

Eidgenössisches Departement des Inneren
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife
tarife.ambulant@fmh.ch
031 359 12 30

Olten, 20. Juni 2017

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

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zur Stellungnahme zu oben genanntem Verordnungsentwurf.
Gerne nehmen wir nachfolgend Stellung dazu.

Grundsätzliche Bemerkungen

- Wir stellen fest, dass beinahe alle vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen zur Absenkung der Entschädigung von TARMED-Leistungen führen. Insbesondere kommt es bei vielen Massnahmen zu einer **überproportionalen Absenkung der Ärztlichen Leistung (AL) gegenüber der Technischen Leistung (TL)**.
- **Massnahmen, welche zur Korrektur von zu tief bewerteten und nicht mehr sachgerechten Leistungen und damit zu einer Aufwertung der TARMED-Leistung führen würden, fehlen.** So z.B. die Aufhebung der Halbierung des Kostensatzes der letzten 5 Minuten (Position 00.0030) oder die Einführung einer Inkonvenienz-Pauschale während der Sprechstunde.
- Die vorgeschlagenen Massnahmen führen insgesamt zu einer **deutlichen Schwächung der ambulanten Medizin**, setzen **keine Anreize für die Erbringung** der Leistungen im deutlich **günstigeren** und effizienteren **ambulanten Bereich** und gefährden damit die bereits jetzt schon problematische ambulante Versorgung der Bevölkerung in der Peripherie, ausserhalb der Ballungszentren.
- Damit **widersprechen die Massnahmen der Strategie «Gesundheit 2020» des Bundesrates**, welche eine qualitativ hochstehende, effiziente und sachgerechte Versorgung begünstigen soll.

- Mit den geplanten Massnahmen werden zudem die Ziele der laufenden Bundesstrategien und Bundesprogramme wie Strategie Palliative Care, NCD-Strategie, Nationale Demenzstrategie, Strategie Sucht etc., unterlaufen und deren Umsetzung verunmöglicht.
- Durch die Schwächung der ambulanten Medizin aufgrund der Korrekturmassnahmen **widerspricht der Tarifeingriff auch dem Grundsatz «Ambulant vor Stationär»**.
- Die **Kumulation und Kombination** der verschiedenen Massnahmen **führen** ausserdem bei gewissen Tarifpositionen **zu überproportionalen und ungerechtfertigten Absenkungen** (viele operative Eingriffe sind von mehreren, einschneidenden Massnahmen betroffen, so z.B. die Leistung «05.2410 - Nervendekompression/Neurolyse, N. medianus u/o N. ulnaris im Karpaltunnel bzw. in der Loge de Guyon» deren «Ärztliche Leistung» aufgrund der Dignitätsabsenkung und der Erhöhung der «Ärztlichen Produktivität» unverhältnismässig stark abgesenkt wird und deren «Technische Leistung» zudem auch um 10% gekürzt wird). Das Prinzip der Sachgerechtigkeit wird dabei mehrfach verletzt.
- Die Auswirkungen der Korrekturmassnahmen implizieren eine noch **stärkere Verzerrung des TARMED-Tarifs** als bereits jetzt und widersprechen damit der gesetzlichen Forderung nach einem sachgerechten und betriebswirtschaftlichen Tarif. So werden auch Leistungen, die nur im Zeittarif abgerechnet werden (z.B. Psychiatrische Konsultationen) abgesenkt, obwohl dies nicht den Zielen des Eingriffes entspricht.
- Die **zusätzlich einschränkenden Limitationen bei den Leistungen in Abwesenheit** des Patienten **widersprechen den laufenden Qualitätsbestrebungen** (z.B. Registererfassungen, Interprofessionalität) und **treffen die schwächsten Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen (Kinder, Demenzkranke, psychisch Kranke)** überproportional.

1 Ausgangslage

Für die FMH und die in der Ärztekammer vertretenen Organisationen ist der Revisionsbedarf der 2004 eingeführten national einheitlichen ambulanten Tarifstruktur TARMED unbestritten. Die FMH lehnt punktuelle Eingriffe in die bestehende Tarifstruktur aber klar ab, da sie zu weiteren Verzerrungen in der nicht mehr sachgerechten Tarifstruktur führen.

Nach der Ablehnung des ersten Revisionsvorschlages in der Urabstimmung unter allen Mitgliedern im Juni 2016 hat die FMH deshalb mit grosser Zustimmung der entsprechenden Entscheidungsorgane das Revisionsprojekt TARCO zur Nachbesserung gestartet. TARCO bezweckt eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Tarifierung aller ambulanten ärztlichen Leistungen. Denn nur eine umfassende Tarifrevision, gemeinsam mit allen Ärzteorganisationen und Tarifpartnern, ist aus Sicht der Ärzteschaft der richtige Weg.

Bis Ende 2017 wollen die FMH und die ihr angeschlossenen Ärzteorganisationen die internen Nachbesserungen vollständig abschliessen und dann auf die Tarifpartner zugehen, um eine konsensfähige und gemeinsame Tarifstruktur zu verhandeln und dem Bundesrat zur Genehmigung einzureichen.

