

**EINGEGANGEN**

- 9. Mai 2017

Registratur GS EDI

## EINSCHREIBEN

Herrn  
Bundesrat Alain Berset  
Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Inneren  
Inselgasse 1  
CH – 3003 Bern

Basel, 8. Mai 2017

**Stellungnahme der Allianz Kinderspitäler der Schweiz, des Collège A und der IG  
pädiatrische Kliniken zum Tarifeingriff des Bundesrates in den ambulanten Arzttarif  
TARMED 1.09\_BR**

## ZUSAMMENFASSUNG

Mit dem erneuten Tarifeingriff des Bundesrates werden die transparent ausgewiesenen Kosten der äusserst effizient erbrachten Leistungen der Kinderspitäler für die ambulante spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin (inklusive Kinderchirurgie) noch weniger betriebswirtschaftlich bemessen und sachgerecht abgebildet. Der Kostendeckungsgrad im ambulanten Bereich sinkt nun auf rund 65%.

Die damit verbundenen finanziellen Einbussen sind für die Kinderspitäler, insbesondere durch die nicht sachgerechte Limitierung der Konsultationsdauer bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, katastrophal.

Die Limitationen der Konsultationsdauer und bei Leistungen in Abwesenheit sind bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren für die Kinderspitäler aufzuheben.

**Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin.** Wir begrüssen den Entscheid des Bundesrats, die Kinder- und Jugendmedizin besser stellen zu wollen, um die Gesundheit unserer Kinder für die Zukunft zu sichern. Dies ist durch den Tarifeingriff für die Praxispädiatrie dort gelungen, wo Kinder und Jugendliche rasch und in grosser Zahl behandelt werden. Für die spezialisierte Kinder- und

Jugendmedizin, welche fast ausschliesslich in den Kinderspitälern<sup>1</sup> ausgeübt wird, gilt dies hingegen nicht. Ebenso wenig für die Kinder-Notfallstationen.

**Nicht gesetzeskonform.** Das Krankenversicherungsgesetz bestimmt, dass die Tarife für die ambulant erbrachten Leistungen die transparent ausgewiesenen Kosten für eine effiziente Leistungserbringung decken. Schon mit dem heutigen TARMED werden die ausgewiesenen Kosten in den Kinderspitälern nicht gedeckt und die ungedeckten Kosten werden teilweise durch Gemeinwirtschaftliche Leistungen abgedeckt. Dies widerspricht dem Gesetz.

Der offen und versteckt geäusserte Vorwurf, dass die hoch defizitäre, spitalambulante Kindermedizin nicht wirtschaftlich sei, ist nicht haltbar und mit keiner Studie zu belegen. Die Tatsache, dass alle Kinderspitäler hoch defizitär dastehen, ist allerdings ein eindeutiger Beweis, dass die Tarife nicht betriebswirtschaftlich bemessen und sachgerecht sind.

#### Die Kinder- und Jugendmedizin ist eine ambulante Medizin.

Die Kinder- und Jugendmedizin ist schon heute weitgehend eine ambulante Medizin. Der Anteil an ambulanten Fällen macht entsprechend ein Vielfaches der stationären Fälle aus. So stehen in den drei eigenständigen Kinderspitälern den rund 300'000 ambulanten Patienten (Fällen) 18'000 stationäre Fälle gegenüber.

Entsprechend gross ist für die Kinderspitäler die Bedeutung der sachgerechten Tarifierung im ambulanten Bereich, um eine nachhaltige, qualitativ hochstehende Kinder- und Jugendmedizin zu erbringen.

**Polikliniken.** Die Polikliniken der Kinderspitäler arbeiten nur auf Zuweisung von Kolleginnen und Kollegen. Eltern melden ihre Kinder nicht selbst in den Kinderspitälern an, sondern werden durch Hausärzte, Facharzt und andere Spitäler überwiesen. Das Wachstum der ambulanten Fälle in den Kinderspitälern erfolgt folglich nicht künstlich, sondern ist der Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendmedizin geschuldet. Diese hat sich in den letzten 30 Jahren enorm entwickelt und einen sehr grossen Kenntniszuwachs gewonnen.

**Notfälle.** Während die Kinder tagsüber von den Praxispädiatern in der Grundversorgung gut betreut werden, füllen sich die Notfallstationen der Kinderkliniken ab spätem Nachmittag Uhr und am Wochenende, wenn die Praxen 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 die Notfallstationen zu bewältigen. Das Angebot der Kinderspitäler Notfallstationen zu betreiben ist aus Sicht der Eltern und deren Kinder eine absolute

<sup>1</sup> Der Begriff „Kinderspitäler“ wird hier synonym für eigenständige Kinderspitäler und integrierte Kinderkliniken verwendet. Bezieht sich eine Aussage nur auf die eigenständigen Kinderspitäler oder nur auf die in ein Gesamtspital integrierten Kinderabteilungen/Kinderkliniken, so wird dies gesondert zum Ausdruck gebracht.

Notwendigkeit. Ungeplante Patienten generieren jedoch stets höhere Kosten als geplante Patienten, die eine Praxis nivelliert über 8 Stunden auslasten.

## Die Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin

**Spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin findet im Kinderspital statt.** 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.

**Einsatz der spezialisierten pädiatrischen Ärzteschaft.** Eine intensive Zusammenarbeit in der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin findet bereits heute zwischen den Spitälern statt. Dies vor allem deshalb, weil es schon heute zu wenig subspezialisierte pädiatrische FachArzte gibt. Beispielsweise decken die Spezialisten des einen Kinderspitals während Ferienzeiten konsiliarisch den Dienst eines anderen Kinderspitals in einem anderen Landesteil mit ab. Viele pädiatrische SpezialArzte stehen für die oft chronisch kranken Kinder und Jugendlichen, deren Eltern und für die behandelnde Ärzteschaft der Grundversorgung das ganze Jahr über gratis und wie selbstverständlich im Piketteinsatz bereit. Diese Haltung der pädiatrischen Ärzteschaft ist für die Patientenbetreuung vorbildlich, für das Gesundheitswesen äusserst kostengünstig.

**Knappe Ressourcen an kinderArztlicher Kompetenz.** Der Markt spezialisierter KinderArzte ist in der Schweiz äusserst dünn. Die Rekrutierung von pädiatrischen FachArzten findet vielfach im angrenzenden Ausland statt. Die Berufungsverfahren der letzten Jahre an den Universitätsspitälern zeigen, wie prekär das Angebot spezialisierter KinderArzte auch europaweit ist.

**Die Kindermedizin ist weiblich.** Der Frauenanteil in der Kinder- und Jugendmedizin ist mit über 60% Ärztinnen überdurchschnittlich hoch, unter den AssistenzArzten/-innen liegt er gar bei 80%. Ein grosser Anteil dieser Ärztinnen arbeitet bevorzugt Teilzeit. Dies vor allem aufgrund der Familiensituation. Im Falle einer Praxistätigkeit führt dies dazu, dass diese ab 17 Uhr geschlossen wird, um für die Familie da sein zu können. Die Patientenströme verlaufen dann in die Notfallstationen der Kinderspitäler.

## Veränderungen durch den erneuten Tarifeingriff des Bundesrates

**Abschaffung der Dignität.** Die HausArzte und Allgemeinpadiater erhalten künftig eine gleich hohe Vergütung wie die SpezialArzte, indem der Dignitätsfaktor von 0,90 auf 0,95 angehoben wird. Gleichzeitig wird die spezialArztliche Tätigkeit von einem maximalen Faktor 2,2 auf 0,95 abgesenkt.

Die Abwertung der SpezialArzte durch die Abschaffung der Dignitäten trifft die spezialArztliche Medizin hart. Die SpezialArzte der Kinder- und Jugendmedizin sind fast ausschliesslich in den Kinderspitälern angesiedelt.

Zwei Drittel der Konsultationen in den eigenständigen Kinderspitälern finden in den spezialisierten Polikliniken statt, ein Drittel auf den Notfallstationen.

Für die Polikliniken der Kinderspitäler bringt dieser Eingriff eine deutliche Abwertung der ärztlichen Leistungen. Auf den Notfallstationen hingegen verbessert dieser Eingriff die ärztliche Leistung auf den ersten Blick leicht. Durch die Limitierung der Konsultationsdauer fällt dieser Effekt jedoch dahin (siehe unten).

**Umwandlung der Handlungsleistung in Zeitleistung und Limitation der Konsultationsdauer.** Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Handlungsleistungen in Zeitleistungen und damit sachgerecht abgebildet werden sollen. Die Limitation der Konsultation auf 17,5 Minuten ist im komplexen Setting der Notfallmedizin und der spezialisierten Kindermedizin jedoch vollkommen unsachgemäss. Dies führt dazu, dass die erbrachten Grundleistungen künftig zu einem grossen Teil nicht mehr vergütet werden. 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 hintereinander aufsuchen müssen, um die nötigen Untersuchungen und Informationen zu erhalten. Sicherlich ist dies nicht im Sinne einer über Jahre hinweg mühsam aufgebauten patientenzentrierten Versorgung. Betroffen wären vor allem Eltern mit chronisch kranken Kindern. Gerade für diese Familien sind aber entlastende Health-Care-Settings dringend notwendig. Auch aus volkswirtschaftlicher Sicht ist dies unsinnig, sind die meisten Eltern doch berufstätig.

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

Durch die Kombination der Abwertung der ärztlichen Leistung und die Zeitlimitation der Konsultationen wird die spitalambulante Kinder- und Jugendmedizin doppelt abgewertet. Die spitalambulante Kinder- und Jugendmedizin ist keine 10-Minuten-Medizin, sondern eben in höchstem Masse anspruchsvoll.

**Kommt nun stationär vor ambulant?** Es besteht die Gefahr, dass Patienten aus Kostengründen stationär aufgenommen werden, um Abklärungen durchzuführen, die ambulant möglich wären, aber nicht vergütet werden. Dies widerspricht unseren Vorstellungen, wie kranke Kinder und Jugendliche fachgerecht behandelt werden sollen.

**Technische Leistungen werden gekürzt.** Die technischen Leistungen (TL= Gerätschaften und nicht-ärztliches Personal) werden um rund 10% gekürzt. Dies führt in den Kinderspitälern zu einem noch grösseren Defizit in diesem Bereich. Wie eine Studie<sup>2</sup> belegt, liegen die Kosten des nicht-ärztlichen

<sup>2</sup> <https://saez.ch/de/article/doi/saez.2016.04380/>

und aktuell nicht finanzierten Personalaufwands in den Kinderspitälern der Schweiz schon im „alten“ Tarmed über +20%.

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 sonst so sehr gewinnbringende Computertomographie und Magnetresonanztchnik in den Kinderspitälern gar defizitär.

Die Gastroenterologie hat die notwendige Vergütung der technischen Leistung für die Amortisation der Geräte der pädiatrischen Gastroenterologie berechnet. Es wären schon im Tarmed vor dem letzten Eingriff +70% höhere Vergütungen für diese technische Leistung notwendig, um die Geräte amortisieren zu können.

**Operative Produktivität.** Es muss den Spezialisten des BAG entgangen sein, dass im heutigen TARMED die tiefen Produktivitäten im Zusammenhang mit unabdingbaren Vor- und Nachbereitungszeiten des Chirurgen einhergehen, welche nicht tarifiert wurden. Eine durchschnittliche ambulante Operation bei Kindern ist kurz, die zeitlichen Aufwände für das Vorbereiten, Waschen, Anziehen, Lagern, Time out und Instruieren am Ende der Operation, verdoppelt die Präsenzzeit des Arztes im OP mindestens, bei sehr kurzen Operationen ist diese Zeit gar dreimal so lang wie die tarifierte Schnitt-Nahtzeit. Die nun abgeschaffte Produktivität von 45% und 55% bestraft wiederum vor allem die Kindermedizin respektive die Kinderchirurgie.

## Der erneute Tarifeingriff schwächt die spitalambulante Kinder- und Jugendmedizin markant

### Aktuelle Finanzsituation in der spitalambulanten Kinder- und Jugendmedizin.

Die Kostendeckung in den drei eigenständigen Kinderspitälern liegt seit dem Tarifeingriff 1.08.00\_BR unter 80%.

Bereits vor diesem Eingriff war die spitalambulante Kinder- und Jugendmedizin durch höhere Personalkosten und höheren technische Anforderungen bei weitem nicht kostendeckend. Der erste Eingriff durch den Bundesrat führte durch die Senkung der technischen Leistungen zu einem Absinken des Kostendeckungsniveaus um über 8 % auf rund 70%.

Eine Querfinanzierung durch stationäre Privatpatienten ist in den Kinderspitälern nicht möglich, da die Schweizer Kinder in der Regel grundversichert sind. Die fehlenden 30-40 % zur Kostendeckung werden aktuell nur teilweise durch die Kantone ausgeglichen und müssen über Spendengelder finanziert werden. Investitionen sind so nicht mehr möglich.

### Auswirkungen auf die eigenständigen Kinderspitäler

Die drei eigenständigen Kinderspitäler haben die Auswirkungen auf der Basis der ambulanten Leistungen 2016 berechnet (siehe Tabelle 1). Die grössten Verluste entstehen durch die Kürzungen der Leistungen in Kapitel 1 der Grundversorgung. Diese Einschnitte betragen bis zu – 35 % (OKS). Dies führt in allen Kinderspitälern zu schwerwiegenden finanziellen Einbussen, die eine Weiterführung der spitalambulanten Kinder- und Jugendmedizin eigentlich verunmöglichen.

Die Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen wird mit dem Tarifeingriff stark negativ beeinflusst. Es drohen Verhältnisse wie in Deutschland, wo jede 6. Kinderklinik geschlossen wurde<sup>3</sup> und Kinder und Jugendliche wieder vermehrt von Erwachsenenmedizinerinnen und -pflegenden betreut werden<sup>4</sup>.

	Anteil des Tax- punkt volumens (%)	Anteil Grund- leistungen	Vergütungs- einbussen	Kostendeckung ambulant
Ostschweizer Kinderspital St.Gallen	- 14 %	- 35 %	- 2,3 Mio CHF	66 %
Universitäts-Kinderspital Zürich	- 11 %	- 16 %	- 4,7 Mio CHF	78 %
Universitäts-Kinderspital beider Basel	- 16 %	- 29 %	- 4,5 Mio CHF	68 %

Tabelle 1: Auswirkungen des Tarifeingriffs auf die Finanzierung der ambulanten Leistungen der eigenständigen Kinderspitäler (ohne Subventionen durch Kantone und Spenden).

In der Schweiz warten schon heute Eltern mit ihrem kranken Kind über Monate auf einen Termin auf der spezialisierten Poliklinik. Bis zu drei Stunden Wartezeit auf einer pädiatrischen Notfallstation gilt als normal. Die angekündigten Tarif-Einschnitte zwingen die Direktoren der Kinderspitäler zu einer Personalkürzung. Die Wartezeiten auf den Polikliniken und Notfallstationen werden sich drastisch verlängern, die Qualität der Versorgung der Kinder und Jugendlichen nimmt ab.

### Forderungen zur Modifizierung des Tarifeingriffs des Bundesrates für Kinderspitäler

Die Vergütung der Kinder- und Jugendmedizin muss, um nachhaltig Versorgungssicherheit und gute Qualität bieten zu können, ganz massiv aufgebessert werden. Die Grundleistungen müssen für die Kinder- und Jugendmedizin angepasst werden: eine Limitation der Untersuchungen auf 20 Minuten ist für diese Patientengruppe nicht sinnvoll und nicht möglich, für die Kinderspitäler desaströs.

- **Limitationen.** Wir fordern, die Limitierungen der Positionen 00.0020, 00.0050, 00.0141ff und 00.0410 für Kinderspitäler bei Patienten < 18 Jahren aufzuheben.

<sup>3</sup> [http://www.gkind.de/fileadmin/DateienGkind/Arbeitsgruppen/Rettet\\_die\\_Kinderstation/Zahlen\\_-\\_Daten\\_-\\_Finanzierung\\_-\\_Kinderkliniken\\_DGKJ\\_GKinD.pdf](http://www.gkind.de/fileadmin/DateienGkind/Arbeitsgruppen/Rettet_die_Kinderstation/Zahlen_-_Daten_-_Finanzierung_-_Kinderkliniken_DGKJ_GKinD.pdf)

<sup>4</sup> <http://www.volksstimme.de/lokal/haldensleben/20150924/ameos-haldensleben-kinderklinik-keine-eigene-station-mehr>

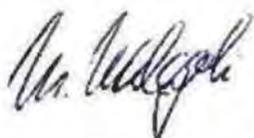
# ALLkids

Allianz Kinderspitäler der Schweiz

- **Tarmed-Zuschlagsposition.** Die Position 00.0015 muss auch von Kinderspitälern angewendet werden können.
- **Technische Leistungen/nicht-ärztlicher Personalaufwand.** Die technischen Geräte der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin müssen zwingend über die Tarife vergütet sein. Der nicht-ärztliche Personalaufwand in Kinderspitälern liegt im Durchschnitt bei + 20%. Dieser Anteil muss auf alle technische Leistung für die Altersklasse bis 18 Jahre aufgeschlagen werden.
- **Produktivität.** Der Produktivitätsfaktor liegt in der Kindermedizin erwiesenermassen deutlich unter dem der Erwachsenenmedizin, weshalb auch diesem Faktum Rechnung getragen werden muss. Eine Anpassung ist dringend notwendig. Die Kinderchirurgie ist existentiell bedroht.
- **Operative Fachgebiete.** Ambulante Operationen an Kindern sollen mit einem 5-Minuten Tarif und einer OPI-Sparte zu 10 Taxpunkten pro Minute für alle ambulanten Eingriffe ergänzt werden können (Operationen und diagnostisch- / therapeutische Interventionen, Endoskopien, Bildgebung).
- **Eigene Dignität zur Erhaltung der Qualität und Versorgungssicherheit.** Durch eine eigene Dignität Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie / Kinder- und Jugendpsychiatrie kann eine Anpassung dieser Berufsgruppen an andere Berufsgruppen erreicht werden, ohne dass Kinder und Jugendliche künftig vermehrt durch nicht an Kindern ausgebildetes Fachpersonal im Gesundheitswesen versorgt werden.
- **Nothilfe.** Als Nothilfe fordern wir einen Zuschlag pro ambulanten Eintritt von CHF 100.00 ab 1. Juli 2017. Dieser muss auch nach der Aufhebung der Limitationen weitergeführt werden, um die unterfinanzierten Bewertungen der technischen Leistungen zu korrigieren.

Wir gehen davon aus, dass der Bundesrat die Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin erkannt hat und die Versorgungssicherheit der Kinder und Jugendlichen nicht weiter gefährden will. Daher möchten wir dem Bundesrat dringend empfehlen, unsere Bedenken und unsere Anliegen aufzunehmen. Unsererseits werden wir aktiv das Gespräch und den sachlichen Austausch anstreben.

Mit freundlichen Grüssen



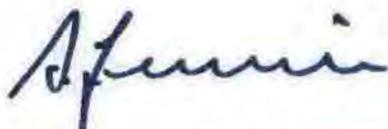
Dr. Markus Malagoli  
Vorsitzender  
AllKidS - Allianz Kinderspitäler  
der Schweiz



Prof. Dr. med. Thomas Neuhaus  
Vorsitzender Collège A,  
Departementsleiter Kinderspital  
Luzern



Dr. med. Christoph Stüssi  
Vorsitzender IG pädiatrische  
Kliniken, Chefarzt Kinderklinik  
Münsterlingen



KidS – Allianz Kinderspitäler der Schweiz  
c/o UNIVERSITÄTS-KINDERSPITAL BEIDER BASEL (UKBB) | Spitalstrasse 33 | CH-4031 Basel  
[www.allkids.ch](http://www.allkids.ch)



Allianz Kinderspitäler der Schweiz

Dr. med. Agnes Genewein  
Geschäftsführerin  
AllKidS - Allianz Kinderspitäler

*Korrespondenz:*

AllKidS – Allianz Kinderspitäler der Schweiz

Dr. med. Agnes Genewein  
Spitalstrasse 33, 4031 Basel

[agnes.genewein@allkids.ch](mailto:agnes.genewein@allkids.ch)

Telefon: +41 79 173 42 39

**Kopie an:**

- Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des National- und Ständerates
- Bundesamt für Gesundheit
- Gesundheitsdirektorenkonferenz
- H+ Die Spitäler der Schweiz
- FMH
- SSP-SGP Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie

AmtL	GP	<del>AKV</del>	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG						MT
SpD						BloM
KOM						ADChen
Kant.						LMS
HT						Str
RM						15.Chern
P+O	I+S	GStr	MGP	Lst	AKV	AUV



**Eidgenössisches Department des Innern EDI**

Herrn Bundesrat Alain Berset  
 Generalsekretariat GS-EDI  
 Inselgasse 1  
 3003 Bern

Dachverband Hospize Schweiz  
 Pilatusstrasse 26  
 6003 Luzern  
 Telefon: +41 41 450 41 29  
 E-Mail: kontakt@hospize-schweiz.ch  
 Internet: www.hospize-schweiz.ch



Luzern, 14. Juni 2017

## FORDERUNG NACH RÜCKZUG DES TARMED-TARIFEINGRIFFES – FÜR EINE SICHERUNG DER VERSÖRGUNG VON SCHWERSTKRANKEN UND STERBENDEN MENSCHEN IN DER SCHWEIZ UND FÜR EINE SICHERUNG DER FINANZIERUNG DER ÄRZTLICHEN VERSÖRGUNG IN DEN SCHWEIZER HOSPIZEN

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Am 22. März 2017 haben Sie Ihren zweiten Tarifeingriff in den ambulanten Arzttarif TARMED vorgelegt. Diese macht uns als Dachverband Hospize Schweiz sehr betroffen.

