die eine zusätzliche Weiter- und Fortbildung bedingen, werden entsprechend honoriert.

Die Dignität würdigt den technischen Fortschritt und die Spezialisierung und die damit verbundene längere Aus- und Weiterbildungszeit. Die ersatzlose Abschaffung der Dignität widerspricht dieser Realität. Fortschritt und Spezialisierung sollen im neuen Tarif nicht mehr honoriert werden. Das macht es heutigen Spezialärzten unmöglich, komplexe ärztliche Leistungen durchzuführen und verhindert aus wirtschaftlichen Gründen die Weiter- und Fortbildung des zukünftigen spezialärztlichen Nachwuchses in der Schweiz.

Ad 4. Es wird der Fehlanreiz geschaffen, hochspezialisierte Eingriffe nicht mehr durchzuführen, da sie nicht mehr kostendeckend durchführbar sind. Die Folge: Die Grundversorgung der Bevölkerung mit häufigen hochspezialisierten Eingriffen wird gefährdet

Augen mit absehbar hohem Schwierigkeitsgrad und Komplikationsrisiko werden typischerweise von Chirurgen mit langjähriger Erfahrung operiert. Solange die effektive Eingriffszeit die definierte Minutage von weniger erfahrenen Operateuren nicht überschreitet, verzichtet der erfahrene Operateur zwar auf eine Entschädigung seiner Erfahrungsjahre, macht damit aber erst bei Überschreiten der festgelegten Minutage einen wirtschaftlichen Verlust.

Da die im Tarif definierte Operationszeit auch für die Berechnung der kostenpflichtigen Zeit für den Operationssaal und das Hilfspersonal von der Höhe der ärztlichen Minutage bestimmend ist, sind Operationen bei schwieriger Ausgangslage oder älteren, multimorbiden oder weniger kooperativen Patienten wirtschaftlich bereits heute nur dann möglich, wenn durch den Erfahrungsaufbau der Operateure eine Reserve zur üblichen Minutage gewonnen werden kann. Ist eine solche Reserve auch für die besten Operateure nicht mehr erreichbar, wird der Fehlanreiz geschaffen, solche

Eingriffe nicht mehr durchzuführen und sich einzig auf einfache, komplikationsarme Patienten zu konzentrieren. Durch die notwendige tarifliche Risikominimierung wird die Qualität der Grundversorgung rasch schwinden.

Bespielweise müssten spezialisierte Netzhaut- und Hornhautchirurgen allein durch das Einebnen der Dignität auf 0.968 eine Leistungseinbusse von 57.2% in Kauf nehmen. Die Versorgung der Bevölkerung mit diesen in der Regel hochkomplexen und notfallmässigen Netzhaut- und Hornhauteingriffen wird wirtschaftlich untragbar und entsprechend nicht mehr angeboten.

Besonders öffentliche Augenkliniken mit einem Versorgungsauftrag auch für komplexe Eingriffe, Reoperationen und Notfallversorgung werden durch die Abschaffung der Dignität wirtschaftlich nicht mehr tragfähig. Da dies die seltenen, fachlich aber besonders anspruchsvollen, komplexen und für die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung sehr wichtigen Eingriffe überproportional beeinflusst, ist dieser Systemwechsel gefährlich und grundlegend abzulehnen.

Im Gegenteil, einem revidierten Tarif kann bei zunehmend länger werdenden Weiter- und Fortbildungszeiten für die komplexen Eingriffe wie Hornhaut- und Netzhautoperationen nur mit einem konsequenten Dignitätssystem wirtschaftlich Rechnung getragen werden. Ohne Dignität, respektive klar definiertem Zeitpunkt in der Weiter- und Fortbildung, ist es unmöglich und unstatthaft, eine Minutage zu definieren, weil diese eng medizinisch-sachlich verknüpft sind.

Die Abschaffung der Dignität und damit auch eines definierbaren Zeitpunktes für die Bemessung der Minutage wird es den Ausbildungskliniken unmöglich machen, die im Anschluss an die Weiterbildung notwendige Fortbildung in den chirurgischen Spezialitäten durchzuführen.

Ad 5. Eine langjährige Aus- und Weiterbildung ist für den Facharzt nach Staatsexamen nicht mehr erstrebenswert, da sie nicht mehr honoriert wird. Dadurch wird die Grundversorgung der Bevölkerung mit häufigen hochspezialisierten Eingriffen gefährdet

Die Abschaffung der Dignität wird dazu führen, dass auch erfahrene Operateure bei erschwerten Patientenbedingungen keine Routineeingriffe mehr durchführen können. Für subspezialisierte Chirurgen in Bereichen mit sehr langer Ausbildung wird die zusätzlich notwendige Weiterbildung unattraktiv, da diese langfristig nicht mehr entschädigt wird.

Da Operationszentren und öffentliche Spitäler nur dann ohne Verlust weiterarbeiten können, wenn ihre erfahrensten Operateure statt komplexe Fälle zu operieren, nur noch einfache Routineeingriffe durchführen, wird die Abschaffung der differenzierten Dignität zu einem allgemeinen Ausbleiben der chirurgischen Weiter- und spezialisierten Fortbildung führen. Kein Spital und keine Augenklinik wird es sich leisten können, Operateure mit weniger als fünf chirurgischen Erfahrungsjahren einzusetzen, geschweige denn auszubilden. Wer soll also die zukünftigen Spezialärzte ausbilden und wo soll das geschehen?

Durch die Abschaffung der Dignität verbleibt die Minutage als einziger entscheidender Faktor der Honorierung ärztlicher Leistung: Die Aus- und Weiterbildung beziehungsweise die Qualität der operativen Erfahrung spielt dann keine Rolle mehr. Dieser Systemwechsel ist gefährlich, denn er eliminiert den Anreiz zu einer hochqualifizierten Aus- und Weiterbildung und gefährdet damit die Grundversorgung der Bevölkerung mit hochspezialisierten Eingriffen.

Fazit: Der BSOC fordert daher entweder die Beibehaltung der bisherigen Dignitäten in der Tarifstruktur oder eine Tarifstruktur mit differenzierteren Leistungen, die eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Vergütung von hochspezialisierten, chirurgischen Eingriffen ermöglicht, die wiederum eine langjährige Weiter- und Fortbildung voraussetzen.

B. Erhöhung der OP-Produktivitäten

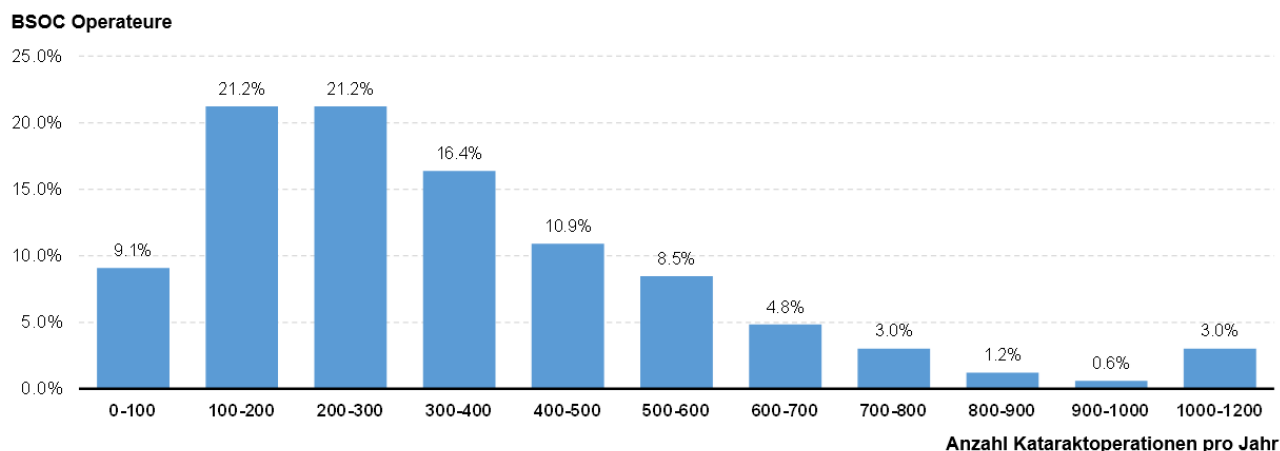
Die OP-Produktivitäten wurden pauschal erhöht: in der Sparte OP I von 45% auf 72%, OP II von 50% auf 65% und OP III von 55% auf 65%. Als Begründung wird pauschal der medizinische und technische Fortschritt angeführt, wobei eine nähere sachbezogene und betriebswirtschaftliche Begründung fehlt.

Eine OP-Produktivität von 72% ist beim Operieren von Menschen unrealistisch. Eine solch hohe Produktivität entspricht einer Fließbandarbeit und ist am Menschen praktisch nicht durchführbar. Diese Tatsache soll am Beispiel der Kataraktoperation illustriert werden.

Aktueller Tarif

Beim aktuellen Tarif ist eine Kataraktoperation mit einer Arztzeit von 101¹⁴ Minuten hinterlegt. Während einer Jahresarbeitszeit von 115'200 Minuten bei ununterbrochener Fließbandarbeit sind folglich theoretisch circa 1'141 Kataraktoperationen durchführbar (115'200'/101'). Nur eine kleine Minderheit der erfahrensten Operateure (<3%) in der Schweiz erreicht tatsächlich eine solch hohe jährliche Anzahl an Kataraktoperationen. Die effektive Eingriffszeit beträgt gemäss aktuellem Tarif 64' Minuten beziehungsweise 63% (64'/101') der Gesamtdauer einer Kataraktoperation. Dies bedeutet, dass im aktuellen Tarif ein Operateur auch bei Vollzeitpensum und ununterbrochener Fließbandarbeit während seiner gesamten Jahresarbeitszeit nicht mehr als 63% effektiv operativ produktiv tätig sein kann. Die OP-Produktivität im aktuellen Tarif ist jedoch um rund 1/3 tiefer bei 45% angesetzt, weil bekanntlich Fließbandarbeit beim Operieren von Menschen nicht möglich ist.

Häufigkeitsverteilung von Kataraktoperationen der BSOC Operateure in der Schweiz



Quelle: Umfrage des Berufsverbands der Schweizer Ophthalmochirurgie (BSOC) bei Berufsverbandsmitglieder (N=240), April 2017

Schaubild 13: Die Hälfte (50%) aller BSOC Operateure in der Schweiz führen weniger als 300 Kataraktoperationen pro Jahr aus (Median = 300 pro Jahr). Nur die wenigsten und erfahrensten Operateure in den grössten Augenkliniken der Schweiz erreichen eine Anzahl von über 1'000 Kataraktoperationen pro Jahr. Die Mitglieder des Berufsverbandes der Schweizer Ophthalmochirurgie (BSOC) decken flächendeckend die Versorgung von rund 65'000 Kataraktoperationen in der Schweiz ab, was circa 80% aller in der Schweiz jährlich durchgeführten Kataraktoperationen darstellt.