2 Fehlende Sachgerechtigkeit für den Tarifeingriff

Würdigung des kantonalen Schiedsgerichtentscheids Luzern im Zusammenhang mit dem Tarifeingriff 2014 und dem vorliegenden Vorschlag des zweiten Tarifeingriffes 2018

Mit Blick auf die Begründung des Urteils - SG 15 2, 2017 III Nr. ⁽¹⁾ des Schiedsgerichts nach KVG 89, des Kantons Luzern vom 29.05.2017, werden die generellen und grundsätzlichen Voraussetzungen für einen subsidiären Eingriff umfassend und detailliert dargelegt. Dabei sind sowohl die gerichtliche Einschränkung zur Überprüfung einer bundesrätlichen Verordnung als auch die konkreten Berechnungsgrundlagen des nicht sehr justiziablen Tarifs TARMED vollumfänglich berücksichtigt worden, wonach dem Urteil bzw. den Erwägungen eine hohe Bedeutung zukommt, die auch vorliegend zu berücksichtigen sind. Diese Erwägungen sind, im Übrigen unabhängig ob das Urteilsdispositiv in Rechtskraft erwächst, entsprechend zu berücksichtigen und haben auch ohne konkrete Rechtsprechung eine Gültigkeit, die im Rahmen des rechtstaatlichen Handels zum Tragen kommen.

Die Parallelen zwischen dem subsidiären Eingriff 2014 und dem geplanten sind augenfällig. Die Ausgangslage beinhaltet eine Einsparung von 700 Millionen, mit einer linearen Kürzung verschiedener TARMED-Positionen. Der Eingriff basiert ausschliesslich auf den Vorschlägen der Versicherer, was bereits die gesetzlich bedingte Sachgerechtigkeit von vorne weg, ausschliesst. Insofern folgte der Bundesrat beim ersten Tarifeingriff noch der Grundüberlegung des TARMED, wonach die intellektuellen ärztlichen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen stärker zu gewichten und dadurch die Grundversorger besser zu stellen seien. Das ist vorliegend nicht mehr der Fall. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass gewisse Einzelleistungen damit nach wie vor falsch bewertet sind. Eine lineare Abwertung müsste aus diesem Grund betriebswirtschaftlich hergeleitet und begründet sein. Daran ändert auch die zeitliche Einschränkung des Eingriffs nichts. Da am Umfang der Leistungen nichts geändert wurde, soll die Anpassung, sprich der Tarifeingriff im Sinne von Art. 43. Abs. 6 i.V.m. Art. 46 Abs. 4 KVG zu keinen Mehrkosten führen (Kostenneutralitätsprinzip), was e contrario auch nicht zum Gegenteil führen kann, wonach nicht einfach Einsparung als Grundlage herangezogen werden kann, selbst wenn es betriebswirtschaftliche Gründe dafür geben sollte.

Aber auch aus den Erwägungen des Gerichtsentscheids, welcher letztlich die gesetzliche und sachliche Situation zusammenfasst, liegt mit dem geplanten subsidiären Tarifeingriff keine Sachgerechtigkeit vor. Dies lässt sich primär daran erkennen, dass der geplante Eingriff gerade nicht zu einer insgesamt sachgerechteren Tarifstruktur führt. Dies liegt vorwiegend daran, dass die Änderungen des Anhangs der Anpassungsverordnung auf einer betriebswirtschaftlichen Bemessung beruhen müssten – und nicht auf einer einseitigen Einschätzung der Versicherer - was folglich nicht zu einer sachgerechten Tarifstruktur (vgl. Art. 43 Abs. 4 KVG) der Tarifpositionen führen kann. Ebenfalls mangelt es dem Tarifeingriff an einem Resultat aus einer ergebnisoffenen Überprüfung der Tarifstrukturen. Es ist ja geradezu willkürlich, wenn der Eingriff ausschliesslich darauf fusst, dass eine bestimmte Zielvorgabe umgesetzt werden muss, um einen bestimmten Betrag einzusparen. Letztlich fehlt auch hier die konsistente und aussagekräftige Datengrundlage für den Eingriff. Eine gesetzliche Grundlage zur Datenbeschaffung besteht bereits, weitergehende Grundlagen sind auch nach Ansicht des Gerichts nicht nötig.

Damit wird auch der Grundsatz der Billigkeit verletzt, dies lässt sich ganz einfach daran erkennen, dass der Eingriff auf verschiedenen Ebenen eingreift, so werden Spartensätze beliebig auf Grund eines Argumentes gekürzt (zu geringe Betriebsdauer) ohne andererseits die betriebswirtschaftlich sachlogischen Folgen (erhöhter Unterhalt, erhöhte Personaldotation und Mehrkosten des Schichtbetriebes) auch nur zu erwähnen.

Entsprechend wird auch aus dem Urteil erkennbar, und dies völlig zu Recht und in nachvollziehbarer Weise, dass eine lineare Senkung nicht sachgerecht sein kann, selbst dann nicht, wenn das zufällig bei einzelnen Positionen der Fall sein soll. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass gewisse neu tari-

¹ https://gerichte.lu.ch/recht_sprechung/lqve/Ajax?EnId=10575

fierte Einzelleistungen damit nach wie vor falsch bewertet sind. Eine lineare Abwertung müsste aus diesem Grund betriebswirtschaftlich hergeleitet, die Grundlagen und Fakten erhoben und begründet sein, damit die Umsetzung sachgerecht erfolgt.