Schweizer Hospize kämpfen täglich ums finanzielle Überleben. Nur dank Spenden, Legaten und massivem Fundraising können wir unsere wichtigen Dienstleistungen überhaupt anbieten. Die von Ihnen angestrebten Eingriffe betreffen die Arbeit der Hospize in besonderem Masse und rauben ihnen einen elementaren Teil ihrer finanziellen Grundlage. Das ist für uns nicht hinnehmbar, vor allem angesichts der Entscheidung von BAG und GDK im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care, ebendiese palliative Versorgung weiter auszuweiten.

Aus dem Massnahmenkatalog beeinträchtigen folgende zwei Punkte unsere Arbeit massgeblich:

1. Die Dauer ärztlicher Konsultationen soll auf maximal 20 Minuten begrenzt werden.
2. Die Position "Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten" soll limitiert werden von 60 auf 30 Minuten pro Quartal.

Im Folgenden erläutern wir, was Ihre Pläne für die Versorgung unserer Patienten am Lebensende bedeutet, sowohl in der stationären palliativen Versorgung im Hospiz als auch in der ambulanten palliativen Versorgung, die in der Regel einem Hospizeintritt vorausgeht und nicht nur politisch, sondern auch von den Betroffenen selbst erwünscht ist.

## 1. Limitierung der Konsultationsdauer auf 20 Minuten

In unseren Hospizen betreuen wir schwerstkranke Patienten bis zu ihrem Tod. Sie benötigen eigentlich keine Spitalbehandlung, können aber aufgrund der vorliegenden Komplexität ihres Krankheitsbildes weder zu Hause noch im Pflegeheim betreut werden (entsprechend der Broschüre Versorgungsstrukturen Spezialisierte Palliative Care BAG 06/2012, S. 6). Um ihnen wiederholte und lang dauernde Spitalaufenthalte am Lebensende zu ersparen, die oft aus medizinischen Notfällen und Unsicherheit bzw. psychosozialer Überforderung resultieren, bieten Hospize eine wichtige und zudem kostengünstige Betreuung am Lebensende.

In dieser Lebensphase, in der statistisch belegt die höchsten Gesundheitskosten anfallen, spart ein Hospizaufenthalt Kosten, weil hier „sinnvollen Behandlungen“ vor „machbaren Behandlungen“ der Vorzug gegeben wird. Um diese Entscheidungen zu fällen, braucht es **ausführliche Gespräche** zwischen Arzt, Patient und Angehörigen, die die Voraussetzungen schaffen, dass ein Patient eine entsprechende Entscheidung überhaupt treffen kann (informed consent). Schon vor dem Eintritt kann der Patient in Palliativ-Sprechstunden mit einem Hospiz in Kontakt treten, so dass in Krisensituationen zuhause eine rasche und unkomplizierte Aufnahme gewährleistet ist.

**Ein medizinisches Eintrittsgespräch dauert pro Patient durchschnittlich 2 bis 4 Stunden.** Es braucht Zeit, die vielfältigen Probleme der Patienten zu erfassen, die aus dem Spital komplexeste Therapien mitbringen. Diese müssen im Anschluss regelmässig kontrolliert und angepasst werden, bei instabiler Situation in täglicher Visite: Komplexe Schmerztherapien mit Schmerzpumpen, Beatmung, künstliche Ernährung, komplizierte Wundverbände, intravenöse Zugänge etc. Eine Einschränkung der Konsultationszeit auf 20 Minuten wäre geradezu unethisch, weil damit eine effektive Symptomlinderung – allen voran Schmerzen und Angst – nicht zu schaffen ist, die mit der Nationalen Strategie Palliative Care jedem Menschen in Aussicht gestellt worden ist, der darauf angewiesen ist. (s. Nat. Strategie Palliative Care 2013-15, 10/2012, S. 4)

Während des Hospizaufenthaltes braucht es regelmässig interprofessionelle Besprechungen im Team, um die Behandlung zu koordinieren. Sie gehören, ebenso wie Rundtischgespräche mit Patient und Angehörigen (Dauer rund 60 min), zum unverzichtbaren Standard der Palliativversorgung und ermöglichen oft eine Reduktion der anfangs komplexen Therapien.

Die ganzheitliche Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen schafft immer wieder Entlastungen und erstaunliche Stabilisierungen, so dass Hospiz-Patienten sogar nach Hause austreten können. An dieser Nahtstelle besteht – ähnlich wie beim Eintritt ins Hospiz – ein hoher Koordinationsaufwand: Die schwerkranken Menschen brauchen zuhause ein tragfähiges Netz mit Unterstützung der lokalen Spitex, ambulanten Palliative Care-Teams (so vorhanden), Spitalärzten und Hausärzten. Es geht u.a. um Einrichtungen, um (Reserve-)Medikationen und um Notfallpläne. All dies ist weder in 20 Minuten-Konsultation mit dem Patienten noch in 30 Minuten ohne Anwesenheit des Patienten sicherzustellen. Wir tragen eine grosse Verantwortung, die Patienten gut in anschliessende Versorgungssettings zu übergeben.

## 2. Leistungen in Abwesenheit des Patienten

Interprofessionelle Teambesprechungen und Rundtischgespräche sind von palliative.ch definierter Standard und elementar, um die Belastungen des extrem vulnerablen Patienten zu erfassen und zu lindern. Nur so kann eine möglichst hohe, individuelle Lebensqualität sichergestellt werden. Neben der Vielzahl an medizinischen Problemen sind die Menschen belastet durch psychisch-existenzielle Fragen, soziale und finanzielle Belastungen, die alle ineinandergreifen und den Gesamtzustand eines Patienten mit beeinflussen.

Im Anschluss an Konsultationen braucht es Zeit zur Koordination, vielfach in Abwesenheit des Patienten: Behandlungen planen und einleiten, ambulante und spezialisierte Palliative Care-Dienste organisieren, Notfallpläne erstellen, entsprechende Rezepte für die Medikation bereitstellen und Angehörige entsprechend instruieren. Ohne diese Sorgfalt landen schwerkranke Menschen, die eigentlich gut zuhause versorgt werden könnten, immer wieder auf Notfallstationen und verursachen enorme Kosten. Ganz abgesehen davon, dass die ständigen Ein- und Austritte für diese Menschen in ihrer Situation unzumutbar und unmenschlich sind.

Bisher konnten diese Tätigkeiten nur mit den TARMED-Positionen „Leistungen in Abwesenheit des Patienten“, „Vorbereitung diagnostischer/therapeutischer Eingriffe“ und „Spezifische Beratung durch den Facharzt“ abgerechnet werden. Hier Limitationen einzuführen, bedeutet, dass die ambulante Versorgung durch Hausärzte und Palliativmediziner nicht mehr geplant werden kann und somit die Betreuung zu Hause unmöglich gemacht wird. Patienten müssten zukünftig hospitalisiert werden, um die ambulante Betreuung über den Sozialdienst des Spitals organisieren zu lassen. Finanzpolitisch wäre das reiner Unsinn – ganz abgesehen vom unnötigen Leid für die Betroffenen am Lebensende. Ausserdem widerspricht das grundsätzlich dem Ansinnen vieler Kantone, die die Parole „ambulant vor stationär“ ausgegeben haben, um ihre Gesundheitskosten im Spitalbereich zu reduzieren.

### **Das aktuelle Tarifsysteem**

Bisher haben es die Verantwortlichen versäumt, die Hospizfinanzierung, ebenso wie die Finanzierung der palliativ-pflegerischen wie palliativ-medizinischen Leistungen insgesamt (ambulant wie stationär) adäquat in den Tarifsystemen abzubilden. Es fehlen kostendeckende Tarife für die Behandlung von Patienten am Lebensende, ganz gleich, ob die Leistungen von Hausärzten, Heimärzten, Hospizärzten oder den ambulant tätigen spezialisierten Palliativmedizinern erbracht werden. Da die meisten Hospize der Schweiz zum Langzeitbereich gehören, fallen auch ihre ärztlichen Abgeltungssysteme unter den TARMED-Tarif und sind vom geplanten Tarifeingriff betroffen.

Schon heute – ohne die geplanten Eingriffe – kann nicht vollständig abgerechnet werden, was an medizinischer Vorausplanung und Notfallplanung bei Patienten am Lebensende notwendig ist, ebenso wenig wie die äusserst hilfreichen Gespräche mit Patienten/Angehörigen und Betreuungsteams, die nachweislich Gesundheitskosten sparen (siehe Nationale Strategie Palliative Care BAG). Eine zusätzliche Limitierung der verrechenbaren Gesprächszeiten führt zu einem weiteren Anstieg der bereits heute massiven Hospiz-Defizite, die durch die ungedeckten, jedoch unabdingbaren pflegerischen und ärztlichen Leistungen entstehen.

Der Tarifeingriff könnte sogar grundsätzlich die ärztliche Versorgung in Hospizen in Frage stellen: In der Schweiz ist es äusserst schwierig, Ärzte zu finden, die in Hospizen tätig werden. Kein Wunder, wenn man die hohe Dienstbelastung vor Augen hat, die durch die instabilen, sich kontinuierlich verschlechternde Situationen unserer Patienten verursacht werden. Gestorben wird nun mal nicht zu Bürozeiten und Krisen müssen im Voraus geplant werden, trotzdem können solche nicht immer abgewendet werden. Es ist ein Problem, dass Hospiz-Ärzte ihre aufwändigen Dienstleistungen schon heute nicht abrechnen können.

Die aktuellen Eingriffe in den TARMED verschlechtern die Situation der Finanzierung dramatisch statt sie zu verbessern. Sie gefährden damit die Existenz der Hospize in der Schweiz. Ausserdem widersprechen sie allen Richtungsentscheiden, die in der Nationaler Strategie Palliative Care von Bund und Kantonen erarbeitet worden sind, nach denen die ambulante Betreuungsangebote ausgebaut werden sollen und den Patienten ermöglicht werden soll, nicht im Spital sterben zu müssen, sondern palliativmedizinisch angemessen betreut zu werden; durch ihren Hausarzt/Heimarzt oder im Hospiz durch den Palliativmediziner.



Dachverband Hospize Schweiz  
Association des hospices Suisses  
Associazione dei ospizi Svizzeri  
Associazion dals ospizis svizzers

Lieber Herr Bundesrat Berset

Die Behandlung und Pflege von Palliativpatienten durch Hausärzte, Heimärzte, Spitalärzte und Palliativmediziner muss grundsätzlich sichergestellt werden, und das über den gesamten Krankheitsverlauf und in allen Betreuungssettings. Dafür braucht es endlich die Sicherstellung einer adäquaten Palliative Care-Finanzierung für Leistungen ambulant, im Pflegeheim, im Hospiz oder im Spital.

Im Namen unserer Hospiz-Patienten bitten wir Sie um eine Rücknahme des geplanten, schädlichen Tarifeingriffs. Bitte sorgen Sie umgehend dafür, dass die angekündigte und dringend erforderliche Hospizfinanzierung in Angriff genommen wird und unterstützen Sie unsere Hausärzte, Heimärzte, Hospizärzte und Palliativmediziner dabei, eine sinnvolle, lindernde und kostengünstige Medizin praktizieren zu dürfen. Das Einsparpotential der Palliativmedizin ist erwiesen und auch dem BAG bekannt.

Wir sind davon überzeugt, dass Sie unseren Aufruf ernst nehmen werden.

Wir bitten Sie eindringlich, sich für eine bessere Versorgung der schwerstkranken und sterbenden Patienten in der Schweiz einzusetzen. Dafür braucht es nicht nur «guten Willen», sondern endlich auch eine realistische Finanzierung der notwendigen und kostengünstigen Dienstleistungen. Es darf nicht sein, dass koordinierende ärztliche Gespräche eingespart werden zu Gunsten der Erhaltung teurer, oft nicht mehr indizierter Therapien (z.B. Chemotherapien zu astronomischen Preisen, wiederholte teure Bildgebung zur Verlaufskontrolle und unsinnige Hospitalisationen).

Sehr gerne steht der Dachverband Hospize Schweiz zur Verfügung, Sie mit unserem Wissen und unserer in Jahrzehnten erworbenen Erfahrung dabei zu unterstützen, gerechte ärztliche und pflegerische Tarife für Palliativpatienten zu entwickeln.

Für den Dachverband Hospize Schweiz

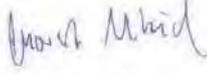
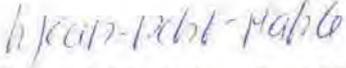
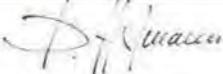
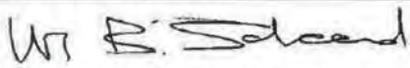
Dr. med. Katja Fischer cand MSc  
Innere Medizin und Palliativmedizin FMH  
Mitglied der Kommission Finanzen & Qualität  
im Dachverband Hospize Schweiz  
Ärztliche Leitung Pallivita Bethanien,  
Zürich Altstetten, Diakonie Bethanien

Hans Peter Stutz  
Geschäftsleiter Dachverband  
Geschäftsleiter Hospiz Zentralschweiz

Henri Gassler  
Co-Präsident Dachverband  
Direktor Palliativzentrum Hildegard,  
Basel

Horst Ubrich  
Co-Präsident Dachverband  
Geschäftsleiter Zürcher Lighthouse

Folgende Mitglieder des Dachverbands unterstützen die dargelegten Forderungen:

Co-Präsident des Dachverbands Zürcher Lighthouse (ZH), Geschäftsleiter	 Horst Ubrich
Co-Präsident des Dachverbands Palliativzentrum Hildegard (BS), Direktor	 Henri Gassler
Vize-Präsidentin des Dachverbands Stiftung Hospiz Zentralschweiz, Stellv. Geschäftsleiterin	 Dr. med. Sibylle Jean-Petit-Matile
Leiter Geschäftsstelle des Dachverbands Stiftung Hospiz Zentralschweiz, Geschäftsleiter	 Hans Peter Stutz
Vorstandsmitglied Dachverband, Ressort Finanzen Verein Freunde Stationäres Hospiz St. Gallen	 Roland Buschor
Fondation Rive-Neuve, Blonay (VD) Directeur Général	Alexis Berger  Directeur Général
Hospiz Aargau, Brugg (AG) Geschäftsleiter	 Dieter Hermann
Hospiz am Etzel, Feusisberg (SZ) Hospizleiterin	 Maja Sollie
Hospiz St. Antonius, Hurden (SZ) Hospizleitung	 Sr. Jolenda Elsener
Hospiz Werdenberg, Grabs (SG) Geschäftsleiter	 Mathias Engler
Verein Lichtblick Hospiz Basel, Reinach (BL) Co-Präsidentin	 Dr. med. Annie Sandberg
Verein Kinderhospiz Region Bern Präsidentin	 Susanne Peter
Pallivita Bethanien, Zürich Altstetten (ZH) Ärztliche Leiterin	 Dr. med. Katja Fischer
Stiftung Kinderhospiz Schweiz (BS), Vize-Stiftungsratspräsident	 Prof. Dr. med. Urs B. Schaad

AmlL	GP	KAV	DeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG	05. Juli 2017					MT
SpD						EMM
KGM						EChem
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P+O						1+S

**EINGEGANGEN**

- 5. Juli 2017

Registratur GS EDI

Eidg. Departement des Innern EDI  
Herrn Bundesrat  
Alain Berset  
Inselgasse 1  
3003 Bern

Freiburg, 3. Juli 2017/IS

## Stellungnahme zum Tarifeingriff in den ambulanten Arzttarif TARMED 1.09\_BR

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Bezugnehmend auf unsere bereits eingereichte Stellungnahme gelangen wir im Rahmen der im Titel erwähnten Vernehmlassung noch einmal an Sie.

Mit der laufenden Revision der Tarifstruktur TARMED möchte der Bundesrat drei Ziele erreichen:

1. Erhöhung der Sachgerechtigkeit, wobei gleichzeitig auch die Grundversorger gegenüber den Spezialisten bessergestellt werden sollen;
2. Erhöhung der Transparenz, wobei mit einer verbesserten Kostenwahrheit auch die Kostenentwicklung gebremst werden soll;
3. Reduktion von Fehlanreizen;

Die Allianz Kinderspitäler der Schweiz (AllKidS) kann sich mit diesen Zielsetzungen identifizieren. AllKidS hat deshalb auch stets konstruktiv an einer Neugestaltung der Tarifstruktur mitgearbeitet. Die von uns mitgetragene Tarifrevision ats-tms wurde von H+ dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zeitgerecht eingereicht. Leider wurde dieser Vorschlag nicht berücksichtigt.

Die Vorlage des Bundesrates trägt für die Kinderspitäler nicht zur Zielerreichung bei, da sie von falschen Annahmen ausgeht, die einer Überprüfung in der Praxis nicht standhalten. So kann das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei vielen Tarifpositionen die effektiven (finanziellen) Folgen selbst nicht einmal klar beziffern resp. deren Auswirkungen einschätzen. Die beabsichtigte Revision droht namentlich in den Kinderspitälern grossen Schaden anzurichten. Es fehlt damit die sachgerechte und betriebswirtschaftliche Bemessung, wie sie das KVG fordert.

---

## **Die Massnahmen für die ambulante spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin sind nicht sachgerecht.**

Kinder- und Jugendmedizin ist eine ambulante spezialisierte Medizin. In den drei selbständigen Kinderspitälern (Ostschweizer Kinderspital OKS, Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB, Universitätskinderspital Zürich) stehen den rund 300'000 ambulanten Fällen lediglich 18'000 stationäre Fälle gegenüber. 95 Prozent der Behandlungen entfallen auf die ambulante Medizin, womit sie der Grundversorgung zuzurechnen sind.

Die spezialisierte ambulante Kinder- und Jugendmedizin findet fast ausschliesslich in den Kinder-spitälern statt und ist keine «20-Minuten-Medizin», sondern in höchstem Masse anspruchsvoll und aufwendig. Beratungen, Massnahmen und Prozeduren beanspruchen bei Kindern und Jugendlichen massiv mehr Zeit als bei Erwachsenen. Exemplarisch haben wir diesem Schreiben ein typisches Fall-beispiel beigefügt, aus dem ersichtlich ist, warum die ambulante Kindermedizin mehr Zeit beansprucht als die Behandlung von Erwachsenen (siehe Anhang 1). Eine Zeitbeschränkung pro Konsultation auf 20 Minuten gefährdet die qualitativ hochstehende Behandlung und Betreuung von Kindern und wird ihren Bedürfnissen und denen ihrer Eltern nicht gerecht.

Zudem sind Kinder gerade in den ersten Lebensjahren häufig krank (bis zu zehnmal pro Jahr). Typischerweise werden angeborene Krankheiten oft erst bei zeitlich wiederkehrenden Konsultationen festgestellt. Die Zahl der Untersuchungen auf drei pro Quartal zu beschränken, ist deshalb nicht sachgerecht. Auch chronisch kranke Kinder müssen sehr engmaschig medizinisch betreut werden, um eine qualitativ gute Behandlung zu gewährleisten und um Spätschäden zu verhindern.

Durch die Kombination der Abwertung der ärztlichen Leistung und der Einführung von Limitationen wird die spitalambulante Kinder- und Jugendmedizin in Kinderspitälern doppelt bestraft.

## **Die Massnahmen tragen nicht zur Transparenz und Kostenwahrheit bei.**

Die personalintensive, spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin findet aufgrund der geringen Fallzahlen und der hohen Investitionskosten in altersgerechte Apparaturen fast ausschliesslich in den Kinderspitälern statt. Schon heute arbeiten die verschiedenen Kinderspitäler schweizweit deshalb sehr eng und effizient zusammen.

Die Kostendeckung im ambulanten Bereich ist in den drei eigenständigen Kinderspitälern bereits mit dem Tarifeingriff 1.08.00\_BR auf unter 80 Prozent gesunken. Mit der Senkung der technischen Leistungen ist der Kostendeckungsgrad dann sogar auf 70 Prozent zurückgegangen. Mit dem nun geplanten Tarifeingriff des Bundesrates sinkt der Kostendeckungsgrad nochmals, und zwar auf rund 65 Prozent.

