

Einschreiben / Vorab per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

E-Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Grandvaux, 19. Juni 2017

Vernehmlassung zur Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Einladung zur Vernehmlassung in Bezug auf das oben genannte Geschäft und lassen Ihnen hiermit fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

swiss orthopaedics anerkennt, dass Tarmed überarbeitet werden muss, dies aber in sachgerechter und betriebswirtschaftlicher Art.

swiss orthopaedics lehnt die Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung aus folgenden und unten weiter ausgeführten Gründen dezidiert ab:

- Die Verordnung erfüllt die gesetzlichen Vorgaben nicht.
- Die Verordnung ist politisch nicht korrekt.
- Die Verordnung würde negative Auswirkungen auf die berufliche Perspektive unserer jungen Mitglieder haben.
- Die Prämienzahlerinnen und -zahler müssten eine Einbusse der Behandlungsqualität in Kauf nehmen.

Unsere Stellungnahme ist folgendermassen gegliedert:

- I. **Allgemeine Beurteilung des bundesrätlichen Tarifeingriffes**
- II. **Erläuterungen zur bundesrätlichen Begründung der Verordnung**
- III. **Stellungnahme zu den einzelnen Punkten im Speziellen**
- IV. **Massnahmen aus Sicht von swiss orthopaedics**

I. Allgemeine Beurteilung des bundesrätlichen Tarifeingriffes

A. Juristische Aspekte

- a. Die vom Gesetz geforderten Kriterien der Sachgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit sind nicht erfüllt.
- b. Nicht sachgerecht ist der Eingriff, weil:
 - i. Er sehr einseitig erfolgt.
 - ii. Es sich um einen reinen Spareingriff handelt, der nicht auf die übertarifierten Leistungen abzielt, sondern eine generelle Absenkung sämtlicher operativer Leistungen und einiger Grundleistungen beinhaltet.
 - iii. Argumentativ nur auf jene Leistungskomponenten eingegangen wird, die im Laufe der Jahre kostengünstiger geworden sind, nicht aber auf jene, die eine Kostensteigerung erfahren haben.
 - iv. Keine eigentliche Struktur in den Begründungen und Überlegungen zum Eingriff erkennbar sind.
 - v. Auch eine sich am Tarifmodell orientierenden Kohärenz in Bezug auf die Massnahmen fehlt.
 - vi. Der Tarifeingriff auf einer - wie vom Bundesrat selbst formuliert - in die Jahre gekommenen Tarifstruktur basiert und auch weiterhin Fehlanreize schaffen wird, Schwachstellen des Tarifwerkes auszunutzen. Die Kenner der Sachgerechtigkeit sind die Leistungserbringer, nicht die politischen Behörden. Die sachgerechte Strukturbereinigung wurde bei der Revision zu ats-tms 1.0 über weite Strecken gemacht, Anpassungen und Bereinigungen laufen jetzt im Rahmen des Projektes TARCO. Die Revision ist Sache der Ärzteschaft, für die Plausibilisierung wiederum ist die Mitwirkung der Krankenkassenverbände und von H+, der MTK gefragt.
- c. Nicht billig ist der Eingriff, weil er
 - i. inakzeptabel einseitig zu Lasten der Ärzteschaft und insbesondere der Spezialisten erfolgt. Das Bundesverwaltungsgericht hat klar festgehalten, dass die Last von Kostensteigerungen nicht alleine einer Stake holder-Gruppe aufgebürdet werden darf.
- d. Nicht betriebswirtschaftlich ist der Eingriff, weil:
 - i. Gewisse Teile der Ärzteschaft, darunter gehören auch Mitglieder von swiss orthopaedics, derart betroffen sein werden, dass eine Weiterführung der bisherigen Praxisstruktur nicht mehr wirtschaftlich tragbar sein wird. Als Beispiel sei ein für ambulante Operationen konzipierter und betriebener Operationssaal erwähnt.
 - ii. Die angestrebte Umverteilung zwischen Spezialisten und Grundversorgern nicht KVG-konform ist, zumal diese Umverteilung nicht nur auf nicht mehr sachgerechte Leistungen abzielt, sondern einer generellen Absenkung der Leistungsvergütung einzelner Spezialisten gleich kommt.
 - iii. Sämtliche auf die Vergütung der ärztlichen Leistung abzielende Massnahmen auch unter der Tatsache betrachtet werden müssen, dass die fehlende Tarifpflege nicht nur zu Verzerrungen in der Abgeltung, sondern auch zu einer Senkung des Reallohnes für die leistungserbringenden Ärzte geführt hat.
 - iv. Lineare Kürzungen mit der Begründung, apparative Kosten wären gesunken und Operationszeiten kürzer geworden, sträflich vernachlässigen, dass es einige andere Bereiche zu finanzieren gilt, die eine Kostensteigerung erfahren haben. So wurden in der Zwischenzeit eingeführte staatliche Vorschriften, die ebenfalls zu finanziellen Belastungen geführt haben, nicht im bestehenden Tarif aufgenommen und werden auch in der Verordnung nicht berücksichtigt.

B. Politische Aspekte

- a. Der Umstand, dass die Prämien heute für viele Haushalte ein Problem sind, obwohl die Gesamtkosten des Gesundheitswesens volkswirtschaftlich finanzierbar sind, würde von politischer Seite eine andere Lösung verlangen als die vorliegende Tariffestsetzung.
- b. Der Tarifeingriff belohnt die bisherige Verweigerungstaktik der Versicherer und wird so zu einem Spareingriff auf Kosten der Ärzteschaft.
- c. Die Tatsache, dass die Gesundheitsausgaben seit 1996 um 72% linear angestiegen sind, die Prämien aber um 107%, müsste den Bundesrat doch auch gewisse Fragen stellen lassen. swiss orthopaedics erwartet vom Bundesrat eine Analyse dieser Divergenz.
- d. Der Bundesrat verhindert mit der geplanten Verordnung, dass auch die Versicherer sich zu Kompromissen bereit erklären müssen. Von einer Deblockierung kann mit Sicherheit nicht die Rede sein.
- e. swiss orthopaedics ist klar der Ansicht, dass sich eine zunehmende Einmischung des Staates ins Gesundheitswesen weder qualitätsfördernd noch kostensenkend auswirken wird.
- f. swiss orthopaedics bedauert, dass für den Bundesrat selbst argumentativ eine Umverteilung von den Spezialisten zu den Grundversorgern vordergründig ist.
- g. swiss orthopaedics erwartet im Rahmen eines Tarifeingriffes mit derart weitreichenden Folgen, dass nicht mit Vermutungen oder Annahmen, sondern mit Zahlen und Fakten begründet wird.
- h. Fakt ist doch, dass über TARMED nur rund 1/7 der Gesundheitskosten abgerechnet werden, davon wiederum sind 60% praxisambulant und 40% spitalambulant. Das erklärte Ziel des Bundesrates, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu bremsen und den Prämienanstieg zu brechen, würde wenn schon nach Massnahmen suchen lassen, die sich nicht nur auf dieses Volumen von 1/7 limitieren. Elementare gesundheitsökonomische Aspekte werden hier ausser Acht gelassen
- i. Fakt ist, dass der Tarifeingriff zu einer Verlagerung in den spitalambulanten und stationären Bereich führen wird.
- j. Fakt ist, dass ambulante Leistungen zu 100% über die Prämien, die stationären Leistungen mehrheitlich über die Steuern finanziert werden. Der geplante Eingriff wird im besten Fall zu einer Kostenverlagerung, möglicherweise aber zu einer Kostensteigerung führen.
- k. Fakt ist, dass der Bundesrat mit seinem einseitig auf den Schultern der Ärzteschaft ausgeübten Spareingriff die berufliche Perspektive des ärztlichen Nachwuchses erheblich und folgens schwer trübt.
- l. Fakt ist, dass gewisse Leistungen in Folge der geplanten Absenkung der Vergütung weder kostendeckend noch rentabel erbracht werden können. swiss orthopaedics befürchtet, dass solche Leistungen von den praxisambulant arbeitenden Leistungserbringern nicht mehr angeboten werden, wie dies auch im nahen Ausland der Fall ist. Konsequenzen könnten Versorgungsengpässe sein, leidtragend wären die PrämienzahlerInnen.
- m. Fakt ist, dass die Verantwortung für die Qualität bei uns als Fachgesellschaft liegt und nicht bei der Politik.
- n. Fakt ist, dass der Bundesrat mit dem Tarifeingriff seine Charta Gesundheit 2020 in Frage stellt.
- o. Wie bereits der erste Eingriff gezeigt hat, kann sich ein politisch motivierter Eingriff negativ auf die Kostenentwicklung auswirken. Wir befürchten dies auch bei der vorliegenden Verordnung.
- p. Wir bedauern, dass weder Bundesrat noch BAG die PrämienzahlerInnen über die möglichen Konsequenzen der Tariffestsetzung informiert. Dies ist unserer Meinung nach politisch nicht korrekt.
- q. Die geplante Tariffestsetzung wird zu kollateralen Schäden bei verschiedenen Fachgruppen führen.
- r. Die vereinfachte Vorstellung, dass technische Fortschritte immer zwingend mit einer Reduktion auch der ärztlichen Leistung verbunden sind, ist falsch.