Vorgeschlagener Tarif

Beim vorgeschlagenen Tarif ist die Kataraktoperation mit einer Arztzeit von 48⁵ Minuten hinterlegt. Während einer Jahresarbeitszeit von 115'200' Minuten sollen bei ununterbrochener Fließbandarbeit zukünftig circa 2'400 Kataraktoperationen durchführbar (115'200'/48') sein. Niemand in der Schweiz erreicht diese unrealistisch hohe Anzahl. Der Anteil der effektiven operativ produktiven Eingriffszeit würde folglich 46% (22'/48') betragen. Die effektive Eingriffszeit ist kürzer,

⁴ 20' Konsultation & Anästhesie + 64' effektiver Eingriff + 11' Vor-/Nachbereitung + 6' Bericht; Quelle: FMH Warenkörbe

⁵ 20' Konsultation & Anästhesie + 22' effektiver Eingriff + 3' Vor-/Nachbereitung + 3' Bericht; Quelle: FMH Warenkörbe

entsprechend tiefer ist die OP-Produktivität, weil die Wechselzeiten stärker ins Gewicht fallen. Diese mathematische Realität gilt bei allen chirurgischen Eingriffen: wenn die Eingriffszeiten kürzer werden sinkt die OP-Produktivität, weil die Wechselzeiten im Verhältnis dazu die unproduktive Zeit des Operateurs erhöhen.

In einer sachgerechten Tarifstruktur wird die "unproduktive" Zeit abgezogen. In dieser Zeit verrichtet der Operateur Tätigkeiten, die nicht direkt via Tarifpositionen verrechnet werden können. Einerseits wird ein spartenunabhängiger Abzug vorgenommen (z.B. persönliche Inkonvenienzen, Telefonate mit Ämtern, gesetzliche Pausen, Wegzeiten innerhalb Praxis), andererseits ein Abzug für spartenspezifische, nicht abrechenbare Tätigkeiten (Praxismanagement/Personalführung, Teambesprechungen, Qualitätskontrollen, Statistiken, etc.). Auch ist ein ständiges Operieren trotz flexibler Arbeitszeiten körperlich und psychisch durch den Operateur schlicht nicht möglich. Ein Abzug von rund 1/3 von der theoretisch errechneten OP-Produktivität (Fließbandarbeit) erscheint deshalb plausibel, um zu einer realistischen OP-Produktivität zu gelangen.

Da Fließbandarbeit des Operateurs am Menschen nicht möglich ist, müsste auch im vorgeschlagenen Tarif die OP-Produktivität tiefer als die theoretisch errechnete OP-Produktivität von 46% angesetzt werden, rund 1/3 weniger, also bei 30%. 72% ist gemäss vorgeschlagenem Tarif mathematisch gar nicht möglich.

Die folgende Tabelle zeigt die Tarifmechanik der OP-Produktivität am Beispiel der Kataraktoperation auf. Der vorgeschlagene Tarif für Kataraktoperationen erweist sich als unrealistisch tief.

OP-Produktivität bei Kataraktoperationen: Aktueller Tarif versus Berset Tarif

	Kons., Anästh. VBNB, BER 1) Minuten	Tarifarische Effektive Eingriffszeit 2) Minuten	Tarifarische Gesamtdauer Katarakt-OP 3) Minuten	Theoretische Anzahl Katarakt-OPs 4) pro Jahr	Theoretische OP-Produktivität 5) Fließbandarbeit	Realistische Anzahl Katarakt-OPs 6)	Realistische OP-Produktivität 7) 2/3 Fließbandarbeit
Aktueller Tarif →	37	64	101	1'141	63%	760	42%
Berset Tarif →	26	22	48	2'400	46%	1'600	31%

Unrealistisch hohe theoretische Anzahl Katarakte pro Jahr

Vorgeschlagene OP-Produktivität von 72% mathematisch unmöglich (!)

Niemand in der Schweiz erreicht diese jährliche Anzahl an Katarakt-OPs, auch nicht die besten/erfahrensten Operateure

Bei einer Senkung der Minutage sinkt entsprechend auch die OP-Produktivität. Deshalb ist die vorgeschlagene Erhöhung nicht plausibel/praktikabel

Quelle: TARMED_1.08_BR, TARMED_1.09_BR, eigene Darstellung

- 1) Minutage bestehend aus den Positionen Konsultation 5'+5'+5' (00.0010 + 00.0020 + 00.0030) sowie Lokalanästhesie 5' (00.1200), Vor- und Nachbereitung bei Extractio Lensis/Phakoemulsifikation 11' (08.2760), Bericht 4'+1'+1' (08.2760, 08.2780, 08.2820)
- 2) Minutage bestehend aus den Positionen Extractio Lensis/Phakoemulsifikation 37' (08.2760), +Implantation einer künstlichen Linse 19' (08.2780), +Einsetzen eines Kapselspannrings 8' (08.2820)
- 3) Summe von 1) + 2)
- 4) Aus der Minutage des Tarifes resultierende maximal theoretisch mögliche Anzahl an Katarakt-OPs pro Jahr = Jahresarbeitszeit 115'2000 Minuten / Gesamtdauer Katarakt-OP
- 5) Theoretische OP-Produktivität = 2) Effektive Eingriffszeit / 3) Gesamtdauer Katarakt-OP, entspricht ununterbrochener Fließbandarbeit
- 6) Realistische Anzahl Katarakt-OPs pro Jahr basierend auf einer realistischen Annahme der OP-Produktivität, siehe 7)
- 7) Realistische Annahme der OP-Produktivität mit Menschen – entspricht rund 2/3 Fließbandarbeit

Schaubild 14: Die vorgeschlagene Minutage für Kataraktoperationen ist nicht realistisch, denn diese geht von einer theoretischen Anzahl von 2'400 Katarakt-OPs pro Jahr aus. Niemand in der Schweiz erreicht diese theoretische Anzahl.

Bei der Herleitung einer realistischen OP-Produktivität ist auf die effektive Eingriffszeit im Verhältnis zu den Wechselzeiten zu achten: je kürzer die effektive Eingriffszeit, desto tiefer fällt die ärztliche OP-Produktivität aus. Weil Fließbandarbeit bei augenchirurgischen Eingriffen am Menschen bekanntlich nicht möglich ist, muss eine realistische OP-Produktivität circa 1/3 tiefer als die theoretische OP-Produktivität angesetzt werden, wie im heutigen Tarif bereits reflektiert.

Die Produktivität der meisten ophthalmochirurgischen Eingriffe hat aufgrund des Alters der Patienten mit entsprechend höheren Wechselzeiten, den enorm gestiegenen Sicherheitsanforderungen und dem zunehmenden Aufwand für die Datenüberprüfungen deutlich abgenommen – beispielsweise muss jedes Instrument, jedes Verbrauchsmaterial individuell erfasst werden, hinzu kommt das Team Time Out zur Datenüberprüfung und vieles mehr (siehe Vor- und Nachbereitungszeiten unten).

Der vom Bundesrat vorgeschlagene extrem hohe Wert der OP-Produktivität von 72% ist bei der Arbeit mit Menschen, insbesondere bei einem immer älter werdenden Patientengut, nicht realistisch und entbehrt im Zusammenhang mit ophthalmochirurgischen Eingriffen jeglicher mathematischer, medizinischer, sachlicher und betriebswirtschaftlicher Basis.

Fazit: Eine OP-Produktivität von 72% ist realitätsfremd und in der gesamten Ophthalmochirurgie praktisch nicht durchführbar. Bei einer allfälligen Senkung der Minutage der Kataraktoperation fordert der BSOC eine entsprechende Senkung der OP-Produktivität, die realistische Wechselzeiten im Verhältnis zur effektiven Eingriffszeit reflektieren.

C. Massive Kürzungen der AL bei den für die Grundversorgung der Bevölkerung häufigsten Augenoperationen

1) Kataraktoperationen

Die folgende Tabelle zeigt die massive Kürzung der ärztlichen Leistung (AL TP) sowie der technischen Leistung (TL TP) für Schlüsselpositionen der Kataraktoperation.

Vorgeschlagene Kürzung der ärztlichen Leistung für Schlüsselpositionen der Kataraktoperation

	AL TP	TL TP	RZ min	WZ min	LST min	VBNB min	BER min	Total TP
08.2760 Extractio lentis/Phakoemulsifikation	225.50	243.28	0	37	37	11	4	468.78
08.2780 + Implantation einer künstlichen Linse bei Extractio lentis/Phakoemuls	86.73	124.92	0	19	19	0	1	211.65
08.2820 + Einsetzen eines Kapselspannrings bei Extractio lentis/Phakoemulsifi	39.03	52.60	0	8	8	0	1	91.63
	351.26	420.80	0	64	64	11	6	772.06
					Σ=81			
08.2760 Extractio lentis/Phakoemulsifikation, inkl. Implantation einer künstlich	67.64	142.28	0	22	22	3	3	209.92
					Σ=28			
	Leistungskürzung	-81%	-66%		-65%			-73%

Quelle: TARMED_1.08_BR, TARMED_1.09_BR, FMH Warenkörbe

Minutage

Die nun vorgeschlagene Absenkung der effektiven Eingriffszeit von 64' auf 22' Minuten ist, wie unsere Zeitanalysen gezeigt haben, übertrieben tief.

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Kürzung der ärztlichen Leistung um über 80% würde zu einer nicht mehr tragbaren Situation führen, da der Operateur zu „Leistung ohne Gegenleistung“ gezwungen wäre. Das Durchführen von Kataraktoperationen wird unökonomisch, was zu einer Unterversorgung der Kataraktoperation führen wird, ganz zu schweigen bei schwierigeren Kataraktoperationen oder solche mit Komplikationen.

Auch für öffentliche Kliniken wird es finanziell nicht mehr tragbar sein, eine Leistung vorzunehmen, die finanziell nicht sachgerecht entschädigt wird. Es wird zu einem sofortigen Stopp aller ophthalmochirurgischen Weiterbildungen in der Schweiz und in wenigen Jahren zu einer massiven Unterversorgung der Bevölkerung bezüglich Katarakt- und anderen Operationen führen.

Um eine der effektiven Eingriffszeit angemessenen Minutage zu definieren, müssten die Eingriffszeit (Schnitt-Naht-Zeit) sowie zwingend die Erfahrungsjahre (Dignität) des Operateurs berücksichtigt werden. Minutage und Dignität sind medizinisch eng miteinander verknüpft. Deshalb lehnt der BSOC eine gleichzeitige Abschaffung der Dignität und Senkung der Minutage dezidiert ab.

Zusatzleistungen für schwierigere ophthalmochirurgische Situationen

Im Gegensatz zum abgelehnten Tarifvorschlag der FMH 2016 hat es im vorgeschlagenen Tarif keine abrechenbaren Positionen für die sehr zeitaufwendige Behebung von chirurgischen Schwierigkeiten und Komplikationen, wie bei einer Vitrektomie nach Kapseldefekt (circa 30 Minuten in circa 2-5% der Fälle), dem Nahtverschluss einer undichten Wunde (7-10 Minuten in circa 5-10% der Fälle) oder der Implantation eines Kapselspannrings (5 Minuten in circa 2-5% der Eingriffe). Da es meist schon präoperativ ersichtlich ist, bei welchen Augen ein erhöhtes Risiko für einen zeitlich meist erheblichen Mehraufwand besteht, würden Patienten mit diesen Befunden kaum mehr einen Operateur finden. Es ist aber genau diese Patientengruppe, bei der eine rechtzeitige Operationsindikation, statt einer über Jahre mit fadenscheinigen Argumenten verzögerten chirurgischen Problemlösung, am wichtigsten wäre.