Da der geplante subsidiäre Tarifeingriff weder konkret noch allgemein zu einem sachgerechteren Tarif führt noch führen kann, ist dieser KVG-widrig und damit nicht umzusetzen.

3 Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmen

3.1 Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

Mit der «Quantitativen Dignität» soll eine Kompensation der Weiter- und Fortbildungszeit (insbesondere der damit verbundenen reduzierten Lebensarbeitszeit) pro Spezialität ermöglicht werden. Um Leistungen mit einer höheren «Quantitativen Dignität» überhaupt erbringen zu können, musste also über längere Zeit eine tiefere Entschädigung im Spital akzeptiert werden.

Für die FMH ist es unbestritten, dass die Löhne von Assistenz- und Oberärzten seit Einführung des TARMED angestiegen sind und Assistenz- und Oberärzte seit 2005 dem Arbeitsgesetz unterstellt sind und somit einer wöchentlichen Höchstleistungszeit von 50 Stunden unterliegen. Dennoch ist es für das Lebenseinkommen auch heute noch entscheidend, wie lange ein Arzt in seine Weiter- und Fortbildung investieren muss: Während für den Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt» drei Weiterbildungsjahre aufgewendet werden müssen, sind es für alle anderen Titel 5 oder 6 Jahre. Diese unterschiedliche Weiterbildungszeit hat der Bundesrat in Form des Abschlages von 6 Prozent für Praktische Ärzte bereits aufgenommen – nicht aber bei Leistungen berücksichtigt, die 6 und mehr Jahre Weiterbildungszeit erfordern.

Die generelle Kürzung für alle Fachdisziplinen mit einem Dignitätsfaktor unter 1.0 ist für die FMH nicht nachvollziehbar, widerspricht dem Prinzip der Sachgerechtigkeit und führt zu einer eigentlichen Abgeltungskürzung von 3,2%.

Die neue Generelle Interpretation GI 52 («Praktischer Arzt/Praktische Ärztin») ist unpräzise und erfordert eine Präzisierung. Sie umschreibt aktuell die *Abrechnung* der Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte mit dem alleinigen eidgenössischen Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt/Praktische Ärztin». Jedoch ist nicht die Abrechnung, sondern die Leistungserbringung (Ausführung) relevant.

Aus Sicht der FMH sind auch weitere Differenzierungen der quantitativen Dignität vorzunehmen, da für die Leistungserbringung vieler Leistungen im TARMED zudem weitere Weiterbildungstitel notwendig sind oder aber es muss ein zweiter Facharztstitel erworben werden. Sollen spezialisierte Leistungen, für die es viel Erfahrung braucht, weiterhin erbracht werden, so ist es wichtig, dass die Unterschiede im «Lebenseinkommen», verursacht durch längere Ausbildungszeiten, kompensiert werden können. Die FMH hat zu diesem Thema, gemeinsam im Konsens mit den angeschlossenen Dachverbänden ein sachgerechtes und betriebswirtschaftliches Konzept ausgearbeitet, das wir Ihnen gerne auch im Detail vorstellen.

3.2 Erhöhung der «Ärztlichen Produktivität» in den Operationssparten (OP-Sparten)

Die «Ärztliche Produktivität» soll die Zeit kompensieren, in welcher ein Arzt im Rahmen seiner TARMED-relevanten Tätigkeiten nicht direkt tarifarisch wirksam sein kann, d.h. keine TARMED-Tarifpositionen verrechnen kann. Gerade im OP-Bereich ist der Operateur teilweise mit langen Wartezeiten konfrontiert, in welchen er keine anderen Leistungen erbringen kann. Ausserdem sind in der heutigen «Ärztlichen Produktivität» Leistungen berücksichtigt, die nicht direkt dem Patienten verrechnet werden können, wie z.B. das «Sign In», «Sign Out», Wechselzeiten, Teambesprechungen oder

Rapporte und Operationsvorbereitungen in Anwesenheit des Operators (z.B. Überwachung der Patientenlagerung). Entsprechend tief ist die Produktivität im OP-Saal.

Im Revisionsprojekt, das die FMH mit ihren Tarifpartnern H+, MTK und curafutura gestartet hat, wurde der OP-Bereich überarbeitet und schliesslich das neue Kapitel RQ «Allgemeine Leistungen Operationssaal OP» geschaffen. In diesem Kapitel sind die bisher in der Produktivität berücksichtigten «Ärztlichen Leistungen» wie die operative Planung, «Sign In», Patientenlagerung, die Vorbereitung des Operators, Patientensicherheit «Time-Out», nachbereitende operative Massnahmen sowie die postoperative Betreuung als einzelne Tarifpositionen tarifiert. Aus diesem Grund wurde die «Ärztliche Produktivität» für die OP-Sparten angehoben.

Bevor diese Faktoren, welche weder im aktuell gültigen Tarif noch im Vorschlag des Bundesrates abgebildet sind, berücksichtigt werden (z.B. in der Gesamtrevision), muss die «Ärztliche Produktivität» für den OP-Bereich auf dem ursprünglichen Niveau belassen werden. Ohne die vom Operator erbrachten Leistungen, die bisher über die tiefere Produktivität entschädigt wurden, in der Tarifstruktur zu berücksichtigen, ist eine Erhöhung nicht sachgerecht und betriebswirtschaftlich!

