

Per E-Mail an:

[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Bern, 19. Juni 2017

## **PKS Vernehmlassungsantwort zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Im Namen der Privatkliniken Schweiz (PKS) danken wir Ihnen für die Gelegenheit, in rubrizierter Angelegenheit Stellung nehmen zu können.

**Als Vertreterin der 130 Schweizerischen Privatkliniken lehnen wir die vorgeschlagene Verordnungsänderung in aller Deutlichkeit ab.**

**Die aktuelle Tarifstruktur muss tatsächlich überarbeitet werden. Dies ist aber aufgrund direkter Verhandlungen der involvierten Tarifpartner zu tun. Eine gemeinsam erarbeitete Tarifstruktur auf der Grundlage betriebswirtschaftlich bemessener Daten liegt vor und wurde dem Bundesrat von H+ vorgelegt. Eine Politisierung der Tarife ist inakzeptabel. Ein bundesrätlicher Eingriff ist ultima ratio und müsste auch in diesem Fall sachgerecht und betriebswirtschaftlich bemessen sein.**

**Die zur Umsetzung des politischen Tarifeingriffs vorgeschlagene Verordnungsänderung kann – und auch dann nur in einer komplett überarbeiteten Form – erst dann wieder *in Erwägung* gezogen werden:**

- **wenn die definitive Ausgestaltung des BAG-Projekts „Verlagerung zu Ambulant“ verabschiedet und in ihren Konsequenzen evaluierbar ist. Die kombinierte Wirkung dieser beiden offenkundig nicht koordinierten Vorlagen könnte für die ambulante Gesundheitsversorgung in der Schweiz verheerende Folgen haben. Sie haben in der nationalrätlichen Fragestunde vom 6. Juni 2017 auf eine Frage von NR Herzog hin bestätigt, dass die Erträge der Spitäler „etwas“ zurückgehen würden. Angesichts der bereits heute bestehenden Unterdeckungen gewisser Leistungen ist es unverantwortlich, die Gesundheitsversorgung in den Regionen in einem kombinierten Blindflug der beiden Vorlagen zu gefährden. Um dem Anliegen vermehrter ambulanter Behandlungen zu entsprechen, sollen die Tarifpartner im stationären Bereich (im Verein Swiss DRG organisiert) noch dieses Jahr die Voraussetzungen schaffen zur Schwächung der Anreize für stationäre Behandlungen:**

**Für Leistungen an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich schlägt PKS spitalambulante Pauschalen vor, welche die Effizienz und Behandlungsqualität steigern. Im Bereich Akutsomatik können One-Day-DRG diesen Zweck erfüllen, für die Psychiatrie leistungsbezogene tagesklinische Pauschalen und in der Rehabilitation Pauschalen für ambulante Behandlungsprogramme. Mit sachgerechten und kostenbasierten Pauschalen würde der Trend der Verschiebung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor unterstützt, es entsteht mehr Flexibilität gegenüber den Patientinnen und Patienten und die Qualitätsvorteile der Behandlung unter DRG bleiben erhalten. Zudem besteht mit diesem Ansatz die Chance, die Tarifpartnerschaft im Tarmed-Bereich wiederzubeleben, weil diese Verhandlungen nicht noch zusätzlich durch eine Vermischung der beiden Tarifsysteme (DRG(Tarmed) belastet werden.**

- wenn kumulativ sowohl
  - a.) eine sachgerechte und betriebswirtschaftlich bemessene Tarifstruktur vorliegt
  - b.) und die Rechtslage betreffend der Zulässigkeit des vorliegenden Tarifeingriffs geklärt ist.

**Der vorliegende Verordnungsentwurf verschlechtert die Tarifstrukturen und macht sowohl den TARMED wie auch den Tarif für Physiotherapie noch unsachgerechter. Den Vorschlägen fehlt weitestgehend eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Bemessung, wie sie das KVG fordert. Eine Verordnungsänderung, welche diese beiden Kriterien nicht erfüllt, ist gesetzeswidrig, wie das Luzerner Kantonsgericht im Urteil vom 29. Mai 2017 Klinik St. Anna vs. Assura Basis SA in aller Deutlichkeit festgehalten hat. Politische Gründe wie die vom Bundesrat erwähnte Motivation, die Tarifverhandlungen zu deblockieren oder 700 Millionen Franken einzusparen, können eine nicht sachgerechte und betriebswirtschaftliche Bemessung nicht heilen. Selbst wenn dem Luzerner Gerichtsentcheid noch nicht Rechtskraft erwächst – er könnte noch ans Bundesgericht weitergezogen werden – ist der Bundesrat auch diesbezüglich gut beraten, den Tarifeingriff zu sistieren.**Höchst problematisch ist, dass der Entwurf Anreize zur Rationierung setzt, also zur Vorenthaltung von medizinischen Leistungen bei kranken Menschen, weil die soziale, obligatorische Krankenpflegeversicherung diese Leistungen nicht mehr zahlt. Hauptbetroffen sind vulnerable Gruppen wie psychisch Kranke, Kinder und ältere Patientinnen und Patienten, die besonders von Multimorbidität, Demenz und der Chronifizierung ihrer Krankheiten betroffen sind. Im Tarif für Physiotherapie fehlt die Tarifierung von heute schon erbrachten Leistungen. Weitere Mängel sind die zum Teil falsche rechtliche Interpretation, die negativen Auswirkungen auf die Tarifpartnerschaft, die Unausgewogenheit des Entwurfes und die Widersprüche zur bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020.

Sämtliche medizinischen Bereiche sind negativ vom Entwurf betroffen. Das heisst, dass bei Spitälern und Kliniken mit einem erweiterten Grundversorgungsauftrag die schon bestehende Unterdeckung der ambulanten Leistungen weiter steigt und bis zu 35% erreichen kann. Längerfristig kann die Versorgungssicherheit für einzelne medizinische Spezialitäten oder für einige Regionen gefährdet werden.

Im Argumentarium 1 zeigen wir anhand von Daten und Beispielen, die H+-Mitglieder zur Verfügung gestellt haben, wie die Realität in den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen aussieht. Daraus können die riesigen Auswirkungen des Entwurfs auf alle Patientengruppen erkannt werden. Im Argumentarium 2 legen wir einige weitere rechtliche und politische Probleme des Entwurfes dar.

In den Anträgen legt PKS einige Verbesserungsvorschläge vor, soweit diese überhaupt möglich sind. Besser wäre nach wie vor eine Totalrevision des TARMED, zum Beispiel auf der Basis der Eingaben von H+ vom 15. August 2016 (Tarifstruktur für Physiotherapie) sowie vom 3. November 2016 an den Bundesrat. Mit den beiden Tarifeingaben liegen dem Bundesrat und dem BAG verlässliche Daten zur sachgerechten und betriebswirtschaftlich bemessenen Berechnung von einzelnen Tarifpositionen vor.

Unsere detaillierte Stellungnahme auf den folgenden Seiten stützt sich im Wesentlichen ab auf die Vernehmlassungsantwort von H+ sowie diverser medizinischer Fachgesellschaften und Ärztereinigungen, auf deren separate Stellungnahmen wir hier ausdrücklich hinweisen zwecks Berücksichtigung bei der Formulierung einer allfälligen neuen Verordnungsänderung, falls diese nach dem Vorliegen der definitiven Regelung des Projekts „Verlagerung zu Ambulant“ immer noch in Erwägung gezogen werden sollte.

Wir danken Ihnen für Ihre Kenntnisnahme sowie für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme, und grüssen Sie freundlich.

Mit freundlichen Grüssen

**Privatkliniken Schweiz**



Adrian Dennler  
Präsident

Guido Schommer  
Generalsekretär

## Argumentarium 1: Realitäten der Medizin

Der Entwurf verkennt den Stand der Medizin sowie die damit verbundenen Leistungen der Ärztinnen und Ärzte. Hier eine Auswahl dieser Realität:

- Komplexe Behandlungen/Krankheitsbilder verlangen mehr Vorabklärungen;
- Fremdakten anfordern und konsultieren;
- Interdisziplinär zusammenarbeiten, vor allem in Boards, z. B. Tumorboards;
- Vor- und nachbehandelnde Stellen und Behörden in die Diagnose und Therapie einbeziehen;
- Leistungen erfassen, Leistungen kontrollieren und die Leistungserfassung schulen im Sinne der korrekten Verrechnung;
- Steigende Anzahl von Versichereranfragen beantworten;
- Bildkonsilien oder Zweitbeurteilung durchführen;
- Operationen präoperativ simulieren;
- Immer mehr (u.a. von der Politik geforderte) Qualitätsstandards einhalten und dokumentieren (z.B. Radiologie, Pathologie).

### Limitationen gefährden vulnerable Gruppen

Die Einführung von Limitationen gefährdet die gute medizinische Behandlung in der Schweiz, gerade von vulnerablen Gruppen wie psychisch Kranken, Kindern und älteren Menschen mit Demenz oder in Palliativpflege. Für diese vulnerablen Patientengruppen braucht es vor allem Zeit. Z.B. müssen Psychiater und Psychotherapeuten mit den Patientinnen und Patienten in Krisensituationen lange sprechen können. Die Eltern kranker Kinder müssen ebenfalls fachlich informiert und aufgeklärt werden. Zudem dauert eine Behandlung länger, wenn Ärztinnen und Ärzte Kindern etwas erklären, als wenn sie es Erwachsenen erklären. Gleiches gilt für demente Patientinnen und Patienten im Vergleich zu nicht dementen. Und bei Patientinnen und Patienten der Palliativpflege sind die Therapiemöglichkeiten intensiv auszuloten und Optionen vertieft abzuwägen.

### Kindermedizin

Die Kinderspitäler sind von einem Abbau der ambulanten Vergütung überdurchschnittlich betroffen. Ihnen stehen meist nicht die Kompensationsmöglichkeiten aus Einnahmen der Privatversicherungen zur Verfügung. Die drei eigenständigen Kinderspitäler haben ein Verhältnis von lediglich 18'000 stationären zu 300'000 ambulanten Patientinnen und Patienten, also von 1:17. In diesen Kinderspitälern finden zwei Drittel der ambulanten Konsultationen in den spezialisierten Polikliniken statt, ein Drittel auf den Notfallstationen.

Während die Kinder tagsüber von den Praxispädiatern in der Grundversorgung gut betreut werden, füllen sich die Notfallstationen der Kinderkliniken ab 17:00 Uhr und am Wochenende, wenn die Arztpraxen geschlossen sind. Gerade abends und nachts machen sich Eltern oft besonders grosse Sorgen und verlangen nach einer Beurteilung ihres kranken Kindes. Dies aus gutem Grund, sind die körperlichen Reserven bei Kindern doch sehr viel geringer als beim Erwachsenen. Die Kinderspitäler haben darauf reagiert und Praxispädiater angestellt, die in den Abendstunden und am Wochenende mithelfen, den Ansturm auf den Notfallstationen zu bewältigen. Das Angebot der Kinderspitäler, Notfallstationen zu betreiben, ist aus Sicht der Eltern und deren Kinder eine absolute Notwendigkeit. Ungeplante Patientenbehandlungen generieren jedoch stets höhere Kosten als geplante Patientenkonsultationen, die eine Praxis über 8 Stunden auslasten.