Aus diesem Grund fordert der BSOC, dass im neuen Tarif bei der Kataraktoperation verrechenbare Positionen für die vordere Vitrektomie, eine Nahtverschluss der Operationswunde und die Implantation eines Kapselspannrings aufgenommen werden.

Vor- und Nachbereitungszeit

Eine pauschale Kürzung der Vor- und Nachbereitungszeit von 11 auf 3 Minuten entbehrt jeglicher Verankerung in der Realität und ist deshalb dezidiert abzulehnen.

In der Ophthalmochirurgie hat sich einiges geändert, das Patientengut ist jedoch gleich geblieben beziehungsweise im Durchschnitt wesentlich älter geworden. Die Vor- und Nachbereitung bei der Kataraktoperation bestehen aus einer Vielzahl von sequentiellen Schritten von mehreren Personen im OP-Saal. Unsere eigenen Messungen im vergangenen Jahr haben folgenden Zeitaufwand dokumentiert:

Vor- & Nachbereitungsschritte bei der Kataraktoperation	Minuten
Lagerung Patient im OP	2.00
Händedesinfektion Schwester	1.50
Steriles Ankleiden Schwester	0.50
Auspacken und Beziehen Instrumententisch	3.00
Aufziehen Adrenalin für Infusion und Richten der Infusion	1.00
Aufziehen Viscoelastikum/Antibiotika etc.	1.00
Einrichten und Anschliessen Phakomaschine mit Testlauf	2.00
Anziehen Operateur	0.50
Team Timeout zur Datenüberprüfung (Op Seite, Linsenstärke, Allergien etc.)	0.50
Abräumen/Entsorgen/Abrüsten Phakomaschine	2.00
Desinfektion Instrumententisch	0.50
Total	14.50

Die bisherige Zeit von 11 Minuten ist auf Grund der Datenlage anzuheben und nicht abzusenken. Sehr oft ist bei älteren Patienten mit Problemen der Mobilität wesentlich mehr Zeit einzurechnen. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wäre auch auf Grund des wesentlich schwierigeren Handlings, der schwierigeren Lagerung und der notwendigen Überwachungsmaßnahmen ein Zuschlag für Patienten über 80 Jahre gerechtfertigt. Dies analog zu den Zuschlägen, welche bei Kindern unter 7 Jahren bereits bestehen. Ein solcher Zuschlag ist durch das stetig steigende Durchschnittsalter unserer operativen Patienten über die letzten 20 Jahre begründet.

Zusammenfassung der Vorschläge für Kataraktoperationen

- Die effektive Eingriffszeit der Kataraktoperation muss den heutigen Verhältnissen angepasst werden, insbesondere muss die Kataraktoperation von durchschnittlichen Chirurgen mit verhältnismässig wenigen Erfahrungsjahren betriebswirtschaftlich durchführbar sein
- Die Dignität 7 ist zwingend beizubehalten
- Die OP-Produktivität für augenchirurgische Tätigkeiten muss von 45% auf 30% abgesenkt werden, um den effektiv operativ produktiven Zeitverhältnissen gerecht zu werden

- Zusatzleistungen, insbesondere für Vitrektomie (LieS 30' Minuten), Wundverschluss mittels Naht (LieS 7' Minuten) und die Implantation eines Kapselspannrings (LieS 5' Minuten) sind als abrechenbare Zusatzpositionen in den Tarif aufzunehmen
- Die Vorbereitung ist entweder von aktuell 11' Minuten auf 15' Minuten zu erhöhen, oder wie bisher bei 11' Minuten zu belassen und mit einem möglichen Zuschlag von 5' Minuten für Patienten über 80 Jahren zu ergänzen

2) Intravitreale Injektionen

Als die intravitrealen Injektionen (Injektion von Medikamenten ins Auge) vor circa 10 Jahren für die klinische Therapie der altersbedingten Makula Degeneration (AMD) eingeführt wurden, bestand im TARMED nur eine Position, über welche die Injektion abgerechnet werden konnte. Diese Position wurde bei der Einführung des TARMED für die seltene und aufwendige Situation einer Glaskörperbiopsie mit einer intravitrealen Injektion von Antibiotika bei schweren Infektionen geschaffen. Das betrifft in der Schweiz jährlich circa 100 Fälle. Auf Grund der klinischen Effizienz der neuen intravitrealen Therapie für AMD-Patienten und der dadurch ausgelösten extremen Massenausweitung in der Schweiz von über 70'000 Injektionen pro Jahr sowie des hohen Preises des injizierten Medikaments, ist eine Neuurteilung dieser Position unabdingbar.

Die vorgeschlagene bundesrätliche Kürzung der Position schießt jedoch weit über das Ziel einer realistischen Evaluation dieses therapeutischen Eingriffes hinaus – schliesslich wird die Position 08.3350 nämlich bei der ärztlichen Leistung um über 80% dezimiert.

Vorgeschlagene Kürzung der Leistungen bei der Intravitrealen Injektion

	Raumzeit	Arztzeit	AL TP	TL TP	Total TP
Aktueller Tarif (FMH10)	145.00	54.00	411.86	438.91	850.77
Vorgeschlagener Tarif	125.00	34.00	73.32	289.89	363.21
	-13.8%	-37.0%	-82.2%	-34.0%	-57.3%

		Raumzeit	Arztzeit	Technische Leistung		Ärztliche Leistung			TP
				RZ	WZ	LST	VBNB	BER	
08.3350	Glaskörperbiopsie für zytologische Diagnostik u/o intravitreale Injektion	397.51	197.26	0'	30'	30'	11'	3'	594.77
08.3350	Glaskörperbiopsie für zytologische Diagnostik u/o intravitreale Injektion	57.98	64.68	0'	10'	10'	11'	3'	122.66
		-85.4%	-67.2%		-66.7%	-66.7%	0.0%	0.0%	-472.11

Quelle: TARMED_1.08_BR, TARMED_1.09_BR, FMH Warenkörbe

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Minutage von lediglich 10 Minuten entspricht nicht der Realität der therapeutischen intravitrealen Injektion und ist deshalb wie folgt zu korrigieren:

Es sind nicht eine sondern zwei Positionen für die intravitreale Injektion vonnöten:

1. „**Glaskörperbiopsie mit intravitrealer Injektion von Medikamenten**“ (08.3350 wie bisher)
Diese Position bezieht sich auf Infektionen und Tumore des Auges. Für diese Position ist die Minutage der LieS von 30' Minuten wie bisher beizubehalten sowie die übrigen Parameter. Die Dignität 10 ist für die Glaskörperbiopsie mit intravitrealer Injektion ist zwingend beizubehalten.

2. „Isolierte intravitreale Injektion von Medikamenten“ (neue Position)

Für diese neue Position ist die Minutage folgendermassen anzusetzen:

<i>in Minuten</i>	Aktuell	Vorschlag	Delta
Leistung im engeren Sinne	30'	14'	-53%
Vor-/Nachbereitung	11'	11'	0%
Bericht	3'	3'	0%
Total Arztzeit	44'	28'	-36%
Raumbelegungszeit	30'	20'	-33%

Die Raumbelegung der neuen Position der isolierten intravitrealen Injektion sollte entsprechend 20' Minuten betragen.

Die Vorbereitung des Materials und des Patienten sowie die Entsorgung des Einwegmaterials brauchen gemäss untenstehender Tabelle bereits 10 Minuten, ohne dass die Injektion selbst in dieser untenstehenden Aufstellung fungiert:

Vor- & Nachbereitungsschritte bei der intravitrealen Injektion	Minuten
Lagerung Patient im OP	~2.00'
Händedesinfektion Schwester	~1.50'
Auspacken und Beziehen Instrumententisch	~2.50'
Händedesinfektion Operateur	~1.50'
Team Timeout zur Datenüberprüfung (Injektionsseite, Allergien etc.)	~0.50'
Abräumen/Entsorgen/Abrüsten Einwegmaterial	~2.00'
Total	~10.00'

Für die isolierte intravitreale Injektion von Medikamenten ist eine Dignität 7 adäquat (anstatt Dignität 10).

Vor und nach der isolierten intravitrealen Injektion mit Medikamenten steht die nicht-ärztliche Betreuung des Patienten (Position 35.0210) im Fokus, unabhängig davon, ob eine Tropfen- oder Lokal/Total-Anästhesie zum Zuge kommt. Diese nicht-ärztliche Betreuung ist neben der eigentlichen Injektion der Eckpfeiler der AMD-Therapie und stellt eine hohe Qualität der Behandlung sicher und vermeidet das Risiko von schweren Infektionen und Entzündungen. Das Patientenkollektiv der AMD Patienten ist im Durchschnitt zwischen 75 und 85 Jahre alt. Die Vorbereitung und Betreuung dieser Patienten braucht zusätzlichen Effort und Zeit. Ein Zuschlag für Patienten über 80 Jahren sowie Rollstuhl- und gehbehinderten Patienten sollte –analog zu Kindern jünger als 7 Jahren– ergänzt werden.

Zusammenfassung der Vorschläge für Intravitreale Injektionen

- Einführung einer neuen Position „Isolierte intravitreale Injektion mit Medikamenten“, bei der:
 - a. die Minutage der LieS bei 14' Minuten anzusetzen ist;
 - b. die Minutage der Vor- und Nachbereitung bei 11' Minuten anzusetzen ist;
 - c. die Minutage des Berichtes bei 3' Minuten anzusetzen ist;
 - d. die Raumbelegung bei 20' Minuten anzusetzen ist;
 - e. die Dignität 7 anzusetzen ist;
 - f. die OP-Produktivität bei 30% anzusetzen ist, analog obiger Herleitung bei der Kataraktoperation.

- Einführung einer neuen Position für einen Zuschlag von jeweils 5' Minuten für Patienten über 80 Jahren sowie Rollstuhl- und gehbehinderte Patienten
- Belassen der bestehenden Position wie bisher „Glaskörperbiopsie mit intravitrealer Injektion von Medikamenten“ (Position 08.3350)

3) Vitrektomien / Netzhautoperationen

Durch die fortschreitende Miniaturisierung der Vitrektomie-Instrumente und die Einführung neuer intraoperativen bildgebender Verfahren sind die Vitrektomien technisch im Verlaufe der letzten 10 Jahre wesentlich komplexer geworden. Zusätzliche neue Erkenntnisse in der chirurgischen Technik zur Implantation von epiretinalen Implantaten zur Rehabilitation von stark sehbehinderten Patienten sowie zur chirurgischen Therapie von intraokularen Tumoren haben die Indikationsstellung für die Vitrektomie erweitert und die durchschnittliche Operationszeiten der Vitrektomie für diese Indikationen einschneidend verlängert.

Obwohl sich eine nahtfreie Technik in der Klinik grundsätzlich durchgesetzt hat, ist die Operationszeit nicht kürzer geworden, da die neuen optischen Visualisationstechniken es erlauben, dass eine komplettere Vitrektomie durchgeführt werden kann, die viel weiter in die Peripherie reicht als dies früher möglich war. Dieser neue Standard führt dazu, dass sich die Minutage seit der Einführung des TARMED nicht grundlegend verändert hat.