- s. Die geplante Vereinheitlichung der quantitativen Dignitäten geht von der falschen Vorstellung aus, dass die auf Druck der EU vereinheitlichten Weiterbildungs-Curricula die reale Ausbildungszeit reflektieren. Die Zeit aber, die ein Spezialist in seine Aus-, Weiter- und Fortbildung investiert, bis er komplexe Handlungen kompetent und selbstständig durchführen kann, ist weitaus länger.
- t. Andere Sozialversicherer wie UV, IV, MV, die ebenfalls über TARMED abrechnen, werden von den Auswirkungen der Festsetzung unter Umständen stärker betroffen sein, da sie neben den eigentlichen Leistungen für die Heilbehandlung auch für Renten und Taggelder aufkommen müssen.
- u. Die immer wieder als Hauptgrund für die Kostensteigerung angeführten Mengenausweitungen beziehen sich zu einem wesentlichen Teil auf stationäre Leistungen. Analysiert man aber die Zahlen des BfS auf die unserer Fachgesellschaft vorgeworfene Mengenausweitung bei Hüft- und Knieprothesen, so muss solchen Vorwürfen entschieden widersprochen werden. Das jetzige Vergütungssystem und die bereits jetzt gültigen Tarife stellen für die Mitglieder unserer Fachgesellschaft keinen Anreiz dar, ambulant zu operieren, vom Vorwurf einer Mengenausweitung muss hier also klar Abstand genommen werden.

C. Potentielle Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten

- a. Gewisse Leistungen können im praxisambulanten Umfeld nicht mehr angeboten werden, Folge wären mögliche Versorgungsengpässe.
- b. Die zu erwartenden Ertragseinbussen der öffentlichen Spitäler – soweit diese nicht mit einer Mengenzunahme infolge der Verlagerung von praxisambulant zu spitalambulant oder stationär kompensiert werden - können zu einer Umverteilung der Kosten von den Prämienzahlern auf die Steuerzahler führen.
- c. Es wird zu einem Ausbau der Spitalambulatorien kommen, die vertrauensvolle Beziehung zum Haus- oder Facharzt wird darunter möglicherweise leiden.
- d. Die Limitierung auf 20 Minuten wird einerseits zu einer Qualitätseinbusse in Bezug auf die Abklärung und Aufklärung der PatientInnen und ihres sozialen Umfeldes führen. Wo nötig, müssen die PatientInnen für weiterführende Untersuchungen und Informationen einen zweiten Sprechstundentermin wahrnehmen, was mit einer Zunahme von Wartezeiten und Kosten auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht verbunden sein wird.
- e. Die mögliche Verlagerung in den stationären Bereich führt zu einer Mehrbelastung der Steuerzahler.
- f. Die Verlagerung wiederum in den spitalambulantem Bereich würde zu einer weiteren Kostensteigerung und damit zu einem Prämienanstieg beitragen.
- g. Die Streichung der Zuschläge unter anderem für Hilfsmittel wird die Versorgungsqualität erheblich schwächen und zu einer weiteren Kostensteigerung führen.
- h. Die durch die fehlende Verrechnungsfähigkeit zur Leistungslimitierung gezwungene betroffene Ärzteschaft verliert an Vertrauenswürdigkeit.
- i. Das Informationsverhalten der Patientinnen und Patienten hat sich verändert, sowohl bezüglich Quellen, wie aber auch der Kommunikation mit den behandelnden Ärzten. Wenn von unseren Mitgliedern diese geleistete Arbeit – wie dies auch andere Berufsgruppen machen – verrechnet wird, so ist dies nach den teilweise unsachgemässen Kürzungen durch den ersten Eingriff des Bundesrates nur korrekt. Eine klare Bezeichnung der erbrachten und in Rechnung gestellten Leistung aber unterstützen auch wir, wenn gleich es jedem betriebswirtschaftlich orientierten Sachverständigen bewusst ist, dass das zunehmende Klima der Überwachung und Kontrolle zu weiteren Kostenanstiegen auf Seiten sowohl der Leistungsträger wie auch der Spitäler und Kliniken führen wird. Wir fordern, dass bei den zu erwartenden weiteren Zunahmen der Kosten dann von Seiten des Bundesrates eine differenzierte Darstellung der Fakten publiziert, beziehungsweise den Prämienzahlern mitgeteilt wird. Wir erwarten, dass dies dann in einer substantiell begründeten Art und Weise erfolgt und nicht wie anlässlich des letzten fehlgeschlagenen Eingriffes.

D. Auswirkungen für die Mitglieder von swiss orthopaedics

- a. Der als nicht sachgerecht und nicht betriebswirtschaftlich abgestützte Eingriff wird dazu führen, dass junge KollegInnen sich gut überlegen werden, in Zeiten der unberechenbaren staatlichen Eingriffe den Schritt in die Selbstständigkeit zu wagen. swiss orthopaedics möchte aber, dass die hohe Qualität der Aus- und Weiterbildung in der Schweiz sich auch in den Praxen widerspiegelt.
- b. swiss orthopaedics würde es sehr bedauern, wenn analog zum Ausland die Tarifeingriffe entweder zu einer Vermeidungshaltung in Bezug auf gewisse Leistungen oder zu einer quantitativen Mengenausweitung zu Lasten der Qualität führen würden.
- c. Die Mitglieder werden aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung derselben Leistung diese wenn immer möglich stationär durchführen.
- d. Die Mitglieder werden auf eine Lagerhaltung wo immer möglich verzichten. Gewisse Notfallmedikamente, die ein Verfalldatum haben, auf ein absolutes, noch vertretbares Minimum reduzieren.
- e. Der Eingriff führt zu einer sinkenden Attraktivität des Arztberufes, einerseits, weil von politischer Seite auch bei diesem Eingriff die Spezialisten unter den Generalverdacht der Mengenausweitung und unlauteren Abrechnung gestellt werden, damit die betriebswirtschaftlich notwendige Sicherheit zur Führung einer Facharztpraxis zunehmend in Frage gestellt werden muss. Andererseits wird der Anreiz reduziert, die längere Investition in die Aus- und Weiterbildung in Kauf zu nehmen, da später als Folge des geplanten Eingriffs dieser Mehraufwand nicht mehr mit einer höheren Dignität und damit besseren Vergütung kompensiert würde.