Im Weiteren ist die geplante Limitation der ärztlichen Leistung in Abwesenheit unsachgerecht. Sie führt in den Kinderspitälern zu grossen, nicht mehr verrechenbaren Leistungszeiten, die eine seriöse Vorarbeit zum Beispiel bei seltenen Krankheiten oder bei interdisziplinären Abklärungen verunmöglichen. Solche Abklärungen dauern in der Regel über 60-120 Minuten.

Die folgende Grafik zeigt, dass der grösste Teil der spitalambulanten Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in Kinderspitälern weit mehr als 20 Minuten beansprucht. Die durchschnittliche Behandlungszeit liegt bei 33 Minuten.

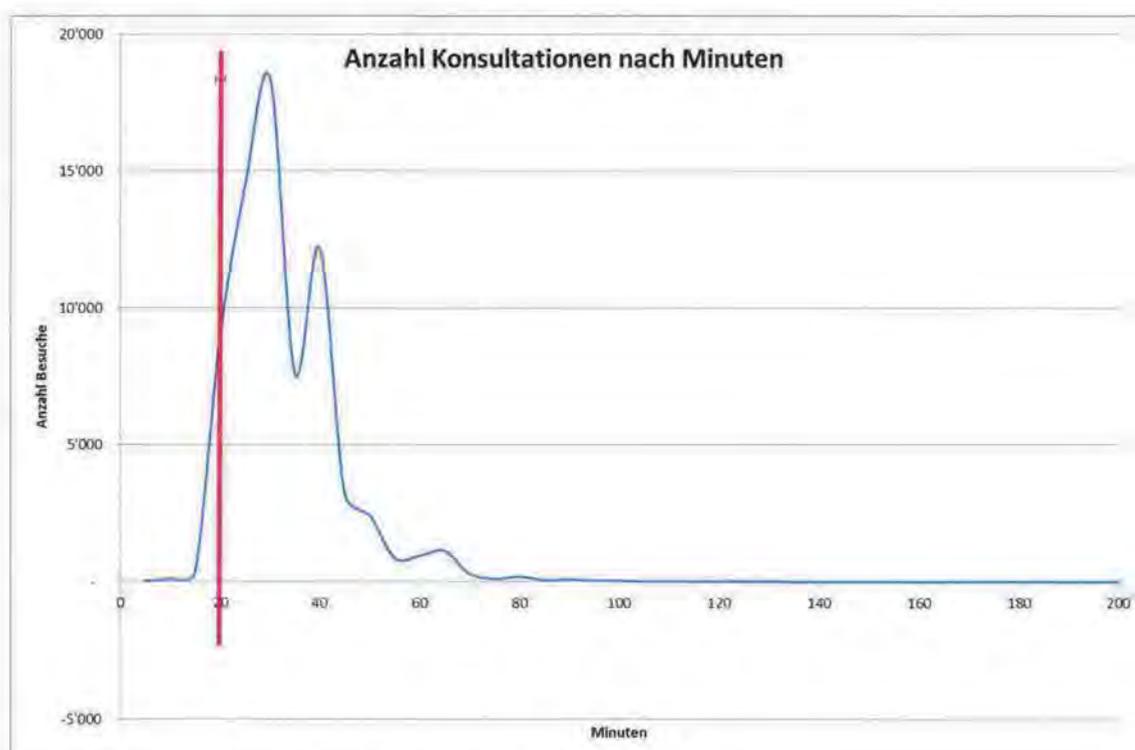


Abb. 1: Konsultationen UKBB 2016 nach Minuten

### Die Auswirkungen des Tarifeingriffs des Bundesrates

In den drei eigenständigen Kinderspitälern würde aufgrund des Tarifeingriffs die bereits massive Unterdeckung im ambulanten Bereich nochmals grösser. Diese Unterdeckung kann nicht wie bei anderen Spitälern aus Überdeckungen bei Halbprivat- und Privatpatienten quersubventioniert werden. Längerfristig wäre mit dem Tarifeingriff des Bundesrates die Versorgungssicherheit bei der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin gefährdet.

Zudem stellt der Tarifeingriff des Bundesrates die fachgerechte und hochspezialisierte ambulante Medizin in den Kinderspitälern in Frage.

## Die Forderungen des UKBB

Wir fordern deshalb bei der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung folgende Änderungen für die Kinderspitäler:

1. Die **Limitationen der Minutagen** (00.0020, 00.0410, 00.0420, 00.0430, 00.0440, 03.0010, 04.0010, 07.0010, 09.0010, 22.0010, 24.0010, 00.0050) sowie die Limitationen bei **Leistungen in Abwesenheit des Patienten (00.0141ff)** ist für Kinderspitäler zu streichen.
2. Die Position 00.0015 (TARMED-Zuschlagsposition) ist in den Kinderspitälern weiterhin verrechenbar.

Insgesamt zählen wir darauf, sehr geehrter Herr Bundesrat, dass die Limitierung der Dauer der Konsultationen sowie die Limitierung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten für Kinderspitäler fallen gelassen werden. Damit anerkennt der Bundesrat die in der ambulanten spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin erbrachten, qualitativ hochstehenden Leistungen als sach- und fachgerechten Beitrag für die Zukunft unserer Gesellschaft, der sich nachhaltig und positiv auswirkt und der deshalb seinen Wert hat. Hierfür sind die von uns geforderten Korrekturen im TARMED zwingend. Mit dem durch den Bundesrat vorgesehenen Tarifeingriff würde in den Kinderspitälern eine «Sparübung» auf dem Buckel der kranken Kinder und Jugendlichen vorgenommen, die neue Fehlanreize legt statt sie zu reduzieren und deren langfristige Folgekosten die Gesellschaft teuer zu stehen kommen.

Freundliche Grüsse

freiburger spital



Dr. med. Ivo Spicher  
Medizinischer Direktor



Prof. Dr. med. Johannes Wildhaber  
Präsident des Ärztekollegiums

### Kopie an :

Frau Claudia Käch, Generaldirektorin HFR

## Anhang 1

### Typisches Beispiel aus der Neuropädiatrie

#### Zuweisung durch Kinderarzt: Kind mit unklarer Muskelschwäche

Vorbereitung: **5 Min**

Abholen aus dem Wartezimmer, wiegen, messen, Blutdruck **5 Minuten**

Ausführliche Anamnese und Untersuchung je nach Kooperation **85 Minuten**

Besprechung der Befunde und wie weiter:

Erklären der Differentialdiagnose, erklären des weiteren Vorgehens: **15 Minuten**

Consent für genetische Untersuchung: **5 Minuten**

Blutentnahme verordnen, Rezept für PT, Rezept: **5 Minuten**

Verabschieden, vereinbaren wann nächste Kontrolle **5 Minuten**

Brief diktieren: **10 Minuten**, Korrektur **5 Minuten**

Telefonat Kinderarzt: **10 Minuten**

Beantwortung Anfrage der Patienteltern per email: **10 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 115 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 40 min**

Nach 6-12 Wochen Erhalt Resultat der Genetik

Diagnose: Morbus Duchenne:

Erklären der Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Standards of care, Stand der Forschung, IV

Anmeldung, Vernetzung mit Sozialdienst, Muskelgesellschaft **60 Minuten**

Anmeldung Echokardiographie **5 min**

Abklärung der Trägerinnenschaft der Mutter: Brief an Krankenkasse für Kostengutsprache **10 min**

Brief inkl. Kostengutsprache: Anfrage für Genetik: **15 Minuten** (Diktat, Korrektur, Unterschrift)

→ **Ärztliche Konsultation: 60 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 30 min**

1 Woche später: nochmaliges Gespräch **30 Minuten** zur Beantwortung der inzwischen aufgetauchten Fragen

Beantwortung Rückfrage der Physiotherapeutin bezüglich Behandlungsschwerpunkten: **10 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 30 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 10 min**

Nächste Kontrolle nach 2 Monaten zum Beginn der Steroidtherapie:

Konsultation: Zwischenanamnese, Fragen beantworten, Untersuchung mindestens **25 Minuten**

inklusive Score für motorische Funktion

Erklären der Wirkung, Nebenwirkung von Kortison, Erklären der Studienlage bezüglich Effekt und

Darreichungsregime: **15 Minuten**

Brief: Diktat, Korrektur, Unterschrift: **15 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 40 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 15 min**

Ein typischer neuropädiatrischer Patientenfall binnen 2 Monate:

→ **Ärztliche Konsultation: 345 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 95 min**

○ **9 ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten**



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
3003 Bern

Per E-Mail

Ort, Datum Bern, 21. Juni 2017  
Ansprechpartner/in Martin Bienlein

Direktwahl 031 335 11 13  
E-Mail [martin.bienlein@hplus.ch](mailto:martin.bienlein@hplus.ch)

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

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben H+ Die Spitäler der Schweiz (im weiteren H+) am 22. März eingeladen, zur Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung Stellung zu nehmen. Dafür danken wir Ihnen bestens. Unsere Antwort beruht auf zwei Umfragen bei unseren Mitgliedern.

Generell anerkennt H+ die Notwendigkeit, die Tarifstrukturen für ambulante medizinische Leistungen (TARMED) und für die ambulante Physiotherapie total zu revidieren. Einige Leistungen sind heute unterbewertet, andere überbewertet und einige sind noch gar nicht tarifiert. Deswegen hat sich H+ in den letzten Jahren zusammen mit Partnern für die Revision dieser beiden Tarifstrukturen eingesetzt. H+ hat zudem laufende Tarifverträge für ein Duzend weitere Leistungen oder Leistungsarten, die ebenfalls total revidiert werden müssen.

Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen lehnen den Entwurf des Bundesrates für die ambulanten medizinischen und für die ambulanten physiotherapeutischen Leistungen vollumfänglich ab, weil er weder sachgerecht noch betriebswirtschaftlich bemessen und damit gesetzeswidrig ist (siehe Urteil KVG-Schiedsgericht Kantone Luzern SG 15 2, 2017 III Nr. 1). Die Sachgerechtigkeit und die betriebswirtschaftliche Bemessung für die Tarifstrukturen (Art. 46 Abs. 4 KVG) wurden auch schon durch die höchstrichterliche Rechtsprechung gefordert (C-4308/2007 Erwägung 3.1). Die heutigen medizinischen Realitäten in den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen berücksichtigt der Entwurf nicht. Es fehlen zudem medizinische Neuerungen. Einzelne Punkte der beiden neuen von H+ am 15. August 2016 und am 3. November 2016 eingereichten Tarifstrukturen können nicht ohne zusätzliche Anpassungen herausgerissen und in die alten Tarifstrukturen TARMED und Physiotherapie eingefügt werden, da die alten und neuen Tarifstrukturen in mehreren Punkten anders aufgebaut sind. Der Verordnungsentwurf verschlechtert die Tarifstrukturen und macht den TARMED und den Tarif für Physiotherapie noch unsachgerechter. EFK und FinDel fordern explizit Totalrevisionen der beiden Tarifstrukturen. Punktuelle Eingriffe mögen die Unsachgerechtigkeit der Tarife nicht mehr zu beheben.

Deshalb hält H+ an beiden totalrevidierten Tarifstrukturen gemäss den Eingaben vom 3. November 2016 (TARMED) und 15. August 2016 (Physiotherapie) fest und fordert den Bundesrat auf, den von ihm vernehmlasssten Entwurf zu sistieren und die von H+ eingereichten Tarifstrukturen in die Vernehmlassung zu geben. Beide sind medizinisch respektive physiotherapeutisch sachgerecht, beruhen auf aktueller ärztlicher und physiotherapeutischer Praxis in den Spitälern, Kliniken, Pflegeinstitutionen und Praxen und wurden betriebswirtschaftlich bemessen.

### **Rationierung bei vulnerablen Gruppen**

Die neuen Tarifstrukturen TARMED und für Physiotherapie sehen nicht sachgerechte Leistungseinschränkungen vor. Hauptbetroffene dieser Rationierung sind vulnerable Gruppen, insbesondere:

- Kinder,
- psychisch Kranke,
- ältere Patientinnen und Patienten,
- Multimorbide,
- Patientinnen und Patienten mit Demenz,
- Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten wie Multiple Sklerose,
- Patientinnen und Patienten in Nofällen,
- Patientinnen und Patienten mit neurologischen Krankheiten und damit Einschränkungen in der Kommunikation,
- Patientinnen und Patienten mit potentiell tödlichen Krankheiten wie Krebs,
- Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten.

Die Liste ist exemplarisch und nicht abschliessend. Sie beruht auf den Rückmeldungen unserer Mitglieder.

### **Fehlende Leistungen**

Im Tarif für Physiotherapie und im TARMED fehlen Leistungen. Diese müssten weiterhin mittels „Analogiepositionen“ mehr oder weniger sachgerecht abgerechnet werden.

### **Entwurf dreht die Medizin zurück**

Die Einschnitte des Entwurfes sind so massiv, dass sie die betroffenen ambulanten Leistungen in Frage stellen. Erstens werden sich die Leistungserbringer die Frage stellen, ob sie diese Leistungen überhaupt noch erbringen können und zweitens, ob sie dies besser stationär tun. Dies würde den politisch geforderten und medizinisch sinnvollen und patientenfreundlichen Fortschritt in der Medizin der letzten Jahrzehnte bedrohen oder rückgängig machen.

### **Unabsehbare Folgen in der medizinischen Versorgung**

Die Berechnungen unserer Mitglieder haben gezeigt, dass sämtliche medizinischen Bereiche negativ vom Entwurf betroffen sind. Das heisst, dass bei breit aufgestellten Spitälern und Kliniken die schon bestehende Unterdeckung der ambulanten Leistungen weiter steigt und bis zu 35% erreichen kann. Und dies, obwohl H+ Berechnungen gezeigt haben, dass die ambulanten Behandlungen schon heute mit CHF 600 Mio. unterfinanziert sind. In der Kindermedizin ist die Unterdeckung besonders ausgeprägt, da hier der Anteil der ambulanten Behandlungen hoch und die möglichen Quersubventionierungen aus der Zusatzversicherung vernachlässigbar für den Gesamtbetrieb sind. Längerfristig kann der Entwurf die Versorgungssicherheit einzelner medizinischer Spezialitäten oder einiger Regionen gefährden.

### **Alle zugelassenen Leistungen sind voll vergütungspflichtig**

Nicht sachgerecht und damit widerrechtlich ist ausserdem, dass der Entwurf medizinisch notwendige, von Ärztinnen und Ärzten angeordnete KVG-pflichtige Leistungen nicht oder nicht vollständig vergüten will. Der Entwurf setzt damit Anreize zur Rationierung, also zur Vorenthaltung von medizinischen Leistungen bei kranken Menschen, weil die soziale, obligatorische Krankenpflegeversicherung diese Leistungen nicht mehr zahlt. Die KVG-Pflichtleistungen müssen vergütet werden. Will der Bundesrat Leistungen aus der sozialen Krankenversicherung herausnehmen, muss dies das Departement über den Anhang 1 zur KLV tun und nicht wie hier über Tarifstrukturen.

### **Falsche Datengrundlage des BAG-Entwurfs**

Das BAG hat mit der Vernehmlassung keine Berechnungsdaten zur Verfügung gestellt. Die fehlende Sachgerechtigkeit und damit Widerrechtlichkeit des Entwurfs erklärt sich H+ dadurch, dass das BAG vor allem die Anträge der Versicherungen basierend auf Rechnungsdaten, nicht aber die Eingaben von H+ basierend auf medizinischem und physiotherapeutischem Wissen und Ist-Daten der Spitäler, Kliniken und Praxen berücksichtigt und geprüft hat. Für die Berechnung von medizinischen Leistungen braucht es aktuelle Leistungs- und Kostendaten der Leistungserbringer und nicht Rechnungsdaten aus einer veralteten Tarifstruktur, wie sie wahrscheinlich das BAG verwendet hat. Dass diese Rechnungsdaten heute noch gültig sind, ist aufgrund des medizinischen Fortschritts sowie der Leistungs- und Preisentwicklungen der letzten zwanzig Jahre höchst unwahrscheinlich.

### **Ausschliesslich politisch motivierter Entwurf**

Wie schon beim ersten subsidiären Eingriff des Bundesrates 2014 ist auch dieser Entwurf hauptsächlich politisch motiviert, nicht sachgerecht und damit widerrechtlich. Für die politische Motivation spricht, dass der Entwurf nur Vorschläge enthält, die eine Abwertung von Leistungen bedeuten. Selbst bei der Vereinheitlichung der Dignitäten wird das normative Arzteinkommen gesenkt, indem der Dignitätsfaktor unter 1 festgelegt werden soll. Im Weiteren fehlen bisher nicht tarifizierte Leistungen und neue Kostenberechnungen der Anlagen, der ärztlichen und vor allem der nicht-ärztlichen Löhne etc.

### **Falsche rechtliche Beurteilung, negative Auswirkungen auf die Tarifpartnerschaft und Widersprüche zur bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020**

Weitere Mängel sind die zum Teil falsche Interpretation der rechtlichen Grundlagen, die negativen Auswirkungen auf die Tarifpartnerschaft, die Unausgewogenheit des Entwurfs und die Widersprüche zur bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020.

### **Sachgerechte Tarifstrukturen existieren**

Mit den beiden Tarifeingaben vom 15. August 2016 (Tarifstruktur für Physiotherapie) und vom 3. November 2016 (ambulante medizinische Leistungen) liegen dem Bundesrat und BAG verlässliche Daten zur Berechnung von einzelnen Tarifpositionen vor. Bei beiden Eingaben hat H+ bekräftigt, die Tarifstruktur vertieft zu erklären, auf Wunsch Daten nachzuliefern und bei Bedarf Korrekturen anzubringen. Davon hat das BAG bisher keinen Gebrauch gemacht.

### **Rosinenpicken aus den neuen, totalrevidierten Tarifstrukturen zur selektiven Anpassung der alten Tarifstrukturen ist nicht möglich**

H+, FMH und MTK sowie sämtliche Tarifpartner der Physiotherapie hatten sich entschlossen, TARMED respektive den Tarif für Physiotherapie vollständig zu revidieren. Dies im Bewusstsein, dass die grundlegenden Probleme beider Tarifstrukturen nicht durch Partialrevisionen behoben werden können, wie sie der Bundesrat nun vorschlägt. Der Entwurf hat nun einzelne Vorschläge aus diesen totalrevidierten Tarifstrukturen herausgebrochen und in die alten Tarifstrukturen eingesetzt. Dies geschah ohne im Einzelfall zu prüfen und zu beweisen, dass dies möglich ist und nicht ein zusätzlicher unerlässlicher Teil des totalrevidierten Tarifs dadurch verloren geht. Genau solche Fehler sind im vorliegenden Entwurf nun aber passiert. Das Rosinenpicken aus den neuen in die alten Tarifstrukturen ist auf Grund der Komplexität beider Tarifstrukturen nicht möglich.

### Nur punktuelle Kritik möglich

Auf Grund der umfassenden Unsachgerechtigkeit des Entwurfes und auf Grund fehlender betriebswirtschaftlicher Bemessung ist es H+ nicht möglich, zu den Vorschlägen des Bundesrates vollumfänglich Stellung zu nehmen. Die Kritik bleibt deshalb unzureichend und beispielhaft. Die vollständige Kritik liegt in den viereinhalb Jahren Revisionsarbeit durch 200 Expertinnen und Experten. Die umfassenden Verbesserungsvorschläge finden sich in den beiden totalrevidierten Tarifstrukturen. Um auf die Arbeiten des BAG dennoch möglichst fundiert einzugehen, H+ seine Antwort wie folgt gliedert:

- Argumentarium 1 zeigt die Realität in den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen auf, mit Daten und Beispielen, die uns unsere Mitglieder zur Verfügung gestellt haben.
- In Argumentarium 2 nimmt H+ Stellung zum Entwurf des Bundesrates.
- Argumentarium 3 zeigt die rechtlichen, politischen und tarifpartnerschaftlichen Probleme des Entwurfes auf.
- In den Lösungsvorschlägen legt H+ mit obigen Vorbehalten einige Verbesserungsvorschläge vor.

Zusätzlich legen wir folgende Dokumente bei:

- Schlussbericht V1.0 extern, Fachteam (FT) „Notfall Spital“ vom 11.3.2016;
- Mengenzunahme von Leistungen in Abwesenheit (Tarifpool H+).

Ausserdem beziehen wir uns auf die Eingaben und sämtliche Unterlagen vom 15. August 2016 und 3. November 2016, die dem Bundesrat und dem BAG vorliegen. Wir fordern das BAG eindringlich auf, diese zu konsultieren und bei den Tarifpartnern in Vernehmlassung zu geben.