Im Gegensatz zur Erwachsenenmedizin findet die spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin fast ausschliesslich in den Kinderspitälern statt. Dies einerseits, weil die Fallzahlen vergleichsweise klein sind, andererseits weil der notwendige Gerätepark für die unterschiedlichen Altersstufen aufwändig zu halten ist. Kurz zusammengefasst: es hat sich noch nie gelohnt, diese - zeitlich, kommunikativ und technisch - aufwändige Medizin in der freien Praxis anzubieten. Diese Konzentration der Kinder- und Jugendmedizin ist im Sinne der Qualität und der Wirtschaftlichkeit und entspricht somit dem Willen der Politik und der Bevölkerung.

Eine Zusammenarbeit in der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin findet bereits heute zwischen den Spitälern statt. Dies vor allem deshalb, weil es in diesem Bereich zu wenig subspezialisierte Fachärzte gibt. Beispielsweise decken die Spezialisten des einen Kinderspitals während Ferienzeiten konsiliarisch den Dienst eines anderen Kinderspitals in einem anderen Landesteil mit ab. Verschiedene Spezialärzte stehen für die oft chronisch kranken Kinder und Jugendlichen und für die behandelnde Ärzteschaft das ganze Jahr über im Piketteinsatz bereit.

Die Rekrutierung von Fachärzten findet daher vielfach im angrenzenden Ausland statt. Der Markt spezialisierter Kinderärzte ist in der Schweiz äusserst dünn. Die Berufungsverfahren der letzten Jahre an den Universitätsspitälern zeigen ebenfalls, wie prekär das Angebot spezialisierter Kinderärzte auch europaweit ist.

Der Frauenanteil in der Kinder- und Jugendmedizin ist mit rund 80% Assistenzärztinnen überdurchschnittlich hoch. Ein grosser Anteil dieser Ärztinnen arbeitet bevorzugt Teilzeit, wenn sie im Spital bleiben. Die meisten Kinderärztinnen haben zu Hause eine Familie, für die sie auch Zeit haben möchten. Dies führt dazu, dass ab 17 Uhr die Praxen geschlossen werden und die Patientenströme zu den Notfallstationen der Kinderspitäler verlaufen.

In den Kinderspitälern werden – dies im Unterschied zur Erwachsenenmedizin – von fast allen Geräten verschiedene Grössen für unterschiedliche Altersstufen benötigt. Gleichzeitig dauern die Eingriffe pro Patient durchschnittlich viel länger. Dies gilt beispielhaft für die moderne Bildgebung: die Belegung des MRT dauert in der Regel mindestens 60 Minuten, abgerechnet werden können jedoch nur 20 Minuten. Daher ist die Computertomographie und Magnetresonanztchnik in den Kinderspitälern gar defizitär. Die Gastroenterologie hat die notwendige technische Leistung für die Amortisation der Geräte der pädiatrischen Gastroenterologie berechnet. Es wären schon im ursprünglichen Tarmed +70% höhere technische Leistungen notwendig, um die Geräte amortisieren zu können.

### **Konsultation und Untersuchung: Zeit- statt Handlungsleistungen werden begrüsst, aber Limitation ist unsachgerecht**

Grundsätzlich ist zu begrüssen, dass die Handlungsleistungen in Zeitleistungen und damit sachgerecht abgebildet werden sollen. Die Limitation der Konsultation auf 20 Minuten ist im komplexen Setting der Notfallmedizin und der spezialisierten Kindermedizin jedoch vollkommen unsachgerecht. Dies führt dazu, dass die erbrachten Grundleistungen künftig zu einem grossen Teil umsonst gemacht werden müssten. Ausserdem müssten die patientenzentrierten Behandlungspfade mit gleichzeitiger Konsultation verschiedener Spezialisten aus finanziellen Gründen fallen gelassen werden. Dies bedeutet für Eltern, dass sie das Kinderspital mehrfach pro Tag oder Woche aufsuchen müssten, um die nötigen Untersuchungen und Informationen zu erhalten. Sicherlich ist dies nicht im Sinne einer über Jahre hinweg mühsam aufgebauten patienten-

zentrierten Versorgung. Betroffen wären vor allem Eltern mit chronisch kranken Kindern. Gerade für diese Familien sind aber entlastende Healthcare-Settings dringend notwendig. Volkswirtschaftlich wäre dies zudem unsinnig, sind die meisten Eltern doch berufstätig.

**Limitation für Leistungen in Abwesenheit ist unsachgerecht**

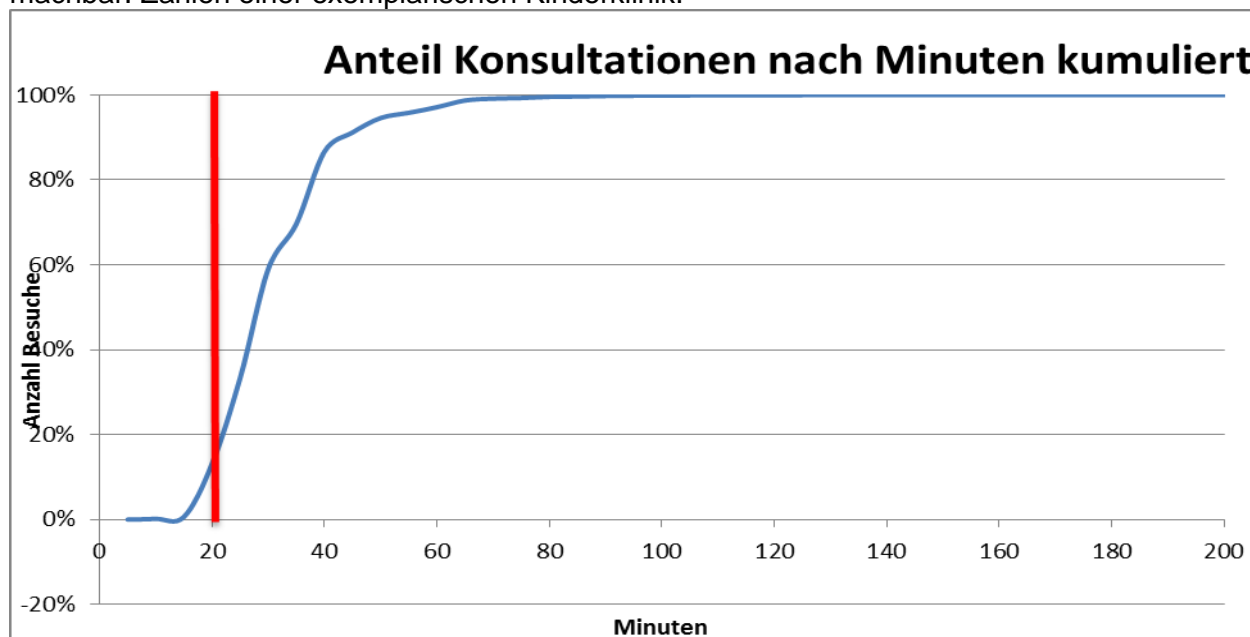
Die Limitation der ärztlichen Leistung in Abwesenheit wird gerade für die spezialisierte Medizin in den Kinderspitälern zu hohen nicht mehr erfassbaren Leistungszeiten führen, da eine seriöse Vorarbeit z.B. bei seltenen Krankheiten mindestens 60-120 min dauert. Nur nach gründlicher Vorarbeit können die Eltern der Patienten korrekt aufgeklärt und beraten werden.

### Durchschnittliche Konsultation bei Kindern dauert 31 Minuten

Durchschnittlich dauert eine Konsultation in den Kinderspitälern 31 Minuten. Die Zahlen unterscheiden sich zwischen den Spitälern nicht wesentlich.

### Nur 13% der Konsultationen bei Kindern dauern unter 20 Minuten

Mit dem neuen TARMED wären nur ungefähr 13% der Konsultationen in der vorgegebenen Zeit machbar. Zahlen einer exemplarischen Kinderklinik:



### Entwicklung Notfälle: Stetige Zunahme um 20% in 4 Jahren.

Zahlen von drei Kinderkliniken:

#### Beispiel Verlaufskontrolle

12-jährige Patientin stellt sich hier geplant zur **Verlaufskontrolle** bei peripherer Fazialisparese, Patientin mit Neurostatus.

Leistung	AL Konsultation	AL in Abwesenheit
Anamnese	10'	
Untersuchung	10'	
Besprechung mit Oberarzt		5'
Zweimal Telefonat mit Labor bzgl. Laborwerte		10'
Rücksprache mit Infektiologie		5'
Rücksprache mit Neurologie, anschliessend Neurokonsil durch den Neuropädiater	15'	
Telefonat mit Mutter		5'
Berichtverfassung		15'
<b>Total</b>	<b>35'</b>	<b>40'</b>

#### Beispiel Diabetes

Jahreskontrolle Diabetes mellitus Typ 1, Insulinpumpenträger mit Sensor für kontinuierliche Blutzucker-Messung. Auch hier sind viele Aufwände des Fachpersonals nicht abrechenbar, weder in der vorgeschlagenen noch in der bestehenden Tarifstruktur TARMED 1.08\_BR.