II. Erläuterungen zur bundesrätlichen Begründung der Verordnung

Als Leistungserbringer im Bereich Bewegungsapparat gehört swiss orthopaedics zu einer der Fachgruppen, die einerseits von den Veränderungen der Bevölkerung (Demographie, Ansprüche an die Lebensqualität), andererseits auch von den Entwicklungen der Medizin relevant betroffen ist. Rund 60% der Arztbesuche stehen im Zusammenhang mit Problemen am Bewegungsapparat. Im Curriculum der Grundversorger muss keine einzige Weiterbildungsminute darauf ausgerichtet werden. **Wir gehören somit zum erweiterten Kreise der Grundversorgung.**

Ein in gewissen Bereichen möglicher Mengenanstieg und damit verbunden auch ein Anstieg der Kosten wird auch von unserer Seite kritisch betrachtet, wo ein solcher auf einer fraglichen Indikationsqualität und der viel zitierten Übermarktung beruht. **Als Fachgesellschaft setzen wir uns für eine qualitativ hochstehende Aus-, Weiter- und Fortbildung unserer Mitglieder ein. In unserem Fokus muss die Patientin, der Patient stehen und damit die Qualität der Leistung.** Ihre Verordnung aber wird für die Prämienzahler bei fehlender Sachgerechtigkeit zu einer Qualitätseinbusse führen.

Sie schreiben in Ihrem Kommentar zum Tarifeingriff selber, dass „die Taxpunkte anhand der Kosten einer bestimmten Leistung berechnet werden und die Relation der Leistungen zueinander festlegen“. **Die Relation zwischen einer operativen Leistung mit fallbezogen hohem Risiko und einer Sprechstundenleistung mit fallbezogen kleinem Risiko wird durch den Tarifeingriff nicht berücksichtigt.**

Die durch Sie am 15. Juni 2012 erlassene Genehmigung einer Tarifierhöhung war weder rechtskonform noch hat sie die erhoffte Wirkung erzielt. Im Gegenteil, die von Ihnen nun anvisierten Einsparungen von 700 Mio CHF können Sie, wie bereits beim ersten Eingriff, nicht mit einer nachvollziehbaren Abschätzung der Kostenfolgen kommentieren. Wie verschiedene andere Gesellschaften und Leistungsträger bedauern auch wir, dass einerseits die Prämienzahler und Medien nie in korrekter Weise unterrichtet wurden, welcher Art die Auswirkungen des ersten Eingriffes waren. Man hat sich auf den politisch einfachen Weg eingelassen, den Spezialisten eine Mengenausweitung und damit die Verantwortung der fehlgeschlagenen Intervention zu unterstellen. Auch bei der geplanten neuen Tarifierhöhung fehlen wieder konkrete Berechnungen. **Das System von „trial and error“ wurde in der Medizin weitestgehend verlassen, scheinbar aber nicht auf oberster politischer Ebene.** Tatsächlich rechnen wir damit, dass es durch diese Verordnung zu einer substanziellen Veränderung mindestens für einen Teil der Ärzteschaft und Leistungserbringer kommen wird, die sich in einer Verabschiedung von der ambulanten Therapie auswirken wird. Die Kostenfolgen sind uns allen bekannt. Gegenregulationen zur Verhinderung solcher Verlagerungen sind politisch ebenfalls brisante Eingriffe. Deutschland und andere Länder haben dies eindrücklich bewiesen.

Interessant scheint uns auch, **dass von verschiedener Seite der vorgeschlagene Tarifeingriff als rechtswidrig beurteilt wird.** Darauf wird von Ihrer Seite in den öffentlichen Statements nie eingegangen. Die Sachgerechtigkeit des Tarifes wird erneut verschlechtert, obwohl ja die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates dazu dienen sollte, diese wiederherzustellen. Art 43 Absatz 4 KVG legt fest, dass bei der Festlegung der Tarife auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur zu achten ist. Das Ziel solle darin bestehen, wie Sie selber schreiben, „eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erreichen (Art. 43 Abs. 6 KVG)“. **Da Ihre Verordnung weder die Sachgerechtigkeit noch die betriebswirtschaftliche Bemessung berücksichtigt, wird sie auch nicht zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung beitragen.** Wir sind klar der Ansicht, dass Sie diesmal den PrämienzahlerInnen erklären müssen, weshalb der erneute Eingriff nicht rechtens und nicht wie erhofft wirksam war, sollte sich bestätigen, dass die prognostizierten Einsparungen nicht eintreffen.

Sie schreiben in Ihrem Kommentar, dass es „die Tarifpartner jedoch, entgegen ihrer Ankündigung gegenüber dem EDI und dem BAG, nicht geschafft hätten, per Ende Juni 2016 eine revidierte Tarifstruktur einzureichen“. Wir können Ihnen versichern, dass swiss orthopaedics mit enormem Aufwand an einer sachgerechten Tarifrevision mitgewirkt hat. Die Ablehnung des revidierten Tarifes ats-tms 1.0 durch die Urabstimmung der FMH erfolgte nicht primär wegen fehlender Sachgerechtigkeit. Die vielfältigen Gründe für die Ablehnung wurden weder vom BAG, noch vom Bundesrat zur Kenntnis genommen. **Eine Deblockierung, von welcher Sie in Ihrem Kommentar immer wieder schreiben, hätte man erreicht, wenn man sich auf diese Gründe eingelassen hätte.**

Sie erwähnen weiter, dass „die Weiterführung der aktuell gültigen Tarifstruktur TARMED sich daher als Übergangslösung bis zum Inkrafttreten einer Totalrevision der Tarifstruktur verstehe“. Wir bestehen aber auf der klaren Forderung, **dass eine Revision sachgerecht und wirtschaftlich zu erfolgen hat, nicht aber normiert oder gedeckelt.** Mit dem erneuten Eingriff werden in ihrer Auswirkung nicht kalkulierbare oder mindestens nicht vorgängig kalkulierte Massnahmen im Sinne einer Plafonierung einzelner Leistungsbereiche gemacht.

Sie halten weiter fest, dass von Curafutura, der TarifUnion der fmCH und von H+ Anträge eingereicht worden sind. Dass Sie sich über weite Strecken auf jenen der Curafutura eingelassen haben, eines Krankenkassenverbandes, der sich notabene trotz stetem Beisitz bei der gesamten Revision „vornehm“ nicht beteiligt hat, um dann mit einem Vorschlag geprägt von partikulären Interessen an den Verhandlungspartnern vorbei sich bei Ihnen Gehör zu verschaffen, ist nicht Ausdruck dafür, dass Ihnen die verabschiedete Charta Gesundheit 2020 wirklich ernst ist.

Die gesellschaftspolitisch zu führende Diskussion der Erwartungshaltung der Prämienzahler wird von Ihrer Seite unseres Erachtens in der gesamten Debatte sträflich vernachlässigt. Es ist uns klar, dass es einfacher ist, Schuldige zu bezeichnen als grundsätzliche Debatten zu führen. Die Argumentationen sind auch Ausdruck eines grossen Misstrauens gegenüber uns Spezialisten. **Wir möchten Sie aber doch darauf hinweisen, dass es immer noch die Fachgesellschaften sind, die für die Qualität unseres auch im internationalen Vergleich hervorragenden Gesundheitssystems verantwortlich zeichnen und nicht die Politik. Unser Fachgebiet ist hierfür exemplarisch – swiss orthopaedics genießt international einen hervorragenden Ruf.**

Sie sprechen weiter von „einer gestalterischen Aufgabe der Tariffestsetzung, bei deren Wahrnehmung der festsetzenden Behörde ein Ermessensspielraum zukommen kann“. Wieso Sie dann in Ihrem Votum, als übergeordnet nationale Instanz plötzlich eine Argumentation in der „kantonalen Praxis“ suchen, scheint mindestens als ein „Ringeln nach Argumenten“. **Ihre Festsetzung erhält den Charakter einer „Abstrafung“, indem einzelne Leistungserbringer für die Kostenentwicklung hauptverantwortlich beziehungsweise schuldig erklärt werden,** obschon offizielle Zahlen des BfS andere Schlüsse zulassen. Wir sind uns als Fachgesellschaft bewusst, dass es in unseren Reihen ein paar wenige (!) Mitglieder hat, die den Tarif ausnutzen. Wir kämpfen gegen jeglichen Missbrauch an und bieten Hand für zulassungsregulierende Massnahmen, sofern diese auf Qualität (auch Indikationsqualität) fokussieren. Diese sogenannten „schwarzen Schafe“ gibt es in allen Berufsgruppen, selbst unter den Politikern. Wir stellen uns entschieden gegen eine kollektive Abstrafung.