Wir bitten Sie höflich, unsere Anliegen aufzunehmen, und stehen Ihnen für Rückfragen weiterhin zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller  
Direktor



DI SPITALS DEI SVIZZER  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## Argumentarium 1: Realitäten der Medizin

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

- Fragen beantworten von Patientinnen und Patienten, die durch Vorinformationen, zum Beispiel aus dem Internet, verunsichert sind;
- komplexe Krankheiten und Behandlungsbilder verlangen mehr Vorabklärungen und aufwändige Recherchen;
- komplexe Krankheiten und Behandlungsbilder benötigen den Einbezug interdisziplinärer Fachteams, die nicht immer zusammen vor Ort sind;
- Fremddaten anfordern und konsultieren;
- Interdisziplinär zusammenarbeiten, vor allem in Boards, z. B. Tumorboards;
- Bildkonsilien oder Zweitbeurteilung durchführen;
- Präoperative Simulation der Operation im Einzelfall;
- Von den politischen Behörden geforderte Qualitätsstandards einhalten und dokumentieren, besonders in der Radiologie, Pathologie;
- Vor- und nachbehandelnde Stellen und Behörden in Diagnose und Therapie einbeziehen;
- Leistungen erfassen, Leistungen kontrollieren und die Leistungserfassung schulen im Sinne der korrekten Verrechnung;
- Steigende Anzahl von Versichererfragen beantworten.

Um genauer zu erklären, wie die Behandlung der Patientinnen und Patienten im Spitalalltag aussieht, haben uns unsere Mitglieder Beispiele zur Verfügung gestellt, die wir nachfolgend wiedergeben. Die Liste ist exemplarisch und nicht abschliessend. Sie beinhaltet zudem keine Priorisierung. Bei allen exemplarisch und nicht abschliessend genannten Gruppen hat der Entwurf verheerende medizinische Folgen und muss deshalb mindestens als unsachgerecht bezeichnet werden. Hätte sich das BAG auf die beiden sachgerechten und betriebswirtschaftlich bemessenen Tarifstrukturen gestützt, die H+ vorgelegt hat, wäre dies nicht der Fall.

### 1. Kinder

Die nachfolgenden Beispiele haben die unabhängigen Kinderspitäler zur Verfügung gestellt, aber sie können auf alle Leistungserbringer von Kindermedizin übertragen werden. Die Kindermedizin ist von einem Abbau der ambulanten Vergütung überdurchschnittlich betroffen. Ihr steht auch nicht die Kompensationsmöglichkeit 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 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, dann 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 und die Kommunikation bei Kindern doch sehr viel eingeschränkter 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 aber stets höhere Kosten als Patientenkonsultationen, die eine Praxis tagsüber planbar 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 Spezialmedizin in der freien Praxis anzubieten. Die Konzentration der Kinder- und Jugendmedizin ist auch 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.

Der Markt spezialisierter Kinderärzte ist in der Schweiz äusserst dünn. Die Rekrutierung von Fachärzten muss daher vielfach im angrenzenden Ausland stattfinden. Die Berufungsverfahren der letzten Jahre an den Universitätsspitalern zeigen, 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. Die meisten Kinderärztinnen haben zu Hause eine Familie, für die sie auch Zeit haben möchten. Wenn diese Ärztinnen in den Praxen arbeiten, dann verstärkt sich die Verschiebung in die Spitäler und Kliniken (siehe oben).

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 deutlich länger. Dies gilt beispielhaft für die moderne Bildgebung: die Belegung des MRT dauert in der Regel mindestens 60 Minuten. Computertomographie- und Magnetresonanzuntersuchung bei Kindern decken daher wegen falscher tariflicher Abbildung die Kosten schon heute nicht. Mit den vorgeschlagenen Limitationen potenziert sich dieser Effekt. 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 Vergütungen notwendig, um die Geräte amortisieren zu können.

### 1.1 Entwicklung der Kindernotfälle: Stetige Zunahme um 20% in 4 Jahren.

Zahlen von drei Kinderkliniken:

	2013	2014	2015	2016
<b>Anzahl</b>	79'889	84'740	89'762	96'254
<b>Zunahme im Vergleich zu 2013</b>		4'851	9'873	16'365
<b>Zunahme im Vergleich zu 2013 in %</b>		6%	12%	20%
<b>Zunahme im Vergleich zum Vorjahr</b>		6%	6%	7%

## 1.2 Durchschnittliche Konsultation bei Kindern dauert 31 Minuten

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

	Anzahl Konsultationen	Minuten Pos 00.0010 bis 00.0030	Durchschnitts- dauer in Minuten
<b>Summe</b>	<b>182'465</b>	<b>5'609'325</b>	<b>31</b>

## 1.3 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:



## 1.4 Beispiel Verlaufskontrolle

**Verlaufskontrolle** einer 12-jährige Patientin bei peripherer Fazialisparese mit Neurostatus.

Leistung	in An- wesenheit	in Ab- wesenheit
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>

## 1.5 Beispiel Jahreskontrolle Diabetes

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

	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 Blutzuckersensors	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 Blutzuckerverläufe 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, Spritzstellen am Bauch, Beinen, Vibrationssinn, Füsse)	15'-20' *	1) Programmieren der neuen Insulinverordnung in der Insulinpumpe 2) Vorbereiten neues Dauerrezept 3) Ersatz und Abgabe neuer Apparate 4) Beratung bezüglich Sondersituationen	15-20'		

	Arzt	Dauer	Spezialisierte Pflege Diabetesberatung	Dauer	Pflegfachfrau	Dauer
Konsultation Blutentnahme	Blutentnahme durch Arzt	5-15' *	Hilfe bei Blutentnahme (bei kleinen oder sehr ängstlichen Kindern)	5-15' *	Hilfe bei Blutentnahme	5-15' *
Nach Konsultation IN ABWESENHEIT DES PATIENTEN	Visieren aller Laborwerte im System Telefonische Mitteilung der Blutresultate an Eltern Überweisung an Ernährungsberatung oder weitere Spezialisten Diktat Jahresbericht Anträge oder Verlaufsberichte an Krankenkassen Bestätigungen an Lehrerschaft, Lehrmeister, Sporttrainer, Motorfahrzeugkontrolle, Militär	Variabel je nach Notwendigkeit 15-45'	Instruktion von Lehrpersonen, Betreuungspersonen in Kindertagesstätten, Heimen, etc. Telefonisch oder vor Ort	15'-45'		
Zwischen Konsultationen IN ABWESENHEIT DES PATIENTEN	Schriftliche Beratung bzw. Anpassung der Insulinverordnung aufgrund gemailter Blutzuckerdaten (Analyse - neue Verordnung-Dokumentation in KG) Verhindert zusätzliche Konsultationen und damit Absenzen in Schule (Patient) und Arbeit (Eltern)	15-20' 1-2 monatlich				

\* altersabhängig variabel, je jünger, desto aufwendiger

## 2. Psychiatrische Patientinnen und Patienten

### 2.1 Abklärungen in der Kinderpsychiatrie

Der Standard einer ADHS-Abklärung bei Kindergartenkindern ist wie folgt: Vorabklärungen erfolgen durch die Erziehungsberatung, um eine klare Ausgangslage und damit die „simpelste“ Form der Abklärung zu haben. Sie beinhaltet Testauswertungen, Telefonate mit Lehrpersonen und anderen Personen im Helfernetz sowie zusammenfassende diagnostische Überlegungen. Alleine diese Diagnostik in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten dauert durchschnittlich 295 Minuten während dreier Monaten.

Eine ADHS-Abklärung bei einem unklaren diagnostischen Bild, psychosozialen Belastungen und einer angespannten Schulsituation beinhaltet neben der oben erwähnten testdiagnostischen Abklärungsarbeit zusätzliche Abklärungen, nämlich Beobachtung vor Ort sowie schulische Unterstützung und intensivere Netzwerkarbeit. Die durchschnittliche Dauer beträgt dann 570 Minuten in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten während sechs Monaten.

## 2.2 Therapie in der Kinderpsychiatrie

Der „Standard“ einer Depressionsbehandlung bei einer oder einem depressiven 16-jährigen Jugendlichen beinhaltet nach einem Klinikaufenthalt Leistungen durch diverse Vernetzungsgespräche mit Lehrpersonen, dem künftigen Lehrbetrieb und der Klinik sowie zusammenfassenden diagnostischen Überlegungen. Die Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten dauern 170 Minuten während dreier Monate.

Eine Depressionsbehandlung bei einer komplexen Ausgangssituation, zum Beispiel ein 16-jähriger Asylsuchender mit depressiver Symptomatik und Hinweisen auf PTSD sowie wiederkehrender Suizidalität als Beispiel: Es werden Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten erbracht durch zahlreiche Telefonate mit der Asylunterkunft sowie Case Managern und Beiständen. Nach zwei Monaten Behandlungsdauer wurden 315 Minuten an Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten aufgewendet.

Eine Anorexiebehandlung bei einem 12-jährigen Patienten mit mittelgradig ausgeprägter Symptomatik und funktionalem Familiensystem beinhaltete in den ersten 18 Wochen 330 Minuten Leistungen in Abwesenheit des Patienten. Die Leistungen erfolgten durch eine enge Vernetzung mit dem somatisch behandelnden Arzt und der Schule.

Eine Anorexiebehandlung bei einer schwerkranken 14-jährigen Patientin nach einer einmonatigen stationären Behandlung dauerte 325 Minuten Leistungen in Abwesenheit der Patientin durch eine enge Vernetzung mit dem somatisch behandelnden Arzt, den Behörden und der Schule.

Der „Standard“ einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Angstbehandlung einer 12-jährigen Patientin mit monosymptomatischer Angststörung und funktionalem Familiensystem dauert 120 Minuten Leistungen in Abwesenheit der Patientin während sechs Monaten.

Eine komplexe Angstbehandlung bei einem 16-jährigen Patienten mit stark chronifizierter Symptomatik (verlässt Haus nicht mehr) sowie komorbider Depression und Zwangsstörung dauert bis zum Klinikeintritt ein Jahr und 1'385 Minuten Leistungen in Abwesenheit des Patienten.

Eine Langzeittherapie einer bei zu Behandlungsbeginn 17-jährigen Jugendlichen mit emotionaler instabiler Persönlichkeit, dysfunktionalem familiären Umfeld, diversen Platzierungen und einer Beistandschaft sowie ungeplanter Schwangerschaft mit 18 Jahren dauerte 3,5 Jahre und 2'430 Minuten Leistungen in Abwesenheit der Patientin.

Wie aus den Fallbeispielen ersichtlich, entstehen bei komplexeren Fällen insbesondere durch die Vernetzungsarbeit mit den Helfernetzen immer wieder Leistungen in Abwesenheit der Patientin oder des Patienten. Und auch eine fachgerechte, differenzierte Abklärung erfordert zahlreiche Leistungen, welche nicht direkt an der Patientin bzw. am Patienten erbracht werden.

## 2.3 Interdisziplinarität steigt und soll weiterhin steigen (OECD)

Die OECD weist in ihrem CH-Länderbericht 2014 Psychische Gesundheit und Beschäftigung auf einen Mangel hin in der Kooperation der verschiedenen, gut ausgestaffierten Teilsysteme in Bezug auf die Erhaltung des Arbeitsplatzes bzw. auf die Wiedererlangung eines solchen. Die Kritik bezieht sich nicht nur auf die Invalidenversicherung, sondern ebenso auf die einzelnen Psychiater. Obwohl arbeitstätige psychisch 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 Abwesenheit auf ein minimales Mindestmass zusammenzustricken, unter-

gräbt genau die von der OECD skizzierte Stossrichtung. Für Kontakte mit Arbeitgebern, Versicherern, Bezugspersonen von Kindern und nicht gesprächsfähigen Patienten usw. braucht es vergütete 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 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.

Psychische Erkrankungen werden heute viel umfassender behandelt und der Einbezug des Umfeldes des Patienten - insbesondere in der Kinder-, Jugend- und Alterspsychiatrie - ist essentiell für einen nachhaltigen Behandlungserfolg. Diese Abklärungen und Gespräche mit Drittpersonen und Angehörigen würden mit den vorgesehenen Limitationen massiv eingeschränkt.

## **2.4 Multimorbide Menschen mit psychischer Erkrankung**

Immer mehr Menschen haben zusammen mit den psychischen Leiden auch somatische, zum Beispiel bei Demenz 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.

Psychiatrische Fachärztinnen und -ärzte werden sehr oft für Konsilien bei multimorbiden Patienten beigezogen. Eine Abwertung dieser Leistungen könnte sich negativ auf eine gesamtheitliche Behandlung auswirken.

## **2.5 Moderne Tages- und Nachtstrukturen**

In der Psychiatrie spielen die Tages- und Nachtstrukturen eine bedeutende Rolle. Sie erlauben den Patientinnen und Patienten eine möglichst grosse Selbständigkeit und eine patientenorientierte Therapie.

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

Vorbemerkung: Die folgenden Beispiele treffen sinngemäss auch auf jüngere chronisch und multimorbid kranke Menschen zu. Sie kommen in Langzeitinstitutionen genauso wie in der Domizilbehandlung und im Ambulatorium vor.

## **3.1 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, 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 ambulante 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).

### **3.2 Längere Behandlungsdauer als bei jungen Erwachsenen**

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.

### **3.3 Sterbephase wird ärztlich ambulant begleitet**

Die meisten spitalextern zu Hause oder in Pflegeheimen betreuten Patientinnen und Patienten versterben auch dort und werden in der Sterbephase nicht noch hospitalisiert. Dies ist bezüglich Lebensqualität und Gesamtkosten sinnvoll. Es braucht aber am Lebensende eine intensive interdisziplinäre Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie 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 zeitlichen 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.

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

Die Limitation auf den Positionen 00.0143 und insbesondere 00.0144 ist für Patientinnen und Patienten zwingend 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 Pflegesituationen 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 darum aufzuheben.

Positionen 00.0020 und 00.0070: 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: Alte, multimorbide und chronisch kranke Menschen benötigen für alles mehr Zeit. Aufgrund der häufigen Einschränkungen der Sinnesorgane, des Bewegungsapparates und akzentuiert durch allfällige Kognitionsstörungen dauern Beratungen deutlich länger als bei monokausal erkrankten Menschen und müssen oft für die gleiche Problematik wiederholt erfolgen. Die Limitation auf 6-mal pro drei Monate wird dem Bedarf absolut nicht gerecht und verhindert die Abrechnung einer adäquaten medizinischen Betreuung dieser Patientinnen und Patienten zu Lasten der Krankenversicherer. Die Limitation der Position 00.510 ist darum aufzuheben.

#### **4. Notfallpatientinnen und -patienten**

Es gibt in diversen Fachgebieten Notfallsituationen in der ambulanten Leistungserbringung, 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 Situationen 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.

Der Kindernotfall wurde unter Punkt 1 besprochen.

Die Spitalnotfälle weisen sich dadurch aus, dass sie umfassende Vorhalteleistungen erbringen. Die interdisziplinäre und interprofessionelle Bereitschaft bieten nur Spitäler und Kliniken. Dieses Angebot ist im heutigen Tarif zu wenig abgedeckt, siehe Beilage Schlussbericht V1.0 extern, Fachteam (FT) „Notfall Spital“ vom 11.3.2016.

#### **5. Komplexe neurologische Patientinnen und Patienten**

Patientinnen und Patienten mit komplexen neurologischen Krankheiten, also mit multifunktionalen Einschränkungen, Sprech- oder Sprachverständnisstörungen, Aphasie, kognitiven Einschränkungen oder komplexen Erkrankungen, wie z.B. Parkinson, benötigen einen hohen Zeitaufwand.

Die Anmerkungen unter 3.4 zur Position 00.0510 gelten ausdrücklich auch für die neurologischen Patientinnen und Patienten.

#### **6. Pneumologiepatientinnen und -patienten**

Repetitive Konsultationen erfolgen 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.

#### **7. Krebspatientinnen und -patienten und solche mit Blutkrankheiten**

In der Onkologie und in der Hämatologie sind 20-Minuten-Konsultationen unrealistisch. Erstkonsultationen nehmen mindestens 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. Beispielhaft seien hier Tumorboards erwähnt, die zum medizinischen Standard gehören. Sie vereinen mehrere Professionen, mehrere medizinische Disziplinen, und dies via Videokonferenz an verschiedenen Orten. In der Regel sind die Patientinnen und Patienten nicht anwesend. Die Anwendung von Leistungen in Abwesenheit in diesen Situa-

tionen haben die Tarifpartner für die bisherige Tarifstruktur ausdrücklich vereinbart. Dies entspricht dem Stand des heutigen Wissens, wird vom Bundesrat in der Strategie Gesundheit2020 gefordert und von BAG und GDK in den verschiedenen nationalen Programmen gefördert.



DE SPITALIBUS DE SCHWEITZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI E CLINICHE SVIZZERE

## Argumentarium 2: Stellungnahme zum Entwurf

### 1. Limitationen gefährden vulnerable Gruppen

Die Einführung von Limitationen gefährdet die gute medizinische Behandlung in der Schweiz, besonders von den oben genannten vulnerablen Gruppen: Kinder, psychisch Kranke, ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten, Patientinnen und Patienten, die von Demenz oder der Chronifizierung ihrer Krankheiten wie Multiple Sklerose betroffen sind, Notfallpatienten, Patientinnen und Patienten mit neurologischen Krankheiten und damit Einschränkungen der Kommunikation, mit potentiell tödlichen Krankheiten wie Krebs sowie mit seltenen Krankheiten. Diese Liste ist exemplarisch und nicht abschliessend. Für diese vulnerablen Patientengruppen braucht es vor allem Zeit. Z.B. müssen Psychiater und Psychotherapeuten den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen in Krisensituationen während der medizinisch notwendigen Dauer professionelle Unterstützung bieten können. Durchschnittswerte für medizinische Leistungen sind aufgrund der offensichtlich grossen Varianz nicht sachgerecht. Die Eltern kranker Kinder müssen ebenfalls fachlich informiert und aufgeklärt werden. Zudem dauert eine Behandlung länger, wenn Ärztinnen und Ärzte Kindern oder nicht gesprächsfähigen Patientinnen und Patienten 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 Palliativmedizin sind die Therapiemöglichkeiten intensiv auszuloten und Optionen vertieft abzuwägen.

#### 1.1 Pädiatrie: Konsultation und Untersuchung: Zeit- statt Handlungsleistungen werden begrüsst, aber Limitationen sind 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 unsachgerecht. Dies würde dazu führen, dass die erbrachten Grundleistungen künftig zu einem grossen Teil ohne Abgeltung erbracht werden müssten. Ausserdem müssten die patientenzentrierten Behandlungspfade mit gleichzeitiger Konsultation verschiedener Spezialisten aus finanziellen Gründen fallen gelassen werden, was für Eltern bedeutet, 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 aufwändig und sorgfältig aufgebauten patientenzentrierten Versorgung. Betroffen wären vor allem Eltern mit chronisch kranken Kindern. Für diese Familien sind aber entlastende Healthcare-Settings dringend notwendig. Volkswirtschaftlich wäre dies zudem unsinnig, sind die meisten Eltern doch berufstätig.

#### 1.2 Rückschritt in der Psychiatrie

Für die Psychiatrie gibt es keine Verbesserungen durch den Entwurf, im Gegenteil: die Limitationen der Leistungen schränken die Behandlungen stark ein, namentlich therapiefördernde Kooperationen und damit die interprofessionelle Kooperation. Der Entwurf stellt das Postulat „ambulant vor stationär“ in Frage, genauso wie die Aufgabenteilung zwischen medizinischer und pflegerischer Behandlung, Stichwort Skill- und Grade-Mix. Ungeklärt bleibt seit dem Wegfall der halbstationären Aufenthalte die tarifliche Abbildung der Tages- und Nachtstrukturen, die in der Psychiatrie einen grossen und bedeutenden Platz einnehmen. Die Löhne der psychiatrischen Ärztinnen und Ärzte sowie der nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind durch den Entwurf nicht mehr gedeckt.

### 1.3 Alte 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.

### 1.4 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.

### 1.5 Limitationen verschlechtern Behandlungen, z.B.: bei Krebs

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.

An einem Endspital, also Universitäts- oder Zentrumsspital, werden Patienten oft zu Zweitmeinungen zugewiesen und sind bereits umfassend voruntersucht worden. Diese Patienten haben komplexe Krankheitsbilder und sind aus dieser Ausgangslage heraus verunsichert. Der zusätzliche Zeitaufwand zur Sichtung der Voruntersuchung, zum sinnvollen Umgang mit der Unsicherheit der Patientinnen und Patienten und die nötigen zusätzlichen Abklärungen will der Entwurf beschneiden und so medizinisch notwendige Leistungen verhindern.

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 Bezugspersonen von Kindern und nicht gesprächsfähigen Patienten, 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.