	Arzt	Dauer	Spezialisierte Pflege Diabetesberatung	Dauer	Pflegefachfrau	Dauer
Vor Konsultation	Durchlesen aller eingegangener Berichte von anderen Disziplinen und E-Mails zwischen Patient und Diabetes-Team seit letzter 3 Monats-Kontrolle	5'				
Beim Eintreffen des Patienten			Einlesen der digital gespeicherten Daten der Insulinpumpe und des Blutzucker-Sensors	10-15'	Messen von Gewicht, Länge, Blutdruck, Puls	5-10' altersabhängig
Konsultation Anamnese	1) Allg. gesundheitliche Probleme (Kopfschmerzen, Verdauung, Belastbarkeit, orthop. Probleme etc.) 2) Diabetes-spezifische Probleme, bzw. Notfälle 3) Blutzuckereinstellung im Alltag und bei besonderen Situationen wie Sport, Schulreise, Lager, Ferien, etc. 4) Detaillierte Analyse der Blutzuckerläufe 5) Diabetes und Schule/Lehre 6) Psychische Belastung durch Diabetes 7) Notwendigkeit Sozialdienst	30'	1) Kontrolle und Eichen der Blutzuckermessgeräte	20'	Labor Jahreskontrolle ins Laborsystem eintragen Vorbereiten der Blutentnahme	10'
Konsultation Massnahmen	1) Neue Insulinverordnung 2) Neue Anweisungen für spezielle Situationen	10'	1) Ausstellen von Bestätigung für Zoll für Flugreisen	5'		
Konsultation Status	1) ausführliche körperliche Untersuchung inkl. Pubertät und Wachstum 2) Diabetes-zentrierte körperliche Untersuchung (Haut, Stichstellen an den Fingerspitzen,	15'-20' *	1) Programmieren der neuen Insulinverordnung in der Insulinpumpe 2) Vorbereiten neues Dauerrezept 3) Ersatz und Abgabe neuer Apparate	15-20'		



	Arzt	Daue r	Spezialisierte Pflege Diabetesbe- ratung	Daue r	Pflegefachfrau	Dauer
	Spritzstellen am Bauch, Beinen, Vib- rationssinn, Füße)		4) Beratung bezüg- lich Sondersituatio- nen			
Konsultation Blutentnahme	Blutentnahme durch Arzt	5-15' *	Hilfe bei Blutent- nahme (bei kleinen oder sehr ängstli- chen Kindern)	5-15' *	Hilfe bei Blut- entnahme	5-15' *
Nach Konsul- tation <b>IN ABWE- SENHEIT DES PATIENTEN</b>	Visieren aller Labor- werte im System Telefonische Mittei- lung der Blutresul- tate an Eltern Überweisung an Er- nährungsberatung o- der weitere Spezia- listen Diktat Jahresbericht Anträge oder Ver- laufsberichte an Krankenkassen Bestätigungen an Lehrerschaft, Lehr- meister, Sporttrainer, Motorfahrzeugkon- trolle, Militär	Vari- abel je nach Not- wen- dig- keit 15- 45'	Instruktion von Lehrpersonen, Be- treuungspersonen in Kindertagesstät- ten, Heimen, etc. Telefonisch oder vor Ort	15'- 45'		
Zwischen Konsultationen <b>IN ABWE- SENHEIT DES PATIENTEN</b>	Schriftliche Beratung bzw. Anpassung der Insulinverordnung aufgrund gemailter Blutzuckerdaten (Analyse - neue Ver- ordnung-Dokumen- tation in KG) <b>Verhindert zusätzli- che Konsultationen und damit Absen- zen in Schule (Pati- ent) und Arbeit (El- tern)</b>	15- 20' <b>1-2 mo- nat- lich</b>				

\* altersabhängig variabel, je jünger, desto aufwendiger

## Psychiatrie gefährdet

Für die Psychiatrie gibt es keine Verbesserungen durch den Entwurf, im Gegenteil: die Limitationen der Leistungen schränken die Behandlungen stark ein. Die Löhne der spezialisierte Ärztinnen und Ärzte sind durch den Entwurf nicht mehr gedeckt. Ohne Anpassung gegenüber dem Entwurf wären Einbussen bei der Qualität und Sicherheit der Patienten unvermeidlich, weil offenkundig auf nicht spezialisiertes oder noch nicht abschliessend weitergebildetes Personal zurückgegriffen werden muss und damit Gefahr besteht, dass Erkrankungen oder insb. Veränderungen im chronischen Krankheitsverlauf zu spät oder gar nicht erkannt werden können.

### **Rückschritt Limitationen für therapiefördernde Kooperationen**

Die OECD weist in ihrem CH-Länderbericht 2014 Psychische Gesundheit und Beschäftigung auf einen Mangel hin in der Kooperation der verschiedenen, gut ausgestatteten Teilsysteme in Bezug auf die Erhaltung des Arbeitsplatzes bzw. auf die Wiedererlangung eines solchen. Die Kritik bezieht sich nicht nur auf die IV, sondern ebenso auf die einzelnen Psychiater. Obwohl arbeitstätige psychiatrisch erkrankte Menschen nachweislich eine bessere Prognose haben als arbeitslose Patientinnen und Patienten mit derselben Störung, suchen Psychiaterinnen und Psychiater zu selten den Kontakt mit Arbeitgebern. Hingegen haben sie regelmässige Kontakte mit geschützten Einrichtungen, was darauf hinweist, dass die Arbeits- und Beschäftigungssituation vor allem bei Schwerstkranken im Fokus steht. Die OECD empfiehlt der Schweiz eine Reihe von Massnahmen. Dazu gehören auch eine bessere Schulung der Ärzte und das Erarbeiten von beschäftigungsbezogenen Leitlinien. Der Entwurf, die Position für Leistungen in Abwesenheiten auf ein minimales Mindestmass zusammenzustreichen, untergräbt genau die von der OECD skizzierte Stossrichtung. Für Kontakte mit Arbeitgebern, Versicherern usw. braucht es Zeit. Die meisten Kontakte finden telefonisch statt, ohne dass der Patient daneben sitzt (dies liesse sich als Konsultation verrechnen). In der Regel kommt es zu einem ersten und einzigen persönlichen Kontakt zwischen Kontaktpersonen und Ärzten. Das Follow-up, die Feinjustierung usw. geschehen danach per Telefon oder per E-Mail. Diese lassen sich nur als Leistungen in Abwesenheit verrechnen.

In der Sozialpsychiatrie ist der Austausch mit anderen Bezugspersonen per Telefon und damit in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten der Standard. Das gleiche gilt für Demenzabklärungen (siehe Demenzstrategie des BAG) und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

### **Rückschritt in der interprofessionellen Kooperation**

Der Entwurf stellt das Postulat „ambulant vor stationär“ in Frage, genauso wie die Aufgabenteilung zwischen medizinischer und pflegerischer Behandlung, Sichtwort Skill- und Grade-Mix.

### **Gefährdung von multimorbiden Menschen**

Immer mehr Menschen haben zusammen mit den psychischen Leiden auch somatische, zum Beispiel bei Demenz, bei Suchterkrankungen oder bei Methadonsubstitution. Insbesondere bei der Substitutionsbehandlung gibt es eine Vielzahl von Patienten mit umfangreichen somatischen Beschwerden, welche über Jahre behandelt werden. Eine regelmässige Untersuchung dieser Patienten ist mit der vorgesehenen Limitation nicht mehr möglich.

### **Weiterhin Unklarheit für Tageskliniken**

Ungeklärt bleiben seit dem Wegfall der halbstationären Aufenthalte die tarifliche Abbildung der Tages- und Nachtstrukturen, die in der Psychiatrie einen grossen und bedeutenden Platz einnehmen.

### **Verbesserungsvorschläge liegen vor**

Die von H+ dem Bundesrat eingereichte Tarifstruktur sieht Verbesserungen vor, zum Beispiel bei der Wegentschädigung für nicht-ärztliches Personal, Krisenintervention und Testabklärungen für Psychologen und Pflegepersonal, Zuschlagspositionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Wegfall von Limitationen. In diese Richtung ging auch ein parlamentarischer Vorstoss, der die Lücken in der psychiatrischen Grundversorgung durch intermediäre Angebote schliessen wollte.

## **Medizin für alte, multimorbide und chronisch kranke Menschen**

Die Limitationen schränken als dritte vulnerable Gruppe die Behandlungen von älteren Menschen ein, die vermehrt und überdurchschnittlich von Demenz, Multimorbidität, chronischen Krankheiten, Krebserkrankungen, Rheuma und Palliativpflege betroffen sind. Die Aussagen treffen sinngemäss auch auf jüngere chronisch und multimorbid kranke Menschen zu.

## **Interprofessionalität und Leistungen in Abwesenheit als Standard**

Für eine gute medizinische Versorgung von Heimpatientinnen und -patienten ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegenden, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzten entscheidend. In besonderem Mass trifft dies für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung zu; über 70 % der Bewohnenden von Pflegeinstitutionen leiden unter einer Demenz. Bei diesen Patientinnen und Patienten müssen zusätzlich die Angehörigen miteinbezogen werden. Viele ärztliche Leistungen erfolgen darum nicht im Rahmen einer Konsultation mit den Patientinnen oder den Patienten, sondern im Rahmen von interprofessionellen Besprechungen mit dem Behandlungsteam (vgl. Ch. Held, Das demenzgerechte Heim S.87 f). Wichtig ist diese Arbeitsweise auch für die rehabilitativen Aufgaben und Massnahmen, die zunehmend in Pflegeinstitutionen erbracht werden müssen. Die geriatrische Medizin ist generell immer interdisziplinär und interprofessionell (siehe Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten UEMS (angenommen in Kopenhagen am 6. September 2008).

## **Längere Behandlungsdauer als bei Jungen**

Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und insbesondere von Pflegeheimen sind in der Regel multimorbid, funktionell erheblich eingeschränkt und gesundheitlich in einem labilen Gleichgewicht. Dies bedingt engmaschige medizinische Kontrollen und eine regelmässige ärztliche Überwachung, um auf die teilweise rasch wechselnden gesundheitlichen Probleme eingehen zu können. Wichtig sind dabei nicht apparative Untersuchungen, sondern die klinische Beurteilung aufgrund der Anamnese, ergänzt mit der Fremdanamnese und einer guten körperlichen Untersuchung. Damit und mit einem vorausschauenden Behandlungsplan können viele teure und für die Patientinnen und Patienten unnütze, aber belastende Abklärungen bei Spezialärzten und Hospitalisationen in einem Akutspital oder in einer Klinik vermieden werden. Multimorbide, betagte Menschen benötigen mehr Zeit. Schon eine einfache Beratung ist deutlich zeitaufwändiger als bei jüngeren Erwachsenen und wird nicht nur durch kognitive Einschränkungen, sondern auch durch beeinträchtigte Sinnesorgane und eingeschränkte Beweglichkeit erschwert.

## **Sterbephase wird ärztlich ambulant begleitet**

Die meisten Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen versterben auch dort und werden in der Sterbephase nicht noch hospitalisiert. Dies ist bezüglich der Lebensqualität und der Gesamtkosten sinnvoll. Es braucht aber am Lebensende eine intensive interdisziplinäre Betreuung der Patientinnen und Patienten, aber auch der Angehörigen.

Als Beispiel betreut die Abteilung für Geriatrie und Palliativpflege eines Universitätsspitals ältere, generell polymorbide Patienten mit Hausbesuchen. Angesichts der Komplexität dieser Patienten dauert der erste Besuch in der Regel 2 Stunden, mit einer Nachbearbeitung in Abwesenheit des Patienten nochmals etwa im gleichen Umfang. Die Folgebesuche dauern rund 45 Minuten. Die Häufigkeit der Konsultationen liegt zwischen einmal pro Woche bis einmal pro Monat, und die Zeit in Abwesenheit des Patienten bei 1 bis 2 Stunden pro Monat. Für durchschnittlich 11 Stunden Arbeit könnten mit dem revidierten TARMED nur noch 3 Stunden abgerechnet werden.

### **Behandlungen zu Hause und in Pflegeinstitutionen vermeiden Hospitalisierungen**

Die Limitation auf den Positionen 00.0143 und insbesondere 00.0144 ist für Patientinnen und Patienten in Alters- und Pflegeheimen darum aufzuheben.