Ein nicht sachgerechter Tarifeingriff wird Fehlanreize setzen zur Kompensation für nicht mehr kostendeckend vergütete Leistungen. **Sie machen sich damit mitverantwortlich für solche potentiellen Fehlentwicklungen.**

Bekanntlich sind Sie im Austausch mit Vertretungen aus Deutschland und Holland. Wir sind als Fachgesellschaft gerne bereit, mit Ihnen die Auswirkungen jener Systeme auf die Qualität der orthopädischen Versorgung zu diskutieren, dies auf der für uns im Vordergrund stehenden Ebene, nämlich jener der Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten.

Sie halten fest, dass „ausgewiesene Kostensenkungen (z.B. aufgrund der Reduktion von Operationszeiten) ins Tarifmodell einfließen müssen“, genauso zu berücksichtigen sind aber Veränderungen wie gestiegene Lohnkosten bei Fachärzten (Referenzlohn) wie beim nichtärztlichen Fachpersonal, ein massiv kostentreibendes Mehr an regulativen Massnahmen, Vorschriften und Kontrollen. Ihre Aussage, dass „bei gleichem Leistungsangebot (gleiche Qualität und Menge der erbrachten Leistungen) grundsätzlich keine Kostensteigerungen resultieren dürfen“, ist dann als falsch zu bezeichnen, wenn man sich an den von Ihnen ebenfalls zitierten Begriffen der Sachlichkeit und Wirtschaftlichkeit orientiert. **Wie bereits bei der ersten Vernehmlassung fordern wir die ergebnisoffene, sachgerechte und betriebswirtschaftliche Revision des Tarifes.**

Weiter begründen Sie Ihre Festsetzung damit, dass „es darum gehe, übertarifizierte Leistungen in gewissen Bereichen des TARMED zu korrigieren und dadurch die Tarifstruktur sachgerechter zu machen“. **Ginge es Ihnen um eine Korrektur solcher übertarifizierten Leistungen, dann müssten Sie nicht mit global und in ihrer Auswirkung nicht voraussagbaren Korrekturen an Faktoren wie der Dignität oder der Sparten eingreifen, die sich – wie von Ihnen beabsichtigt - auf das gesamte Gebiet der ambulanten operativen Tätigkeit negativ auswirken werden.**

Wir lesen, dass „aufgrund des medizinischen Fortschrittes davon auszugehen sei, dass insbesondere die in den Berechnungsmodellen hinterlegten Produktivitäten und Minutagen nicht mehr korrekt wären, auch hätten sich die Gerätepreise in diesen Bereichen seit den 90-er Jahren stark verändert, die meisten seien deutlich gesunken“. Es stimmt uns mindestens nachdenklich, wenn von oberster politischer Ebene von Annahmen ausgehend Eingriffe gemacht werden, die Leistungserbringer treffen, die in ihrer Tätigkeit verpflichtet werden, in Bezug auf Ihre zu erbringende oder erbrachte Leistungen den Nachweis der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zu erbringen. Minutagen wurden angepasst, wir haben weiter auch klar kommuniziert, dass hierfür ein kontinuierliches Monitoring stattfinden muss. Schon beim ersten Eingriff haben Sie wegen fehlender anderweitiger Argumente ihre Massnahmen damit begründet, dass ein PC, TV oder eine Kamera billiger geworden wäre (Vizedirektor des BAG und Ihr persönlicher Berater), auch jetzt heben Sie diese zum Teil sicherlich zutreffenden Begebenheiten wieder hervor, unterschlagen aber in der Diskussion mit Konstanz, dass es auch Bereiche mit einer über die Jahre eingetretenen Kostensteigerung gibt. **Der Anstieg der Kosten für das nichtärztliche Personal wurde so in den letzten Jahren in der freien Arztpraxis aus der AL bezahlt.**

Statistisch geben Sie „seit Einführung des TARMED eine starke Entwicklung der ambulanten Konsultationen bei den Spezialisten von 33% (2005-2014, SASIS AG Datenpool)“ an. Auch bei der Kostenentwicklung liegen die Spezialisten vor den Grundversorgern. „Diese Entwicklung sowie die Tatsache, dass die Einkommensunterschiede zwischen den technischen Fachspezialisten und den Grundversorgern seit Einführung des TARMED im Jahre 2004 zu- statt wie beabsichtigt abgenommen haben - verstärken die Vermutung von Übertarifierung in gewissen spezialisierten Fachgebieten“. Diese Aussagen ausgesprochen genereller Art und ein auf Vermutung basierender bundesrätlicher Eingriff müssten schon vertieft analysiert werden. Will man, wie kommuniziert, „ambulant vor stationär“ fördern, so wird auch dies systembedingt zu einer weiteren Zunahme der Kosten bei den Spezialisten, Spitälern und Kostenträgern führen- was wollen Sie nun bewusst fördern? Welche Spezialisten meinen Sie überhaupt? **Die Einkommensunterschiede in beiden Gruppen, Grundversorgern und Orthopäden, variieren enorm.** Wir können Ihnen, vor allem aus Kantonen mit Selbstdispensation, ohne Probleme Zahlen liefern, die nachweisen, dass die Umsätze in entsprechenden Grundversorgerpraxen höher sein können als in einer Spezialistenpraxis mit operativer Tätigkeit. Wir können Ihnen auch aufzeigen, dass jene Spezialisten in unserer Fachgesellschaft mit überdurchschnittlich hohem Einkommen diese nicht mit ambulanten Leistungen erwirtschaften und dies somit nichts mit TARMED zu tun hat!

Die seit Jahren repetierte Aussage des „Stärken der intellektuellen Leistung gegenüber der technischen“ ist einfach stossend. Erstens ist unsere Sprechstundentätigkeit genauso „intellektuell“ und genauso wenig „technisch“ wie jene des Allgemeinmediziners, wird aber ungleich entlohnt, zweitens ist auch eine „operativ-technische“ Leistung primär eine „intellektuelle“ - wir erwarten, dass Sie von dieser objektiv falschen Differenzierung Abstand nehmen.

Wiederholt argumentieren Sie mit dem Wort „Deblockieren“. Die gemachten Äusserungen und insbesondere die Konsequenzen für operativ tätige Spezialisten haben aber eine klar polarisierende Wirkung. Sie halten fest, dass „durch die Erhöhung der Produktivität in den Operationssparten die operativen Tätigkeiten im Vergleich zu nicht-invasiven Tätigkeiten schlechter gestellt werden. Somit verringere sich der Anreiz, eine Operation ohne zwingende medizinische Notwendigkeit durchzuführen.“ Was ist nun Ihre Aufgabe gemäss KVG: die Produktivitäten in den verschiedenen Sparten zu erhöhen, um die Abgeltung jener der Grundversorger anzugleichen oder vielleicht doch die betriebswirtschaftlich und sachgerechte Anpassung? Wir verfügen über eine fundierte Datenbank, mit Hilfe derer wir die Spartenberechnungen für TARCO bewerkstelligen: **die von Ihnen ohne Angabe von Zahlen gemachten Abänderungen der Produktivität sind nicht haltbar.**

Wenn Sie weiter argumentieren, dass „die Dichte der MRI- und CT-Geräte in der Schweiz im OECD-Vergleich hoch ist“, ist dies sicher richtig. **Der politische Diskurs über ein Angebot an solchen Geräten oder auch an Spitälern wird aber gescheut, die finanziellen Auswirkungen uns Leistungserbringern angelastet.** Aus unserer täglichen Arbeit können wir Ihnen gerne unsere Erfahrungen mitteilen, nämlich dass nicht wenig Grundversorger sich aufgrund der verschärften Vorschriften und der reduzierten Rentabilität kein eigenes Röntgen mehr leisten und die Patientinnen und Patienten dann einfach zum MRI schicken. Das BAG könnte ja anstatt Kostenvergleiche mit andern OECD-Ländern anzustellen einmal evaluieren, wer die teils unnötigen Untersuchungen veranlasst.