Die interdisziplinäre Besprechung eines Behandlungsfalls durch mehrere, sich gleichzeitig vor Ort befindenden Ärztinnen und Ärzten im Rahmen von Tumorboards wird nicht mehr abgebildet. Bisher war aufgrund eines Entscheides der PIK (Nr. 08014 vom 11.6.2008) vorgesehen, dass für diese Leistungen die Position 00.0140 angewendet werden kann. Ein Wegfall dieser interdisziplinären Sprechstunden bzw. Beratungen würden zu einer erheblichen Reduktion der Behandlungsqualität führen. Diese multidisziplinären Fallbesprechungen entsprechen in hohem Masse den Anforderungen den KVG Kriterien bezüglich Leistungserbringung: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien). Sie sind ausserdem eine zwingende Vorgabe für eine erfolgreiche Zertifizierung des entsprechenden Zentrums. Diese Vorgabe wurde ausschliesslich aus Qualitätsgründen gemacht. Wir empfehlen dem BAG, sich dazu bei der Schweizerischen Krebsliga zu erkunden)

## 2. Limitationen entsprechen nicht der Realität

### 2.1 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 auf 20, respektive 17,5 Minuten reduziert werden, da sonst die Aufklärungspflicht verletzt würde.

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

Das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen oder Ärzten und Patientinnen oder Patienten aufzubauen, benötigt Zeit! Dieser individuell benötigte Zeitaufwand kann nicht normativ festgelegt oder limitiert werden.

### 2.3 Limitationen gefährden kostensparende 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 am Behandlungstag und bringt wirtschaftliche Vorteile, weil die Abklärungen zur Zweckmässigkeit und Verhältnismässigkeit von Behandlungen im Einzelfall zeitnah zur Verfügung stehen. Die Positionen 00.0010ff werden stark in der Grundversorgung 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 Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheiten häufigere Besuche in Kauf nehmen, bis die Diagnosen und die Fragen der Patienten und Angehörigen geklärt und allfällige teure diagnostische Massnahmen unnötigerweise in die Wege geleitet sind.

### 2.4 Limitationen führen zu vernachlässigter Dokumentation

Die zeitliche Limitierung führt dazu, dass der Druck für den Verfasser von 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 können zu mehr Behandlungen wegen mangelnder Kommunikation führen.

### 2.5 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 TARMED auf die elektronische Rechnungsstellung umgestellt wird und damit die Versicherer erleichtert systematische elektronische Kontrollen vornehmen konnten. Eine medizinische Sachgerechtigkeit dieser Limitationen war zu keiner Zeit gegeben.

## Fazit

**Limitationen unbesehen der genauen Leistungen sind nicht sachgerecht.**

**Keine einzige Limitation ist betriebswirtschaftlich bemessen.**

**Limitationen widersprechen damit den Anforderungen des Gesetzes an Tarifstrukturen.**

### 3. Leistungen in Abwesenheit

#### 3.1 Keine unproduktive Leistungsverrechnung

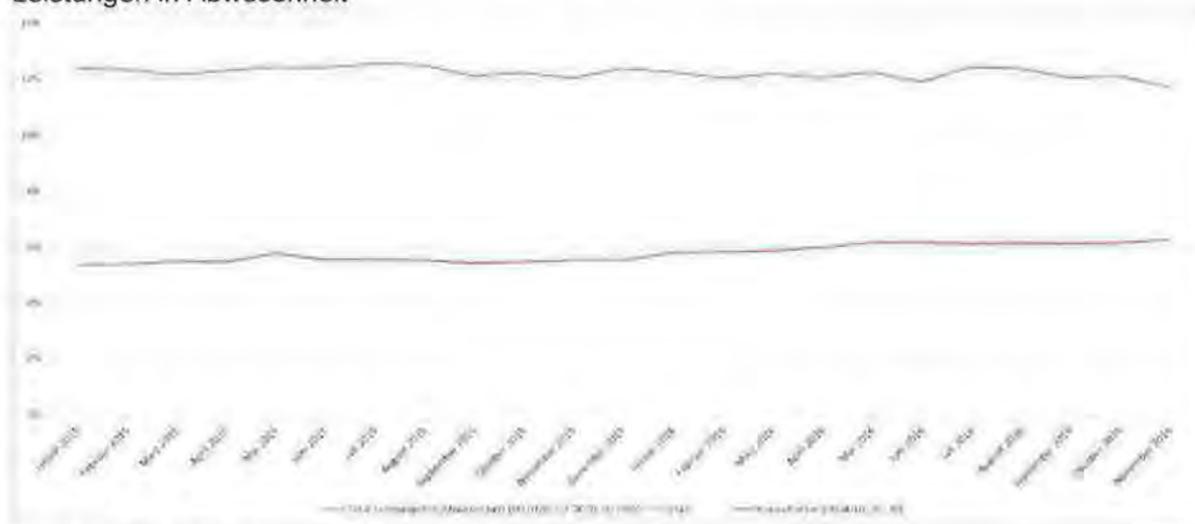
Die Annahme des bundesrätlichen Entwurfes, dass mit der Leistung in Abwesenheit nicht produktive Zeit abgerechnet würde, ist falsch. Es handelt sich bei den Leistungen in Abwesenheit um Leistungen, die einem Patienten oder einer Patientin genau zugeordnet werden können, weshalb sie ja in der Tarifstruktur überhaupt erscheinen. Würden sie fälschlicherweise vollumfänglich in den übrigen Positionen als unproduktive Zeiten erfasst, dürften sie sachgerechterweise nicht mehr als eigene Positionen erscheinen. Kommt dazu, dass der Entwurf für die neue Tarifstruktur die unproduktiven Zeiten weiter senkt.

H+ stimmt dem Entwurf insofern zu, als dass dieselbe Leistung nicht mehrmals verrechnet werden darf, zum Beispiel als separate Tarifposition und als Teil einer geminderten Produktivität. 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 und nicht sachgerechte Regeländerung eingeführt wird, wenn die Versicherer ihren Aufgaben nicht nachkommen.

#### 3.2 Keine starke Mengenzunahme

Die vier Positionen 00.0140, 02.0070, 02.0160 und 02.0260 zeigen keine starke Mengenzunahme (siehe Beilage). Das Mengenwachstum ist erklärbar. Erstens haben alle Leistungen zugenommen. Tumorboards sind in der Onkologie Standard, die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit eine medizinische Notwendigkeit und für Zertifizierungen und kantonale Zulassungen erforderlich. Beispiele für andere Patientengruppen siehe oben. 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. 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. Drittens stellen Versicherer Nachfragen, führen mehr Abklärungen durch und verlangen mehr Berichte. Sich dann darüber zu beschweren, dass die Spitäler und Kliniken dies tun und dies in der Folge sachgerecht bezahlt werden muss, ist absurd.

Leistungen in Abwesenheit



Quelle: H+ Tarifpool

### 3.3 Spezialisierte Medizin

An spezialisierten Kliniken werden Patientinnen und Patienten mit langer Vorgeschichte zugewiesen. Diese Patientinnen und Patienten wollen und müssen seriös und wertschätzend betreut werden. Dazu gehört eine eingehende Vorbereitung durch die Ärztin oder den Arzt. Das Aktenstudium ist bei multimorbiden Patienten nicht nur aufgrund des Umfangs aufwändig, sondern auch, weil Doppel- und Mehrfachbehandlungen vermieden werden müssen, weil die zuweisenden Grundversorger eine Zusammenfassung aller Vorbefunde und Untersuchungen inklusive 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 in der spezialisierten Sprechstunde 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 der Patienten innert 3 Monaten ist häufig. Studien belegen zudem, dass Patientinnen und Patienten, welche nicht durch ein Tumorboard betreut wurden, eine tiefere Lebenserwartung haben.

Die Limitation der ärztlichen Leistung in Abwesenheit würde 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 bis 120 Minuten dauert. Nur nach gründlichen Vorabklärungen können die Eltern der Patientinnen und Patienten korrekt aufgeklärt und beraten werden.

Die Koordination der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Langzeitpflege zwischen der Pflege und den medizinischen Therapien führt zu regelässiger Überschreitung der Position 00.0140. Visiten finden oft ohne Anwesenheit der Ärztinnen und Ärzte statt, wenn Pflegefachpersonen elektronische Anfragen machen können (elektronische Dokumentation). Die interdisziplinäre Behandlungsplanung muss bei dementen Menschen oftmals in Abwesenheit erarbeitet werden.

Zudem sind die Präzisierungen unklar, ob mit Dritten auch weiteres medizinisches Fachpersonal gemeint ist. Unklar ist zudem das Wort Erkundigungen. Zum Schutz der vulnerablen Gruppen, der Sachgerechtigkeit und der betriebswirtschaftlichen Bemessung dürfen die Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten nicht limitiert werden.

#### Fazit

**Limitationen für Leistungen in Abwesenheit und unbesehen der genauen Leistungen sind nicht sachgerecht. Keine Limitation für Leistungen in Abwesenheit ist betriebswirtschaftlich bemessen.**

**Limitationen in Abwesenheit widersprechen damit den Anforderungen des Gesetzes an Tarifstrukturen.**

**Die Beispiele zeigen auf, dass die Massnahme Limitationen von bestimmten Leistungen und Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten an der heute praktizierten Medizin und am Alltag der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen vorbei gehen, respektive bei einer dem Nichtzahlungsanreiz entsprechenden Umsetzung zu einem Rückschritt in der Medizin und einer massiven Verschlechterung der Medizin führen würden. Deswegen können die Limitationen auch nicht verbessert werden, da die Auswirkungen patientenabhängig sind und nicht abhängig von Tarifpositionen oder Tarifkapiteln. Die einzige mögliche Korrektur liegt in ihrer Nichtaufnahme respektive Streichung aus der Verordnung und der ambulant ärztlichen Tarifstruktur.**

#### 4. Fehlende Leistungen des nicht-ärztlichen Personals

Die von H+ eingereichte Tarifstruktur sieht Verbesserungen bei Leistungen des nicht-ärztlichen Personals vor, zum Beispiel bei der Wegentschädigung für nicht-ärztliches Personal, Krisenintervention und Testabklärungen durch Pflegepersonal, Wegfall von Limitationen. Auch diese Leistungen sind im bundesrätlichen Entwurf unberücksichtigt.

Gewisse psychiatrische Leistungen sind nicht aufgenommen, beispielsweise die unabdingbaren Tages- und Nachtstrukturen, Kriseninterventionen und Testabklärungen für Psychologen, Zuschlagspositionen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Unberücksichtigt bleibt auch ein parlamentarischer Vorstoss, der die Lücken in der psychiatrischen Grundversorgung durch intermediäre Angebote schliessen wollte.

Viele nicht-ärztliche Leistungen werden heute von spezialisiertem Personal erbracht und sind in der heutigen Tarifstruktur als ärztliche Leistungen tarifiert. Die nicht-ärztlichen Leistungen sollten neu und korrekt als solche tarifiert sein.

#### Fazit

**Der Entwurf wertet nur einseitig ab, ohne nicht-tarifierte Leistungen endlich aufzunehmen und damit sämtliche OKP-Leistungen sachlich korrekt abzubilden.**

#### 5. 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 in den Spitälern und Kliniken 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.

H+ legt die Berechnungsgrundlagen bei (Schlussbericht V1.0 extern, Fachteam (FT) „Notfall Spital“, 11.3.2016).

#### Fazit

**Die Anpassung der Notfallmedizin in Spitälern und Kliniken fehlt.**

#### 6. Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

H+ unterstützt die Harmonisierung des Dignitätsfaktors. Die bisherige Unterscheidung der ärztlichen Weiterbildungen ist kein Grund für eine Differenzierung der hinterlegten Löhne in der Systematik TARMED 1.08\_BR. Dies, weil erstens die Ausbildung für die auszubildenden Ärzte gratis ist und weil zweitens in der Weiterbildungszeit zur spezialärztlichen Tätigkeit faire und marktgerechte Löhne gezahlt werden. Diese Löhne liegen von Anfang an über dem durchschnittlichen schweizerischen Haushaltseinkommen. Eine spätere zusätzliche Lohnkompensation ist deshalb sachlich kaum gerechtfertigt.

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).

Für die Spitäler und Kliniken ist ein sachgerechter Durchschnittswert vorhanden und dem BAG mit der Eingabe der H+ Tarifstruktur transparent gemacht worden.

#### Fazit

**Die Dignitätsfaktoren sind nicht sachgerecht und nicht betriebswirtschaftlich bemessen. Sie widersprechen damit den Anforderungen des Gesetzes an Tarifstrukturen. Sie sind anzupassen. Mit der eingereichten Tarifstruktur vom 3. November 2016 liegen dem Bundesrat und dem BAG die notwendigen Daten zur Berechnung vor.**

#### 7. Aktualisierung sämtlicher Personalkosten inklusive jener der Ärzteschaft

Die Löhne in TARMED 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 substantiell anheben müssen. Dies muss in der Tarifstrukturangepassung wiedergegeben werden.

Die Normlöhne decken heute die effektiven ärztlichen und nicht-ärztlichen 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 ärztliche Durchschnittslohn ergibt sich aus allen Löhnen, also sowohl den tieferen Assistenzarztlöhnen als auch den höheren Löhnen der Kaderärztinnen und -ärzte.

#### Fazit

**Sämtliche Löhne sind dem aktuellen und effektiven Lohnniveau anzupassen. Mit der Lohndatenerhebung von H+ (Beilage der Eingabe vom 3. November 2016) liegen dem Bundesrat und dem BAG die Lohndaten des Spital- und Klinikpersonals und die notwendigen Grundlagen zur Berechnung vor. H+ unterstützt das BAG gerne bei der Überführung der alten Funktionen gemäss TARMED 1.08\_BR in die aktuellen Funktionen gemäss Lohndatenerhebung H+.**

#### 8. Anpassung der Produktivität

Die Erhöhung der Produktivität ist nicht nachvollziehbar.

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

Beispielsweise ist eine durchschnittliche ambulante Operation bei Kindern kurz, der zeitliche Aufwand für das Vorbereiten, Waschen, Anziehen, Lagern, Timeout und Instruieren am Ende der Operation verdoppelt die Präsenzzeit des Arztes im OP aber mindestens. Bei sehr kurzen Operationen ist diese Zeit gar dreimal so lang wie die tariferte Schnitt-Naht-Zeit. Die nun angepasste Produktivität von bisher 45% und 55% bestraft u.a. die Kindermedizin respektive die Kinderchirurgie.

#### Fazit

**Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Produktivitäten sind nicht sachgerecht und beruhen auch nicht auf betriebswirtschaftlichen Bemessungen. Sie widersprechen damit den Auflagen des Gesetzes an die Tarifstrukturen. Die Produktivitäten müssen neu berechnet werden. Dem Bundesrat und dem BAG liegen mit der H+ Eingabe vom 3.11.2016 neu bewertete Produktivitätsfaktoren und Daten zur Berechnung der Produktivität vor.**

#### 9. Anpassung der nicht-ärztlichen Personal- und der Gerätekosten

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. Die Leistungen des nicht-ärztlichen Personals müssen offensichtlicher in der Tarifstruktur abgebildet werden, wie dies die nationalen Programme für Palliativ Care, Demenz etc. fordern.

Die Annahme des Entwurfes, dass Gerätepreise nur sinken ist falsch. 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.

Viele Apparate haben bei der Einführung des TARMED noch gar nicht bestanden (Kombinationsgeräte zur bildgebend überwachten Bestrahlung, Da Vinci) oder waren nicht Standard (Transportisolette). Zwar haben die Kosten für Geräte mit gleicher Leistung tatsächlich abgenommen, aber durch die technische Innovation und speziell die Neuerungen in der Informatik (kostenpflichtige Updates) sind die Preise oft gestiegen. Geräte mit der vergleichbaren Technologie sind den letzten Jahren dank dem Markteintritt verschiedener Lieferanten preislich günstiger geworden. Auch die Aufgabe des Referenzkurses zum Euro hat eine Preissenkung für Produkte gebracht, die in Europa produziert werden, die aber zum Teil wieder kompensiert wurden.

Technische Apparate leisten heute mehr als bei der Erarbeitung des TARMED in den 1990er Jahren, also vor 20 bis 25 Jahren. Heute sind die Mehrheit der technischen Mess- und Bildgebungsapparate informatisiert und an Datenbanken angeschlossen (elektronische Archivierung), die ebenfalls bei der Erarbeitung des TARMED nicht oder nicht in diesem Umfang bestanden hatten. Der technologische Fortschritt führt zu einem kürzeren Lebenszyklus der Geräte. Ausserdem nimmt das Zusatzmaterial zu, das aus hygienischen Gründen oft Einwegmaterial ist. Da aber alle Grossinvestitionen in den Bereichen Radiologie, Herz- Katheter- Labor, integrierte OP und Hybrid-OP aber auch Herz-Lungen-Maschinen, Anästhesiegeräte, Ultraschallgeräte, Monitoring technologisch viel bessere medizinische Resultate zeigen und viel komplexer wurden, sind die heutigen Anlagen in der Anschaffung und im Betrieb teurer. Die Komplexität der Anlagen bedingt zudem heute zusätzliches Personal mit Spezialwissen und Zusatzausbildung.

Zudem bringt die systemtechnische Integration in die umliegenden IT Systeme neue kostenintensive Anforderungen, die im Jahr 2004 so noch nicht bestanden und nicht vorhergesehen werden konnten. Die aufwändige Auswertung der anfallenden Daten von medizinischen Befunden, Bildern und Daten verteuert die Systemlandschaft zusätzlich. Die Wartungsintensität nimmt zu, regelmässige Software- und Hardware-Updates oder Upgrades sind nötig und der Lebenszyklus nimmt ab.

Mit der für die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen obligatorischen Einführung des elektronischen Patientendossiers ePD kommt ein erneuter Informatisierungsschub.

H+ hat im Rahmen der Arbeiten mit der tripartiten Organisation 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.

#### Fazit

**Die nicht-ärztlichen Personalkosten müssen besser in die Tarifstruktur eingerechnet und betriebswirtschaftlich bemessen werden.**

**Dass die Gerätekosten nur sinken, ist nicht sachgerecht und betriebswirtschaftlich nicht bemessen. Die Gerätekosten müssen neu erfasst werden.**

#### 10. 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 ärztliche 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 der LieS nicht einfach gestrichen werden, sondern müssen, falls sie tatsächlich anfallen, durch allgemeine ärztliche Leistungen ergänzt werden können (Kapitel 00), wenn diese angefallen sind.

#### Fazit

**Die Streichungen der Minutagen der LieS sind nicht sachgerecht und nicht betriebswirtschaftlich bemessen. Sie widersprechen damit den Anforderungen des Gesetzes an Tarifstrukturen. Die Minutagen von CT und MRI sind neu zu bemessen oder die Leistungen sind gemäss H+ Vorschlag in die Tarifstruktur aufzunehmen. Die Datengrundlagen liegen mit der am 3. November 2016 gegebenen Tarifstruktur vor.**

## 11. Senkung von Minutagen bei ausgewählte Tarifpositionen

Der Entwurf sieht die Anpassung von diversen Minutagen vor. Mit der Eingabe von H+ vom 3.11.2016 liegen dem Bundesrat und dem BAG die notwendigen Berechnungen 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 und über keine detaillierten Kostendaten dazu verfügt. Zudem sollten Tarifierungen 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 Dilation, 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.

### Fazit

**Die Senkungen der Minutagen bei ausgewählten Positionen sind nicht sachgerecht und nicht betriebswirtschaftlich bemessen. Sie widersprechen damit den Anforderungen des Gesetzes an Tarifstrukturen. Die Minutagen der ausgewählten Positionen sind neu zu bemessen. Die Datengrundlagen liegen mit der am 3. November 2016 gegebenen Tarifstruktur vor.**

## 12. Umwandlung der Handlungsleistungen in Zeitleistungen

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

### Fazit

**Entweder ist auf die Umwandlung der Handlungs- in Zeitleistungen zu verzichten oder die Leistungen sind gemäss H+ Vorschlag in die Tarifstruktur aufzunehmen. Die Datengrundlagen liegen mit der am 3. November 2016 gegebenen Tarifstruktur vor.**

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

H+ schätzt, dass die Regeländerung ergebnisneutral ausfallen wird. Es stellt sich deshalb die Frage, weshalb diese Änderung stattfinden sollte, da nur unnötiger 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.

### Fazit

**Auf die Regeländerung bei Punktion und Blutentnahme durch nicht-ärztliches Personal ist zu verzichten.**

#### **14. 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 Angehörigen von Kindern und nicht gesprächsfähigen Patientinnen und Patienten. 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 langfristig 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 Notfallereignisse und Hospitalisationen vermeiden.

#### **Fazit**

**Auf die Umtarifierung ist zu verzichten.**

#### **15. 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. Hingegen findet keine Doppelverrechnung via SUK-Satz statt, da beim Modell diese Kosten nicht eingerechnet worden sind. Was der Bericht nicht schreibt ist, dass Produkte mit Ablaufdatum, zum Beispiel steriles Verbandsmaterial, nicht mehr verwendet werden können. 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.

H+ ist und war immer offen für einen anderen Verrechnungsmechanismus der Logistikkosten, da die hohen absoluten Zuschläge bei teuren Verbrauchsmaterialien oder Implantaten im Ein-

zelfall auf den ersten Blick irritierend sein können. Denkbar wäre zum Beispiel ein Modell, wie es bei der Spezialitätenliste für Medikamente angewendet wird.