3.3 Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten

Obwohl die Berechnungsgrundlagen für die «Technische Leistung», welche Infrastruktur- und nicht-ärztliche Personalkosten enthält, bereits bei der Einführung des TARMED im Jahre 2004 mehrere Jahre alt waren, werden sie noch heute unverändert angewandt. In der Zwischenzeit hat sich auf der Kostenseite einiges getan: Während die Infrastrukturkosten vor allem im Bereich der Geräte und Apparate gesunken sind, haben die Personalkosten deutlich zugenommen. Mit dem technischen Fortschritt und den vielen neuen Verfahren ist auch der Personalaufwand beträchtlich angestiegen (z.B. Hybrid-Operationssaal). Auf den Zahlen der Rollenden Kostenstudie RoKo basierende Schätzungen der Ärztekasse und der FMH gehen davon aus, dass in den vergangenen Jahren die Gesamtkosten um beinahe 30 Prozent angestiegen sind. Umso unverständlicher ist, dass der Bundesrat nun vorschlägt, auf den Taxpunkten der «Technischen Leistung» eine einseitige Absenkung vorzunehmen, ohne alle Kostenfaktoren zu berücksichtigen. Für die Ärzteschaft ist es wichtig, dass die «Technische Leistung» korrekt bewertet ist – nur so ist es möglich, auch dem nichtärztlichen Personal konkurrenzfähige Löhne anzubieten. Jetzt schon werden die teilweise zu tiefen TL Tarife mittels der AL quersubventioniert.

Des Weiteren wehrt sich die FMH vehement gegen den Abschlag bei den UBR-Sparten. Die Kalkulationen basieren auf Daten aus der Rollenden Kostenstudie, welche die kantonalen Ärztesgesellschaften zusammen mit der Ärztekasse durchführen. Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW hat dieser Erhebung eine hohe Repräsentativität attestiert. Die FMH und die Ärztekasse sind gerne bereit, das Kostenmodell KOREG den Tarifexperten des Bundesamts für Gesundheit detailliert vorzustellen.

3.4 Anpassung der Berichtszeit bei CT- und MRI-Untersuchungen

Bei der Kürzung der Minutagen der «Ärztlichen Leistung» müssen drei tarifarische Besonderheiten der Radiologie berücksichtigt werden.

- Im Gegensatz zu allen klinisch tätigen Ärzten arbeitet die Radiologie auf Zuweisung. Die Arbeit auf Zuweisung verursacht Arbeitsprozesse, welche zwingend notwendig sind und im Tarif abgebildet werden müssen.
- Die Fachärztinnen und Fachärzte für Radiologie haben im aktuell gültigen Tarif keinen Zugang zu den Grundleistungen.

- Die «Ärztliche Produktivität» der Sparten MRI und CT wurde auf 85 % festgelegt und liegt damit höher als in allen andern Sparten.

Diese drei Besonderheiten haben zur Folge, dass die «Ärztlichen Leistung» der Fachärzte für Radiologie vollumfänglich über die Leistung im engeren Sinn (LieS) der entsprechenden Tarifpositionen und über die Befundung abgegolten werden müssen. Eine Verrechnung der Konsultationspositionen oder der «Leistung in Abwesenheit» ist nicht möglich.

Die Anwesenheit einer Medizin-Technischen Radiologie-Assistentin (MTRA) oder eines Radiologie-Assistenten ist bei jeder Untersuchung erforderlich. Der Arzt ist bei der Untersuchung nur teilweise anwesend, da er einen Teil der Arbeiten im Hintergrund ohne direkten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten erledigt.

Die ärztlichen Tätigkeiten der Radiologie setzen sich unter anderem aus folgenden Arbeitsschritten zusammen:

- Planung der Untersuchung (Aktenstudium, Rückfragen an Zuweiser, Festsetzen des Untersuchungs-Prozederes),
- Vorbereitung der Untersuchung in Gegenwart des Patienten (Überprüfung der Indikation unmittelbar vor der geplanten Untersuchung, Patientenaufklärung, Risikoabklärung und Beantwortung von Fragen des Patienten vor der Untersuchung),
- Leistungen während der Untersuchung (Beurteilung der ersten Bildakquisitionen und Anpassung des Untersuchungsprotokolls, Anwesenheit bei Kontrastmittelapplikation (Risiko einer allergischen Reaktion mit Anaphylaxie auf das Kontrastmittel), Abnahme der Untersuchung, wenn die Fragestellung des Zuweisers nicht ausreichend abgeklärt ist, bei Bedarf also Rücksprache mit dem zuweisenden Arzt, Information und Verabschiedung des Patienten.

Des Weiteren ist der Radiologe für die Umsetzung der Clinical Audits, wie sie in der Strahlenschutzverordnung StSV festgelegt sind, und die Überprüfung der Dosimetrie verantwortlich und ist in diesem Zusammenhang in engem Kontakt mit dem Medizinphysiker.