Sie monieren weiter, dass „dem Bundesrat zu keiner Zeit Daten oder detaillierte Berechnungsgrundlagen zum GRAT Kostenmodell vorlagen“ und folgern dann im nächsten Satz: „Auch die Kostensätze dieser Sparten werden daher im Sinne eines Intransparenzabzuges um 10% gekürzt“. Die Folgerung per se schon widerspiegelt eine autoritäre und undifferenzierte Haltung. Das BAG hat sich, so unsere Erfahrung, im Rahmen der gescheiterten Tariffreivision auch nur in dieser Form eingebracht, mit vagen Begründungen, mit Drohungen - oder wurden diese Zahlen tatsächlich explizit trotz Verlangen verweigert? **Wie wir aus unserer Zusammenarbeit mit der FMH wissen, wird diese dem BAG Einsicht in die Berechnungsgrundlagen anbieten.**

III. Stellungnahme zu den einzelnen Punkten im Speziellen

1. Einheitlicher Dignitätsfaktor

Sie halten in Ihrer Begründung fest, dass „die Ausbildungsdauer gemäss Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (MedBG; SR 811.11) für alle Facharzttitle 5 oder 6 Jahre betrage“. Damit wären „die unterschiedlichen Dignitätsfaktoren nicht gerechtfertigt und führten insbesondere zu einer Verletzung des Gebotes der Billigkeit“.

Die quantitative Dignität (und nicht der Dignitätsfaktor) drückt aus, wie viele Jahre strukturierter Weiterbildung ein Facharzt aufbringen muss, um eine bestimmte Leistung zu erbringen. Ihre Annahme, dass gerade in unserem Fachgebiet der Facharzttitle genügende praktische Erfahrung garantiert, um eine ambulante operative Leistung qualitativ hochstehend zu erbringen, ist nicht haltbar. **Für eine Vielzahl von solchen Leistungen übertrifft die effektive Weiterbildungszeit die vom MedBG verlangte reguläre Zeit.** Wieso es zur Angleichung im MedBG gekommen ist, dürfte Ihnen bekannt sein, wir verweisen auf die Freizügigkeitsabkommen. Die quantitativen Dignitäten wurden bisher weder vom Preisüberwacher noch der Eidgenössischen Finanzkontrolle beanstandet. Der von Ihnen vorgeschlagene Schnitt darf als Zugeständnis an die Grundversorger gesehen werden und erfolgt als solcher wiederum ohne Sachgerechtigkeit. Wir wehren uns nicht dagegen, dass die Dignitäten kontrolliert, monitorisiert und den aktuellen Gegebenheiten angepasst werden. Wir sind ja selber im Rahmen des Projektes TARCO auch an einer Umsetzung beteiligt.

Die vorgeschlagene Vereinheitlichung kommt einer fehlenden Wertschätzung der Mitglieder von swiss orthopaedics gleich, ist eine willkürliche Abstrafung und ein Entgegenkommen gegenüber den Grundversorgern. Sie entbehrt jeglicher Sachgerechtigkeit und wird von uns entschieden abgelehnt. **Sie bevorteilt diejenigen Kollegen, die eine minimale Weiterbildung absolvieren und bestraft jene, die über den Facharzttitle hinaus Jahre investieren, um eine Leistung qualitativ hochstehend selbständig zu erbringen, auch in Form von Schwerpunkttiteln und Fähigkeitsausweisen.**

Schon rein rechnerisch ist die Vereinheitlichung nicht konklusiv. So wird beim „Praktischen Arzt“ mit 2 Jahren weniger Weiterbildungszeit eine Reduktion von 6% - pro Jahr also 3% - festgehalten, ein 6-jähriger Weiterbildungstitel müsste also eine Aufwertung gegenüber dem 5-jährigen von 3 % haben.

Wir möchten es nicht unterlassen, bei dieser Gelegenheit auf die **Problematik der adäquat in der Schweiz aus-, weiter- und fortgebildeten FachärztInnen in unserem Spezialgebiet** hinzuweisen. Von den zwischen 2009 und 2014 in der Schweiz neu verliehenen Facharzttiteln für Orthopädische Chirurgie wurden **in 22% das Studium und die Facharztausbildung in der Schweiz absolviert, in 21% wurde das Studium im Ausland absolviert mit Erwerb des Facharzttitels in der Schweiz und in 57% (!) fand weder Studium noch Facharztausbildung in der Schweiz** statt. Der geplante Eingriff wird junge MedizinstudentInnen in der Schweiz davon abhalten, den anforderungsreichen Weg zu diesem Facharzttitle zu wählen. Wo Versorgungslücken sich auftun werden, dort lassen sich die KollegInnen mit qualitativ wenig überzeugender Aus- und Weiterbildung und fehlendem Verständnis für das Schweizer Gesundheitswesen nieder.

2. Erhöhung der Produktivität in den Operationssparten

Sie begründen Ihren Eingriff damit, dass „durch die Erhöhung der Produktivität in den Operationssparten die operativen Tätigkeiten im Vergleich zu nicht-invasiven Tätigkeiten schlechter gestellt werden. Somit verringere sich der Anreiz, eine Operation ohne zwingende medizinische Notwendigkeit durchzuführen.“

swiss orthopaedics wehrt sich ganz entschieden gegen die generelle Unterstellung, dass Operationen ohne medizinische Notwendigkeit durchgeführt würden. Wir vermissen klare und datenbasierte Argumente, weshalb die Grundversorger gegenüber den operativ tätigen Spezialisten im geplanten Ausmass aufgewertet werden müssen. Wir haben nichts gegen die Aufwertung der Grundversorger, nicht aber im Sinne der geplanten Umverteilung auf unsere Kosten, dies erst noch ohne jegliche Sachgerechtigkeit. Wir arbeiten im Projekt TARCO unter Einbezug einer diesbezüglich grossen Datenbank an der Berechnung der Produktivitäten und sind selbstverständlich bereit, datenbasiert wo nötig Anpassungen zu machen.

Eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema «Produktivität» hätte Ihnen einerseits aufgezeigt, dass die Grundversorger gerade aufgrund ihrer hohen Produktivität Leistungen zusätzlich abrechnen können, was per se schon wieder eine Kompensation darstellt. Andererseits adoptieren Sie die von Curafutura vorgeschlagene Lösung und übernehmen die in der revidierten Tarifstruktur ats-tms 1.0 bereits erhöhten Produktivitäten. Sie vernachlässigen dabei aber, dass wir die Produktivitäten im Rahmen der Revision selbstständig erhöht hatten, weil wir bisher darin inkludierte Leistungen zur Transparenzverbesserung herauslösten und in einem separaten Kapitel RQ abbildeten.

Die Erhöhung der Produktivitäten und das gleichzeitige Streichen der im Kapitel RQ (ats-tms 1.0) aufgelisteten Leistungen sind weder sachgerecht noch betriebswirtschaftlich, entsprechen somit auch nicht dem KVG. Die vorgeschlagene Erhöhung der Produktivitäten lehnen wir somit kategorisch ab, signalisieren aber klar, dass wir uns nicht einer sachgerechten und datenbasierten Überarbeitung der Produktivität verschliessen. **Die Berechnungen im Rahmen unserer Mitarbeit in der TarifUnion der fmCh sprechen klar für eine Beibehaltung der bisherigen Produktivitäten.**

3. Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten

Auch zu dieser Massnahme führen Sie ins Feld, „dass die Dichte der MRI- und CT-Geräte in der Schweiz im OECD-Vergleich zu hoch ist. Nebst diesen offenkundigen Gründen für eine Senkung...“ scheinen noch andere Gründe die Senkung der Kostensätze zu rechtfertigen. Die Stellungnahme der SGR-SSR wird hier detaillierter Antwort geben. Wir möchten aber in Bezug auf Ihre hier angebrachte Begründung darauf hinweisen, dass auch in unserer Fachgesellschaft wünschenswerte Szenarien an Problemen wie der Arbeitszeitbeschränkung, der Stellenpläne und der Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal scheitern. Sollten Sie die Dichte dieser Geräte ändern wollen, wäre es doch politisch korrekt, die Auswirkungen zuerst den Prämienzahlern zu kommunizieren oder die politisch relevante Frage zu stellen, welche Form von Gesundheitswesen die Schweizer Bevölkerung will und dann aufzuzeigen, was diese Form auch kostet.