#### **Fazit**

**Die Löschung des Zuschlags für Logistik ist nicht sachgerecht und nicht betriebswirtschaftlich bemessen. Sie widerspricht damit den Anforderungen des Gesetzes an Tarifstrukturen.**

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

Die Streichung widerspricht dem Koordinationsauftrag, den das Parlament dem Bundesrat in Art. 43 Abs. 7 KVG erteilt hat (analog zu Art. 56 Abs. 2 UVG). Falls die KVG-Tarifstruktur keine UVG-Leistungen mehr enthielte, müsste der Bundesrat eine zweite Tarifstruktur 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.

#### **Fazit**

**Die Positionen, die nur der Unfallversicherung zugeordnet werden können, werden nicht gestrichen und bleiben in der KVG-Tarifstruktur erhalten.**

#### **17. Physiotherapie**

##### **17.1 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 und wie sie in der Eingabe von H+ und curafutura vom 15. August 2016 transparent dargestellt werden konnte.

Grundsätzlich ist H+ 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.

Der Entwurf gefährdet die Durchführung diverser Therapien.

## **17.2 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.

## **17.3 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 wie Berichte für Zuweisende verfassen, interdisziplinäre Fallbesprechung, Rückfragen bei am Fall beteiligten Leistungserbringern, fremdanamnestiche 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.

Zur sachgerechten Tarifierung dieser für eine wirksame und zweckmässige Physiotherapie notwendigen Leistungen hat H+ dem Bundesrat und BAG in der Eingabe vom 15. August 2016 konkrete und sachgerechte Vorschläge und Bemessungen unterbreitet.

## **17.4 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 therapie relevanten Diagnosen und Indikationen oder bei Polytrauma kombiniert mit reduziertem Allgemeinzustand, mit hohem Alter oder mit neurologischen Einschränkungen und Behandlungen.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit und Administration sind seit 20 Jahren stark gestiegen, ohne dass diese Leistungen ausgewiesen oder abgerechnet wurden. Beides, die Notwendigkeit sowie die fehlende Abrechnung, wird selbst von den Kostenträgern nicht bestritten. Wenn der Bundesrat jetzt einerseits die Sitzungsdauer definiert, andererseits aber keine Positionen zur Abrechnung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten erlaubt, ist entspricht das in keiner Weise der Realität und bedeutet sogar noch eine signifikante Verschlechterung des Status quo.

## **17.5 Falsche Abbildung der medizinischen Trainingstherapie**

15 Minuten zur Einführung in die medizinische Trainingstherapie sind sicher nicht sachgerecht. Mindestens 30 Minuten sind zweckmässig und nötig bei Instruktion von vier Übungen zum an-

schliessenden 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 in derselben Zeit weniger als vier Übungen instruierbar. Das eigentliche überwachte Training – in der Regel erbracht als Gruppentherapie unter Aufsicht der Physiotherapeutin bzw. des Physiotherapeuten als zentraler Bestandteil dieser Therapieform auf dem gesicherten Weg zur eigenverantwortlichen und selbständigen (nicht OKP pflichteigen) Weiterführung des Trainings zur Sekundärprävention fehlt im Entwurf gänzlich. Damit ist die explizite Leistungspflicht der medizinischen Trainingstherapie aus der KLV tariflich nicht abgebildet.

### **17.6 Fragwürdige Abbildung der Gruppentherapie**

Eine Gruppentherapie dauert in der Realität 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. H+ hat zwei Positionen für unterschiedlich grosse Gruppen und Zuschlagspositionen vorgeschlagen, welche die Gruppentherapie sachgerecht und nahe an der wirksamen und zweckmässigen Erbringung abbilden.

### **Fazit**

**Der bundesrätliche Entwurf ist zurückzuziehen und der von H+ und curafutura eingebrachte Tarifstruktur ist rasch bei den interessierten Kreisen zu vernehmlassen und anschliessend durch den Bundesrat je nach Rechtslage zu genehmigen oder festzusetzen.**



H+ HOSPITALS OF LAUSANNE  
LES HÔPITAUX DE L'UNIVERSITÉ  
DE LAUSANNE

## Argumentarium 3: Rechtliche, politische und tarifpartnerschaftliche Aspekte

### 1. Rechtliche Aspekte

#### 1.1 Rechtslage bei ambulanten medizinischen Leistungen der Spitäler und Kliniken

Die Kündigung sämtlicher Tarifverträge für ambulante medizinische Leistungen zwischen H+ und santésuisse durch H+ hat dazu geführt, dass nach der Verlängerung durch die Tarifpartner und deren bundesrätlichen Genehmigung ab dem 1. Januar 2018 für die Spitäler und Kliniken keine Tarifstruktur mehr besteht. Dies in Analogie zur Feststellung des Bundesverwaltungsgerichtes im Falle von physiosuisse, dass „mit der Vertragskündigung und den Wegfall des Nationalen Tarifvertrages per 30. Juni 2011 keine nationale Tarifstruktur für in freier Praxis erbrachte Physiotherapieleistungen mehr besteht“ (C-2461/2013, C-2468/2013, E. 5.5.4 erster Satz, Seite 27; Unterstreichung durch H+). Das BVGer machte damit explizit einen Unterschied zu den Spitälern und Kliniken. H+ hatte damals nämlich seinen Tarifvertrag für ambulante physiotherapeutische Leistungen mit santésuisse nicht gekündigt und hat dies bis heute nicht getan. Rechtsfolge für die ambulanten medizinischen Leistungen der Spitäler und Kliniken ist, dass der Bundesrat gestützt auf Art. 43 Abs. 5 zweiter Satz KVG eine Tarifstruktur festsetzen kann und muss sowie dass der Bundesrat sich nicht mehr auf die bestehende Tarifstruktur stützen muss, im Gegensatz zu Art. 43 Abs. 5<sup>bis</sup> KVG. Das war übrigens eines der Ziele der Kündigung. H+ bedauert es deshalb, dass der Bundesrat die Chance zu einem Neuanfang nicht nutzt. Mit der Einreichung am 3. November 2016 hat H+ dem Bundesrat zudem die Möglichkeit gegeben, in kurzer Zeit und mit wenig Aufwand eine aktualisierte Tarifstruktur in die Vernehmlassung zugeben und danach festzusetzen. Dass er dies im nun vernehmlasssten Entwurf nicht gemacht hat, ist für H+ nicht nachvollziehbar.

#### 1.2 Rechtslage bei physiotherapeutischen Leistungen der Spitäler und Kliniken

Umgekehrt verhält es sich bei den ambulanten physiotherapeutischen Leistungen, deren Tarifvertrag physiosuisse „für in freier Praxis erbrachten Physiotherapieleistungen“ (BVGer siehe oben) gekündigt hat. H+ ist mit santésuisse noch immer Vertragspartei. Parallel dazu hat H+ zusammen mit curafutura eine überarbeitete Tarifstruktur zur Genehmigung eingereicht. Eine Antwort des Bundesrates auf diese Eingabe steht immer noch aus. Dass der Bundesrat sich seit dem 15. August 2016 nicht zum Genehmigungsgesuch geäußert hat, empfindet H+ als Affront den Tarifpartnern gegenüber.

Wir fordern das Bundesamt und das Departement des Inneren auf, die von H+ und curafutura eingereichte Tarifstruktur für ambulante physiotherapeutische Leistungen umgehend dem Bundesrat zur Genehmigung vorzulegen und, falls notwendig, weitere notwendige rechtliche Schritte einzuleiten. Anderenfalls bitten wir, ein rechtlich anfechtbares Nichteintreten zu verfügen.

#### 1.3 Sachgerechtigkeit und betriebswirtschaftliche Bemessungen sind auch für den Bundesrat obligatorisch

In einem erstinstanzlichen und zum Zeitpunkt dieses Vernehmlassungsende nicht rechtskräftigen Urteil des Schiedsgericht nach KVG des Kanton Luzern (SG 15 2, 2017 III Nr. 1) wurde entschieden, dass der Eingriff in den TARMED über die Verordnung von 2014 nicht den Anforderungen des KVG, namentlich Art. 43 Abs. 4 und Art. Abs. 4, entspricht. Zum selben Schluss

hätte schon der Bundesrat und das BAG kommen können, da sie im Kommentar des Entwurfes (Seite 6) explizit auf ein Urteil des BVGE C-4308/2007 Bezug nehmen.

Sachgerechtigkeit bedeutet für H+, dass die Leistungsrealitäten, in casu die medizinische und die physiotherapeutische, in der Tarifstruktur abgebildet sind. Dies ist im vorliegenden Entwurf in wesentlichen Punkten nicht der Fall, genannt seien hier exemplarisch nur die Limitationen (siehe Argumentarium 1 und 2 oben).

Betriebswirtschaftliche Bemessung heisst für H+, dass erhobene Daten verwendet werden und, wo diese nicht zu erheben sind oder die Erhebung unverhältnismässig aufwändig wäre, normativ, transparent und nachvollziehbar festgelegt werden. Daten können Leistungs- und Kostendaten sein. Leistungsdaten sind zum Beispiel die von den Spitälern und Kliniken erhobenen Schnitt-Naht-Zeiten. Kostendaten sind die Betriebsrechnungen der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen aber auch zusätzliche Erhebungen wie Lohndatenerhebungen.

Bundesrat und BAG haben mit dem Vernehmlassungsentwurf keine Berechnungen vorgelegt. Stattdessen haben sie wie folgt ihre Eingriffe begründet:

- „Die Hinweise zur Senkung der Minutagen bei diesen Leistungen stammen mehrheitlich von Versichererseite, welche ihre Schätzungen mit ihren Vertrauensärzten sowie teilweise mit Werten aus dem Einheitlichen Bewertungsmassstab in Deutschland plausibilisiert haben“;
- „Auch die Kostensätze dieser Sparten werden daher im Sinne eines Intransparenzabzuges um 10% gekürzt“;
- „Die heute hinterlegten Limitationen bei diesen Tarifpositionen werden halbiert, um der oben erwähnten starken Mengenzunahme entgegen zu wirken“;
- „Damit diese Änderung nicht zu einer Kostenerhöhung führt, wurde der Dignitätsfaktor so gewählt, dass statisch gesehen eine Reduktion des Taxpunktvolumens von ca. 60 Mio. Taxpunkten (im Vergleich zur heute gültigen Tarifstruktur Version 1.08\_BR) – im Sinne einer Sicherheitsmarge – resultiert“

Zitate aus dem Kommentar vom 22. März 2017, Seiten 10, 11, 12 und 17, Unterstreichungen durch H+.

Die unterstrichenen Passagen zeigen, dass es sich nicht um Berechnungen, sondern um „Schätzung“, „Abzüge“ und „Margen“ handelt und dass diese rein politisch motiviert und Ausdruck eines nicht weiter belegten aber offensichtlich durch die Versicherer eingebrachten Misstrauens gegenüber allen Leistungserbringern sind: „mehrheitlich von Versichererseite“, „Intransparenz“, „Mengenausweitung entgegen zu wirken“, „Sicherheitsmarge“.

Im Lichte des besagten Urteils wäre eine Tarifstruktur auf solchen Grundlagen widerrechtlich und im Einzelfall nicht anwendbar.

Folge wäre eine hohe Rechtsunsicherheit, bis es zu einem höchstrichterlichen Urteil kommt. Sollten die Spitäler, Kliniken Pflegeinstitutionen im Nachhinein die Verluste einklagen, wären Rückvergütungen fällig von mehreren hundert Millionen Franken, gefolgt von einer Prämienerrhöhung mit mehreren Prämienprozenten.

Exkurs: Die im Kommentar auf Seite 11 genannten Plausibilisierungen mit deutschen Daten sind besonders stossend, da die deutsche Bevölkerung viel mehr Arztkontakte pro Jahr hat als dies in der Schweiz der Fall ist. Bestenfalls sind also die einzelnen deutschen Arztbesuche billiger, dafür finden sie viel häufiger statt, nach Wissen von H+ ca. drei- bis viermal mehr, was alles in allem zu viel höheren Gesamtkosten führen dürfte. Auch solche Vergleiche sind nicht sachgerecht.

#### **1.4 Alle zugelassenen Leistungen sind voll vergütungspflichtig, keine Leistungssteuerung über die Tarife**

Widerrechtlich ist ausserdem, dass der Entwurf medizinisch notwendige und von Ärztinnen und Ärzten angeordnete Leistungen, die damit unter die Zahlungspflicht des KVG fallen, nicht oder nicht vollständig vergüten will. Die KVG-Pflichtleistungen müssen vergütet werden. Die Leistun-

gen des KVG richten sich laut Art. 24 nach Art. 25 bis 34 KVG. Das Departement kann nach Anhörung der Eidgenössischen Kommission Leistungen und Leistungsumfang einschränken, was vielfach gemacht wird (siehe Anhang 1 KLV). Eine Leistungssteuerung über Tarife ist hingegen nirgendwo im KVG vorgesehen. Sie muss als nicht sachgerecht eingestuft werden. Entweder ist eine Leistung zugelassen und dann muss sie durch einen Tarif vergütet werden, oder sie ist es nicht.

Der Entwurf setzt Anreize zur Rationierung. Eine tarifliche Leistungssteuerung hätte negative Auswirkungen auf die in Argumentarium 1 (Realitäten in den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen) dargestellten notwendigen und bisher erbrachten und bis dato nicht in Frage gestellten Leistungen.

### **1.5 Unausgewogene Vorlage**

Es ist zwingend notwendig, dass neben den Kürzungen gewisser Positionen andere Leistungen sachgerecht und betriebswirtschaftlich bemessen aufgewertet werden. Viele der heute durchgeführten Interventionen können nicht nach TARMED abgerechnet werden, da es dafür keine Positionen gibt. Beispielsweise in der Kardiologie wurden in den letzten Jahren grosse medizinische Fortschritte gemacht. Der Bundesrat hätte auch Positionen von nichttarifierten Leistungen in die Verordnung aufnehmen müssen. H+ hat in den Argumentarien 1 und 2 diverse solche Leistungen benannt. Die Stellungnahme des Bundesrates zu Händen des Parlaments in Bezug auf die Einführung des Abs. 5<sup>bis</sup> des Art. 43 KVG hat auch mögliche Erhöhungen beinhaltet.

### **1.6 Falsche Annahmen über die Ausgangslage und 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 Mengenausweitung der ambulanten Behandlungen liegen aber in der demographischen Entwicklung, im medizinischen Fortschritt und im Verhalten der Kranken. Seit Jahren fordern Politikerinnen und Politiker, dass Behandlungen 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.

### **1.7 Revision des Tarifrechts an die Hand nehmen**

Eine der oben genannten Rechtsunsicherheiten betrifft die Einteilung des TARMED. In der Tarifstruktur TARMED sind Zeitkomponenten (z.B. Tarifpositionen à fünf Minuten, also ein Zeittarif für unbestimmte medizinische Leistungen), ganze Leistungsgruppen, Handlungen oder die Inkonvenienzpauschale (Pauschaltarif) und Infrastrukturabgeltungen (Operationssaal als Sachtarif) vereinigt. Es handelt sich deshalb eindeutig um einen Mischtarif und nicht um einen reinen Einzelleistungstarif gemäss Art. 43 Abs. 2 Bst. b KVG. Nur auf den Wortlaut dieser Gesetzesregelung, also Leistung – Taxpunkt – Taxpunktwert, abzustellen, ist nicht hilfreich, da sie in der gleichen Logik aber 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 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 wird 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. 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. H+ veröffentlicht in Kürze zum Tarifrecht des KVG eine Fachpublikation, in der H+ auch Lösungsvorschläge präsentiert.

## **2. Politische Aspekte**

### **2.1 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 Abbildung 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 des 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 Care 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.

### **2.2 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.

Nicht zuletzt fordern auch EFK und FinDel diese Totalrevision, kombiniert mit der Aufforderung an den Bundesrat (!), endlich zu handeln (EFK 2010).

### **2.3 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.

### **2.4 Ausbildungsstätten**

Die Spitäler und Kliniken, in besonderem Masse die Universitätsspitäler, 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.

## **3. Partnerschaftliche Aspekte**

### **Vorschlag schwächt Tarifpartnerschaft**

H+ wollte mit seiner Kündigung der TARMED-Verträge auch die Tarifpartnerschaft neu beleben, eine Tarifpartnerschaft, wie sie das Gesetz vorsieht. Dies ist H+ nicht gelungen und wird durch den Entwurf noch zusätzlich untergraben.

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 haben. 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.

In dieser Situation prüft auch H+ alle Optionen. Eine dauernde Anwendung der subsidiären Kompetenz muss nicht zum Schaden der Spitäler und Kliniken sein. In einigen Jahren wird der Bundesrat eine totalrevidierte Tarifstruktur festsetzen müssen, wenn die Tarifpartnerschaft blockiert bleibt. Die dazu notwendigen Daten gehören den Spitälern, Kliniken und Pflegeinstitutionen.



DES SPITALER DER LUZERN  
DES HÔPITALS DE LUZÈRE  
DEI OSPEDALI SVIZZERI

## Lösungsvorschläge

H+ fordert den Bundesrat auf, die jetzige Vernehmlassung bis zur Rechtskräftigkeit des Luzerner Urteils (SG 15 2, 2017 III Nr. 1) oder bis zu einem höchstgerichtlichen Urteil zu sistieren und derweil die beiden von H+ eingereichten Tarifstrukturen für ambulante Physiotherapie vom 15. August 2016 und für ambulante medizinische Leistungen vom 3. November 2016 zu vernehmlassen. Die Tarifpartner haben sich bisher nicht detailliert zu den Inhalten geäußert.

Sollte der Bundesrat entgegen der von H+ vertretenen Meinung an seinem Entwurf festhalten, dann macht H+ die nachfolgenden Verbesserungsvorschläge. Sämtliche Begründung dafür sind in den Argumentarien 1 bis 3 genannt. Sie beruhen weitestgehend darauf, dass die vom Bundesrat gemachten Vorschläge weder sachgerecht noch betriebswirtschaftlich bemessen sind und damit den Anforderungen des Art. 43 Abs. 4 und Art. 46 Abs. 4 KVG widersprechen. Dies im Gegensatz zu den von H+ eingereichten Tarifstrukturen, die sowohl sachgerecht und wenn immer möglich betriebswirtschaftlich bemessen sind. Die entsprechenden Berechnungen sind in diesen Tarifstrukturen zu finden.

Im Falle der Physiotherapie ist die Tarifstruktur – dem BAG bekanntermassen – partnerschaftlich von allen Betroffenen (!) erarbeitet worden.

## H+ Verbesserungsvorschläge zu TARMED

### 1. Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen und Anpassung der Ärztelöhne

Um die betriebswirtschaftliche Bemessung zu sichern, werden der Dignitätsfaktor für alle ärztlichen Leistungen auf 1 gestellt und das Referenzeinkommen der Ärzteschaft gemäss Eingabe H+ vom 3. November 2016 angepasst.

### 2. 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 Produktivitätsfaktoren müssen neu betriebswirtschaftlich bemessen werden.

### 3. 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.

### 4. Streichung der Minutagen für die Leistung im engeren Sinn und Vereinheitlichung der Minutagen für die Berichtserstellung bei den Tarifpositionen für CT- und MRI-Untersuchungen

In Kapitel 39 wird LB-53 aufgehoben und damit der Zugang zu den Grundleistungen ermöglicht.

Sämtliche Sachleistungen der Spitäler und Kliniken sind in den technischen Leistungen (TL) aufzunehmen, dazu gehören vor allem erstens die Auflagen des BAG, die durch die Revision der zehn Strahlenschutzverordnungen letzthin noch einmal gestiegen sind, und zweitens die Ausgaben für Informatik, die mit dem ePD ebenfalls steigen werden.

## **5. 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.

## **6. Umwandlung der Handlungsleistungen in Zeitleistungen**

Die Umwandlung wird im Grundsatz begrüsst, da dadurch die Anwendung der Tarifstruktur vereinfacht wird und ungerechtfertigte Doppelverrechnungen vermieden werden. Auf Limitationen ist jedoch gänzlich zu verzichten.

## **7. Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte**

Auf die Limitationen wird verzichtet.

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

Auf die Limitationen wird verzichtet.

## **9. 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, um die Vollkosten der Leistungen der Spitäler und Kliniken zu decken. Zur Berechnung siehe im Anhang Schlussbericht V1.0 extern, Fachteam (FT) „Notfall Spital“ vom 11.3.2016.

## **10. Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nicht-ärztliches Personal**

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

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

Auf die Verschärfung der Interpretation wird verzichtet.

## **12. Zuschlag auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten auf 15% anheben**

Um die internen Spital- und Klinikaufwände im Tarif aufzunehmen, wird der Zuschlag auf Material von 10% auf 15% angehoben. Aber auf maximal CHF 400.- pro Einzelstück limitiert.

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

Alle Tarifpositionen für die Unfallversicherung werden in der Tarifstruktur der Krankenversicherung beibehalten, da der Bundesrat gemäss Gesetz eine Koordinationsfunktion innehat (Art. 43 Abs. 7 KVG).