Eine Streichung der «Ärztlichen Leistung» ist für die FMH aufgrund der speziellen Situation in der Radiologie nicht sachgerecht und weit von der Betriebswirtschaftlichkeit entfernt. Die Arbeit und die Verantwortung des Radiologen gehen weit über die Befundung hinaus.

3.5 Senkung der Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen

Die Verordnung sieht vor, bei ausgewählten Leistungen die Minutagen der Leistung im engeren Sinn zu senken. Die FMH kann diese Senkung nicht nachvollziehen und zeigt nachfolgend bei den vier betroffenen Leistungsbereichen auf, weshalb diese Absenkung nicht sachgerecht ist.

Katarakt

Die Kataraktoperation ist durch die drastische und nicht sachgerechte Absenkung der Minutage, der Herabsetzung der «Quantitativen Dignität» und der nicht nachvollziehbaren Erhöhung der «Ärztlichen Produktivität» in der Sparte OP1 aufgrund des Kumulationseffekts dieser verschiedenen Massnahmen eindeutig und klar untertarifert. Der Eingriff wird sehr häufig auch ausserhalb der regulären Spitalstrukturen in tageschirurgischen Zentren oder ambulanten Institutionen durchgeführt. Damit kann der Eingriff durch diese überproportionale und massive Absenkung sowohl der AL wie auch der TL in diesen Einrichtungen nicht mehr kostendeckend erbracht werden. Das Angebot wird demnach deutlich eingeschränkt, womit sich die Versorgung verschlechtert und die Wartezeiten zunehmen werden.

Koloskopien

Der in den letzten Jahren beobachtete Anstieg der Koloskopiezahlen ist beabsichtigt und Folge der seit Juni 2013 vergüteten Screeningkoloskopie. Langfristig ist die Mengenausweitung für die Volksgesundheit wirtschaftlich, wirksam und zweckmässig. Über die Jahre wurden die Koloskopien deutlich zeitaufwändiger sowohl bezüglich Untersuchungsdauer als auch bezüglich Geräteaufbereitung (Hygienestandards). Das gesamte Kolon muss gut eingesehen werden, damit möglichst alle Polypen gefunden und abgetragen werden können.

Um dies zu gewährleisten, müssen:

- mindestens 45 Minuten pro Untersuchung eingeplant werden;
- neueste Videoprozessoren und flexible High-Endgeräte angeschafft und eingesetzt werden;
- Reinigungsabläufe standardisiert und mikrobiologische Kontrollen durchgeführt werden sowie
- die Gastroenterologen strukturierte Ausbildungen theoretisch/technisch durchlaufen.

Die massiven Senkungen bei der Koloskopie tragen alledem nicht Rechnung. Die unverhältnismässige Beschneidung in der Minutage (LieS neu 20min) und die damit zusammenhängende ärztliche Entlohnung (AL neu 53.34 Taxpunkte) läuft diesen Qualitätsbestrebungen diametral entgegen.

Belastungs- und Holter-EKG

Die Anpassungen der Minutagen beim Belastungs- und Holter-EKG (Belastungs-EKG: Senkung der LieS von 32 auf 25 Minuten, bei der Auswertung eines Holter-EKGs von 30 auf 25 Minuten reduziert) bedauert die FMH. Die Massnahme bestraft nur die Ärzte und entspricht keineswegs der «good clinical practice» und dem current standard in diesem spezifischen Bereich. Für beide Leistungen sind die aktuellen Minutagen bereits an der unteren sinnvollen Grenze und sollten auf keinen Fall weiter herabgesetzt werden. Die FMH hat zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie SGK die Minutagen im Rahmen des Revisionsprojektes TARVISION/ats-tms beim Belastungs-EKG nur gesenkt, weil das Ruhe-EKG, welches vorgängig des Belastungs-EKG durchgeführt wird, zurzeit nicht separat abgerechnet werden kann und sich dies zukünftig ändern soll.

Stereotaktische Radiotherapie

Die Absenkung der Minutagen bei der stereotaktischen Radiotherapie lehnt die FMH ebenfalls ab. Im Bereich der Radiotherapie konnten die Minutagen in den letzten Jahren unbestritten gesenkt werden. Diese Zeiteinsparungen sind in erster Linie aber auf die Verwendung von effizienteren Apparaten und Geräten und auf mehr und vor allem höher qualifizierteres nichtärztliches Personal zurückzuführen. Mit der Reduktion der Minutagen geht demnach gleichzeitig ein Anstieg der Personal- und Anlagenutzungskosten einher. Die einseitige Kürzung der Minutage, wie sie von Ihnen vorgeschlagen wird, ist aus diesem Grund nicht sachgerecht!

3.6 Änderung des Leistungstyps bei «Untersuchung durch den Facharzt» von Handlungs- in Zeitleistungen

Die Umwandlung des Leistungstyps von Handlungs- in Zeitleistung bei den verschiedenen Untersuchungen durch den Facharzt ist aus den vom Bundesrat erwähnten Gründen nachvollziehbar. Die Anwendung der Abrechnungslimitationen auch auf elektronisch abrechnende Fachärzte auszuweiten, erachten wir jedoch nicht als opportun! Dabei ist weniger die Limitation pro Sitzung stossend, sondern viel mehr die Limitation auf das Zeitintervall von z.B. drei Monaten wie im Falle der Leistung «24.0015 Untersuchung durch den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, pro 5 Min.». Aus medizinischer Sicht muss es auch zukünftig möglich sein, innerhalb eines Quartals mehrere Male den Patienten hinsichtlich der in der medizinischen Interpretation erwähnten Stati untersuchen zu können.