Wir finden es stossend, wenn für Anlagen Auslastungsdauern über 9 Stunden pro Werktag, für MRI und CT über 12 Stunden pro Werktag gefordert werden, die Deckung der damit steigenden Kosten für einen personellen Schichtbetrieb aber durch eine Absenkung der Technischen Leistung verunmöglicht wird. **Es fehlt uns die sachgerechte und betriebswirtschaftliche Sichtweise unter Einbezug auch des vom Bundesrat und den politischen Behörden geforderten Schutzes der Arbeitnehmer.**

4. Streichung der Minutagen für die Leistungen im engeren Sinne und Vereinheitlichung der Minutagen für die Berichterstellung bei den Tarifpositionen der CT- und MRI-Untersuchungen

Wir können hierzu keine objektivierbaren Zahlen und Fakten liefern, unsere Erfahrungen aus dem nahen Ausland zeigen uns aber, in welche Richtung sich die Qualität der Berichte entwickelt, wenn an der sachgerechten Abbildung geschraubt wird. Gerne geben wir Ihnen in dieser Hinsicht als Fachgesellschaft, die bei vielen Abklärungen solche apparativen Untersuchungen veranlasst, Auskunft aus dem Praxisalltag.

Wird den Radiologen, die bisher nur im Kapitel 39 abrechnen konnten und deshalb Gespräche mit PatientInnen über die MRI- bzw. CT-Leistung abbildeten, die geplante Streichung auferlegt, **so müsste Ihnen der Zugang zum Kapitel „Grundleistungen“ für die Konsultationen gewährt werden.**

5. Senkung der Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen

Wir erachten es als respektvoll und auch sachgerecht, hierzu die Stellungnahme der betroffenen Fachgruppen abzuwarten, da die Mitglieder von swiss orthopaedics hiervon nicht betroffen sein werden. Wir bedauern aber, dass Sie aus den zu hoch monierten Werten dieser speziell aufgeführten Leistungen generelle Schlüsse ziehen. Wie bereits mitgeteilt, haben wir im Rahmen der Revision ats-tms 1.0 die Minutagen bereits überarbeitet und angepasst, teilweise anhand von Zahlen, die H+ erhoben hatte und die von einem Institut der Berner Hochschule ausgewertet worden sind. Es ist jedoch absehbar, dass vor allem im universitären, hochspezialisierten Bereich mit aufwändigen interdisziplinären Patientenbeurteilungen, **eine Senkung der Minutagen nicht kostendeckend sein kann und den Ansätzen moderner, effektiver Patientenbetreuung zuwider läuft respektive das Rad der Zeit auf Kosten der schwerkranken Patienten zurückdreht.**

swiss orthopaedics erachtet es für zwingend, dass die betroffenen Fachgesellschaften in die Plausibilisierung der Minutagen mit einbezogen werden.

6. Umwandlung der Handlungsleistung „Untersuchung durch den Facharzt“ in Zeitleistung

Die Diskussionen um Zeit- versus Handlungsleistungen haben wir bereits im Rahmen der Revision ats-tms 1.0 exzessiv geführt, beide **Abgeltungsverfahren** haben Vor- und Nachteile. Wir haben uns innerhalb unserer Fachgesellschaft schon immer dafür stark gemacht, dass die Befunderhebung schlüssig in der Patientenakte dokumentiert werden muss, war doch das Ausmass der vorzunehmenden Untersuchungen auch schon bei der jetzigen Handlungsleistung klar vorgegeben. Wir mussten auch bereits im aktuellen gültigen Tarif bei entsprechender Nachfrage den Nachweis erbringen können, dass die geforderten Untersuchungsschritte für diese Handlungsleistung vorgenommen worden waren.

Die Begründung der unterschiedlichen Handlungszeiten von Leistungserbringern müssen wir dahingehend relativieren, dass die noch gültige Handlungsleistung in ihrer Höhe ja einen Mittelwert darstellt, der sowohl unter - wie auch überschritten werden kann. **Eine sinnvolle Korrektur wäre also, diesen Mittelwert zu plausibilisieren.** Eine Handlungsleistung per se bleibt nachvollziehbar und löst nicht unnötige Verwaltungskosten infolge Kontrollen einer angegebenen Zeitleistung aus, steigert die Effizienz, belohnt den erfahrenen und gut organisierten Leistungserbringer, was vor allem auch bei komplexen Problemen zum Tragen kommt. **Mit der Limitierung der geplanten Zeitleistung auf maximal die Höhe der vorgängigen Handlungsleistung wird weiter der eigentliche Sinn einer Zeitleistung (es wird vergütet, was tatsächlich an Zeitaufwand nötig war) über Bord geworfen.**

Wir erwarten durch diese Massnahme keine wesentliche Kosteneinsparung.

7. Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte

Bei einer durch Sie herbeigeführten **Limitierung der abrechenbaren Zeit auf maximal 20 Minuten** (1x erste 5 min + 2x weitere 5 min + 1x letzte 5 min) reglementieren Sie **an der Realität vorbei**, wir stellen uns klar gegen eine solche Limitierung. Ein Tarif soll die erbrachten Leistungen abbilden, Ihre Argumentation ist wiederum eine wenig sachdienliche und in ihrer Konsequenz sanktionierend, indem Sie schreiben, dass „die Entwicklung der Verrechnung der bedingt limitierten

Leistungspositionen sowie die Dauer der Konsultation Anhaltspunkt geben, dass die Positionen heute viel öfter und länger verrechnet werden, als es die bisher nicht angewandten Limitationen zulassen würden“. Wir kennen diese Limitationen und insbesondere deren Auswirkungen für die PatientInnen und Patienten aus Deutschland. **Sie führen klar zu einer qualitativen Einbusse zum Beispiel der Sprechstundentätigkeit und zu Kompensationsmechanismen für nicht honorierte Leistungen.** Zeitleistungen sollen ja definitionsgemäss die erbrachte Leistung möglichst genau abbilden, so argumentieren Sie ja unter Punkt 6. Diese zu limitieren ist der Versuch, die Ausreizung des Tarifes zu verhindern. **Tarifanpassungen aus sanktionierenden Gründen oder zwecks Vermeidung einer Fehlanwendung sind nicht sachgerecht** und haben noch in keinem System den erhofften Nutzen ergeben.

Die tägliche Arbeit zeigt uns, dass die Patientinnen und Patienten heute mehr Informationen in die Sprechstunden mitbringen, die teilweise bestätigt, teilweise richtiggestellt werden müssen. Sie erwarten von uns Orthopädischen Chirurgen Aufklärungen und Gesprächsbereitschaft, die mit diesen Limitationen nicht mehr in Einklang zu bringen sind. **Wir bedauern dies sehr, da gerade das hohe Vertrauen ein Merkmal der hohen Zufriedenheit unserer Patienten auch im internationalen Vergleich ist.**

Diese Limitationen sind zum Nachteil der Patientinnen und Patienten und deshalb abzulehnen.

8. Interpretation der Leistung in Abwesenheit des Patienten

„Es ist zu vermuten, dass die Leistungserbringer Tätigkeiten, die nicht im direkten Kontakt mit dem Patienten stehen, über diese Tarifposition verrechnen, obwohl die Tätigkeiten bereits über die Produktivität, d.h. durch die nicht-produktive Zeit, abgegolten wären“. Auch diese Annahme basiert nicht auf einer Gesamtsicht, sie scheinen sich in Ihren Argumentationen nicht von „Schuldvermutungen“ lösen zu können.