## **14. 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 der Personalaufwand in den Kinderspitälern und Kinderkliniken 20% höher liegt (Genewein und Hänsenberger, SÄZ, 2016; 97:45) und die Kindermedizin zu rund 35% unterfinanziert ist. Mit zwei neuen Positionen als 35%-Zuschlag sind die Kosten der Leistungen für diese vulnerable Gruppe korrekt abgebildet.

## **15. Korrekte Abbildung der nichtärztlichen Leistungen**

Position 00.1430 und folgende (Leistungen des nicht-ärztlichen Personals) werden neu betriebswirtschaftlich bemessen. 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.

## **H+ Verbesserungsvorschläge zur Tarifstruktur für Physiotherapie**

### **1. Streichen der zeitlichen Vorgaben bei allen Leistungspositionen**

Da die Festlegung der zeitlichen Vorgaben nicht mit einer betriebswirtschaftlich bemessenen Bewertung der Tarifpositionen einhergeht, müssen die zeitlichen Vorgaben bei den Positionen 7301, 7311, 7313, 7340 und 7351 gestrichen werden.

### **2. Aufnahmen von Leistungen in Abwesenheit in die Tarifstruktur**

Die zugrunde gelegte Produktivität der bisherigen Tarifstruktur berücksichtigt die seit der Einführung der bisherigen Tarifstruktur veränderte Leistungserbringung vor allem in Verbund mit anderen Leistungserbringern nicht. Die dadurch nötigen Leistungen in Abwesenheit sind keinesfalls in den Tarifpositionen berücksichtigt.

### **3. Aufnahme von weiteren fehlenden Leistungen**

Die Entwicklung der physiotherapeutischen Leistungen geht wie jene der medizinischen Leistungen weiter. Neue Leistungen sind in der vorgeschlagenen Tarifstruktur nicht vorgesehen. Sie müssen zwingend berücksichtigt werden.

Es sind dies:

- 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.

**Fachteam (FT) „Notfall Spital“**

FT Mitglieder:                    Beat **Lehmann**, SGNOR  
   Robert **Sieber**, SGNOR  
   Eva Maria **Genewein**, SGNOR  
   Markus **Schwendinger**, SGNOR  
   Christoph **Schöni**, H+ (Projektleiter, Leitung FT und Protokoll)

**1. Ausgangslage**

Im TARMED 1.08 sind die Vorhalteleistungen für den Betrieb eines Spitalnotfalls (nachfolgend Vorhalteleistungen) nicht abgebildet. Es besteht nur die Tarifposition 35.0610, Eintrittspauschale in die anerkannte Notfallaufnahme. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen nur um die Abbildung der administrativen Patientenaufnahme und nicht um die Abbildung der Vorhalteleistungen. Die Tarifposition wird im Rahmen der Transcodierung und somit in der Normierung berücksichtigt (neue Tarifposition: AM.0003).

Die Finanzierung der Vorhalteleistungen war lange Zeit unklar und kantonale unterschiedlich. Die Versicherer haben sich auf den Standpunkt gestellt, dass die Vorhalteleistungen durch den Kanton zu finanzieren sind.

Klarheit hat nun das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) in aktuellen Urteilen geschaffen. Einerseits hat es im Urteil C-2283/2013, C-3617/2013 festgehalten, dass Vorhalteleistungen Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) darstellen und somit in die Tarife einzuberechnen sind. (Erwägung 21)

Im Urteil C-2380/2012 hat das BVGer zudem festgehalten, dass Unterschiede in der Leistungserbringung bzw. die unterschiedlichen Kosten in der Tarifstruktur zu berücksichtigen sind. (Erwägungen 7.3 und 7.4)

Aus Sicht der tripartiten Projektorganisation ist somit klar, dass die Vorhalteleistungen in der Tarifstruktur zu berücksichtigen sind. Dies auch darum, weil für die Notfallleistungen in der freien Arztpraxis bereits im TARMED 1.08 Zuschläge vorhanden sind (vgl. Kapitel 00.08, Dringlichkeitszuschläge und Notfallzuschläge), die jedoch vom Spitalnotfall nicht angewendet werden können und die auch nicht für Abbildung der Vorhalteleistungen im Spitalnotfall kalkuliert wurden.

**2. Ziele der Revision**

Gestützt auf die Ausgangslage wurden folgende Ziele definiert und verfolgt:

- I. Die Vorhalteleistungen für den Betrieb eines Spitalnotfalls sind gemäss den Tarifierungsgrundsätzen tarifarisch abgebildet, beschrieben und bewertet. Die davon betroffene medizinische Fachgesellschaft (SGNOR) ist einbezogen.
- II. Die Realität und die Prozesse der Erbringung dieser Leistungen sind in den entsprechenden Sparten tarifarisch sachgerecht abgebildet.
- III. Die tarifarische Abbildung ermöglicht die Verwendung der bei den Leistungserbringern vorhandenen Daten zur Kalkulation der Tarifpositionen.
- IV. Die tarifarische Abbildung ermöglicht eine künftige datenbasierte und vereinfachte Tarifpflege.
- V. Die neue Struktur ist überprüft und validiert (Kapitel, Tarifpositionen und Sparten) immer unter Berücksichtigung der Tarifierungsgrundsätze.

### 3. Tarifierungsgrundsätze

Die Technische Kommission hat Tarifierungsgrundsätze definiert, die sicherstellen sollen, dass in allen Kapiteln dieselben Grundsätze berücksichtigt werden. Die wichtigsten Tarifierungsgrundsätze für die Revisionsarbeiten im FT Notfall Spital sind:

- Vereinfachung und Sachgerechtigkeit der Nomenklatur.
- Keine Abrechnungsregeln, ausser sie sind medizinisch notwendig und begründbar.
- Keine Limitierungen, ausser sie sind medizinisch notwendig und begründbar.
- Nur so weit detailliert Leistungen abbilden, als es für die Sachgerechtigkeit erforderlich ist.

### 4. Wichtigste Änderungen zu TARMED V 1.08:

Die wichtigsten Änderungen gegenüber TARMED V 1.08 sind:

- Die Vorhalteleistung werden mittels Zuschlagsposition (%-Zuschlag) auf den engeren Leistungen der Notfallstation im Spital abgebildet (vgl. Beilage).
- Die ärztliche Leistung, sofern es sich nicht um eine spezifisch tarifierte Leistung (z.B. Wundversorgung, Bildgebung, EKG, etc.) handelt, wird mittels separater Tarifposition ohne TL abgebildet.
- Die nichtärztlichen Leistungen, sofern nicht in der TL einer spezifisch tarifierten Leistung bereits enthalten, werden mittels den Tarifpositionen im Kapitel AM abgebildet.
- Es bestehen klare und eng gefasste Regeln, wann die Zuschlagsposition (%-Zuschlag) erfasst werden darf.
- Für die Anwendung der Zuschlagsposition (%-Zuschlag) werden klar definierte Kriterien (s. Kapitelinterpretation „Definition Notfallstation im Spital“) vorgegeben.

### 5. Vorteile der neuen Tarifierung

- Der aktuellen Rechtsprechung wird Rechnung getragen.
- Die Abbildung der Vorhalteleistungen beseitigt einen grossen Mangel der aktuellen Tarifstruktur. Der Mangel bestraft diejenigen Leistungserbringer, die eine Notfallstation im Spital während 24h und 365d betreiben.
- Die Abbildung der Vorhalteleistungen wurde so einfach wie möglich ausgestaltet.
- Die Abbildung der Vorhalteleistungen ermöglicht eine Kontrolle der Versicherer und eine Überprüfung der Zuschlagshöhe.

### 6. Merkmale der neuen Tarifierung

s. Kapitel 4 und Beilage.

### 7. Taxpunkte, Kalkulationsergebnisse und Normierung

Die Aktualisierung der Berechnungsmodelle (AL, INFRA und KOREG) unterliegt dem FT Kostenmodelle. Das FT Notfall Spital hat keinen Einfluss auf diese Kalkulationen.

Im FT Notfall Spital wurde die Höhe der Zuschlagsleistung (%-Zuschlag) kalkuliert. Hierzu konnten Daten von 5 Spitälern erhoben und ausgewertet werden.

Folgende Spitäler haben vollständige Daten geliefert

- Spital A
- Spital B
- Spital C
- Spital D
- Spital E

Folgende Spitäler haben Daten geliefert. Leider sind einzelne Daten nicht vorhanden, um die Spitäler in die Auswertung miteinbeziehen zu können.

- Spital F
- Spital G
- Spital H

Die Ergebnisse zusammengefasst:

Spital	Vollkosten (VK)	Auslastung (A)	Eintritte (E)	VK/E	Vorhalteleistung (V)	V/E	%-Zuschlag
A	18'333'196	47%	39'421	465	9'837'066	250	72%
C	7'616'569	46%	21'388	356	4'341'764	203	61%
E	7'896'000	65%	16'208	487	2'757'000	170	41%
D	16'231'486	57%	46'313	350	7'060'696	152	57%
B <sup>1)</sup>	7'029'882	47%	25'282	278	3'745'460	148	66%
<b>Nachfolgende Spitäler verfügen nicht über alle notwendigen Daten und der notwendige %-Zuschlag konnte nicht kalkuliert werden.</b>							
F	20'768'069	48%	35'100	592	9'865'833	281	-
G	9'500'000	-	25'531	372	-	-	-
H	19'040'000	-	36'617	520	-	-	-

<sup>1)</sup> Die durchschnittliche Wartezeit auf der Notfallstation wurde geschätzt und herausgerechnet

Bei der Abbildung der Vorhalteleistung handelt es sich um eine neue Leistung und somit darf sie nicht in die Normierung miteinbezogen werden.

Für die Einführungsversion der revidierten ambulanten Tarifstruktur wurden die möglichen Werte (Median-Spital, Median-Fall, und Fall gewichteter Durchschnitt) berechnet. Alle drei Varianten ergeben den Zuschlag von 61%, welcher für die Einführungsversion eingesetzt wird.

Spital	Fälle	Zuschlag	Nr.	Vorschlag
Spital A	39'421	72%	1	
Spital B	25'282	66%	2	
Spital C	21'388	61%	3	Median-Spital
Spital D	46'313	57%	4	
Spital E	16'208	41%	5	
Total Fälle	148'612	61%		gewichteter Durchschnitt
Median (Fall)	74'306			Median-Fall liegt beim Spital C

## **8. Offene Punkte**

Die Kalkulation der Höhe des Prozentzuschlages wurde mit einer repräsentativen Stichprobe durchgeführt. Es handelt sich jeweils um Notfallstationen, die in dieser Art in der Schweiz häufig vorkommen. Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von den effektiv erfassten Tarifpositionen und der Transcodierung für die relevanten Tarifpositionen. Aus diesem Grund erachtet das FT Notfall Spital es als zwingend, dass die Höhe des Zuschlags mit effektiven Abrechnungsdaten der revidierten ambulanten Tarifstruktur laufend überprüft und gegebenenfalls angepasst wird. Die zukünftige Organisation zur Bewirtschaftung der revidierten ambulanten Tarifstruktur muss somit unbedingt ein Monitoring führen.

Gemäss Obsan (Konsultationen in Schweizer Notfallstationen, Obsan Bulletin 3/2013) gab es 2011 1.6 Mio. Notfalleintritte auf Schweizer Notfallstationen. Mit dem Wachstum von 2007 bis 2011 von insgesamt 26% hochgerechnet, ergibt dies für 2014 ca. 1.9 Mio. Notfalleintritte. Somit deckt die Stichprobe rund 8% bzw. 13% der Notfalleintritte ab.

## **9. Dokumente**

- FT Notfall Spital-Revisionsvorschlag-V0.6

Christoph Schöni, Projektleiter H+ und Fachteamleiter

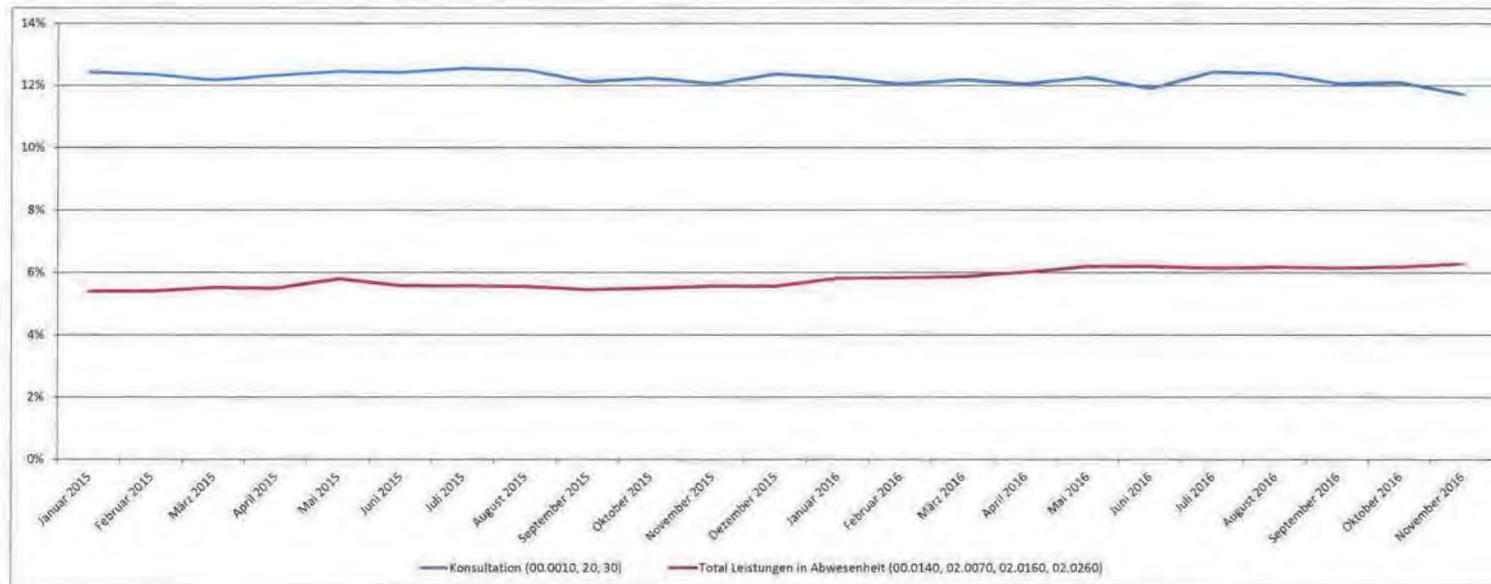
Zeilenbeschriftungen

Konsultation (00.0010, 20, 30)

Total Leistungen in Abwesenheit (00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260)

Gesamtergebnis TARMED

Januar 2015	Februar 2015	März 2015	April 2015	Mai 2015	Juni 2015	Juli 2015	August 2015	September 2015	Oktober 2015	November 2015	Dezember 2015	Januar 2016	Februar 2016	März 2016	April 2016	Mai 2016	Juni 2016	Juli 2016	August 2016	September 2016	Oktober 2016	November 2016	
12%	12%	12%	12%	12%	12%	13%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%	12%
5%	5%	6%	5%	6%	6%	6%	6%	5%	5%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%	6%
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%











EINSCHREIBEN  
Herr Direktor  
Pascal Strupler  
Bundesamt für Gesundheit / BAG  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern

AmiL	GP	<del>KOV</del>	GeG	VS	R	DM	
<del>DS</del>	Bundesamt für Gesundheit					NPP	
<del>NG</del>	21. Juni 2017					MT	
SpD						BioM	
KOM						AS/Chen	
Komp						LMS	
Int						Str	
RM						15	Chem
P + O						I + S	GStr

Zürich, 20. Juni 2017

### Gemeinsame Eingabe von Spitälern und Kliniken zur Sistierung des geplanten TARMED

Sehr geehrter Herr Direktor Strupler

Eine langfristig angelegte Gesundheitspolitik und ein leistungsstarkes Gesundheitswesen sind die Ziele unserer beiliegenden Eingabe an den Bundesrat zur aktuellen TARMED Vorlage.

Die durch die Landesregierung vorgeschlagene Anpassung der Tarifstruktur, werden diese Ziele nicht nur gefährdet, sondern bewirken auch eine Überforderung der Leistungserbringer in der Schweiz. Nämlich mehrere belastende und finanziell einschneidende Entwicklungen gleichzeitig bewältigen zu müssen.

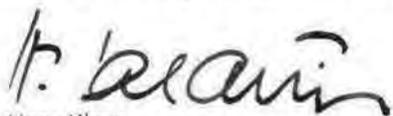
In unserer beiliegenden Vernehmlassungseingabe führen wir die aus unserer Sicht kritischen Punkte im Detail aus und machen eine Empfehlung für eine Neuausrichtung des strategischen Pfads.

Unsere noch junge, unabhängige und interdisziplinäre Interessengemeinschaft wird bereits von namhaften und grossen Leistungserbringern des schweizerischen Gesundheitswesens unterstützt. Wir erwarten, dass sich diese Bewegung noch signifikant vergrössern wird.

Wir danken dem Bundesrat dafür, dass er sich mit den Anliegen der Spitäler und Kliniken des Gesundheitssystems fundiert auseinandersetzt. Und versichern der Regierung unsere konstruktive Mitarbeit an Zukunftslösungen.

Freundliche Grüsse

**Interdisziplinär und überparteilich  
für einen leistungsstarken Gesundheitsstandort**



Hans Klaus

Sekretariat Interessengemeinschaft

Beilage: Eingabe an den Bundesrat / TARMED

BK
✚ 21. Juni 2017 ✚
Eing.-Nr. <i>fr</i>

EINSCHREIBEN  
 Herr Bundeskanzler  
 Walter Thurnherr  
 Schweizerische Bundeskanzlei  
 Bundeshaus West  
 Bundesgasse 1  
 3003 Bern

Zürich, 20. Juni 2017

**Gemeinsame Eingabe von Spitälern und Kliniken zur Sistierung des geplanten TARMED**

Sehr geehrter Herr Bundeskanzler Thurnherr

Eine langfristig angelegte Gesundheitspolitik und ein leistungsstarkes Gesundheitswesen sind die Ziele unserer beiliegenden Eingabe an den Bundesrat zur aktuellen TARMED Vorlage.

Die durch die Landesregierung vorgeschlagene Anpassung der Tarifstruktur, werden diese Ziele nicht nur gefährdet, sondern bewirken auch eine Überforderung der Leistungserbringer in der Schweiz. Nämlich mehrere belastende und finanziell einschneidende Entwicklungen gleichzeitig bewältigen zu müssen.

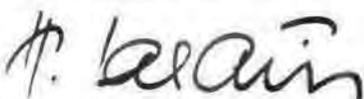
In unserer beiliegenden Vernehmlassungseingabe führen wir die aus unserer Sicht kritischen Punkte im Detail aus und machen eine Empfehlung für eine Neuausrichtung des strategischen Pfads.

Unsere noch junge, unabhängige und interdisziplinäre Interessengemeinschaft wird bereits von namhaften und grossen Leistungserbringern des schweizerischen Gesundheitswesens unterstützt. Wir erwarten, dass sich diese Bewegung noch signifikant vergrössern wird.

Wir danken dem Bundesrat dafür, dass er sich mit den Anliegen der Spitäler und Kliniken des Gesundheitssystems fundiert auseinandersetzt. Und versichern der Regierung unsere konstruktive Mitarbeit an Zukunftslösungen.

Freundliche Grüsse

**Interdisziplinär und überparteilich  
 für einen leistungsstarken Gesundheitsstandort**



Hans Klaus  
 Sekretariat Interessengemeinschaft

Beilage: Eingabe an den Bundesrat / TARMED

## Gemeinsame Eingabe von Spitälern und Kliniken zur Sistierung der geplanten Änderung der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Sehr geehrte Frau Bundespräsidentin,  
sehr geehrte Damen und Herren Bundesräte,  
sehr geehrter Herr Bundeskanzler

Die Unterzeichner dieser Eingabe sind Spitäler und Kliniken, die sich für eine langfristig angelegte Gesundheitspolitik und für ein leistungsstarkes Gesundheitswesen Schweiz einsetzen. Beide Ziele sind nicht allein durch die vorgeschlagene Anpassung der Tarifstruktur gefährdet, sondern auch mit der Überforderung der Leistungserbringer in der Schweiz, mehrere belastende und finanziell einschneidende Entwicklungen gleichzeitig bewältigen zu müssen. Darauf wollen wir mit der vorliegenden Eingabe an den Bundesrat hinweisen. Dies unabhängig von den ungelösten generellen Schwierigkeiten, mit denen die Spitalfinanzierung in den nächsten Jahren konfrontiert sein wird.