Auf Grund von biologischen Eigenheiten der Netzhautablösung, die wissenschaftlich noch nicht komplett verstanden sind, sind die Rezidivraten trotz einer rasanten technischen Entwicklung seit circa 20 Jahren stabil und die Re-operationen brauchen *per definitionem* wesentlich mehr Zeit als die primäre Operation. Für diese Fälle ist es deshalb notwendig, einen Zeitzuschlag zur Minutage der Vitrektomie einzuführen. In Analogie zur Kataraktoperation sollten ebenfalls die Zusatzleistung für die Vorbereitung des Patienten sowie der Zuschlag für Patienten über 80 Jahren ergänzt werden.

Die Dignität 10 ist für die Netzhautoperationen **zwingend** beizubehalten. Die OP-Produktivität nicht höher als 30% anzusetzen.

Vitrektomie

	Raumzeit	Arztzeit	AL TP	TL TP	Total TP
Aktueller Tarif (FMH10)	451.00	389.00	2'933.11	1'501.01	4'443.29
Vorgeschlagener Tarif	451.00	389.00	1'160.75	1'385.94	2'555.86
	-	-	-60.4%	-7.7%	-42.5%

Quelle: TARMED_1.08_BR, TARMED_1.09_BR, FMH Warenkörbe

Auf Grund der Tatsache, dass die Vitrektomie im bisherigen Tarif nur als alleinige und ausschliessliche Leistung deklariert ist, war es seit der Einführung des TARMED nicht möglich, dass die Vitrektomie mit einer Kataraktoperation kombiniert werden konnte und die Operation als Summe der beiden Eingriffe verrechenbar war. Für den Patienten kann ein einziger, zeitlich aber längerer, kombinierter Eingriff je nach Fall jedoch die einzige Option sein, um das Netzhautproblem zu lösen.

Mit einer kombinierten Fakturierung könnten die zusätzliche Wechselzeit, die Anästhesie und die postoperative Betreuung einer zweiten Operation obsolet werden. Es muss somit die Möglichkeit geschaffen werden, dass bei Bedarf die Operationszeit der Katarakt mit Implantation einer intraokularen Linse zur Minutage der Vitrektomie addiert werden kann.

Zusammenfassung der Vorschläge für Vitrektomien und Netzhautoperationen

- Die Minutage der LieS ist unverändert zu belassen
- Es ist eine Zusatzposition **Zweiteingriff nach vorbestehender Netzhautoperation** einzuführen
- Die Dignität 10 für Vitrektomien und Netzhautoperationen ist **zwingend** beizubehalten
- Die OP-Produktivität ist höchstens bei 30% anzusetzen
- Vitrektomien und Netzhautoperationen müssen im Tarif mit einer Kataraktoperation kombinierbar werden

4) Glaukomoperationen

Glaukomoperationen sind im Verlaufe der letzten 20 Jahre technisch wesentlich aufwändiger geworden. Die häufigste Operation, die Trabekulektomie, ist technisch und bezüglich Zeitbedarf unverändert. Entsprechend ist es korrekt, dass die Operationszeiten unverändert geblieben sind. Die neuen Verfahren mit Verwendung von künstlichem Drainagematerial sind wesentlich aufwändiger geworden und setzen eine entsprechend längere und intensive Fort- und Weiterbildung zur Erlangung der Fertigkeiten voraus, um solche Operationen erfolgreich durchführen zu können. Die Dignität 8 ist beizubehalten oder sogar auf 9 anzuheben.

Trabekulektomie ohne Verbrauchsmaterial

	Raumzeit	Arztzeit	AL TP	TL TP	Total TP
Aktueller Tarif (FMH08)	271.00	207.00	889.73	798.54	1'697.44
Vorgeschlagener Tarif	271.00	207.00	577.08	742.65	1'328.90
	-	-	-35.1%	-7.0%	-21.7%

Quelle: TARMED_1.08_BR, TARMED_1.09_BR, FMH Warenkörbe

Ein Fehler im bisherigen Tarif ist, dass die kombinierte Glaukom- und Kataraktoperation nicht verrechenbar ist. Für den Patient ist ein einziger, zeitlich aber längerer, kombinierter Eingriff einfacher und für die Erfolgsprognose besser, als zwei getrennt durchgeführte Operationen. Zeitlich eingespart werden die zusätzliche Wechselzeit, die Anästhesie und die postoperative Betreuung. Die Operationszeiten im engeren Sinne sind eine Addition der Kataraktoperation (30 Minuten) zur bisherigen Trabekulektomie.

Zusammenfassung der Vorschläge für Glaukomoperationen

- Die qualitative Dignität 8 ist beizubehalten oder entsprechend der zunehmenden Fortbildungszeit auf 9 anzuheben
- Die Minutagen sind beizubehalten
- Die OP-Produktivität ist höchstens bei 30% anzusetzen
- Glaukomoperationen müssen im Tarif mit einer Kataraktoperation kombinierbar werden

5) Hornhautoperationen

Die perforierende Keratoplastik ist seit circa 1980 unverändert, was den Zeitbedarf anlangt. Neu hinzugekommen, sind Keratoplastiken, bei denen nach einem perforierenden Schnitt ins Auge eine posteriore Hornhautlamelle implantiert wird. Der Zeitaufwand der beiden Operationen ist ebenfalls

unverändert bei circa 60 Minuten, wobei von den aktuellen Operateuren der Schweiz kaum einer die 60 Minuten Limite im Durchschnitt unterbieten kann. Der Aufwand zum Erlernen der Technik hat in den letzten Jahren massiv zugenommen und liegt nun eher bei 4 bis 5, statt der früheren 3 Jahren nach dem Erreichen des Facharztes für Ophthalmochirurgie. Die Dignität 10 ist deshalb unverändert beizubehalten. Bereits jetzt gibt es nur noch circa 6 Operateure, die den Fortbildungsaufwand auf sich genommen haben und in der Lage sind, diesen technisch anspruchsvollen Eingriff durchzuführen. Durch eine Absenkung der Dignität wird dieser Eingriff wirtschaftlich nicht mehr durchführbar.

Kreatoplastik, perforierend

	Raumzeit	Arztzeit	AL TP	TL TP	Total TP
Aktueller Tarif (FMH10)	70.00	60.00	870.91	460.26	1'331.17
Vorgeschlagener Tarif	70.00	60.00	232.89	414.23	647.12
	-	-	-73.3%	-10.0%	-51.4%

Quelle: TARMED_1.08_BR, TARMED_1.09_BR, FMH Warenkörbe

Zusammenfassung der Vorschläge für Hornhautoperationen

- Die qualitative Dignität 10 ist **zwingend** beizubehalten
- Die Operationszeit LieS ist unverändert bei 60' Minuten zu belassen
- Die OP-Produktivität ist höchstens bei 30% anzusetzen

6) Schieloperationen

Da Schieloperationen bereits heute nicht mehr kostendeckend durchzuführen sind, ist eine weitere Absenkung der ärztlichen Leistung nicht vertretbar. Der Eingriff ist zeitlich ebenso aufwändig wie vor 20 Jahren und benötigt eine langjährige Erfahrung des Operateurs. Durch die Absenkung der Dignität wird der Eingriff für Augenkliniken und Operateure noch weniger kostendeckend, unökonomisch und unattraktiv.

Schielopration 2 Muskeln beim Kind

	Raumzeit	Arztzeit	AL TP	TL TP	Total TP
Aktueller Tarif (FMH06)	433.00	305.00	1'385.90	1'225.63	2'611.53
Vorgeschlagener Tarif	433.00	305.00	873.51	1'137.31	2'010.82
	-	-	-37.0%	-7.2%	-23.0%

Quelle: TARMED_1.08_BR, TARMED_1.09_BR, FMH Warenkörbe

Zusammenfassung der Forderungen für Schieloperationen

- Die qualitative Dignität 7 ist beizubehaltenDie OP-Produktivität ist höchstens bei 30% anzusetzen
- Die Minutagen sind beizubehalten
- Die OP-Produktivität ist höchstens bei 30% anzusetzen

7) Okuloplastik & Tränenwegsoperationen

Der medizinische Fortschritt hat auch vor der okuloplastischen Chirurgie nicht Halt gemacht. In dieser Disziplin hat er vor allem zu einer signifikanten Reduktion der Komplikations- und markanten Verbesserung der Erfolgsrate geführt. Sämtliche Eingriffe der Okuloplastik werden auch heute noch ausschliesslich von Hand durchgeführt. Weder technische Hilfsmittel noch neue Operationstechniken konnten zu einer Beschleunigung der Operationstechnik beitragen. Dank

neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse wurden viele der bewährten Operationstechniken optimiert, was sogar zu einer moderaten Verlängerung des Zeitaufwandes geführt hat.

Schon die bisherige aktuell gültige Tarifstruktur reflektiert nicht mehr den neuesten Stand okuloplastischer Behandlungen. Einige Eingriffe werden heute nicht mehr standardmässig durchgeführt, viele der heute gängigsten Techniken sind nicht erfasst und das Angebot an Operationsmethoden wurde zwischenzeitlich stark erweitert.

Die Kenntnisse und Fähigkeiten zur Durchführung der heute international anerkannten Standardeingriffe des gesamten Spektrums der okuloplastischen Chirurgie setzen eine intensive mehrjährige Zusatzausbildung voraus, welche sich an die Grundausbildung für Schwerpunkts Ophthalmochirurgie anschliesst.

Das Einebnen der quantitativen Dignität hätte vor allem bei komplexen okuloplastischen und Tränenwegs-Eingriffen dramatische Einschnitte ohne Kompensationsmöglichkeiten zur Folge.

08.2050 Lidrekonstruktion, total, mehr als 2/3 Lidkantenlänge, erstes Lid

	Raumzeit	Arztzeit	AL TP	Assistenz TP	TL TP	Total TP
Aktueller Tarif	120.00	120.00	1'112.72	409.45	789.02	2'311.19
Vorgeschlagener Tarif	120.00	120.00	516.02	189.88	710.12	1'416.02
	-	-	-53.6%	-53.6%	-10.0%	-38.7%

Quelle: TARMED_1.09_BR und TARMED_1.08_BR

Das Risiko von Fehlanreizen –hochspezialisierte Eingriffe beispielsweise in der Lidtumore-Rekonstruktionschirurgie aus Gründen mangelnder Kostendeckung nicht mehr durchzuführen– würde dadurch erheblich steigen.

Zusammenfassung der Forderungen für Okuloplastik und Tränenwegsoperationen

- Die quantitative Dignität 8 ist beizubehalten oder auf 9 anzuheben um die hochspezialisierte und zeitintensive Fort- und Weiterbildung für okuloplastische und Tränenwegoperationen zu reflektieren
- Die Minutage ist beizubehalten
- Die OP-Produktivität ist höchstens bei 30% anzusetzen
- Heute gängige okuloplastische Behandlungsmethoden sind in der Tarifstruktur aufzunehmen

IV. Kommentare zu einzelnen Tarifeingriffen

A. Kürzung der Kostensätze für technische Leistungen

In den Sparten Radiologie, Radio-Onkologie und Strahlentherapie, Ophthalmologie, Urologie, ambulante Chirurgie, Dermatologie und Venerologie, Otorhinolaryngologie, Gastroenterologie und Angiologie werden Kostensätze «im Sinne eines Intransparenzabzuges» pauschal um 10% gesenkt.