Positionen 00.0415 und 00.0425: Wiederholte klinische Untersuchungen, verbunden mit einer Verlaufsbeobachtung über einige Tage, können viele medizinisch instabile Situationen bei Patientinnen und Patienten in Pflegeinstitutionen klären. Sie ermöglichen damit eine adäquate Behandlung ohne Spitaleinweisung oder aufwändige apparative Untersuchungen. Die Rationierung der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit an und mit Patientinnen und Patienten setzt völlig falsche Anreize, weg von einer vernünftigen Menschenmedizin hin zu einer teuren, technisch ausgerichteten 5-Minuten-Medizin. Dies entspricht in keiner Weise den Bedürfnissen von betagten, geriatrischen Patientinnen und Patienten. Die Limitation auf 6-mal pro drei Monate wird dem Bedarf absolut nicht gerecht und verhindert die Abrechnung einer adäquaten medizinischen Betreuung von Patientinnen und Patienten in Heimen zu Lasten der Krankenversicherer. Die Limitation auf den Positionen 00.0415 und 00.0425 ist für Patientinnen und Patienten in Alters- und Pflegeheimen darum aufzuheben.

Position 00.0020 keine Limitation einführen: Konsultationen bei geriatrischen, das heisst multimorbiden, betagten Menschen sind sehr zeitaufwändig. Insbesondere Patientinnen und Patienten in Heimen benötigen zusätzlich Zeit für eine gute Beurteilung der Situation. Die Limitation auf 2-mal pro Sitzung wird dem Bedarf nicht gerecht und verhindert die Abrechnung einer adäquaten medizinischen Betreuung von Patientinnen und Patienten in Heimen zu Lasten der Krankenversicherer. Die Limitation der Position 00.0020 lässt nicht genügend Zeit für eine gute Beurteilung der Situation und ist darum für Patientinnen und Patienten in Alters- und Pflegeheimen aufzuheben.

Position 00.0510: Limitation ist generell aufgrund der unterschiedlichen Zeitbedürfnisse sehr problematisch, insbesondere für Patientinnen und Patienten in Alters- und Pflegeheimen. Aufgrund der häufigen Einschränkungen der Sinnesorgane, des Bewegungsapparates und akzentuiert durch allfällige Kognitionsstörungen dauern Beratungen deutlich länger als bei jüngeren Menschen und müssen oft mehrmals für die gleiche Problematik vorgenommen werden. Die Limitation auf 6-mal pro drei Monate wird dem Bedarf absolut nicht gerecht und verhindert die Abrechnung einer adäquaten medizinischen Betreuung von Patientinnen und Patienten zu Lasten der Krankenversicherer. Die Limitation der Position 00.510 ist für Patientinnen und Patienten darum aufzuheben.

### **Limitationen verletzen Aufklärungspflicht**

Die Limitation der Position 00.0020 auf max. 2x pro Sitzung beschneidet die Aufklärungspflicht der Ärztinnen und Ärzte. Die Aufklärung muss aber vollständig und korrekt erfolgen. Dies kann bei komplexen Krankheitsbildern nicht in 20 Minuten erfolgen, weshalb der Entwurf die Aufklärungspflicht verletzen würde.

### **Limitationen tragen Sprachbarrieren keine Rechnung**

Sprach- und Verständigungsbarrieren können entstehen durch Fremdsprachigkeit, Erkrankungen wie Aphasie oder Taubheit, oder durch Schamgefühle. Limitierte Konsultationen gefährden die Behandlung, wenn der Patient in der Anamnese nur verzögert Auskunft gibt und die Diagnose und Therapie nicht vollständig versteht.

### **Limitationen tragen individuellem Arzt-Patienten-Verhältnis keine Rechnung**

Das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen oder Ärzten und Patientinnen oder Patienten aufzubauen benötigt Zeit! Es kann und muss im Einzelfall länger dauern.

### **Limitationen gefährden kostengünstige Erstabklärung**

„All-in-one“ Behandlung ist die Idee, den Patienten in möglichst einem Besuch vollständig, also auch interdisziplinär abzuklären und über die weitere Therapie aufzuklären. Dies benötigt längere Konsultationszeiten und eine bessere Koordination unter den Disziplinen. Die Positionen 00.0010ff werden nicht nur in der Grundversorgung, sondern auch beim Spezialisten stark eingesetzt. Wird den Grundversorgern die Möglichkeit genommen, sich vertieft mit einem Patienten auseinanderzusetzen, das Vertrauen zum Patienten aufzubauen, ihn in seiner Ganzheit zu erfassen, wird die Attraktivität der Grundversorgung weiter geschmälert. Zudem sinkt die Hemmschwelle, komplexe und dadurch zeitaufwändige Patienten an Spezialisten weiterzuweisen. Der Entwurf steht sämtlichen nationalen Bemühungen entgegen, die Grundversorgung zu stärken. Aufgrund der maximalen Konsultationszeit von 20 Minuten werden komplexe Patienten häufigere Besuche in Kauf nehmen, bis die Diagnosen und die Fragen der Patienten und Angehörigen geklärt sind.

### **Limitationen können Behandlungsergebnis verschlechtern**

Bei onkologischen Patienten können Verzögerungen zu schlechterem Outcome führen. Dies zeigen zahlreiche Studien:

- Curr Oncol. 2015 Feb;22(1): e20-6. doi: 10.3747/co.22.2052.
- Wallace DM, Bryan RT, Dunn JA, Begum G, Bathers S (2002) Delay and survival in bladder cancer. BJU Int 89:868–878.
- Gore JL, Lai J, Setodji CM, Litwin MS, Saigal CS (2009) Mortality increases when radical cystectomy is delayed more than 12 weeks: results from a surveillance, epidemiology, and end results-medicare analysis. Cancer 115:988–996.
- Kulkarni GS, Urbach DR, Austin PC, Fleshner NE, Laupacis A (2009) Longer wait times increase overall mortality in patients with bladder cancer. J Urol 182:1318–1324.

Auch an Privatspitäler werden Patienten häufig zu Zweitmeinungen zugewiesen, sind häufig bereits umfassend voruntersucht worden, haben komplexe Krankheitsbilder und sind aus dieser Ausgangslage heraus verunsichert.

Teilweise sind die Patientinnen und Patienten in existenziell bedrohlichen Situationen, z.B. bei Krebsdiagnosen, und benötigen dadurch mehr Zeit. Wichtige weitere Faktoren, welche mehr Zeit bei der Konsultation benötigen, sind Fragen der Patienten und Angehörigen, bereits „halb“ vorinformierte Patienten durch Recherchen im Internet, Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden und entsprechend langer Vorgeschichte, aufwändigere Erklärungen für Kinder und Gespräche mit Eltern, psychosomatische Erkrankungen, Ängste vor schweren Eingriffen, vor Tod und vor Nebenwirkungen, sowie Aufklärung über Nebenwirkungen und Komplikationen.

Aufgrund der kürzeren Aufklärungszeit würde der Druck auf die Patientinnen und Patienten erhöht, eine Entscheidung hinsichtlich ihrer Therapie rasch und nicht wohlüberlegt zu fällen und allfällige teure diagnostische Massnahmen unnötigerweise in die Wege geleitet.

## **Limitationen führen zu vernachlässigter Dokumentation**

Die zeitliche Limitierung führt dazu, dass der Druck auf die Dokumentation steigt. Die Akteneinträge der Konsultation sind gemäss medizinischer Interpretation der Position 00.0010 über die- selbige, also über die Konsultationszeit abzurechnen. Mängel in der Dokumentation haben nachweislich einen negativen Einfluss auf die Behandlungsqualität und haben ggf. negative Auswirkungen auf die Umsetzung ePD zur Folge.

## **Beispiele Notfall**

Es gibt in diversen Fachgebieten ambulante Notfallsituationen, welche die unmittelbare Betreuung durch den Arzt erfordern und die deutlich länger als 20 Minuten in Anspruch nehmen. Beispiele sind allergische Reaktionen, neurologische oder kardiologische Notfallsituationen, Notfallsituationen aus endokrinologischen Tests, psychische Notfallsituationen. Diese können mit Todesängsten einhergehen, z.B. bei schweren allergischen Reaktionen und müssen vollständig abrechenbar sein. Ansonsten laufen die Patienten Gefahr, durch weniger gut ausgebildetes Personal betreut zu werden. Eine andere Auswirkung könnte sein, dass solche Situationen nicht mehr im ambulanten Setting betreut werden.

## **Beispiel Pneumologie**

Repetitive Konsultationen erfolgen zum Beispiel im Bereich der Lungentransplantation, bei denen anschliessend wöchentliche Konsultationen stattfinden, um die Immunsuppression einzustellen. Dies lässt sich nicht vereinfachen, ohne die Patientinnen und Patienten zu gefährden. Weitere Beispiele sind Patientinnen und Patienten mit schwerem Asthma und Alpha-1-Antitrypsin-Mangel, die wöchentlich oder zweiwöchentlich ein Medikament intravenös verabreicht bekommen. Auch diese Behandlung lässt sich nicht vereinfachen.

## **Beispiele Onkologie und Hämatologie**

In der Onkologie und in der Hämatologie sind 20-Minuten-Termine unrealistisch. Erstkonsultationen nehmen meist 60 Minuten in Anspruch, Folgetermine meist sicher 30 Minuten. Dies ist unabdingbar, da Patienten mit komplexen Krankheitsbildern behandelt werden und diese auch adäquat betreut und aufgeklärt werden müssen. Insbesondere zu nennen sind hier komplexe Krankheitsbilder wie z.B. Leukämie- oder Stammzelltransplantationspatienten, die neben den Hauptbehandlungen (Spezialpositionen) auch eine umfangreiche Abklärung in Abwesenheit des Patienten benötigen. Die interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeit wird durch die Limitationen stark beschränkt, obwohl der Bundesrat und das BAG in diversen Strategien diese fördern wollen.

## **Malus statt Bonus**

Der Entwurf geht davon aus, dass es sich bei Abwesenheit der Limitationen im Fall von elektronischer Abrechnung um einen Bonus handelt, der schwer kontrollierbar gewesen sei und heute nicht mehr notwendig ist. Diese Annahme ist falsch. Bei der Regel handelte es sich um einen Malus für jene, die noch in Papier abgerechnet hatten. Es ging darum, diese Leistungserbringer schlechter zu stellen, ihre Abrechnungsmöglichkeiten zu beschränken und damit einen Anreiz zu setzen, dass möglichst rasch nach der Einführung von TAR MED auf die elektronische Rechnungsstellung umgestellt wird und auch damit die Versicherer erleichtert systematische elektronische Kontrollen vornehmen konnten. Eine medizinische Sachgerechtigkeit dieser Limitationen war zu keiner Zeit gegeben.