Des Weiteren kann die FMH nicht verstehen, wie der Bundesrat im Sinne der Transparenz fordern kann, dass der Leistungserbringer zukünftig in der Patientenakte noch detaillierter festhalten muss, welche Teiluntersuchungen er genau gemacht hat und gleichzeitig (siehe unten) die Leistungen in Abwesenheit des Patienten limitiert. Diese Scheintransparenz führt nur zu einer erhöhten Bürokratie ohne Mehrwert für Patientinnen und Patienten.

3.7 Anwendung von Abrechnungslimitationen

Die Anwendung von Abrechnungslimitationen ist für die FMH äusserst problematisch. Aus Sicht der FMH werden mit Abrechnungslimitationen wichtige Patientengruppen drastisch benachteiligt und sogar gefährdet. Darunter fallen unter anderen Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten; Kinder; ältere, insbesondere multimorbide Patientinnen und Patienten; Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen sowie Migrantinnen und Migranten. Zudem widersprechen die Limitationen ganz klar laufenden Bundesstrategien und Bundesprogrammen (u.a. Gesundheit 2020, Strategie Palliative Care, NCD-Strategie, Nationale Demenzstrategie, Strategie Sucht). Mit Limitationen werden die Ziele der oben genannten Bundesstrategien nicht nur gefährdet, sondern sie werden de facto gar nicht mehr umgesetzt werden können.

Nachfolgend erläutern wir Ihnen an drei ausgewählten Beispielen gerne die Problematik der Limitation:

02.0060 Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.

Telefonate oder Onlinesitzungen sind in der modernen Psychiatrie Element einer zeitgemässen psychiatrischen Behandlung. Diese dauern in Krisensituationen oft länger als 20 Minuten und ermöglichen ein zeitnahes und effektives therapeutisches Eingreifen. Die telefonische Konsultation ist gerade auch für die berufliche Reintegration von Arbeitnehmenden, bei der schulischen Integration von Kindern oder bei älteren Patientinnen und Patienten ein zentrales Element der Therapie; die Limitation auf 20 Minuten würde diese Patientengruppen in grossem Ausmass treffen.

00.0050 «Vorbereitung diagnostischer/therapeutischer Eingriffe mit Patienten/Angehörigen durch den Facharzt, pro 5 Min.», neu limitiert auf 6 mal pro Fall

Der Gynäkologe verwendet diese Tarifposition z.B. für die präoperative Aufklärung vor einer Mammakarzinom-Operation. Die OP-Aufklärung ist dabei sehr komplex und dauert weit länger als 30 Minuten pro Fall. Die präoperative Aufklärung umfasst:

- Besprechung und Entscheidungsfindung über brusterhaltende oder nicht brusterhaltende OP;
- Radiotherapieaufklärung und Aufklärung über die Einschränkung bei späteren plastischen Eingriffen, falls eine brusterhaltende Operation durchgeführt wird;
- Abklärung einer allfälligen Zusammenarbeit mit dem plastischen Chirurgen, falls die Option eines primären Wiederaufbaus besteht;
- Lymphknotendiagnostik (Sentinel, wann Axillaausräumung);
- Aufklärung über Risiken und Komplikationen (Blutungen, Infekte, zu erwartende Formveränderung der Brust, Risikoabwägung und Dokumentation bei eventuellem Wiederaufbau, Vor-/Nachteile verschiedener Rekonstruktionsmethoden);
- Aufklärung über allfällige Nebenwirkungen einer postoperativen Chemotherapie;
- Aufklärung über zu erwartende Nachbehandlungen kurz-, mittel- und langfristig;
- Durchführung und Besprechung eines BRCA1/2 Test bei familiärem Risiko.

Gerade vor dem Hintergrund der Diskussion unnötiger Eingriffe ist es nicht sinnvoll, diese Zeiten, welche auch im Rahmen eines gelebten Shared Decision Making-Prozesses unabdingbar sind, zeitlich einzuschränken und zu limitieren.

Migrationsmedizin

Die nicht sachgerechten Limitationen auf den Leistungen widersprechen dem Nationalen Programm «Migration und Gesundheit» des Bundesamtes für Gesundheit. Denn gerade Migranten bedürfen aufgrund der teilweise vorhandenen Sprachbarrieren verlängerten Erklärungs- und Besprechungszeiten.

Die FMH fordert den Bundesrat nachdrücklich auf, die Limitationen im Einzelfall mit den entsprechenden Experten der FMH zu prüfen.

3.8 Differenzierung bei der «Leistungen in Abwesenheit des Patienten»

Die FMH begrüsst die Aufgliederung der Leistung in Abwesenheit des Patienten in die neuen Tarifpositionen 00.0141, 00.0142, 00.0143, 00.0144, 00.0145, 00.0146, 00.0147 und die entsprechenden zusätzlichen Positionen im Bereich der Psychiatrie.