Eine solch massive Kürzung der technischen Leistung bei einer bestimmten Leistungserbringergruppe auf bloss «Intransparenz» abzustellen entbehrt jeglicher medizinischer, wissenschaftlicher oder betriebswirtschaftlicher Methode. Die Untersuchungs- und OP-Zahlen pro Zeiteinheit konnten in den letzten 10 Jahren gesteigert werden. Jedoch benötigte dies straff organisierte Prozesse, mehr medizinisches Personal für die Bereitstellung aller notwendigen Instrumente und Sicherstellung der Handlungsketten im Sekundentakt. Die Produktivitäts- und Kostengewinne werden also masslos überschätzt.

Eine pauschale Kürzung von Leistungen auf Grund von suggerierter «Intransparenz» widerspricht dem wörtlichen, teleologischen und systematischen Sinn von Art. 43 Abs. 4 KVG. Soweit der Bundesrat ausführt, auf der Stufe der Einzelleistungen könne die Sachgerechtigkeit nicht beurteilt werden, da diesbezüglich keine spezifischen Kostendaten zur Verfügung stünden, ist dem entgegenzuhalten, dass er sich im Rahmen der Einführung von Art. 43 Abs. 5bis KVG für die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zwecks Erhalt der entsprechenden Daten hätte stark machen können. Mit Art. 3 der Anpassungsverordnung in nunmehr eine Bestimmung in Kraft, gemäss welcher die Tarifpartner dem Eidgenössischen Departement des Innern auf Verlangen kostenlos alle Informationen und Daten übermitteln müssen, die notwendig sind, um die Auswirkungen der Anpassung der Tarifstrukturen zu evaluieren. Eine weitergehende Datenbeschaffung wird demnach weiterhin nicht für notwendig befunden. Insofern überzeugt es aber nicht, wenn der Bundesrat die undifferenzierte lineare Abwertung bei bestimmten technischen Leistungen mit dem Fehlen der benötigten Daten begründet.

Bereits im Jahr 2014 wurden alle technischen Leistungen um pauschal 8.5% gekürzt. Dieses Mal wird eine «Intransparenz» als Alibi für einen weiteren pauschalen Abzug von 10% vorgehalten. Innerhalb von knapp 4 Jahren sollen also technische Leistungen um insgesamt 17.65% gesenkt werden (zuerst um 8.5% ab Oktober 2014, dann um weitere 10% ab Januar 2018). Beide Kürzungen werden vorgenommen, ohne eine wirtschaftliche Betrachtung anzustellen. Die steigenden Anforderungen, Regulatorien sowie die stark ansteigenden Personalkosten im letzten Jahrzehnt werden gänzlich ausser Acht gelassen, obwohl hierzu der Bundesrat Zugang zu transparenten Statistiken hätte.

Die Kürzung von 8.5% im 2014 und nun von weiteren geplanten 10% im 2018 ergeben sich nicht aus einer ergebnisoffenen Überprüfung der Tarifstrukturen auf ihre Sachgerechtigkeit, sondern aus der übergeordneten Zielvorgabe des Bundesrates, wonach Einsparungen der Anpassung in der Höhe von CHF700 Mio. pro Jahr zu realisieren seien, damit der Kostenzuwachs im ambulanten Bereich eingedämmt werden kann. Zwar wäre denkbar, dass eine Kürzung um 10% bei einigen Einzelleistungen zufälligerweise zu einem sachgerechten Ergebnis führen könnte. Da von der linearen Abwertung aber insgesamt tausende Leistungen betroffen sind, lassen sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht inkonsistente Ergebnisse nicht vermeiden. Es lässt sich nicht von der Hand weisen, dass gewisse Einzelleistungen zu tief und andere immer noch womöglich zu hoch bewertet sind.

Zudem lässt sich eine lineare Abwertung von weiteren 10% betriebswirtschaftlich nicht herleiten und begründen. Die Kürzungen erfolgen im Hinblick auf eine Einsparung von CHF700 Mio. pro Jahr. Damit führen die Anpassungen des Bundesrates nicht zu einer insgesamt sachgerechteren Tarifstruktur. Insofern ist Art. 43 Abs. 4 KVG verletzt.

Fazit: Die Produktivitätsgewinne werden masslos überschätzt, ja nicht einmal geschätzt, sondern die technische Leistung wird einfach willkürlich um weitere 10% gekürzt. Straffer organisierte Prozesse nutzen die Infrastruktur zwar besser aus, sind aber deutlich personalintensiver und deshalb kostspieliger. Der stark ansteigenden Kosten wurde nicht Rechnung getragen, deshalb ist die pauschale Kürzung nicht gerechtfertigt, da diese Art. 43 Abs. 4 KVG verletzt.

B. Löschung des Zuschlags von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten

Der Zuschlag von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten dient dazu, den Aufwand für die Logistik –wie Bestellung, Lagerung, Kontrolle, etc.– in Zusammenhang mit Verbrauchsmaterialien und Implantaten abzugelten. Es widerspiegelt also eine betriebswirtschaftliche Realität eines Dienstleistungserbringers, die Logistikkette für eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Leistungserbringung sicherzustellen. Die Väter des TARMED haben die Generelle Interpretation 20 als Ergänzung zu den technischen Leistungen vorgesehen, weil die Beschaffung von Verbrauchsmaterialien und Implantaten eine bedeutende Rolle im Sinne der Erbringung von qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zukommt.

In jeder Klinik mit OP-Saal sind Lagerräume zur Lagerbewirtschaftung vorhanden. Trotz moderner Lagerhaltungsmethoden kann auf eine klassische Lagerhaltung und Logistik nicht verzichtet werden. Eine grosse Vielfalt an medizinischem Verbrauchsmaterial, Implantaten, Medikamenten und Notfallmedikamente müssen jederzeit verfügbar sein. Nur an wenigen Stellen ist ein Konsignationslager sinnvoll und praktikabel, wobei auch dieser eine Kostenfolge für die Klinik hat.

In der Ophthalmochirurgie werden oft Implantate auf Grund des aktuellen Befundes oder ein auf Wunsch des Patienten zugeschnittenes Implantat bestellt und vor der OP gelagert. Auf eine Lagerhaltung und -bewirtschaftung vor Ort kann deshalb nicht verzichtet werden. Ein Outsourcing der lokalen Lagerhaltung kommt auf Grund von Qualitätssicherung nicht in Frage. Diese Kosten der Logistkinfrastruktur sowie des unvermeidbaren Verfalls von Materialien sind im SUK-Satz unvollständig und deshalb nicht sachgerecht berücksichtigt und sind folglich künftig nicht mehr gedeckt.

Indem der Bundesrat diesen Zuschlag blindlings löscht, verabschiedet er sich vollständig von einem betriebswirtschaftlichen Tarifmodell und entfremdet damit den TARMED von der täglichen Realität in öffentlichen Spitälern, spezialisierten Kliniken und Einrichtungen kleinerer Operateure, die einen zusätzlichen logistischen, organisatorischen und personellen Merhaufwand tragen.

Die Löschung des Zuschlags auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten entfernt das Tarifmodell von Art. 43 Abs. 4 KVG, indem es die fundamentale betriebswirtschaftliche Bemessungsbasis von Logistikkosten für Verbrauchsmaterial und Implantaten eliminiert. Das Resultat ist im Sinne von Art. 43 Abs. 6 nicht sachgerecht. Es schafft auch neue Fehlanreize für Leistungserbringer, die Logistikketten auszulagern und damit die Kosten der gesundheitlichen Versorgung über Dritte stärker zu erhöhen.

C. Verrechnung der Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer OP-Instrumente

Die Aufarbeitung von wiederverwendbaren Operationsinstrumenten –Reinigung, Transport, Autoklavierung– ist zeitaufwändig und teuer. Ein Strukturfehler des bisherigen Tarifes war, dass Kosten für die Wiederaufbereitung von Mehrweginstrumenten nicht verrechenbar waren. Das hat dazu geführt, dass, wenn immer möglich, kostenpflichtige Einweginstrumente statt hochwertige, wiederverwendbare Instrumente verwendet wurden. Dies hat nicht nur zu einem Kostenschub bezüglich der Einweginstrumente geführt, sondern auch zu einer grotesken Energieverschwendung und Abfallmenge.

Einweginstrumente benötigen sehr viele Rohstoffe und Energie zur Herstellung und müssen nach der einmaligen Verwendung statt im Altmetall recycelt, als Sondermüll entsorgt werden. Mehrweginstrumente sind zwar teuer in der Anschaffung, können aber bis circa 100-mal gereinigt und wiederverwendet werden. Wir beantragen deshalb, dass im Tarif eine Position geschaffen wird, die es erlaubt, den Aufwand für die Beschaffung, Reinigung, Reparatur und Autoklavierung pauschal zu verrechnen. Zwar ist dieser Umstand in der technischen Leistung teilweise bereits reflektiert, diese ist jedoch nicht mehr aktuell und setzt ökologisch und ökonomisch nicht die richtigen Anreize.

Basierend auf unseren Analysen erscheint uns bei allen Operationen eine Pauschale für die nachweisliche Benutzung von wiederverwertbaren Instrumenten von CHF50 für Operationen mit TL von 500-1'000 respektive CHF100 für Operationen mit TL über 1'000 TP angebracht.

D. Einschränkung der maximalen Konsultationsdauer

In spezialärztlichen Sprechstunden werden Patienten oft nur einmalig zur konsiliarischen Beurteilung oder Indikationsstellung für einen operativen Eingriff betreut. In diesen Sprechstunden ist es wichtig, dass der Patient ohne Zeitdruck seine Probleme ansprechen kann und Fragen stellen darf. Die meisten dieser Patienten sind älter, langsamer und bringen Angehörige mit, die ihre Freizeit verwenden und die sich im Internet vororientiert haben und dann mit vielen Fragen kommen. Alle diese Aspekte müssen in einer einzigen Konsultation geklärt werden können.

Eine Limitierung der Konsultationsdauer LieS auf 17.5 Minuten wird den Patienten in einer subspezialisierten Sprechstunde nicht gerecht und ist nicht realistisch durchführbar. Es ist nicht sinnvoll und auch nicht möglich, ein Patientengespräch über mehrere Konsultationen von jeweils 17.5 Minuten aufzuspalten, nur um dem Tarif nachzukommen. Wir fordern ein vollständiges Absehen von einer zeitlichen Limitierung der Konsultationsdauer.

E. Leistung in Abwesenheit des Patienten

Das digitale Zeitalter hat es mit sich gebracht, dass Patienten sich oft via Email und sonstige elektronische Kommunikation direkt an Ihre Ärzte wenden. Dies ist durchaus sinnvoll, da es zusätzliche Konsultationen vermeidet. Ebenso benötigen Bestellungen von zunehmend individuell für Patienten hergestellten Implantaten einen erheblichen zeitlichen Aufwand in Abwesenheit des Patienten. Ebenso benötigen die berechtigten, in ihrer Zahl stark ansteigenden Rückfragen der Kostenträger vermehrt Zeit in Abwesenheit der Patienten.