## **Leistungen in Abwesenheit**

Die vier Positionen 00.0140, 02.0070, 02.0160 und 02.0260 zeigen keine starke Mengenzunahme (siehe Beilage). Die Annahme, dass mit der Leistung in Abwesenheit nicht produktive Zeit abgerechnet würde, ist falsch. Es handelt sich bei den Leistungen in Abwesenheit um Leistungen, die einem Patienten oder einer Patientin genau zugeordnet werden können, weshalb sie ja in der Tarifstruktur überhaupt erscheinen. Würden sie fälschlicherweise vollumfänglich in den übrigen Positionen als unproduktive Zeiten erfasst, dürften sie sachgerechter Weise nicht mehr als eigene Positionen erscheinen. Kommt dazu, dass der Entwurf für die neue Tarifstruktur die unproduktiven Zeiten weiter senkt.

Das leichte Mengenwachstum ist erklärbar. Erstens haben die Leistungen zugenommen. Tumorboards sind in der Onkologie Standard und werden innerhalb der generellen Anforderungen zur kantonalen Spitalplanung gemäss SPLG sogar als Standard gefordert, und die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit eine medizinische Notwendigkeit. Zu hoffen, dass mit einer Limitation diese Leistungen abnehmen, ist zynisch. Zweitens sind die Spitäler und Kliniken den Forderungen nach mehr Kostenwahrheit und Transparenz nachgekommen und erheben ihre Leistungen genauer (u.a. Abklärungen, Nachfragen und Berichte von/an Versicherer). Dies als Folge von systematischen Leistungsaudits und Anwenderschulungen. Der Effekt ist, dass bisher nicht fakturierte Leistungen dokumentiert und korrekt verrechnet werden. Die bessere Leistungserhebung und -erfassung hat mit der Einführung der der neuen Spitalfinanzierung (u.a. Benchmarking und SwissDRG) noch zugenommen.

PKS stimmt dem Entwurf insofern zu, als dass dieselbe Leistung nicht doppelt (Tarifposition und Produktivität) verrechnet werden darf. Den Spitälern und Kliniken implizit zu unterstellen, dies systematisch zu tun, bleibt ohne Beweis und ist rufschädigend. Falls es in Einzelfällen trotzdem zu solchen Doppelverrechnungen kommen sollte, ist es Aufgabe der sozialen Krankenversicherung, dies zu ahnden und eine korrigierte Rechnung zu verlangen. Es kann aber nicht sein, dass eine medizinisch nicht sinnvolle Regeländerung eingeführt wird, wenn die Versicherer ihren Aufgaben nicht nachkommen.

An spezialisierten Kliniken werden Patientinnen und Patienten mit langer Vorgeschichte zugewiesen. Diese Patientinnen und Patienten wollen und müssen serös und wertschätzend betreut werden. Dazu gehört eine eingehende Vorbereitung des Arztes. Das Aktenstudium ist bei multimorbiden Patienten nicht nur aufgrund des Umfangs aufwändig, sondern auch, weil Doppel- und Mehrfachbehandlungen vermieden werden müssen, weil die Zuweiser eine Zusammenfassung aller Vorbefunde und Untersuchungen inklusiv einer Würdigung aller Therapieoptionen erwarten, weil Rücksprachen mit anderen Disziplinen und vorbehandelnden Ärzten notwendig sind und weil Guidelines und Originalliteratur beachtet und studiert werden müssen. Aber auch nach der Erstkonsultation und einer gesicherten Diagnose ist der Aufwand in Abwesenheit des Patienten in folgenden Situationen umfassend: Patienten mit seltenen Krankheiten, wenn eine Behandlungsplanung erstellt werden muss, wenn eine Abklärung der Vergütung von Off-Label-Medikamenten zum Beispiel in der Onkologie erfolgen muss, wenn Tumorboards zu einer qualitativ hochstehenden, raschen und zielgerichteten Behandlung führen. Eine zweite Vorstellung des Patienten innert 3 Monaten ist häufig. Studien belegen zudem, dass Patientinnen und Patienten, welche nicht durch ein Tumorboard betreut wurden, eine tiefere Lebenserwartung haben.

## **Präzisierung der Notfallzuschläge**

Sinnvoller als die Präzisierung der Inkonvenienzpauschalen ist, die Vorhalteleistungen der Spitäler und Kliniken für Notfallabteilungen auf deren tatsächliche Kosten anzuheben. Notfälle sind

gleich vergütet wie planbare Behandlungen, aber um ein Vielfaches teurer. Die Mehrkosten sollten auf einen Durchschnittspatienten auf der Notfallstation umgerechnet werden und in einer separaten Position verrechenbar sein. Die Vorhalteleistungen der Spitäler und Kliniken sind heute nur rudimentär abgedeckt. Die Spitäler und Kliniken haben längere Öffnungszeiten mit konstanter höherer Personaldotation als die Arztpraxen. Ausserdem beinhalten die Vorhalteleistungen nicht planbare infrastrukturelle Ressourcen (Räumlichkeiten, Apparaturen, etc.). Die Umlage aller ungedeckten Kosten auf alle Notfallpatientinnen und -patienten ist gerechtfertigt, da sie diese Leistung aus medizinischer Dringlichkeit in Anspruch nehmen. Die Patienten, die den Spitalnotfall aufsuchen, werden zudem durch den Selbstbehalt an den Kosten beteiligt.

Die entsprechenden Berechnungsgrundlagen werden der Stellungnahme von H+ beigelegt (Schlussbericht V1.0 extern, Fachteam (FT) „Notfall Spital“, 11.3.2016), auf die wir hier gerne verweisen.

### **Dignitätsfaktor**

Der Faktor 0.968 ist nicht betriebswirtschaftlich berechnet, sondern sozialpolitisch motiviert und deswegen widerrechtlich. Es handelt sich um eine Senkung des Referenzeinkommens, obwohl dieses im Vergleich zur Kalkulationsbasis in den letzten bald 25 Jahren analog aller Branchen um ca. 20% gestiegen ist. Entgegen dem Entwurf braucht es keinen Betrag tiefer als 1, da dies nur eine zusätzliche Senkung des ärztlichen Einkommens bedeutet. Die Ärztelöhne sollen über die Aktualisierung der Tarifstruktur betriebswirtschaftlich korrekt hinterlegt werden (siehe unten).

### **Aktualisierung sämtlicher Lohnkosten inklusive jener der Ärzteschaft**

Die Löhne beruhen auf Berechnungen der 1990er Jahre. Seither sind sämtliche Löhne gestiegen, trotz negativer Inflation in den letzten Jahren. Die Spitäler und Kliniken haben vor allem die Löhne der Pflege massiv angehoben. Dies muss in der Tarifstrukturanpassung wiedergegeben werden.

Die Normlöhne decken heute die effektiven Personalkosten bei weitem nicht mehr. Da es sich um eine gesamtschweizerische Lösung handelt, sind die von H+ ermittelten Durchschnittswerte anzuwenden. Der Durchschnitt liegt für die Arztlöhne bei CHF 240'000 bis 250'000 und nicht wie der Entwurf vorschlägt bei CHF 200'000. Der Durchschnitt ergibt sich aus den tieferen Assistenzarztlöhnen und den höheren Löhnen der Ober- und Chefärztinnen und -ärzte.

Wir verweisen auch hier auf die Lohndatenerhebung von H+.

### **Erhöhung der Produktivität**

Die Anpassung der Produktivität ist nicht nachvollziehbar und beruht auch nicht auf betriebswirtschaftlichen Berechnungen. Sie ist deswegen widerrechtlich. Die Produktivität muss neu berechnet werden.

Die folgenden ärztlichen Leistungen führen zu tieferer Produktivität:

- Test von Geräten und deren Funktionsfähigkeit
- OP- Koordination und -Planung, inklusive Besprechung OP-Plan und -Tagesablauf, Besonderheiten, Integration von Notfällen



- Beschaffungsprozess von neuen Geräten, Instrumenten und Materialien und die dafür notwendige Investitionsplanung
- Organisation der Leihinstrumente und patientenspezifische Implantate
- Patientenlagerung
- Teilnahme an patientenspezifischen Besprechungen
- Mitarbeit an Projekten und Prozessanpassungen der Klinik
- Einführung und Schulung von neuem Personal
- Teilnahme an Weiterbildungen

Folgende nicht-ärztlichen Leistungen führen zu tieferer Produktivität

- OP- Koordination und -Planung, inklusive Besprechung OP-Plan und -Tagesablauf, Besonderheiten, Integration von Notfällen
- Aufgaben als Leitstelle, zum Beispiel Patientenorganisation und -transport
- Koordination der Wartungsarbeiten und Reparaturen
- Materialversorgung, inklusive Auffüllen des Einwegmaterials und Zusammenarbeit ZSVA
- Beschaffungsprozess von neuen Geräten, Instrumenten und Materialien und die dafür notwendige Investitionsplanung
- Organisation der Leihinstrumente und patientenspezifische Implantate
- Patientenlagerung, inklusive Lagerungspflege, IFA, OP Pflege
- Kontrolle und Erstellung von Hygienemassnahmen und Pflegestandards
- Ansprechperson für sonstigen Anfragen
- Teilnahme an patientenspezifischen Besprechungen
- Mitarbeit an verschiedenen Projekten und Prozessanpassungen der Klinik
- Einführung und Schulung von neuem Personal
- Teilnahme an Weiterbildungen

Wir verweisen auch hier auf die von H+ neu bewerteten Produktivitätsfaktoren und Daten zur Berechnung der Produktivität.

### **Senkung der Kostensätze für Geräte**

Der Entwurf bemängelt zu Recht, dass die Gerätepreise nicht aktualisiert sind. Die 10% Kürzung ist aber nicht betriebswirtschaftlich bemessen und damit widerrechtlich. Der Entwurf will die Taxpunkte reduzieren, um im Verhältnis die ärztlichen Leistungen aufzuwerten. Auch das ist nicht sachgerecht und damit widerrechtlich. Die Gewichtung der Taxpunkte für sogenannte technische Leistungen soll der Gewichtung der effektiven Kosten entsprechen. Soll die Zeit für Gespräche der Ärztinnen und Ärzte mit Patientinnen und Patienten erhöht werden, dann sind diese zu fördern und nicht durch Limitationen abzuwürgen.

Die sogenannten technischen Leistungen sollten umbenannt werden, da sie nicht-ärztliche menschliche Leistungen und Sachleistungen beinhalten. Die Kürzungen der sogenannten TL zeugen deshalb auch von einer Geringschätzung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe.

H+ hat Erhebungen durchgeführt und einen nationalen Wert pro Gerät ermittelt. Die Abschreibungsdauern sind in den Branchenregeln von REKOLE<sup>®</sup> festgelegt. Das Bundesverwaltungsgericht hat REKOLE<sup>®</sup> als korrekte Rechnungslegungsregeln anerkannt. Die Annahme des Entwurfes, dass Gerätepreise nur sinken ist falsch.