Aus Sicht der FMH fehlt aber eine Position für spezielle, durch den Versicherer verursachte Aufwände, die über das Schreiben von Berichten und Gutachten hinausgehen sowie eine Position für ein ärztliches Expertenboard (Tumor- oder Gefässboard). Die FMH fordert deshalb die Einführung der Positionen 00.0148 «Arbeit in Abwesenheit des Patienten durch Nachfrage des Garanten oder von Behörden» und 00.0149 «Ärztliches Expertenboard in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.».

Nicht einverstanden ist die FMH mit der Limitierung der neu geschaffenen Positionen über die entsprechenden Leistungsgruppen. Leistungen in Abwesenheit des Patienten nehmen ständig zu, so z.B. die Gespräche mit Angehörigen, Lehrpersonal etc. von Patienten in der Kinder- und Jugendmedizin oder Gespräche im sozialen Umfeld bei Demenzerkrankungen. Wegen zunehmend komplexeren, multimorbiden Patienten nehmen der Aufwand des Aktenstudiums und die nötige Koordination im Umfeld der Patientinnen und Patienten kontinuierlich zu. Auch steht die Herausforderung im Raum, kranke und verunfallte Patienten möglichst rasch in den Arbeitsprozess zu reintegrieren, um damit auch Rentenfälle zu reduzieren. Hier sind, natürlich mit Einverständnis des Patienten, Rücksprachen mit Arbeitgebern notwendig. Auch hier macht eine Einschränkung keinen Sinn.

Diese Leistungen müssen auch in Zukunft korrekt abgerechnet werden können. Eine Limitierung bedeutet letztlich eine implizite Rationierung von Leistungen und ist weder sachgerecht noch entspricht sie der Realität in der Praxis oder im Spital. Weil Leistungen in Abwesenheit des Patienten zudem auch zur Senkung der Konsultationshäufigkeit beitragen, fordert die FMH eine strikte Aufhebung der Limitation bei diesen Leistungen.

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

Mit der Aufhebung der Zuschläge für Notfall-Inkonvenienzpauschalen für Einrichtungen nach Art. 36a KVG gefährdet der Bundesrat die Versorgungssicherheit der Bevölkerung und riskiert die Umlagerung von Notfällen in kostenintensivere Sektoren mit höheren Gesamtkosten. Mit dieser Massnahme entzieht man den praxisambulanten Notfallstationen die wirtschaftliche Grundlage. Die Sicherung der ambulanten medizinischen Notfallversorgung für die Bevölkerung ist für die Patientinnen und Patienten von grösster Bedeutung und hat für die praxisambulante Ärzteschaft eine hohe Priorität. Aus diesem Grund haben die kantonalen Ärztesellschaften in den letzten Jahren neue Modelle und Organisationsstrukturen entwickelt, damit auch in Zukunft die ambulante und kostengünstige Notfallver-

sorgung gewährleistet ist. Diese Strategie wird durch den Tarifeingriff verunmöglicht und die Konsequenz wird sein, dass die kostenintensiveren Notfallstationen der Spitäler die entstehende Lücke füllen müssen. Diese Massnahme steht in krassem Widerspruch zur Strategie „Gesundheit 2020“ des Bundesrates zur Förderung der kostengünstigen, ambulanten Versorgung.

Es ist entweder die Streichung der Inkonvenienzpauschale rückgängig zu machen oder eventualiter mindestens die Eintrittspauschale in die anerkannte Notfallaufnahme (Position 35.0610) auch für die auf den Notfall ausgerichteten ambulanten Institutionen nach Art. 36a KVG zuzulassen.

3.10 Anpassungen der Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal (00.0715 und 00.0716)

Bis anhin kann eine Blutentnahme durchgeführt durch die MPA nur verrechnet werden, wenn sie im Rahmen der Präsenzdiagnostik erfolgt. Eine Blutentnahme zuhause eines Auftragslabors konnte hingegen nicht verrechnet werden. Von Seiten der Ärzteschaft wurde diese fehlende Abrechnungsmöglichkeit für die Blutentnahme, sei es in der Analysenliste (wie dies für die Spitallabors oder Offizinapotheken der Fall ist) oder im TARMED, bemängelt. Entsprechende Anträge durch die FMH sowohl zuhause der EAMGK-AL als auch der paritätischen Tarifkommission wurden abgelehnt. Durch die Aufhebung der Einschränkung auf die Präsenzdiagnostik wird in Zukunft die Blutentnahme durch die MPA für den Versand in Auftragslabors möglich sein, was die Ärzteschaft sehr begrüsst.

3.11 Elimination des Zuschlags von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten

Mit dem Zuschlag von 10% auf den Einkaufspreis werden die Kosten für das Handling abgegolten. Aus Sicht der FMH gehen wir mit dem Bundesrat einig, dass es grundsätzlich problematisch ist, im Tarif einen prozentualen Zuschlag zu definieren, da dieser falsche Anreize setzen kann. Die vollständige Elimination dieses Zuschlags erachten wir aber nicht als sachgerecht, da somit das Handling wie Bestellung, Bereitstellung, Lagerung nun nicht mehr vergütet wird. Will man von der prozentualen Entschädigung wegkommen, dann wäre ein Sockelbeitrag (Pauschale Vergütung) der bessere und vor allem sachgerechtere Weg.