Diese Leistungen in Abwesenheit sind sinnvoll, sparen zusätzliche Konsultationen und erhöhen die Qualität der medizinischen Leistungen. Die Zunahme der Leistungen in Abwesenheit ist ein direktes Resultat der Digitalisierung und der Möglichkeit, Leistungen auch aus der Ferne zu beanspruchen.

Wir fordern ein vollständiges Rückkommen auf die zeitliche Limitierung der Konsultationsdauer. Allenfalls könnte die Leistung, respektive die Tarifposition für Kontrollzwecke unterteilt und spezifiziert werden.

V. Weitreichende negative Folgen für das Gesundheitssystem Schweiz

A. Die überproportionale Reduktion der ärztlichen im Vergleich zur technischen Leistung führt zu Mengenausweitung und falschen Anreizen

Der Strukturwandel bei den ärztlichen Leistungserbringern, insbesondere die zunehmende Feminisierung mit Teilzeittätigkeit, die Reduktion der Wochenarbeitszeit auf 50 Stunden und der Trend zu Gruppenpraxen führt dazu, dass die technische Infrastruktur zunehmend nicht mehr den ärztlichen Leistungserbringern selber, sondern externen Investoren und Firmen gehört. Solche Investoren als Nutzniesser der technischen Leistung sind primär beziehungsweise einzig an einer Mengenausdehnung und nicht an einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung des einzelnen Patienten interessiert.

Der vorliegende Tarifvorschlag führt zu einer stark überproportionalen Kürzung der ärztlichen Leistung gegenüber der technischen Leistung. Dies steigert die Abhängigkeit der Ärzte von mengenbasierten Quersubventionen durch die Infrastrukturbesitzer und wird direkt und indirekt zu einer massiven Mengenausdehnung führen. Wir fordern deshalb, dass die ärztliche Leistung gegenüber der technischen Leistung nicht abgewertet, sondern aufgewertet wird.

B. Gefährdung der Qualität der Medizin und der Patientensicherheit

Die Erhöhung der ärztlichen Produktivität zwingt die Leistungserbringer zu einer industriellen Fließbandarbeit und die kompromisslose Selektion von Patienten mit unkomplizierten Ausgangslagen und vorhersehbar geringen Komplikationsrisiken. Dies wird dazu führen, dass eine rasch zunehmende Anzahl besonders bedürftiger und aufwändiger Patienten für die Leistungserbringer hoch defizitär werden und diese Patienten in der Folge einen ungehinderten Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und sicheren Gesundheitsversorgung verwehrt bleibt. Der vorgeschlagene Systemwechsel des Bundesrates führt zu einem Ausschluss der schwächsten, hilfsbedürftigsten und vor allem älteren Patienten aus dem Gesundheitssystem.

C. Gefährdung der Zukunft von Weiterbildungsstätten

Zwar ist eine Tarifstruktur nicht verantwortlich für die Weiterbildung der Ärzte, trotzdem haben die Kürzungen einen nicht zu unterschätzenden Folgeeffekt auf die Weiter- und Fortbildung, indem sie Spitälern und Kliniken –die Weiterbildungsstätten der zukünftigen Leistungserbringer– wertvolle Mittel entziehen, die sonst in die Weiter- und Fortbildung von qualitativ hochstehendem ärztlichem Personal fließen würden.

Die massive Kürzung der vergüteten Operationszeiten erlaubt es den Spitälern und Kliniken nicht mehr, Mitarbeiter ohne langjährige Erfahrung und entsprechend kurzen Leistungszeiten anzustellen. Defizitäre und damit fehlende Weiterbildungsplätze, fehlende Anstellungsmöglichkeiten für Ärzte nach der Weiterbildung aber ohne langjährige Erfahrung und die beabsichtigte Streichung der qualitativen Dignität als Honorierung der erfolgten Weiter- und Fortbildung bedrohen die mittel- und langfristige Zukunft unseres Gesundheitssystems und der zukünftigen Leistungserbringer ganz direkt.

D. Abwälzung der Kosten auf Kantone und Steuerzahler

Die angekündigten Einsparungen von CHF700 Mio. pro Jahr werden als Umsatz bei öffentlichen privaten Leistungserbringern sicher fehlen. Viele öffentliche Spitäler arbeiten bereits heute bei einer Vollkostenbetrachtung defizitär. Die Kürzungen im ambulanten Bereich werden die bereits fragilen Finanzen von öffentlichen aber auch privaten Einrichtungen massiv belasten.

Defizite von Einrichtungen mit staatlichen Beitragsgarantie oder Defizitgarantie müssen direkt durch die Kantone gedeckt werden, was in Folge unweigerlich zu Steuererhöhungen führen wird. Defizite von privaten Kliniken führen zuerst zu einem Abbau der defizitären Leistungen und somit zur Verschärfung der Versorgungsunsicherheit. Infolge kann es zu einem Verschwinden von Privatkliniken kommen, da eine Leistungserbringung durch Private wirtschaftlich verunmöglicht wird. Der Weg zur staatlichen Medizin ist damit geebnet.

Der Bundesrat verfolgt offensichtlich eine Politik der Umlagerung von Gesundheitskosten vom Bund auf die Kantone und Private, die zu Steuererhöhungen und Leistungsabbau führen werden. Das Problem wird von Bund auf die Kantone und den Steuerzahler abgewälzt. Die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates wird also für andere politische Ziele eingesetzt, die gesetzlich nicht vorgesehen sind.

VII. Rechtliche Grundlagen

Der Bundesrat verfügt gemäss Art. 43 Abs. 5^{bis} über eine subsidiäre Kompetenz zur Festlegung sowie Anpassung der Einzeltarifstrukturen. Subsidiär bedeutet, dass der Bundesrat erst eingreifen darf, wenn die Verhandlungen der Tarifpartner zu keinem Erfolg geführt haben.

Bei einer Anpassung nach Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG gelten die Tarifgestaltungsgrundsätze genau gleich wie für Tarifverträge.⁶ Ein Tarifvertrag muss deshalb gemäss Tarifgestaltungsgrundsätze des Bundesrechts:

- 1) eine sachgerechte Struktur aufweisen (Art. 43 Abs. 4 KVG),
- 2) eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung sicherstellen (Art. 43 Abs. 6 KVG),
- 3) in Einklang mit dem Gesetz stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG),
- 4) in Einklang mit dem Gebot der Billigkeit stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG),
- 5) in Einklang mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit stehen (Art. 46 Abs. 4 KVG), welches durch die folgenden Bestimmungen konkretisiert wird:
 - a) betriebswirtschaftliche Bemessung (Art. 43 Abs. 6 KVG)
 - b) eine Versorgung zu möglichst günstigen Preisen (Art. 43 Abs. 6 KVG),
 - c) Deckung höchstens der Kosten der Leistung, welche transparent ausgewiesen sind (Art. 59c Abs. 1 lit. a KVV) sowie höchstens der Kosten der Leistung, welche für eine effiziente Leistungserbringung erforderlich sind (Art. 59c Abs. 1 lit. b KVV)⁷

Im Folgenden soll geprüft werden, inwiefern die einzelnen Tarifgestaltungsgrundsätze der vorliegenden Einzeltarifstruktur des Bundesrates erfüllt werden.

1) **Sachgerechtigkeit**

Eine wichtige und notwendige Voraussetzung für einen Eingriff des Bundesrates nach Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG ist, dass die Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur nicht mehr gegeben ist. Unbestritten ist die Tatsache, dass die aktuelle Tarifstruktur TARMED revisionsbedürftig ist, da in wesentlichen Teilen deren Sachgerechtigkeit nicht mehr gegeben ist.

Zudem ist gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG bei der Ausgestaltung des Einzelleistungstarifs auf eine sachgerechte Struktur zu achten. Ein Tarif darf folglich einzig aufgrund von sachlichen, mit dem Inhalt des Tarifvertrages zusammenhängenden Kriterien ausgestaltet werden.⁸

Bei einer Überprüfung der Sachgerechtigkeit ist auf die sachlichen mit dem massgebenden Sachverhalt verbundenen Faktoren abzustellen. Es ist sodann zu prüfen, ob die massgebenden Faktoren und deren Bemessung mit der Tarifstruktur noch im Einklang stehen.

Sachgerecht ist die Struktur eines Einzelleistungstarifs, wenn sie sich in der Wahl und Konzipierung der Leistungspositionen von der Sachlogik der zu tarifierenden Materie leiten lässt, betriebswirtschaftlich orientiert ist und sich gleichzeitig durch eine zweckmässige Auswahl und

⁶ Entscheid Bundesverwaltungsgericht C-4308/2007 E. 3.1.

⁷ UELI KIESER/WILLY OGGIER/ANDREAS BÜHRER, Tarif und Tarifanpassung in der Krankenversicherung, Bern 2015, S. 55; KIESER, S. 20.

⁸ KIESER/OGGIER/BÜHRER, S. 57; KIESER, S. 26.

thematische Differenzierung der Positionen in den Dienst der gesetzlichen Tarifziele stellt.⁹ Gemäss Eugster zeigt sich die Sachgerechtigkeit einer Tarifstruktur in Einzelleistungstarifen nach Art. 43 Abs. 2 lit. b KVG etwa darin, dass die gewählten Leistungspositionen die Kostenrealität der tarifierten Materie medizinisch richtig, vollständig und ausreichend tätigkeitsdifferenzierend abbilden sowie eine angemessene Leistungsabgeltung gewährleisten. Die einzelnen Tarifpositionen hätten sich konfliktfrei in den Gesamttarif einzufügen und die Wertrelationen der Leistungen untereinander müssten in einem der Sache angemessenen Gleichgewicht stehen. Unter- und Überbewertungen seien zu vermeiden. Notwendige Bedingung der Sachgerechtigkeit sei eine betriebswirtschaftlich einwandfreie Bemessung der Leistungspositionen. Es zählen auch die in den Kostenmodellen der einzelnen Tarifpositionen hinterlegten betriebswirtschaftlichen Daten und Wertungen zur Struktur. Eine Struktur sei nicht sachgerecht, wenn Taxpunkte betriebswirtschaftlich falsch gerechnet seien, sei dies wegen methodischer Mängel oder fehlerhafter bzw. nicht mehr aktueller Berechnungsgrundlagen. Sachgerechtigkeit verbiete ferner, bestimmte Gruppen von Leistungserbringern ohne sachlichen Grund zu privilegieren oder zu diskriminieren.¹⁰

Der Bundesrat geht bei seinem Eingriff davon aus, dass die einzelnen Tarifpositionen von Spezialdisziplinen, insbesondere von chirurgisch- sowie invasiv-tätigen Fachärzten nicht mehr sachgerecht sind und will deren ärztliche „Leistungen im engeren Sinne“ kürzen.

Die methodologische Vorgehensweise des BAG beruht jedoch nicht auf einer Überprüfung der Sachgerechtigkeit und der entsprechenden sachgerechten Bemessung der Taxpunktwerte der Einzeltarifpositionen gemäss den Tarifgestaltungsgrundsätzen des Bundesrechts, sondern basiert lediglich auf eine pauschale willkürliche Kürzung der Faktoren der Taxpunktformel.