## **Streichen der Minutagen bei CT und MRI**

Der Entwurf verkennt den Umfang der Tätigkeiten der Radiologen. Fachärzte für Radiologie nehmen neben der Befundung zahlreiche weitere Aufgaben und Pflichten wahr. Die Arbeit und die Verantwortung der Radiologinnen und Radiologen gehen weit über die Befundung hinaus. Die ärztlichen Leistungen wurden bisher über die Befundung und die Leistung im engeren Sinne (LieS) abgegolten.

Speziell bei Notfallzuweisungen, komplexen Fragestellungen bei bestimmten Patienten, intraoperativen Bildgebungen und bildgesteuerten Interventionen wie Biopsie und Ventrikeldrainagen ist die Anwesenheit des (Neuro-)Radiologen zur Gewährleistung der Patientensicherheit, der interdisziplinären Abstimmung der weiteren Behandlungsschritte und somit der effizienten und effektiven Durchführung der CT- und MR-Leistungen erforderlich. Eine ersatzlose Streichung der Leistung im engeren Sinne ist somit nicht sachgerecht.

Die ärztliche Tätigkeit der Radiologie setzt sich aus folgenden Arbeitsschritten zusammen:

- Planung der Untersuchung.
- Aktenstudium und Überprüfung der Indikation auf der Anmeldung.
- Rückfrage beim Zuweiser bei Unklarheiten.
- Vergleich mit Voruntersuchungen, damit die Untersuchung gezielt geplant werden kann.
- Festsetzen des Untersuchungsprozedere und der Vorbereitung der Patienten.
- Vorbereitung der Untersuchung in Gegenwart des Patienten.
- Überprüfung der Indikation unmittelbar vor der geplanten Untersuchung.
- Patientenaufklärung vor der Untersuchung.
- Aufklärung der Patienten vor Interventionen.
- Strahlenschutz: Risikoabklärung und Einleiten der Gegenmassnahmen, zum Beispiel bei Nieren- und Schilddrüsenfunktion sowie Schwangerschaft.
- Festlegung der Untersuchung entsprechend individueller Bedürfnisse.
- Überprüfung der Indikation unmittelbar vor der Untersuchung.

Leistungen während der Untersuchung sind:

- Beurteilung der ersten Bildakquisitionen und Anpassung des Untersuchungsprotokolls.
- Anwesenheit bei Kontrastmittelapplikation, damit bei Allergien zeitgerecht eingegriffen werden kann.
- Abnahme der Untersuchung, wenn die Fragestellung des Zuweisers ausreichend abgeklärt ist. Ansonsten müssen zusätzliche Serien/Sequenzen veranlasst werden.
- Schnellbeurteilung und Entscheid über das weitere Vorgehen, beispielsweise eine Überweisung auf die Notfallstation.
- Bei Bedarf Rücksprache mit dem zuweisenden Arzt.
- Rücksprache mit dem Patienten zur Präzisierung des Befundes bei Unklarheiten.
- Information und Verabschiedung des Patienten.
- Aufarbeitung der Bilddaten und Festlegung, welche Bilddaten in das PACS aufgenommen werden müssen.

Arbeiten nach Ende der Untersuchung sind:

- Beurteilung der Bilder mit entsprechenden Messungen.
- Befunddiktat.
- Allfällige Rücksprache zur Besprechung des Befundes mit dem Zuweiser.
- Kontrolle und Visum des Befundes.

Weitere Arbeitsprozesse ohne direkten Patientenkontakt sind:

- Umsetzung der Clinical Audits, gemäss Strahlenschutzverordnung gültig ab 1.1.2018.
- Überprüfung der Dosimetrie.
- Bearbeitung auffälliger Dosimetrie-Befunde.
- Rücksprache mit dem Medizinphysiker zur Verbesserung der Protokolle und des Strahlenschutzes.
- Organisation der verschiedenen, allgemeinen Patientenprozesse.
- Erstellung der allgemeinen Untersuchungsprotokolle.

Führungsaufgaben sind:

- Qualitätskontrolle.
- Strategieentwicklung und Zukunftsplanung des Röntgeninstitutes .
- Evaluation neuer Geräte.
- Personalmanagement.
- Mitarbeit in Interdisziplinären Arbeitsgruppen und Kolloquien.

Weil alle diese Arbeiten nötig sind, können die Minutagen nicht einfach gestrichen werden, sondern müssen durch allgemeine ärztliche Leistungen ergänzt werden können (Kapitel 00), wenn diese angefallen sind.

### **Senkung von Minutagen bei ausgewählte Tarifpositionen**

Der Entwurf sieht die Anpassung von diversen Minutagen vor. Stossend ist, dass sich das BAG nicht auf Angaben der Leistungserbringer, sondern der Versicherer stützt. Es ist nicht einsichtig, warum sich das BAG einseitig auf einen Akteur bezieht, der selber diese Leistungen gar nicht erbringt. Zudem sollten Tarifanpassungen nicht auf Hörensagen beruhen, sondern nachvollziehbar berechnet oder von Fachpersonen bezeugt werden. „Gemäss Versicherer“, Vermutungen und Gefühle entsprechen keiner betriebswirtschaftlichen Berechnung und sind damit widerrechtlich.

Die Minutagen sind laut BAG auf die Durchschnittswerte gesenkt, welche zur Erbringung dieser Leistungen nötig sind. Dies trifft nur auf optimale Situationen unter „Laborbedingungen“ zu. Die Dauer der Leistungserbringung liegt deshalb durchschnittlich höher. Beispielsweise benötigt die stereotaktische Radiochirurgie vor der ersten Fraktion 32.0610 eine aufwändige Vorbereitung, welche durch die Reduktion der LieS nicht mehr abgegolten wird. Weiter sind die komplexen Interventionen in der Gastroskopie, wie Endosonographie mit Feinnadelpunktion oder ERCP mit Dilatation, bereits heute nicht sachgerecht abgebildet, weil die nichtärztliche Vorbereitung und notwendige Fachexpertise fehlen. Bei einer sachgerechten Anpassung der Tarifstruktur müssten diese Interventionen aufgewertet bzw. adäquat abgebildet werden. So werden gewisse Eingriffe/Interventionen allein durch den Radiologen durchgeführt, wodurch die LieS nicht wegfallen darf.

### **Umwandlung der Handlungsleistungen**

Die Stossrichtung der Umwandlung der Handlungsleistungen ist korrekt, aber die Kombination mit den Limitationen widerspricht der Sachgerechtigkeit, weil diese Limitationen medizinisch nicht verallgemeinert werden können.

### **Positionen 00.0715 und 00.0716 Keine Regeländerung für Punktion und Blutentnahme nicht-ärztliches Personal**

Wir schätzen, dass die Regeländerung ergebnisneutral ausfallen wird. Es stellt sich deshalb die Frage, ob eine Änderung nicht unterbleiben sollte, da nur Umstellungsaufwand entsteht. Stossend ist, dass mit diesem Eingriff das Volumen der Analysenliste, welche in der Verantwortung vom EDI ist, zulasten des Volumens TARMED, welcher in der Verantwortung der Tarifpartner ist bzw. war, verschoben wird.

### **Position 00.0610 Instruktion von Selbstmessung und Selbstbehandlung belassen**

Der Entwurf verkennt, dass hier vulnerable Gruppen betroffen sind: ältere, fremdsprachige, oder kognitiv eingeschränkte Patientinnen und Patienten, solche mit psychischen Begleiterkrankung und zusätzlich Eltern von Kindern. Es geht um komplexe Verrichtungen, die mehrfach instruiert werden müssen. Das Ziel ist die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten, um unnötigen Konsultationen zu vermeiden (Tertiärprävention). Eine Limitation kann längerfristig zu Mehrausgaben und Qualitätsminderung führen.

Der Erfolg der Selbstmessungen und Selbstbehandlungen ist ganz elementar davon abhängig, wie gut ein Patient seine Diagnose und Situation versteht. Die Instruktion ist folglich wichtig für die Therapieadhärenz und Wirksamkeit. Unter wie viel Zeitaufwand die Instruktion erfolgen kann, ist wiederum abhängig von der Aufnahmefähigkeit des Patienten. Beispielsweise wurde für die Inhalation in der Pneumologie mehrfach nachgewiesen, dass Therapieeffekte bei COPD und Asthma infolge falsch durchgeführter Inhalationstechnik limitiert sind. Man geht davon aus, dass mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten nicht korrekt inhalieren und damit die Medikamente ihre Wirkung nicht entfalten können. Die Umsetzung einer korrekten Inhalationstechnik ist daher für das Therapieansprechen zentral und kann nachgewiesenermassen Notfallintritte und Hospitalisationen vermeiden.

### **Löschen des 10% Zuschlags auf Material ist falsch**

Der Entwurf nimmt an, dass der Logistikaufwand bereits im SUK-Satz inkludiert ist. Dies ist für die Tarifstruktur 1.08\_BR nicht der Fall, im Gegensatz zur teilweisen Inkludierung in der von H+ eingereichten Tarifstruktur vom 3.11.2016. Was die inhaltliche Abgeltung des Zuschlags angeht, stimmt die Aufzählung des BAG. Was der Bericht nicht schreibt ist, dass Produkte mit Ablaufdatum, zum Beispiel steriles Verbandsmaterial, nicht mehr verwendet werden können. Hingegen findet keine Doppelverrechnung via SUK-Satz statt, da beim Modell diese Kosten nicht eingerechnet worden sind. Im Weiteren gab es nicht nur das Modell INFRA der Spitäler, sondern auch das Modell KOREG der Ärzteschaft.

Die Annahme, dass der Zuschlag für den Gebrauch eines Materials ausschlaggebend sei (je mehr Zuschlag, desto mehr Verbrauch), ist ebenfalls falsch.

Zwar ist es korrekt, dass der Logistikaufwand nicht direkt mit dem Einkaufspreis korreliert. Aber es gibt kein objektives Kriterium, das eine einfache Berechnung des Logistikaufwandes ermöglicht. Insofern muss dafür immer ein bestimmter Indikator gesucht werden, der die Gesamtkosten des Logistikaufwandes gut zusammenfasst. Ein prozentualer Zuschlag ist dazu bestens geeignet, wodurch die Sachgerechtigkeit hergestellt wird. Dabei sollte der Satz von heute 10 auf 15% angehoben werden, da der durchschnittliche Logistikaufwand bei diesem Wert liegt.

Die heutige Situation stellt sich wie folgt dar: Die Lager für Verbrauchsmaterialien sind kleiner geworden und gleichzeitig ist der Aufwand für das Handling angestiegen. Eine intensivere und deswegen aufwendigere Bewirtschaftung der Lagerbestände ist notwendig. Die Anzahl der Bestellungen und Fakturen hat sich erhöht. Neu gibt es diverse Register zu führen, zum Beispiel bei Implantaten das Register SIRIS. Die Materialverbrauchserfassung existierte früher nur rudimentär oder gar nicht. Die Bewirtschaftung der dezentralen Materiallagerung ist hinzugekommen. IT-Applikationen sind seit der Erarbeitung des TARMED in den 1990er Jahren hinzugekommen. Und schliesslich führen die sinkenden Materialkosten zu weniger Einnahmen für den Logistikaufwand, da der Zuschlag von 10% auf die effektiven Einkaufskosten geschlagen wird.