Wir wehren uns natürlich nicht gegen eine sachgerechte Anpassung, indem Leistungen, die anderweitig verrechnet werden können, nicht über diese Position in Rechnung gestellt werden sollen. Ein „verlangter kleiner Arztbericht an den Versicherer“ (00.2255), den wir oft zu später Stunde noch verfassen, soll Bestandteil der „allgemeinen Grundleistungen sein“. Erst der „Nicht formalisierte Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text“ wird verrechenbar. Es muss also ein „**kleiner verlangter Arztbericht an den Versicherer, bis 10 Zeilen**“ zu den möglichen Leistungen in Abwesenheit aufgenommen werden, insbesondere, weil ein solcher gemäss TARMED bisher in den allgemeinen Grundleistungen inkludiert war, die Kürzung der Konsultationszeit dies aber nicht mehr erlaubt.

Ebenso unterstützen wir **die Bestrebungen nach Transparenz**, wengleich sie in der Konsequenz den von den Leistungsträgern in der Revision gestellten Forderungen nach einer Reduktion des Tarifes widerspricht, falls die Auflistung komplett ist.

Hierzu müssen wir feststellen, dass es zu einer **ganz erheblichen Zunahme der Korrespondenz mit den Versicherern** in Bezug auf die Kostengutsprache für die Übernahme der Kosten einer erbrachten Leistung, abgegebenen Materiales, Kostengutsprache gesuchen und Wiedererwägungsgesuchen gekommen ist. **Wir sind klar der Ansicht, dass wir diese durch die Leistungsträger veranlassten Aufwände nur erbringen, wenn diese auch honoriert werden.** Es braucht also auch hierzu eine Position „**Korrespondenz mit dem Versicherer in Bezug auf Leistungsfragen**“. Bei einer Unterlassung sinkt wiederum die Behandlungsqualität für unsere Patienten.

Gegen die Limitationen wiederum stellen wir uns ganz klar, die Zunahme der Abrechnung „Leistung in Abwesenheit des Patienten“ hat nicht eine Mengenausweitung durch die Spezialisten als Ursache, sondern **widerspiegelt eine zunehmende Belastung in unserem Arbeitsalltag**. Um die Wartezeiten für die Konsultationen möglichst kurz, die Anzahl der Konsultationen für unsere Patientinnen und Patienten möglichst tief zu halten - sie fehlen dann ja auch im Arbeitsprozess, was volkswirtschaftliche Folgen hat - kommunizieren wir mit ihnen immer öfters und immer ausführlicher über die elektronischen Medien. Fallen diese Möglichkeiten den Limitationen zum Opfer, dann werden die Patientinnen und Patienten Wartezeiten in Kauf nehmen müssen und sich öfters in den Sprechstunden vorstellen, was kostenmässig sicherlich beides keinen Sinn macht.

9. Interpretation bei den Notfallzuschlägen präzisieren

Die Mitglieder unserer Fachgesellschaft bieten keine entsprechenden speziellen Einrichtungen an, in den sogenannten (multidisziplinären) Notfallpraxen werden aber zu einem wahrscheinlich nicht unerheblichen Teil kleinere Verletzungen und akute Probleme am Bewegungsapparat abgeklärt. Dass eine solche Institution, die ihr Angebot explizit auf Notfälle ausgerichtet hat, aufgrund der Unmöglichkeit einer Planung doch einen gewissen personellen und eventuell auch apparativen Mehraufwand betreiben muss, scheint uns nachvollziehbar. Zu diskutieren wäre viel mehr, ob es sich in jedem Fall um einen Notfall handelt oder ob der „moderne berufstätige Mensch“ dann eine solche Institution aufsucht, wenn er auch Zeit hat, nicht mehr bereit ist, Wartezeiten beim Grundversorger oder Spezialisten in Kauf zu nehmen. Diese Notfallpraxen akquirieren ja keine Patienten, sie werden von diesen aufgesucht. Die Diskussion wäre also wiederum viel mehr eine politische, das heisst, welche Wahlfreiheit will das System dem Prämienzahler zugestehen. Wir sind klar der Meinung, dass wir nicht für gesellschaftliche Verhaltensänderungen und deren Konsequenzen verantwortlich gemacht werden dürfen. Eine finanzielle Reduktion der Entlohnung von erbrachten Leistungen wiederum muss klar abgelehnt werden. **Das Streichen der Inkonvenienzentschädigung erachten wir aus diesem Grunde als schwierig zu rechtfertigen**, sind aber der Ansicht, dass diese nicht bei jeder Nachkontrolle verrechnet werden darf, nur weil es sich um eine „notfallähnliche“ Institution handelt.

10. Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal

Unsere Fachgesellschaft kann hierzu keine konsolidierte Stellungnahme abgeben.

11. Tarifposition „00.610 Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min“ umtarifieren und Interpretation präzisieren

Mit der Umtarifierung in die Sparte „Sprechzimmer“ sind wir einverstanden. Für eine transparentere Interpretation, siehe oben, sollte erwähnt werden, dass auch wir Orthopäden den Patientinnen und Patienten öfters **Übungen im Sinne eines Heimprogrammes instruieren**. Dies ist kosteneffizient, da eventuell notwendige physiotherapeutische Behandlungen damit vermieden werden können. Mit der von Ihnen beabsichtigten Limitierung der Sprechstundenzeit auf maximal 20 Minuten muss also dieser Zusatz in die Interpretationen aufgenommen werden, ansonsten die Patienten hierfür nochmals speziell aufgebeten werden müssten, was weder in Bezug auf die Behandlungsqualität, noch volkswirtschaftlich oder kostenmässig Sinn macht.

12. Zuschlag von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten löschen

Unter Berücksichtigung der Effizienz macht es Sinn, zum Beispiel für einen Patienten mit einer Verletzung an den unteren Gliedmassen eine Schiene und Stöcke an Lager zu haben, so dass er dank dieser Hilfsmittel ambulant weiter behandelt werden kann, möglichst seiner Arbeit nicht fernbleibt und eine kohärente Aufklärung erhält in Bezug auf die Anwendung der abgegebenen Hilfsmittel in Bezug auch auf seine Verletzung. Jeder vernünftig und pragmatisch Denkende zieht diese Lösung jener vor, bei welcher er zuerst von einer Begleitperson nach Hause getragen wird, die Nacht ohne stabilisierende Schiene verbringen und diese Hilfsmittel am nächsten Tag dann beim Orthopädiefachgeschäft besorgen muss – und dies erst noch zu einem höheren Tarif (SVOT).

Die von Ihnen vorgeschlagene Marktlösung, die eine Lagerhaltung diesbezüglich obsolet machen würde, funktioniert bereits in diesem einfachen Fallbeispiel nicht.

Wir gehen mit Ihnen einig, dass der generelle Zuschlag von 10% nicht unbedingt sachgerecht ist und eine prozentmässige Zuschlagsleistung unter Umständen den tatsächlichen Aufwand und auch das Risiko für eine Lagerhaltung (zum Beispiel Ablauf, Zerfall) nicht genügend berücksichtigt. Grosse Gegenstände beanspruchen mehr Platz, selten gebrauchte Hilfsmittel und Materialien sind für die Lagerhaltung aufwändiger als täglich gebrauchte. Sowohl in Einzelpraxen wie in grösseren Einheiten wie Gruppenpraxen ist das Bereithalten von medizinischen Hilfsmitteln, Verbrauchsmaterialien zwingend, um eine Grundversorgung zu gewähren. Im gesamten Wirtschaftsbereich werden für Vorhalteleistungen wie auch den Weiterverkauf Margen auf einem Produkt erhoben. **Da wir für die Lagerhaltung und Organisation auch eine Leistung erbringen, teilweise auch das Risiko tragen, die Verbrauchsmaterialien zum Beispiel nicht verkaufen zu können, gehört eine Marge auf den Einkaufspreis.**

Wir sind bereit, über eine Lösung zu diskutieren, die einen 10%-igen Zuschlag mit beispielsweise einer Deckelung vorsieht. Alternativ könnten wir uns auch einen nach Einkaufspreis abgestuften Pauschalzuschlag vorstellen. Eine Vergütung der erbrachten Leistung pro Zeit wird schwierig sein, da diese als Vorhalteleistung dann nicht einem Fall zugeordnet werden kann.