Ohne Rücksicht auf die spezifisch-medizinische und betriebswirtschaftliche Sachlogik von einzelnen Tarifpositionen zu nehmen, bedient sich das BAG bei der Kürzung des Einzelleistungstarifes der vier Hauptfaktoren der Taxpunktformel und korrigiert diese pauschal über alle Tarifpositionen hinweg massiv nach unten. Dies geschieht durch:

- (1) Vereinheitlichung beziehungsweise ersatzlose Abschaffung der Dignitätsfaktoren
- (2) Erhöhung der OP-Produktivität auf durchgängig 72% – das entspricht einer „Fließbandarbeit am Menschen“ und ist praktisch nicht umsetzbar
- (3) Kürzung von Minutage von einzelnen Positionen bis zu –66%
- (4) Kürzung des Kostensatzes der technischen Leistungen um durchgängig –10%

Des Weiteren bedient sich das BAG weiterer pauschaler Kürzungen wie die Löschung des 10%-Zuschlages bei Materialien und Implantaten (GI-20) ohne deren Einfluss auf die Kostenrealität und -entwicklung von Logistikketten der Leistungserbringer zu untersuchen.

Damit verändert der Bundesrat die bestehende Tarifstruktur in seinen Fundamenten. Die TARMED-Tarifstruktur wird an Schlüsselstellen von ihrer materiellen Sach- und Kostenlogik eines Einzelleistungstarifes entfremdet. Die Tarifstruktur des Bundesrates differenziert im Unterschied zur bestehenden Tarifstruktur viel weniger, sie vereinheitlicht und korrigiert gezielt nach unten und kommt einem grundsätzlichen Systemwechsel der Tarifierung von ambulanten ärztlichen Leistungen in der Schweiz gleich.

Indem der Bundesrat in eine vermeintlich bereits nicht mehr sachgerechten TARMED-Tarifstruktur eingreift, den fundamentalen Differenzierungsfaktor Dignität ausschaltet und alle anderen Hauptfaktoren der Taxpunktformel massiv kürzt, bleibt höchstens fraglich, ob die resultierende Tarifstruktur nicht noch grössere Verzerrungen der Tarifierung beinhaltet und ob eine Sachgerechtigkeit auf Einzeltarifpositionsebene überhaupt noch bejaht werden kann. Eine

⁹ EUGSTER, Rz. 83 ff.

¹⁰ EUGSTER, SBVR, S. 706, N 991 f.

Überprüfung der Sachgerechtigkeit der Einzelpositionen gemäss gesetzlichen Anforderungen hat nämlich durch das BAG nicht stattgefunden.

Um die Frage zu beantworten, ob die Höhe der einzelnen Positionen sachgerecht ist, wäre eine detaillierte Analyse der entsprechenden Einzelpositionen notwendig sowie eine Datenerhebung, die der Realität nahe kommt. Schliesslich muss die Höhe der einzelnen Leistungspositionen geeignet sein, um die Kostenrealität der tarifierten Materie, medizinisch richtig, vollständig und ausreichend tätigkeitsdifferenzierend abzubilden. Zudem muss sie eine angemessene Leistungsabgeltung gewährleisten. Eine solche Datenerhebung sowie Analyse hat durch das BAG nicht stattgefunden.

Folglich bleibt aus bundesrechtlicher Sicht der Bundesrat den Adressaten die Erklärung schuldig, ob mit dem vorgeschlagenen Einzelleistungstarif:

- a) eine angemessene Honorierung der Leistungserbringer sichergestellt ist;
- b) möglichst günstige Kosten für die Versicherung und ihre Versicherten erreicht werden;
- c) eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung (Art. 43 Abs. 6 KVG) sichergestellt ist.¹¹

Aus den obigen Gründen ist die gesetzlich geforderte Sachgerechtigkeit der vorgeschlagenen Anpassungen zumindest in Frage zu stellen. Solange eine sachgerechtere Tarifstruktur nicht nachweislich ermittelt werden kann, ist von einer Einführung der Anpassungen abzusehen.

2) *Qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung*

Auch bei einer Tarifierung durch den Bundesrat ist die Vorgabe von Art. 43 Abs. 6 KVG zu erfüllen, wonach eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung gewährleistet werden soll.¹² Der qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung kommt als Grundsatz eine Vorrangstellung zu und soll den gesetzlichen Leistungsanspruch der Versicherten gewährleisten.¹³

Die Abschaffung der Dignität stellt einen epochalen Systemwechsel dar. Die Taxpunktformel verliert mit der Abschaffung einen der wichtigsten Differenzierungsfaktoren der ärztlichen Leistung: die Erfahrung des Operateurs. Die Erfahrung des Operateurs, ausgedrückt in Jahren der Fort- und Weiterbildung, spielt keine Rolle mehr. Dadurch wird ein gefährlicher Fehlanreiz im ambulanten Gesundheitssystem geschaffen, denn Spezialisierung und Erfahrung „zählt“ und „zahlt“ nicht mehr: die Erlangung von hochspezialisierten chirurgischen Kenntnissen und Fertigkeiten sowie Erfahrung durch langjährige und oft zeit- und kostenintensive Fort- und Weiterbildung werden nicht mehr durch das Gesundheitssystem „honoriert“.

Ärztliche Leistungen werden ungeachtet der notwendigen fachlichen und technischen Kompetenzen, chirurgischen Fertigkeiten, Komplexität der Eingriffe sowie der Haftungssituation des Operateurs vergütet. Der Anreiz zu grösserer medizinischer und operativer Spezialisierung und Erfahrung wird eliminiert. Die Motivation eine Fort- und Weiterbildung im chirurgischen Bereich anzutreten, schwindet damit sehr schnell. Das Erfahrungsgut der Operateure verliert systemisch an Tiefe und Breite. Die Qualität der medizinischen Leistung nimmt damit stark ab. Die Versorgung der Bevölkerung mit häufig vorkommenden komplexen und hochspezialisierten Eingriffen wird gefährdet.

Obwohl die Tarifstruktur nicht die Kosten der medizinischen Fort- und Weiterbildung zu tragen hat, darf deren Ausgestaltung durch den Bundesrat die Qualität und Zweckmässigkeit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nicht gefährden. Durch das Schaffen von Fehlanreizen gefährdet die vorgeschlagene Tarifstruktur jedoch die Fort- und Weiterbildung von

¹¹ EUGSTER, Rz. 72.

¹² Entscheid Bundesverwaltungsgericht C-4308/2007 E. 3.1.

¹³ KIESER/OGGIER/BÜHRER, S. 59, S. 44 ff.

hochspezialisierten Fachärzten und implizit auch die vom Gesetz postulierte qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Unter diesem Gesichtspunkt ist die vorliegend angestrebte Anpassung für die Versorgungssicherheit höchst problematisch.

Aus diesen Gründen ist von einer ersatzlosen Abschaffung der Dignitätsfaktoren abzusehen und die Schaffung von neuen systemischen Fehlanreizen, die die Versorgungssicherheit und -qualität gefährden, tunlichst zu vermeiden.

3) Gesetzesmässigkeit

Der Bundesrat muss sich bei einer Anpassung der Einzeltarifstruktur an die gesetzlichen Vorgaben halten. Bei der Genehmigung eines Tarifes muss gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG geprüft werden, ob dieser mit dem Gesetz in Einklang steht. Dies gilt auch bei einer Anpassung nach Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG.¹⁴

Bei einer pauschalen Kürzung von ärztlichen Leistungen der Ophthalmochirurgie von durchgängig durchschnittlich –45% und teilweise bis zu –80% besteht konkret und akut die Gefahr, dass die Vergütung von ärztlichen Leistungen unter den effektiven Leistungserbringungskosten zu liegen kommen und damit das gesetzliche Ziel einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung als auch die Wirtschaftlichkeit der Behandlung gefährdet wird. Zudem besteht bei übermässig tiefen Tarifen das akute Risiko, dass die Leistung nicht mehr erbracht wird oder die Leistungserbringer alternative Behandlungsstrategien entwickeln, die vielfach entweder qualitativ schlechter oder teurer für den Patienten sind.¹⁵

Wenn ein Tarif so tief liegt, dass im Ergebnis die betroffenen Leistungserbringer die fragliche Leistung nicht mehr oder nicht mehr im gleichen Umfang anbieten, oder zumindest Fehlanreize entstehen, diese Leistungen qualitativ und/oder quantitativ zu verringern, dann wird damit der gesetzliche Anspruch der versicherten Person verletzt.¹⁶ Da jedoch ein Tarifvertrag die gesetzlichen Leistungsansprüche einer versicherten Person nicht ausschliessen darf¹⁷, ist die vorgeschlagene Tarifstruktur des Bundesrates mit gezielten Kürzungen von bestimmten ärztlichen Leistungen von Spezialdisziplinen von durchschnittlich –45% und sogar bis zu –80% hinsichtlich ihrer Gesetzesmässigkeit nach Art. 46 Abs. 4 KVG stark zu hinterfragen.

Das Schiedsgericht KVG des Kantons Luzern hat im Urteil vom 29. Mai 2017 in Sachen Klinik St. Anna gegen die Krankenversicherung Assura die Gesetzes- und Verfassungsmässigkeit des ersten Eingriffes des Bundesrates im Jahr 2014 in Frage gestellt.¹⁸ Beim vorliegenden zweiten Bundesratseingriff wäre die Gesetzes- und Verfassungsmässigkeit im Mindesten zu hinterfragen, da die angewandten Methoden der Leistungskürzung identisch sind. Die Einführung am 1. Januar 2018 eines durch den Bundesrat festgelegten und möglicherweise widerrechtlichen Tarifes wäre mit grossen rechtlichen und tarifarischen Unsicherheiten verbunden und hätte für alle Tarifpartner und Leistungserbringer in der Schweiz unabschätzbare Folgen tarifarischer, rechtlicher und nicht zuletzt von erheblicher wirtschaftlicher Natur.

¹⁴ Entscheid Bundesverwaltungsgericht C-4308/2007 E. 3.1

¹⁵ GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Ulrich Meyer (Hrsg.), Soziale Sicherheit, 3. Aufl., Basel/Genf/München 2015, S. 385 ff., Rz. 885 Fn. 1372; KIESER/OGGIER/BÜHRER, S. 56; KIESER, S. 26.

¹⁶ KIESER/OGGIER/BÜHRER, S. 56; KIESER, S. 26.

¹⁷ KIESER/OGGIER/BÜHRER, S. 56; KIESER, S. 26.

¹⁸ Urteil Schiedsgericht KVG des Kantons Luzern in Sachen Klinik St. Anna gegen die Krankenversicherung Assura vom 27. Mai 2017

4) Gebot der Billigkeit

Auch bei einer Tarifierfassung durch den Bundesrat hat die vorgeschlagene Tarifstruktur dem Gebot der Billigkeit gemäss Art. 46 Abs. 6 KVG zu entsprechen.¹⁹

Nach dem Gebot der Billigkeit müssen alle massgebenden Aspekte in ausgewogener Weise berücksichtigt werden. Die unterschiedlichen Parteiinteressen sollen durch die Gestaltung eines ausgewogenen Tarifes ausgeglichen werden. Es soll vermieden werden, dass eine einzelne Partei oder Leistungserbringergruppe bevorzugt wird oder ein einzelnes Kriterium dominierend wirkt. Dies gilt insbesondere für das Kriterium der Wirtschaftlichkeit, welchem ohnehin eine gewisse Nachrangigkeit zukommt.²⁰

Mit dem Grundsatz der Billigkeit wird zudem einerseits der Grundsatz der wirtschaftlichen Tragbarkeit verbunden, wonach zu prüfen sei, ob die mit einem Tarif verbundenen Auswirkungen auf die Kosten und Prämien für die Versicherten tragbar seien. Andererseits ist aus dem Grundsatz der Billigkeit auch abzuleiten, dass eine Tarifstruktur ausgewogen zu sein habe und nicht etwa eine bestimmte Leistungserbringergruppe bevorzugt wird.