Wir sind offen für einen anderen Verrechnungsmechanismus der Logistikkosten, da die hohen absoluten Zuschläge bei teuren Verbrauchsmaterialien oder Implantaten im Einzelfall auf den ersten Blick irritierend sein können. Denkbar wäre zum Beispiel ein Modell, wie es bei der Spezialitätenliste für Medikamente angewendet wird.

### **Beibehalt der Positionen für die Unfallversicherung (UV)**

Die Streichung widerspricht dem Koordinationsauftrag, den das Parlament dem Bundesrat im Unfallversicherungsrecht erteilt hat (Art. 56 Abs. 2 UVG). Falls die Tarifstruktur keine UVG-Leistungen enthält, müsste der Bundesrat dann eine zweite Verordnung im Rahmen des UVG erlassen, die wahrscheinlich keine reinen Krankenversicherungsleistungen enthält.

Meistens handelt es sich bei den UV-Leistungen um Positionen, die auch in der sozialen Krankenversicherung zu erbringen sind, aber dafür separat aufgeführt werden. Die Streichung der UV-Leistungen würde einen administrativen Aufwand für Versicherungen und Leistungserbringer bedeuten. Sie müssten zwei Abrechnungssysteme betreiben, die überwiegend identisch sind. Dies ist mit enormen, nicht abschätzbaren Kosten verbunden. Eine rein formaljuristische Auslegung des KVG führt also zu einer Kostensteigerung im Gesundheitswesen. Dies widerspricht dem Billigkeitsgebot und ist widerrechtlich.

### **Physiotherapie**

#### **Paradigmenwechsel von Pauschal- zu Zeitpositionen**

Der Entwurf sieht einen Paradigmenwechsel von Pauschalen zu zeitgebundenen Leistungen vor. Dies allerdings, ohne die einzelnen Leistungskomponenten neu zu bewerten. Die im Entwurf dargestellten Bewertungen sind bei klar anderen Leistungsinhalten (Minimalzeiten), nicht mit betriebswirtschaftlicher Bemessung dargelegt und deshalb auch nicht nachvollziehbar. Im Entwurf sind bei den Bewertungsabständen der verschiedenen Positionen offensichtlich falsche Bewertungen vorhanden. Beispielsweise ist nicht nachvollziehbar, warum die Einzeltherapie (Position 7301) als 1:1 Betreuung für 30 Minuten mit 48 Taxpunkten bewertet wird, während die medizinische Trainingstherapie (Position 7340) ebenfalls als 1:1 Betreuung, aber in einer viel teureren Infrastruktur erbracht für 30 Minuten (2 Mal 15 Min.) mit 44 Taxpunkten tiefer bewertet wurde. Es braucht eine medizinisch und therapeutisch sachgerechte Tarifstruktur und eine betriebswirtschaftliche Bemessung, wie sie das Gesetz fordert.

Grundsätzlich sind wir nicht gegen die Darstellung von Behandlungszeiten in den Tarifpositionen. Die Übertragung der bisherigen Bewertung auf geänderte Tarifpositionen mit anderen Leistungsinhalten ist jedoch weder sachlich richtig, noch beruht sie auf einer betriebswirtschaftlichen Bemessung. Die Grundlagen der Übertragung und Neubewertung hat das BAG zudem nicht aufgezeigt.

## **Die Produktivität der Leistungen in Abwesenheit des Patienten ist falsch abgebildet**

Seit der Berechnung der Produktivität im Kostenmodell der bisherigen Tarifstruktur hat sich die Physiotherapie stark gewandelt. Die multidisziplinäre Koordination sowie der mündliche und schriftliche Austausch unter den Leistungserbringern haben zum Wohle der Patientensicherheit und des verbesserten Outcomes zugenommen. Das erhöht die im bisherigen Tarif nicht abgebildete Arbeitszeit, die aber im neuen Tarif abgebildet werden muss. Dennoch geht der Entwurf offensichtlich von unveränderten Annahmen aus und ist damit nicht sachgerecht.

## **Fehlende Leistungen**

Die Ärztinnen und Ärzte in den Spital- und Kliniknotfällen greifen zunehmend auf die physiotherapeutische Expertise zurück, was in den niedergelassenen Physiotherapiepraxen nicht der Fall ist. Ein weiterer Punkt ist der zunehmende interprofessionelle Austausch vor allem bei vulnerablen Patientinnen und Patienten in den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Alles in Allem kommt es in der Physiotherapie zu mehr Leistungen in Abwesenheit, die wirksam und zweckmässig sind und welche deshalb tariflich abgebildet werden müssen. Der Entwurf unterschlägt diese Entwicklung der Physiotherapie, tarifiert diese Leistungen weiterhin nicht und verharret somit in der Physiotherapie des letzten Jahrhunderts.

Fehlende Leistungen sind:

- Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten wie Berichte für Zuweisende verfassen, interdisziplinäre Fallbesprechung, telefonische Rückfragen bei am Fall beteiligten Leistungserbringern, fremdanamnestische Rückfragen, Erstellen von verordneten individuellen Heimprogrammen.
- Kurzinterventionen, wie Notfallunterstützung der Mediziner bei Prozederefestlegung, die jedoch mit einer Einzeltherapie mit kürzerer Zeit bei den entsprechenden Indikationen einfach integrierbar wäre.
- Behandlung mit zwei Physiotherapeuten.
- Robotik wie Lokomat oder Armo.
- Überwachtes Training im Rahmen der medizinischen Trainingstherapie.
- Wegzeiten.

## **Doppelte Limitationsvorgaben**

Mit der Kombination von zeitlicher und inhaltlicher Limitation bei der Position 7311 und der Zuschlagsposition 7351 sind viele in den Ambulatorien der Spitäler und Kliniken erbrachten Leistungen der ambulanten Physiotherapie nicht vollständig abbildbar.

Betroffen sind die Behandlung von multimorbiden oder komplexen Patientinnen und Patienten, von Patienten mit mehreren therapierelevanten Diagnosen und Indikationen oder bei Polytrauma kombiniert mit reduziertem Allgemeinzustand, mit hohem Alter oder mit neurologischen Einschränkungen und Behandlungen.

## **Falsche Abbildung der medizinischen Trainingstherapie**

15 Minuten zur Einführung in die medizinische Trainingstherapie sind sicher nicht sachgerecht. Mindestens 30 Min sind zweckmässig und nötig bei Instruktion von vier Übungen zur anschließenden vom Physiotherapeuten überwachten, durch den Patienten selbständig durchgeführten Training. Bei Patientinnen und Patienten mit Einschränkung in der Wahrnehmung oder Handicap bei der Umsetzung der Instruktion sind weniger als vier Übungen instruierbar.

### **Fragwürdige Abbildung der Gruppentherapie**

Eine Gruppentherapie dauert zwischen 30 und 90 oder in speziellen Fällen sogar bis zu 120 Minuten. Eine einzige Pauschale dazu ist auf Grund dieser Variation medizinisch und betriebswirtschaftlich nicht angebracht.

Ausserdem ist nicht klar, auf welcher sachlichen Basis die Anzahl Teilnehmende bei der Position der Gruppentherapie festgelegt wurde.

## **Argumentarium 2: Rechtliche und politische Probleme**

### **1. Falsche Rechtsgrundlage und unklare Rechtssituation**

Die Kündigung sämtlicher Tarifverträge für ambulante medizinische Leistungen zwischen H+ und santésuisse hat dazu geführt, dass für die Spitäler und Kliniken keine Tarifstruktur mehr besteht. PKS bedauert es, dass der Bundesrat die Chance zu einem Neuanfang nicht nutzt.

Aktuell ist nicht nur die TARMED-Tarifstruktur veraltet, sondern auch das heutige Tarifrecht im KVG. Es weist diverse Lücken auf und trägt so massgeblich zur Rechtsunsicherheit bei. Es ist notwendig, dass unklare Rechtsfragen aus dem Weg geräumt werden.

### **Sind die Tarifstrukturen des TARMED und jene für physiotherapeutische Leistungen Einzelleistungstarife nach Art. 43?**

Eine der oben genannten Rechtsunsicherheiten betrifft die Klassifizierung des TARMED. In der Tarifstruktur des TARMED sind Zeitkomponenten (z.B. fünf Minuten unbestimmte ärztliche Leistungen, also ein Zeittarif), ganze Leistungsgruppen, Handlungen oder die Inkonvenienzpauschale (Pauschaltarif), und Infrastrukturabgeltungen (Operationssaal als Sachtarif) vereinigt. Es handelt sich deshalb um einen Mischtarif und nicht um einen reinen Einzelleistungstarif gemäss Art. 43 Abs. 2 Bst. b KVG. Nur auf den Wortlaut dieser Regelung, also Leistung – Taxpunkt – Taxpunktwert, abzustellen, ist nicht hilfreich, da sie unter anderen Begriffen, nämlich CHOP – Cost Weight – Baserate, auch für die vom Bundesrat als Pauschaltarif nach Art. 49 KVG genehmigte Tarifstruktur SwissDRG gelten. Es müsste also zur Klassifizierung des TARMED auf die „einzelnen Leistungen“ abgestellt werden. Einzelne Leistungen sind aber nur ein Element unter vielen der TARMED-Tarifstruktur, wie wir oben kurz gezeigt haben (Zeit, Pauschalen, Sachleistungen) und wie jeder Blick in eine beliebige Position beweist.

Das Gleiche gilt für die Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen. Diese werden weder nach genauer Leistung noch nach Krankheit oder nach Körperteil oder sonst wie unterteilt. Die Leistungen werden allgemein als physiotherapeutische Leistungen zusammengefasst und in Zeiteinheiten bzw. Sitzungspauschalen zusammengefasst. Im Weiteren wird auch die Infrastruktur abgegolten. Dies sind definitiv keine „einzelnen Leistungen“ gemäss Art. 43 KVG.

Ebenfalls ist nicht definiert, was ein Tarifmodell gemäss Art. 59c Abs. 1 Bst. c KVV genau beinhaltet.

Hier sind das Gesetz und die Verordnungen veraltet respektive weisen Unklarheiten auf, wie alleine die unterschiedlichen Interpretationen von BAG und den Tarifpartnern zeigen.

Die beiden Eingaben von H+ sollen schweizweit für die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen gelten und fallen deshalb unter den Genehmigungsvorbehalt der nationalen Behörden.