3.12 Elimination von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie von Verweisen auf das Gesetz

Die Folgen für andere Sozialversicherer (UV/MV/IV), welche ebenfalls über den TARMED abrechnen, sind im Verordnungsentwurf nicht berücksichtigt. Dies kann zu unklaren Abrechnungssituationen ab dem Jahr 2018 führen.

3.13 Änderungen in den Leistungsgruppen

Da der Bundesrat auch in den Leistungsgruppen und -blöcken Änderungen vorgesehen hat, möchten wir die Gelegenheit wahrnehmen und noch auf einen Fehler aufmerksam machen: Der Leistungsblock 02 «Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen» muss zwingend auch mit dem Unterkapitel 01.01 kombiniert werden können, da nur so die 00.0015 auch zu den Vorsorgeuntersuchungen dazugeschlagen werden kann.

4 Schlussfolgerungen

- Der Bundesrat hat seine **subsidiäre Kompetenz** mit dem Verordnungsentwurf **ungenügend wahrgenommen**, denn die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates dient dazu, eine fehlende Sachgerechtigkeit zu korrigieren und sollte die Tarifstruktur nicht noch mehr verzerren und verschlechtern.
- Der Tarifeingriff ist **politisch motiviert** und dient einer **einseitigen Kostensenkung**. Die Spezialisierung des nichtärztlichen Personals in den letzten Jahren hat zu einem grossen Kostenschub innerhalb der Arztpraxen und Spitäler geführt, die bereits heute durch die «Ärztliche Leistung» quersubventioniert werden muss und ungenügend Abbildung in den veralteten Kostenmodelltdaten findet (siehe auch 3.3 dieser Stellungnahme).
- Eine Tarifstruktur hat die gesetzliche Aufgabe, die Kosten für die Erbringung medizinischer Leistungen sachgerecht und betriebswirtschaftlich korrekt abzubilden. Durch die Eingriffe des Bundesrates in die Tarifstruktur TARMED wird aus Sicht der FMH bis auf weiteres **der gesetzliche Auftrag** an eine **sachgerechte** und **betriebswirtschaftliche Tarifstruktur nicht mehr erfüllt**.
- Es kann nicht sein und widerspricht dem KVG, wenn es **durch überproportionale Absenkungen** von **einzelnen Leistungspositionen** dazu kommt, dass unbestrittene Pflichtleistungen wegen der fehlenden Kostendeckung **nicht mehr** kostengünstig und effizient in der niedergelassenen, ambulanten Medizin **angeboten werden können**.
- Insgesamt steht der Tarifeingriff schief in einer gesundheitspolitischen Landschaft, wo ein Konsens zu einer Stärkung der ambulanten Medizin besteht. Mit dieser **Massnahme widerspricht** der Bundesrat seiner eigenen **Agenda «Gesundheit 2020»**.
- Durch zeitliche Limitationen von Konsultationen, Hausbesuchen und Arbeiten in Abwesenheit des Patienten werden die vulnerabelsten Patientengruppen systematisch benachteiligt.
- Mit jedem Tarifeingriff verändern sich auch die Anreize. In vorliegendem Fall ist bspw. mit einer **Verlagerung von Leistungen**, die ambulant nicht mehr kostendeckend erbracht werden können, **in den stationären Bereich** zu rechnen. Dies würde aber einen bedeutenden **Kostenschub auslösen**, der die Einsparungen im ambulanten Bereich aufheben würde.
- Die FMH bleibt deshalb bei ihrer Position, dass **nur eine umfassende Gesamtrevision** des TARMED, gemeinsam mit allen Ärzteorganisationen und Tarifpartnern, **der richtige Weg** ist, damit eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Tarifstruktur wieder hergestellt werden kann.

5 Forderungen der FMH

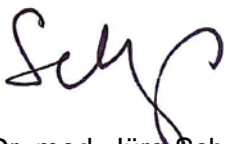
Die FMH fordert vom Bundesrat, die von der FMH angeregten Änderungen ausführlich zu prüfen und steht zusammen mit ihren angeschlossenen Gesellschaften für eine weiterführende Expertengruppe zur Verfügung.

In diesem Zusammenhang fordert die FMH auch Einblick in die INFRAS-Studie von Oktober 2016: «Kosten und Rentabilität von kostenintensiven Infrastrukturen, Geräten und Einrichtungen sowie damit verbundenen Leistungen in der ambulanten Medizin» und bittet den Bundesrat um die Zustellung der entsprechenden Unterlagen.


Abschliessend fordern wir den Bundesrat auf, den vorgesehenen Eingriff in die Tarifstruktur TARMED in der Verordnung klar zu befristen, bis die von der FMH und ihren Tarifpartnern revidierte, gesetzeskonforme und vom Bundesrat genehmigte TARMED-Tarifstruktur in Kraft tritt.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Jürg Schlup
Präsident der FMH
Departementsverantwortlicher Politik und
Kommunikation



Dr. med. Urs Stoffel
Mitglied des FMH-Zentralvorstandes
Departementsverantwortlicher Ambulante
Versorgung und Tarife