Der vorgeschlagene Tarif zielt darauf ab, Einsparungen in der Höhe von CHF700 Mio. pro Jahr zu erreichen. Die massiven Kürzungen der Faktoren der Taxpunktformel wurden demnach so gewählt, dass in der Summe sodann Einsparungen in der gewünschten Höhe von CHF700 Mio. resultieren. Der subsidiäre Tarifeingriff des Bundesrates wurde somit dominierend auf das wirtschaftliche Kriterium von Einsparungen im ambulanten Bereich von CHF700 Mio. pro Jahr „optimiert“. Alle anderen gesetzlichen Kriterien erscheinen als zweitrangig und haben das Nachsehen.

Beispielsweise wurden bei einer Mehrzahl von Einzelpositionen grundverschiedene ärztliche Leistungen durchgängig bis auf die fünfte Kommastelle identisch gekürzt. Das weist stark auf eine willkürlich-mechanische Optimierung von Einsparungen hin, ohne ausgewogene Abstimmung der massgebenden Kriterien. Die Billigkeit des resultierenden Tarifes wurde nicht in Betracht gezogen, geschweige denn überprüft.

Indem der Bundesrat mit seinem Tarif dominierend dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit zum Durchbruch verhelfen will und andere wichtige vom Gesetz geforderte Kriterien stark vernachlässigt beziehungsweise unberücksichtigt lässt, verstösst er mit der vorliegenden Anpassung gegen das Billigkeitsgebot.

Des Weiteren ist die Ausgewogenheit des vorgeschlagenen Tarifes in Frage zu stellen, zumal für die Kürzung von Leistungen lediglich die Eingaben von Krankenkassen –insbesondere curafutura– begünstigt wurden. Diese einseitige Bevorteilung der Interessen der Krankenkassen entspricht ganz und gar nicht dem Gebot der Billigkeit sowie dem Verhältnismässigkeitsprinzip staatlichen Handelns nach Art. 5 Abs. 2 BV.

5) Gebot der Wirtschaftlichkeit

Ein Tarif muss allgemein mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG übereinstimmen. Dieses Gebot wird durch die Bestimmungen der a) betriebswirtschaftlichen Bemessung eines Tarifs (Art. 43 Abs. 4 KVG), b) der Versorgung zu möglichst günstigen Preisen (Art. 43 Abs. 6 KVG) und c) der Deckung höchsten der transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und Deckung höchstens der für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten (Art. 59c Abs. 1 lit. a und lit. b. KVV) konkretisiert.

¹⁹ Entscheid Bundesverwaltungsgericht C-4308/2007 E. 3.1.

²⁰ KIESER/OGGIER/BÜHRER, S. 58.

Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit wird vom Bundesrat explizit als Grund für seinen Eingriff genannt.²¹ Ob das allgemeine Gebot der Wirtschaftlichkeit eingehalten ist, ergibt sich folglich zunächst aus der Erfüllung der konkretisierenden Bestimmungen. Ausserdem ist aber auch in einer Gesamtbetrachtung des Resultats zu prüfen, ob das Gebot der Wirtschaftlichkeit eingehalten wird.²²

Eine fundierte Gesamtbetrachtung über die Wirtschaftlichkeit des vorliegenden Tarifes des Bundesrates ist aufgrund der neu eingeführten Verzerrungen in der Tarifstruktur nicht möglich. Generell kann jedoch festgehalten werden, dass massive Kürzungen von ärztlichen Leistungen – insbesondere bei Spezialisten sowie chirurgisch und invasiv-tätigen Fachärzten– nicht im Sinne der Wirtschaftlichkeit sein kann, weil dadurch starke Anreize entstehen, die Kürzungen mit einer Mengenausweitung in anderen Bereichen zu kompensieren. Dieser Mechanismus hat sich zum Teil bereits als Folge der Kürzungen beim ersten Eingriff des Bundesrates im Jahr 2014 manifestiert und wird sich mit Sicherheit auch beim zweiten Eingriff wiederholen.

5a) Betriebswirtschaftliche Bemessung

Die Festlegung eines Tarifs muss gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung achten. Dabei ist unweigerlich auf die materielle und reale Kostenstruktur der ambulanten Leistungserbringung zurückzugreifen.

Indem die vorgeschlagenen Leistungskürzungen über die Faktoren der Taxpunktformel pauschal und ungeachtet des medizinischen Sachverhalts sowie der materiellen Kostenstruktur der einzelnen Tarifpositionen durchgängig über alle Tarifpositionen angewandt werden, kann eine betriebswirtschaftliche Bemessung der einzelnen Tarifpositionen nicht von vornherein bejaht werden. Die Betriebswirtschaftlichkeit des vorliegenden Tarifstruktur ist durch die Genehmigungsbehörde im Mindesten zu hinterfragen.

Es trifft zwar zu, dass die Gesichtspunkte, welche der Strukturierung eines Tarifs zu Grunde liegen, als nicht oder schwer justiziabel betrachtet werden können, da sich komplexe technische, wirtschaftliche, rechtliche und zeitliche Fragen stellen.²³ Soweit die Abwertung der Leistungen aber jegliche betriebswirtschaftliche Bemessung vermissen lässt, ist der Eingriff in die Tarifstruktur als willkürlicher Akt zu verstehen, was dem Grundgedanken von Art. 43 Abs. 5bis KVG widerspricht. Nachdem selbst noch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Bericht der SGK-NR selbst noch die Meinung vertreten hatte, er könne von seiner neuen Kompetenz nach Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG nicht einzig mit dem Ziel Gebrauch machen, einen bestimmten Leistungserbringertyp beziehungsweise -gruppe zu fördern oder bevorteilen, erscheint es auch widersprüchlich, wenn er nunmehr Anpassungen an der Tarifstruktur vornimmt, welche in erster Linie die finanzielle Schlechterstellung von Spezialisten sowie chirurgisch und invasiv-tätigen Fachärzten bezweckt.

5b) Versorgung zu möglichst günstigen Preisen

Bei der Genehmigung eines Tarifs muss die Genehmigungsbehörde gemäss Art. 43 Abs. 6 KVG auf eine Versorgung zu möglichst günstigen Kosten achten. Der Grundsatz der Versorgung zu möglichst günstigen Preise ist im Verhältnis zum Grundsatz der qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu betrachten. Allgemein kann festgehalten werden, dass das Ziel der qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung Vorrang hat und das Ziel der möglichst günstigen Kosten im Verhältnis zum ersten Ziel zu betrachten ist.²⁴ Nämlich der Grundsatz der qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung muss zuerst erfüllt werden und zwar zu möglichst günstigen Preisen. Gleichzeitig bestehen zur Limitierung der Kosten der Leistungserbringung die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.

²¹ Inhalt der Änderungen und Kommentar Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung, S. 11.

²² KIESER/OGGIER/BÜHRER, S. 59.

²³ Vgl. BGer-Urteil 9C_524/2013 vom 21.01.2014 E.4

²⁴ KIESER, S. 24; ausführlich zum Ganzen KIESER/OGGIER/BÜHRER, S. 44 ff.

Durch die massiven Kürzungen des vorliegenden Tarifs stehen Wirtschaftlichkeit und tiefe Preise im Vordergrund und werden über alle anderen gesetzlichen Grundsätze und Kriterien gestellt. Wie mehrfach argumentiert finden die Kriterien der Qualität und Zweckmässigkeit der gesundheitlichen Versorgung im neuen Tarif wenig Beachtung. Im Gegenteil werden Qualität und Zweckmässigkeit der Versorgung sowie die Versorgungssicherheit der Bevölkerung durch die weitere Verzerrung eines bereits unsachgemässen Tarifes sowie der Schaffung von neuen systemischen Fehlanreizen gefährdet.

5c) Deckung höchstens der transparent ausgewiesenen Kosten sowie höchstens der für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten

Bei der Genehmigung eines Tarifvertrages muss die Genehmigungsbehörde gemäss Art. 59c Abs. 1 lit. a und lit. b KVV prüfen, ob

- a) der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung deckt, und
- b) der Tarif höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten deckt.

Das BAG hat jedoch keine Überprüfung der betriebswirtschaftlichen Bemessung des vorgeschlagenen Tarifes sowie der Kosten, die für eine effiziente Leistungserbringung notwendig sind, durchgeführt. Insbesondere:

- wurde nicht geprüft oder plausibilisiert, wie sich die Kürzung von einzelnen Tarifpositionen auf die Gesamtheit der Positionen eines bestimmten chirurgischen Eingriffes auswirken
- wurde nicht geprüft oder plausibilisiert, ob die gekürzten chirurgischen Eingriffe – als Summe aller dazugehörenden Einzelpositionen – tatsächlich kostendeckend erbracht werden können
- wurde nicht geprüft oder plausibilisiert, wie sich der gekürzte Tarif auf ein typisches öffentliches Spital, eine typische Privatklinik, oder auf Einzeloperateure auswirkt, und ob diese weiterhin mit dem neuen Tarif kostendeckend arbeiten können

Die gesetzlich geforderte betriebswirtschaftliche Bemessung (lit. a) und die Deckung der Kosten einer effizienten Leistungserbringung (lit. b) des vorgeschlagenen Tarifes können deshalb nicht von vornherein bejaht werden. Bei einer pauschalen und durchgängigen Kürzung von ärztlichen Leistungen um durchschnittlich –45%, ist es naheliegend anzunehmen, dass die Gestehungskosten nicht mehr gedeckt werden können und dass auch eine effiziente Leistungserbringung nicht mehr möglich ist. Die Leistungserbringer würden auf die Erbringung der Leistung verzichten, was den Leistungsanspruch des Versicherten verhindern und damit das Legalitätsprinzip verletzen würde.²⁵

Fazit: Der Bundesrat hat nicht eine ergebnisoffene Überprüfung der ärztlichen und technischen Leistungen vorgenommen, indem er sämtliche Leistungen darauf untersuchte, ob sie den aktuellen betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten entsprechen. Vielmehr versuchte er, mit einer gezielten massiven Abwertung aller relevanten Taxpunktfaktoren bei einer bestimmten Leistungserbringergruppe Einsparungen in der Höhe von CHF700 Mio zu erreichen.

Es würde in der Tat wenig Sinn machen, wenn der Bundesrat in eine seiner Ansicht nach nicht sachgerechte Tarifstruktur eingreifen und dabei Anpassungen vornehmen würde, die den Anforderungen der Sachgerechtigkeit und der betriebswirtschaftlichen Bemessung (Art. 43 Abs. 4 KVG) ihrerseits nicht genügten. Die Tarifstruktur muss überarbeitet werden und den medizinischen, sachlichen, betriebswirtschaftlichen und gesetzlichen Vorgaben angepasst werden.

²⁵ KIESER/OGGIER/BÜHRER, S. 60 f.