### **Totalrevision ist nach wie vor notwendig**

Der Vernehmlassungsentwurf verweigert eine Totalrevision, weil diese den Tarifparteien in der Tarifautonomie vorbehalten sei. Diese Regel ist weder im Gesetz noch in den Materialien zu finden und ihre Herleitung ist nicht nachvollziehbar. Im Gegenteil geht das Gesetz davon aus, dass der Bundesrat eine Tarifstruktur festsetzt, wenn die Tarifparteien sich nicht einigen können. Dies gilt auch für den Fall, dass sie sich zum Beispiel über neue Leistungen nicht einigen könnten. Dann kann der Bundesrat gar nicht anders, als eine eigene Tarifstruktur aufzubauen.



Die subsidiäre Kompetenz sagt, dass der Bundesrat das vornimmt, auf das sich die Tarifparteien nicht einigen können. Wenn dies eine Totalrevision ist, dann folgt daraus, dass der Bundesrat eine Totalrevision festsetzt. Eine Partialrevision mag das Unvermögen der Tarifparteien auf eine Totalrevision nicht zu heilen. Im Gegenteil birgt es noch zusätzliche Risiken.

### **Vorschlag schwächt Tarifpartnerschaft**

Die Lehre aus dem subsidiären bundesrätlichen Eingriff von 2014 sollte sein, dass einseitige Zugeständnisse der Behörden dazu führen, dass die Betroffenen lieber über die Behörde gehen anstatt über Verhandlungen mit den anderen Tarifparteien. Hausärzte Schweiz bestätigte diese Aussage, indem der Verband in der Abstimmung 2016 die Nein-Parole zur Totalrevision herausgegeben hat, nachdem seine Mitglieder durch den Eingriff 2014 CHF ca. 20'000.- p.a. mehr erhalten hatten. Durch den vorliegenden, einseitigen Eingriff zu Gunsten der Versicherungen werden diese in Zukunft kein Interesse mehr an einer Totalrevision haben. santésuisse hat eine Totalrevision bisher immer abgelehnt und beharrt auf dieser Position. curafutura hat im Jahr 2016 mehr Ressourcen in den behördlichen Eingriff investiert als in die partnerschaftliche Totalrevision. Wenn der Bundesrat einen einseitigen Eingriff verabschieden sollte, dann ist die Tarifpartnerschaft in den nächsten Jahren unattraktiv. Der jetzige Vorschlag ist also kontraproduktiv.

### **Unausgewogene Vorlage**

Es ist zwingend notwendig, wenn neben den Kürzungen gewisser Positionen andere Leistungen sachgerecht und betriebswirtschaftlich bemessen aufgewertet werden. Beispielsweise in der Kardiologie wurden in den letzten Jahren große medizinische Fortschritte gemacht. Viele der heute durchgeführten Interventionen können nicht nach TARMED abgerechnet werden, da es dafür keine Positionen gibt.

### **Widersprüchliche BAG-Politik**

Im Rahmen der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020 wurde im Handlungsfeld Lebensqualität ein grosser Handlungsbedarf der koordinierten Versorgung für die Patientengruppe hochbetagte, multimorbide Menschen identifiziert. Dies insbesondere an der Schnittstelle zwischen Heim und Spital. Dazu braucht es eine gute ärztliche Versorgung im Heim.

Ein Ziel der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019 ist die gute Versorgung entlang des ganzen Krankheitsverlaufs, auch in den Langzeitinstitutionen. Dazu ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflege und Arzt unabdingbar. Aber die interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeit wird durch die Limitationen und die veraltete Ausbildung der Pflege stark beschränkt, obwohl der Bundesrat und das BAG in diversen Strategien diese fördern wollten.

Der Entwurf ist offenbar weder mit der Strategie Gesundheit2020 noch mit den Tätigkeiten anderer Direktionsbereiche im BAG oder mit den Zielen und Handlungsmaßnahmen der diversen nationalen Strategien abgestimmt. Letztere fordern durchgehend eine solide Finanzierung. Mit anderen Worten fordert das BAG in den Strategien zur psychischen Gesundheit, zu Demenz und zur Palliativ viele Ressourcen der Betroffenen, thematisiert in allen diesen Strategien die Unterfinanzierung und versucht sie abzuwehren, während es gleichzeitig mit dem vorliegenden Entwurf eine Finanzierungsbegrenzung und Minderbehandlung vorschlägt.

## **Falsche Annahmen über die Ausgangslage und die Auswirkungen**

Der Entwurf ortet in der Steigerung der Gesamtausgaben und in gewissen Positionen, wie Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten, ein Kernproblem und will deshalb die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung senken. Die Haupttreiber der Mengen- und Kostenausweitung der ambulanten Behandlungen liegen aber in der demographischen Entwicklung und im medizinischen Fortschritt. Seit Jahren fordern Politikerinnen und Politiker, dass Behandlung vorzugsweise ambulant statt stationär erbracht werden sollen. Wir haben deshalb kein Verständnis dafür, dass dies nun als Problem angesehen wird. Die schweizerische Bevölkerung wird immer älter und hat mehr Lebenszeit, krank zu werden und krank zu sein. Zudem steigt mit dem Alter auch die Zahl der Erkrankungen. Parallel ermöglicht der medizinische Fortschritt mehr ambulante Behandlungen, seien es neue Behandlungen oder seien es Behandlungen, die früher stationär erbracht worden sind. Dieser Fortschritt trägt auch zu einer Kostensenkung bei, indem weniger Infrastruktur und Personal pro Fall benötigt werden.

Die Menge der ambulanten Behandlungen wird auch in der Zukunft weiter zunehmen.

Die Spitäler und Kliniken sind zudem entgegen der im Entwurf vertretenen Meinung sehr wohl berechtigt, die Taxpunktwerte neu auszuhandeln und höhere Taxpunktwerte zu erhalten. Die Tarifstruktur muss sachgerecht die Leistungen und deren Kosten abbilden. Sie ist rechtlich nicht zur Steuerung der Prämien oder des Gesamtvolumens der ambulanten Behandlungen vorgesehen.

## **Das falsche Signal zur falschen Zeit**

Während das BAG zu Arbeitssitzungen einlädt, an denen die Zuteilung von Leistungen hauptsächlich oder ausschliesslich in die ambulante Leistungserbringung besprochen werden soll, kommt gleichzeitig ein Vorschlag, genau in diesem Bereich die Entschädigung zu senken. Dieses Signal ist kontraproduktiv für eine mögliche Verschiebung von stationär zu ambulant.

## **Ausbildungsstätten**

Die Spitäler und Kliniken haben einen Ausbildungs- und Weiterbildungsauftrag. Eine effiziente Leistungserbringung ist aber nur mit ausschliesslich erfahrenen Ärzten möglich. Weiterbildung benötigt Zeit und Ressourcen. Die vom Bundesrat angestrebte vermehrte Ausbildung von Assistenzärzten in der Schweiz verliert durch den Entwurf an Attraktivität und verschärft die Nachwuchsproblematik.

# Änderungsvorschläge

## TARMED

### 1. Dignitätsfaktor

Keine Änderung. Falls hingegen vereinheitlicht wird, soll der Dignitätsfaktor für alle ärztlichen Leistungen auf 1 gestellt und das Referenzeinkommen der Ärzteschaft gemäss Eingabe H+ vom 3. November 2016 angepasst werden.

### Überarbeitung der Produktivität in den Operationssparten

Die Mängel in der Tarifstruktur TARMED müssen entweder durch die Festsetzung der von H+ eingegebenen Tarifstruktur integral behoben werden oder die heutigen Produktivitätsfaktoren müssen beibehalten werden.

### Senkung der Kostensätze bei gewissen Sparten

Um die betriebswirtschaftliche Bemessung zu sichern, werden die Kostensätze und Abschreibungsdauern für Geräte und Anlagen und die Löhne des nichtärztlichen Personals gemäss der von H+ eingegebenen Tarifstruktur hinterlegt.

### Senkung von zu hohen Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen

Um die betriebswirtschaftliche Bemessung zu sichern, werden die Minutagen in Analogie der von H+ eingegebenen Tarifstruktur hinterlegt.

### Handlungsleistungen

Die Umwandlung ist nicht notwendig. Auf eine Limitation ist gänzlich zu verzichten, da dies unsachgerecht ist.

### Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte

Zum Schutz der vulnerablen Gruppen werden keine Limitationen eingeführt.

### Interpretation der Leistungen in Abwesenheit des Patienten präzisieren sowie die jeweiligen Limitationen anpassen 00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260

Zum Schutz der vulnerablen Gruppen, der Sachgerechtigkeit und der betriebswirtschaftlichen Bemessung werden die Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten nicht limitiert.

### Interpretation bei den Notfallzuschlägen präzisieren Bei den Tarifpositionen mit der Bezeichnung „Notfall-Inkonvenienzpauschale“ (00.2510 bis 00.2590)

Beibehalt der Inkonvenienzzuschläge für Belegärzte mit Pikettdienst.

Die Position 35.0610, Eintrittspauschale in die anerkannte Notfallaufnahme wird umbenannt in Vorhalteleistungen der Notfallstation im Spital und um CHF 203.- auf 250 Taxpunkte angehoben.

### **Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal anpassen**

Auf diesen Eingriff wird verzichtet, da dieser nur Kosten und keinen Nutzen generiert. Weiter wird dadurch das Abrechnungsvolumen vom TARMED unnötig belastet.

### **Tarifposition „00.0610 Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.“ umtarifieren und Interpretation präzisieren**

Auf die Verschärfung der Interpretation wird verzichtet, da diese die Anwendung unsachgerecht einschränkt. Viele Instruktionen könnten danach nicht mehr abgerechnet werden.

### **Zuschlag von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten auf 15% anheben**

Um die betriebswirtschaftliche Bemessung zu sichern, wird der Zuschlag auf Material auf 15% für Logistikaufwand angehoben, mit einem Maximalbetrag von CHF 400.- pro Einzelstück.

### **Beibehalten der Tarifpositionen für Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung**

TARMED beinhaltet weiterhin diverse Positionen für andere Sozialversicherungen. Die Umsetzung hätte enorm hohe Kosten zur Folge ohne Mehrwert für die Patienten und ohne Einsparungen.

### **Korrekte Abbildung der Kindermedizin**

In Kapitel 3 (Kindermedizin) werden zwei neue Tarifpositionen gemäss der von H+ eingegebenen Tarifstruktur eingefügt. Die tripartiten Vorarbeiten haben gezeigt, dass die Kindermedizin zu ca. 20% unterfinanziert ist. Mit zwei neuen Positionen als 20%-Zuschlag sind die Kosten der Leistungen für diese vulnerable Gruppe korrekt gedeckt.

### **Korrekte Abbildung der nichtärztlichen Leistungen**

Position 00.1430 und folgende (Leistungen des nicht-ärztlichen Personals) anpassen. Aus der Bezeichnung den Passus „onkologische / hämatologische / diabetologische“ streichen. Zudem werden die Tarifpositionen 35.0210 und folgende und die Tarifpositionen 35.0510 und folgende bzw. die Kapitel 35.03 und 35.04 gestrichen, da durch die angepasst 00.1430 und folgende ersetzt.