Falls Sie - wie geplant - den 10%-igen Zuschlag auf die abgegebenen Hilfsmittel (unter Berücksichtigung der MiGel) streichen werden, **so wird dies vor allem für die Patientinnen und Patienten negative Folgen haben**, da - wie bereits oben erwähnt - die Hilfsmittel nicht fristgerecht zur Verfügung stehen werden und erst noch zu einem höheren Preis (SVOT) gekauft werden müssen. swiss orthopaedics ist klar der Ansicht, dass an der bisherigen Regelung festgehalten werden soll.

13. Streichen von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie alle Verweise auf das Gesetz streichen

Die laufende Tarifrevision TARCO berücksichtigt bereits, dass nur ambulante Leistungen tarifiert werden, entsprechend wird die Vorgabe, alle Tarifpositionen, bei welchen die Behandlungsart „stationär“ hinterlegt ist, nicht bestritten.

Für die vorgesehenen Streichungen der Hinweise auf das Gesetz sehen wir keinen zwingenden Anlass, das Gesetz sieht ja auch eine Tarifpflege vor, die im Falle einer Anpassung auch diese Verweise aktualisieren kann.

Der Verzicht auf eine Anpassung von Tarifpositionen, bei welchen vermerkt ist „Gesetz: Nur Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung“ ist wohl juristisch begründbar mit dem erwähnten Artikel 43 Abs. 5 und 5 bis KVG. Die Trennung einer Tarifposition in KVG und UVG ist nicht nur von der Position beziehungsweise der Leistung selber abhängig, vielmehr entscheidend ist, wie die Patientin oder der Patient versichert ist.

Leider basiert Ihr Eingriff auf einem bekanntlich veralteten und mehrheitlich nicht mehr sachgerechten Tarif.

14. Festlegung der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen

Hierzu möchte sich unsere Fachgesellschaft nicht äussern, wir verweisen auf die Stellungnahme von physioswiss.

IV. Massnahmen aus Sicht von swiss orthopaedics

- a. Die **Dignitäten** werden vorerst belassen wie im aktuellen TARMED 1.08_BR, werden aber von den Fachgesellschaften überarbeitet im Rahmen von TARCO. Da es sich um eine Frage der Weiter- und Fortbildung handelt, sind diesbezüglich die Leistungsträger und Spitäler nicht involviert.
- b. Die **Produktivitäten** werden vorerst belassen wie im aktuellen TARMED 1.08_BR, werden aber von den Fachgesellschaften überarbeitet im Rahmen von TARCO unter Einbezug auch von H+, Santésuisse, Curafutura und MTK
- c. Die **Kostensätze gewisser Sparten** (MRI, CT) werden neu berechnet, die Berechnungen der hierfür zuständigen Fachgesellschaft und der FMH erfolgen wiederum im Rahmen von TARCO, müssen zur Plausibilisierung offen gelegt werden. Parallel dazu soll die TU der fmCh eine Pauschale berechnen für die Untersuchungsgänge von MRI und CT.
- d. Anstatt die Vergütung von erbrachten Leistungen (LieS für CT und MRI) zu streichen, sollten diese **LieS neu berechnet und plausibilisiert** werden, dies gilt auch für das Berichtswesen. Auch dieser Punkt wäre mit einer Pauschalen-Lösung berücksichtigt. Alternativ muss auch den Radiologen der Zugang zum Kapitel Grundleistungen gegeben werden.
- e. Die **Senkung der Minutagen** bei ausgewählten Tarifpositionen soll klar aufgrund der plausibilisierten Zahlen erfolgen, nicht aufgrund politisch motivierter Eingriffe und zwecks Umverteilungsabsichten, dies unter Mitwirkung durch die betroffenen Fachgesellschaften.
- f. Die **Umwandlung der Handlungsleistung „Untersuchung durch den Facharzt“** in eine Zeitleistung kann akzeptiert werden, dies jedoch nicht mit einer Limitierung. Die als Folge dieser Massnahme zu erwartenden Anfrage-Flut der Versicherer werden von uns Leistungserbringern in Zukunft verrechnet werden müssen, vgl. hierzu Punkt h.
- g. Die **Aufhebung der Limitationen** auch für elektronisch abrechnende Fachärzte soll gestrichen werden, es muss der Grundsatz gelten, dass erbrachte Leistungen sachgerecht und betriebswirtschaftlich abgerechnet werden dürfen, die Form der Rechnungsstellung hat nichts zu tun mit dem Aufwand der Leistung und damit den dadurch entstandenen Kosten.
- h. Die **„Leistung in Abwesenheit des Patienten“** soll transparenter werden, dagegen stellen wir uns nicht, es muss jedoch zusätzlich aufgenommen werden „Kleiner verlangter Arztbericht an den Versicherer, bis 10 Zeilen“ und „Korrespondenz telefonisch und/oder schriftlich mit dem Leistungsträger in Bezug auf Leistungsfragen“. Die Limitierung ist zu streichen, da bei gegebener Transparenz diese nicht mehr notwendig ist.
- i. Die **Notfall- und Inkonvenienz-Zuschläge** sind zu belassen, eine Limitierung auf 1x / Fall jedoch einzuführen.
- j. Zu der Interpretation bei „Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal“ können wir keine Empfehlung abgeben.
- k. Die Umtarifierung der Leistung **„Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min“** in die Sparte Sprechzimmer scheint uns korrekt, die Aufnahme der Formulierung „Heimübungen für den Bewegungsapparat, Instruktion von Verbänden“ unter die medizinischen Interpretationen muss ergänzt werden.
- l. Die **Streichung des Zuschlages von 10%** muss fallen gelassen werden, bis eine betriebswirtschaftlich akzeptable Lösung für die Vergütung von Vorhalteleistungen und das für gewisse Produkte mit einer unumgänglichen Lagerhaltung getragene Risiko gefunden ist.
- m. Zur **Streichung der Tarifpositionen für stationäre Leistungen und solche der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie der Verweise auf das Gesetz** schlagen wir vor, die laufende Revision TARCO abzuwarten.
- n. Zu den Verordnungen in Bezug auf die Leistungen der **Physiotherapie** kann unsere Fachgesellschaft keine Empfehlungen abgeben.

- o. **Ganz generell scheinen uns folgende politische Aufgaben vordergründig:**
- i. Neustrukturierung / -reglementierung der Zulassung für Fachärzte für „Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates“, swiss orthopaedics wird Sie hierbei gerne unterstützen. Diese Massnahmen werden einen positiven Input auf die Qualität einerseits, die Menge der erbrachten Leistungen andererseits haben.
 - ii. Die Qualitätskontrolle muss Kompetenz der Fachgesellschaften bleiben, diese müssen hierfür auch verantwortlich zeichnen, dazu aber auch die notwendigen Mittel erhalten. swiss orthopaedics bringt sich hierzu gerne konstruktiv ein.
 - iii. Es muss Abstand genommen werden von der Umverteilungspolitik der Vergütung, auch im Rahmen der Stellungnahmen in den Medien.
 - iv. Auch die Versicherer sollen sich wieder konstruktiv in die Revisionsarbeit einbringen müssen.
 - v. Fahlanreize bieten in einem wesentlichen Ausmass die unterschiedlichen Finanzierungssysteme für ambulante und stationäre Leistungen. Es ist dies Aufgabe der Politik, hier eine Lösung zu erarbeiten. swiss orthopaedics beteiligt sich gerne an der Ausarbeitung von Pauschalen auch im ambulanten Bereich, dies im Rahmen der Mitarbeit in der TarifUnion der fmCh.

Wir bedanken uns für Ihre Würdigung unserer Argumente und Positionen.

Mit freundlichen Grüssen
swiss orthopaedics



Dr. med. Stephan Heinz
Delegierter Honorare und Tarife



Prof Dr. med. Bernhard Jost
Präsident