### Unsere Empfehlungen an den Bundesrat

Im Interesse einer auf hohem Niveau funktionstüchtigen und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung ersuchen wir den Bundesrat, zwei aktuelle gesundheitspolitische Themen strategisch und zeitlich zu staffeln, statt parallel anzugehen:

1. Die Ambulantisierung ist in vollem Gange. Sie erlaubt die Nutzung medizinischer Fortschritte sowohl zum Wohle der Patienten, als auch zur Senkung der Gesundheitskosten. Der unaufhaltsame Trend zu immer mehr ambulanten, statt teureren stationären Behandlungen ist international. Diese Entwicklung ist zu priorisieren, denn sie bedeutet für Spitäler massive Umstellungen und rechtfertigt eine zeitlich priorisierte Konzentration auf dieses Ziel. Entsprechende strategische Grundlagen hat das Bundesamt für Gesundheit bereits erarbeitet. Die Priorisierung der Ambulantisierung reduziert einerseits die Umsetzungsrisiken bei den Spitälern. Andererseits erlaubt die Staffelung einen Zeitgewinn für die Erarbeitung von medizinisch aktuellen gesundheitspolitischen Vorgaben als Basis für eine Neuverhandlung unter den Tarifpartnern.

2. Die Tarifpartner sind zur Neuverhandlung der ambulanten Tarifstruktur zu verpflichten, wobei der Bundesrat hierbei seinen Führungsanspruch wahrnehmen muss, ohne vorgreifend den Tarif zu diktieren. Als Aufsichtsbehörde kann der Bundesrat insbesondere die Krankenkassen verbindlich anweisen, die Tarifverhandlungen nach übergeordneten gesundheitspolitischen Vorgaben zu führen. Dies hat auch die Eidg. Finanzkontrolle (EFK) in ihrem Bericht zur Rolle des Bundes empfohlen, wonach der Bundesrat zuerst verpflichtende Grundsätze und Leitplanken vorgeben soll, bevor er selber punktuelle Justierungen erlässt. Ein Tariferlass durch den Bundesrat muss die *Ultima Ratio* bleiben und falls die subsidiäre bundesrätliche Kompetenz zum Zuge kommt, muss diese im Sinne des kürzlich in erster Instanz erlassenen Luzerner Urteils gesetzes- und verfassungsmässig sein. Mit diesem Vorgehen kann ein absehbares Scheitern des in der Vernehmlassung stark kritisierten Tarifentwurfs vermieden werden.
3. Die Grundsätze und Leitplanken für die Verhandlungslösung sollen sich, anders als im vorliegenden Verordnungsentwurf, auf gesundheitspolitische und qualitative Versorgungsziele ausrichten und sich von der bisherigen einseitigen Sparlogik lösen. Damit werden gesundheitspolitisch sinnvolle Lösungen und die kostendeckende Erschliessung medizinischer Fortschritte ermöglicht und nicht behindert.
4. Empfohlen wird zudem, bei der Neuordnung der ambulanten Tarifstruktur soweit als möglich auch positive Erkenntnisse aus dem pauschalbasierten stationären Tarifs zu berücksichtigen. Der Bundesrat soll die Tarifpartner auffordern, diesem Punkt hohe Beachtung zu schenken.
5. In der Folge ist die vorgeschlagene Verordnung zunächst zu sistieren und die bisherige Tarifgrundlage weiterzuführen. Die vorgelegte Tarifstruktur würde die Spitäler finanziell in aussergewöhnlichem Masse belasten und zu unverantwortbaren Leistungsreduktionen in der Gesundheitsversorgung führen. Dazu kommt, dass die gleichzeitige Bewältigung von Ambulantisierung und massiver Tarifverschärfung aus praktischer und finanzieller Sicht nicht bewältigbar wäre. Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es zweckmässig, zuerst die Auswirkungen der Ambulantisierung zu kennen und zu analysieren, um sie in einem Folgeschritt im Tarif adäquat und unter Berücksichtigung gesundheitspolitischer Qualitätsziele abbilden zu können.

## Gesamtbetrachtung von fünf strategischen Kernpunkten

Im Hinblick auf den auch von der EFK vorgeschlagenen Erlass von Tarifgrundsätzen empfehlen wir eine Neuausrichtung des strategischen Pfads. Die Revision des ambulanten Tarifs ist nicht mit punktuellen Korrekturen der Kostenstruktur anzugehen, sondern in einer Gesamtbetrachtung im Pentagramm I. Primat der Gesundheitspolitik, II. Nutzung des medizinischen Fortschritts, III. Berücksichtigung der Demografie, IV. Kongruenz von Strategie und Tarif und V. Ganzheitliche Sicht der Gesundheitskosten.

- I. **Primat der Gesundheitspolitik** – Die vom Bundesrat präsentierte Tarifänderung orientiert sich an fixen Sparvorgaben. Nicht die Qualität der Versorgung und somit das Interesse der Bevölkerung steht im Vordergrund der Revision, sondern eine reine Sparlogik. Die praxisfern entwickelten Anforderungen an die Produktivität, an den Kostendeckungsgrad ärztlicher und technischer Leistungen sowie an weitere Parameter führen zwar zu tieferen Preisen, aber auch zu nicht mehr kostendeckend erbringbaren Behandlungen. Das führt in letzter Konsequenz zur paradoxen Folge, dass nötige ambulante Versorgungen nicht mehr erbracht, an öffentliche Spitäler mit Versorgungszwang weitergereicht oder ohne Not ins Stationäre abgeschoben werden. Der absehbare Abbau von ambulanten Angeboten führt gerade in sensiblen Bereichen zu Versorgungsengpässen, unverantwortbaren Wartezeiten und nicht mehr zeitgerecht realisierbaren Interventionen. Sollen Einbussen bei der Behandlungsqualität vermieden werden, sind Kostensenkungen aus Effizienzsteigerungen und nicht aus kurzfristigen Leistungsreduktionen und Fortschrittsverweigerung zu generieren.

Eine langfristig erfolgsversprechende Tarifpolitik sollte sich an gesundheitspolitischen Zielen und erhärteten Erkenntnissen und medizinischen Entwicklungen orientieren. Wenn nicht medizinische Kriterien und die betriebswirtschaftliche Realität für eine sachgerechte Kalibrierung des Tarifs massgebend sind, sondern einzig der Preis, führt das nebst der prozeduralen Gesetzwidrigkeit zwangsläufig zu einer Nivellierung der medizinischen Versorgungsqualität nach unten. Zwingend zu beachten sind auch die Besonderheiten in spezialisierten Kliniken. So führen in der ambulanten Psychiatrie vor allem nicht nachvollziehbar enge Zeitlimiten zur Gefährdung der fachgerechten Abklärung und Versorgung, namentlich von Demenzkranken, von minderjährigen Patienten sowie bei Kriseninterventionen oder telefonischen Konsultationen. Wie in anderen Bereichen führen die Leistungsreaktionen auch hier zu sich gegenseitig verschärfenden Fehlanreizen, die einer zeitgemässen Gesundheitsversorgung diametral entgegenlaufen.

- II. **Nutzung des medizinischen Fortschritts** – Die billigste Medizin wäre jene aus der Frühzeit. Jeder wissenschaftliche, technologische und therapeutische Fortschritt dient dem Wohle der Patienten. Er muss jedoch entwickelt, finanziert, getestet, geschult und in immer intensiverer Zusammenarbeit angewendet werden. Das gilt exemplarisch für die Ambulantisierung, der wie vorgeschlagen die gesundheitspolitische Priorität vor dem neuen Tarif zustehen soll. Strategisch und aus Sicht des Patientenwohls, muss der medizinische Wert bei Förderung des Fortschritts und nicht einzig der Preis der Massstab für einen Tarif bilden. Die Weiterentwicklung von Medizin und Technologie erfordert grosse Anstrengungen in der Aus- und Weiterbildung. Bringen Tarifrestriktionen die Spitäler und Fachärzte an Grenzen, schwindet der Spielraum für Investitionen in berufliches Wissen und Können.
  
- III. **Berücksichtigung der Demografie** – Die Demografie schafft Fakten, die sich nicht durch Tarifkorrekturen aus der Welt schaffen lassen. Einerseits wachsen sowohl die Bevölkerung als auch der Anteil älterer Menschen. So sieht sich besonders die Altersmedizin mit multimorbiden Patienten nicht nur mit steigenden Fallzahlen, sondern auch mit besonders anspruchsvollen Situationen konfrontiert. Die demografische Entwicklung führt demnach sowohl zum Ausbau der Angebote für chronisch Kranke, als auch zum Ausbau ambulanter Angebote. Nicht primär zu hohe Preise verursachen die höheren Gesamtausgaben für ambulante Behandlungen, sondern bessere Möglichkeiten für immer mehr Patienten. Die Nachfrage nach medizinischer Versorgung steigt somit fortschritts- und demografiebedingt. Auch in diesem Licht ist der forcierte Ausbau der ambulanten Versorgung ein zwingender Schritt, um drohende Unterkapazitäten und nicht mehr kostendeckend erbringbare Spitalleistungen zu vermeiden.
  
- IV. **Kongruenz von Strategie und Tarif** – Gemäss Lehre geht die Strategie den Massnahmen voran, nicht umgekehrt. Die Gesundheitsstrategie 2020 des Bundes stellt Chancengleichheit, Versorgungsqualität, Lebensqualität und Transparenz in den Vordergrund. Namentlich sollen (zuerst) das Gesundheitssystem verbessert sowie die Qualität auf die Höhe der Zeit gebracht und (nachgelagert) bezahlbar gehalten werden. Die im Entwurf geplanten Änderungen steigern nicht die Effizienz, sondern schränken die Angebote und ihre Qualität ein, indem sie Leistungen für die Erbringer unattraktiv machen oder diese in eine strukturelle Defizitwirtschaft führen. Die empfohlene Staffelung verschafft den Behörden Zeit, neue Erkenntnisse in die Tarifpolitik einzubauen.

- V. **Ganzheitliche Sicht der Gesundheitskosten** – Die vorgelegte Tarifrevision orientiert sich primär auf rein monetäre Sparziele ohne qualitativen Anspruch, vorwiegend aus dem Blickwinkel der Krankenversicherer. Nicht nur der ambulante Tarif, sondern alle Facetten der Spitalfinanzierung müssen verstärkt die komplexen medizinischen Realitäten berücksichtigen, gerade auch jene der sich rasch weiterentwickelnden Akutmedizin. Eine Tarifstruktur, die Defizite der Spitäler im ambulanten Bereich an die Milliardengrenze treibt, senkt keine Kosten, sondern verlagert sie oder führt im Nichtbehandlungsfall zu noch grösseren indirekten Folgekosten und Nachteilen für die Patienten. Dazu kommt, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung nicht nur durch tarifarische Kürzungen leidet, sondern dass deren Sekundäreffekte auch die Anreize für ärztliche und therapeutische Weiterbildungen negativ beeinflussen.

So sehr wir begrüssen, dass der Bundesrat einen tariflosen Zustand nötigenfalls mit einer Ersatzvornahme vermeiden will, so sehr warnen wir als Forum der praktischen Anwender sowohl vor den Risiken der Bewältigung zu vieler Strukturveränderungen auf einmal, als auch vor signifikanten Einbussen bei der medizinischen Versorgung beim überstürzten Erlass einer verzerrten ambulanten Tarifstruktur. Eine durch die dominierende Sparoptik verzerrte und deshalb unsachgerechte und womöglich widerrechtliche Tarifstruktur liegt weder im kurzfristigen gesundheitspolitischen, noch im langfristigen öffentlichen Interesse. Die vorgelegte Tarifstruktur deckt in vielen für die Bevölkerung wichtigen medizinischen Fällen die Behandlungskosten nicht mehr und führt so zu einer Kettenreaktion von Fehlanreizen bis hin zu Systemdefekten und Behandlungslücken. Betroffen sind alle Patientengruppen, ganz besonders hart aber die Schwächsten (Kinder, Alte, psychisch Kranke, Notfallpatienten, Unvermögende). Unsere Pflicht ist es, rechtzeitig darauf hinzuweisen, dass die Verantwortung für die Folgen des vorgesehenen Tarifeingriffs letztlich der Gesamtbundesrat trägt.

Die vorgeschlagene zeitliche Staffelung und die strategische Neufassung der Tarifverhandlungen liegen im gesundheitspolitischen und im öffentlichen Interesse an einer zeitgemässen, qualitativ hochstehenden und bezahlbaren medizinischen Versorgung.

Wir danken dem Bundesrat dafür, dass er sich mit den gemeinsamen Grundsatzanliegen zentraler Akteure des Gesundheitssystems fundiert auseinandersetzt und bekräftigen unsere Bereitschaft zur konstruktiven Mitarbeit an Zukunftslösungen.

Hochachtungsvoll,

Kantonsspital Glarus, Herr Markus Hauser, CEO

Kantonsspital Luzern, Herr Benno Fuchs, Direktor/CEO

Kantonsspital Nidwalden, Herr Urs Baumberger, Spitaldirektor

Kantonsspital Obwalden, Herr Daniel Lüscher, CEO/Direktor

Kantonsspital Schwyz, Frau Kerstin Moeller, Direktorin

Kantonsspital Uri, Herr Fortunat von Planta, Spitaldirektor

Kantonsspital Zug, Herr Dr. Matthias Winistörfer, Spitaldirektor

Klinik Meissenberg, Herr Markus Rüdisüli, Vorsitzender der Geschäftsleitung/CEO

Klinik Adelheid, Herr Nicolaus Fontana, Direktor

Spital Einsiedeln, Herr Reto Jeger, Direktor

Spital Thurgau, Herr Dr. Marc Kohler, CEO

Seeklinik Brunnen, Herr Beat Moll, Vorsitzender der Geschäftsleitung

Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Herr Hans Peter Gmünder, Direktor

Luzerner Psychiatrie, Herr Peter Schwegler, Direktor/CEO

Psychiatrische Klinik Zugersee, Herr Dr. Markus Müller, Klinikdirektor

## **Prise de position commune d'hôpitaux et cliniques demandant la suspension de la modification prévue de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie**

Madame la présidente de la Confédération,  
Madame la conseillère fédérale et Messieurs les conseillers fédéraux,  
Monsieur le chancelier fédéral,

Les signataires de la présente sont des hôpitaux et cliniques qui s'engagent en faveur d'une politique de la santé axée sur le long terme et d'un système de santé suisse performant. Or ces deux objectifs sont compromis non seulement par la modification proposée de la structure tarifaire, mais aussi par la surcharge des prestataires, en Suisse, résultant de plusieurs développements simultanés pesant sur leurs capacités et leurs finances. Nous souhaitons nous en expliquer dans la présente prise de position à l'attention du Conseil fédéral. Ceci indépendamment des difficultés d'ordre plus général et non résolues qui affecteront le financement des hôpitaux ces prochaines années.

### **Nos recommandations au Conseil fédéral**

Dans l'intérêt de soins de santé de haut niveau et financièrement supportables, nous demandons au Conseil fédéral d'échelonner deux thèmes actuels de la politique de la santé, au lieu de les traiter en parallèle:

1. L'ambulatorisation est en pleine phase de réalisation. Elle permet de tirer parti de progrès médicaux à la fois dans l'intérêt des patients et en vue de réduire les coûts de la santé. La tendance au remplacement de coûteux séjours en clinique par des traitements ambulatoires est irrésistible et internationale. Cette évolution doit être priorisée dans le temps, car elle implique pour les hôpitaux des adaptations massives, qui doivent être réalisées en priorité, avant la poursuite d'autres objectifs. L'Office fédéral de la santé publique a déjà élaboré des bases stratégiques correspondantes. D'une part, la priorisation de l'ambulatorisation réduit les risques des hôpitaux lors de la mise en œuvre. D'autre part, un échelonnement permet de gagner du temps en vue de l'élaboration d'un cadre actualisé, au niveau médical, pour la politique de la santé et pouvant servir de base à la renégociation entre les partenaires tarifaires.

2. Les prestataires tarifaires doivent être tenus de renégocier la structure tarifaire ambulatoire, mais le Conseil fédéral doit assumer son rôle dirigeant sans anticiper et dicter le tarif. En sa qualité d'autorité de surveillance, le Conseil fédéral peut notamment indiquer aux caisses-maladie qu'elles doivent mener les négociations tarifaires en fonction de directives générales relatives à la politique de la santé. C'est là également la recommandation du Contrôle fédéral des finances (CDF) dans son rapport sur le rôle de la Confédération, au sens duquel le Conseil fédéral doit d'abord fixer des principes et des limites à caractère obligatoire avant de procéder à des ajustements ponctuels. Le Conseil fédéral ne doit édicter un tarif qu'en dernier recours, et si la compétence subsidiaire du Conseil fédéral doit intervenir, ce doit être conformément à la législation et à la constitution, dans l'esprit du récent arrêt de Lucerne, en première instance. Une telle démarche permet d'éviter un échec sinon prévisible du projet de tarif très critiqué dans le cadre de la consultation.
3. Les principes et limites fixés pour la solution négociée doivent être axés, à la différence de ce que prévoit le projet d'ordonnance actuel, sur des objectifs de politique de la santé ainsi que de qualité des soins, et se détacher de la logique d'économie unilatérale. Dès lors, des solutions judicieuses en termes de politique de la santé et l'intégration rentable des progrès médicaux deviennent possibles et ne sont plus entravés.
4. Il est en outre recommandé, lors de la révision, de tenir compte aussi, dans toute la mesure du possible, des enseignements positifs tirés du tarif stationnaire basé sur des forfaits. Le Conseil fédéral devrait donc appeler les partenaires tarifaires à consacrer une attention soutenue à cet aspect.
5. En conséquence, l'ordonnance proposée doit d'abord être suspendue et la base tarifaire actuelle maintenue. La structure tarifaire prévue ferait peser une charge financière exceptionnelle sur les hôpitaux et entraînerait des réductions irresponsables des prestations dans les soins de santé. À cela s'ajoute le fait que l'introduction simultanée de l'ambulatorisation et d'un resserrement tarifaire massif ne serait pas supportable du point de vue pratique et financier. Dans une perspective axée sur la politique de la santé, il est plus pertinent de commencer par connaître et analyser les incidences de l'ambulatorisation, afin de pouvoir ensuite les intégrer dans le tarif de manière adéquate et en tenant compte des objectifs de qualité de la politique de la santé.

## Examen global de cinq points stratégiques

En prévision de la fixation de principes tarifaires également proposée par le CDF, nous recommandons une réorientation stratégique. La révision du tarif ambulatoire ne doit pas intervenir par le biais de corrections ponctuelles de la structure des coûts, mais à travers un examen global dans le cadre du pentagramme I. Primauté de la politique de la santé, II. Mise à profit des progrès médicaux, III. Prise en compte de la démographie, IV. Congruence entre stratégie et tarif, et V. Vision globale des coûts de la santé.

- I. **Primauté de la politique de la santé** – La modification tarifaire présentée par le Conseil fédéral s'inspire de mesures d'économie fixes. La révision met ainsi l'accent non pas sur la qualité des soins et ainsi l'intérêt de la population, mais sur une pure logique d'économie. Élaborées sans lien avec la pratique, les exigences de productivité, de prestations médicales et techniques couvrant les coûts et autres paramètres conduisent certes à des prix plus bas, mais aussi à l'impossibilité de continuer de couvrir les coûts de certains traitements. En définitive, cela débouche sur une situation paradoxale dans laquelle des soins ambulatoires nécessaires ne sont plus fournis et les cas en question sont transmis aux hôpitaux publics contraints d'admettre et de soigner ces patients, ou encore les cas sont traités inutilement en régime stationnaire. La réduction prévisible des offres ambulatoires engendre – notamment dans des domaines sensibles – des pénuries, des délais d'attente inacceptables et des situations dans lesquelles certaines interventions ne peuvent plus être réalisées à temps. Pour éviter une diminution de la qualité des traitements, il faut générer des baisses de coûts par des optimisations de l'efficacité et non par des réductions à court terme des prestations et le renoncement à des progrès. Une politique tarifaire prometteuse à long terme doit s'orienter sur des objectifs de politique de la santé, avec des résultats et des développements médicaux confirmés. Si la conception du tarif dépend non pas de critères médicaux et de réalités commerciales, mais uniquement du prix, nous allons vers l'illégalité procédurale et, inévitablement, vers un nivellement par le bas de la qualité des soins médicaux. Il faut aussi tenir compte des particularités des cliniques spécialisées. Ainsi, en psychiatrie ambulatoire, des limites de temps resserrées à un niveau incompréhensible, notamment, compromettent le professionnalisme des examens et des soins de patients atteints de démence et de patients mineurs ainsi que lors d'interventions de crise ou de consultations par téléphone. Comme dans d'autres domaines, les réactions engendrent ici également des incitations indésirables qui s'aggravent mutuellement, s'opposant ainsi diamétralement à la fourniture de soins de santé modernes.

- II. **Mise à profit des progrès médicaux** – La médecine la moins chère serait celle des temps passés. Tout progrès scientifique, technologique et thérapeutique profite aux patients. Mais il faut pour cela chercher, développer, financer, tester, instruire et mettre tout cela en œuvre au sein d'une collaboration de plus en plus intensive. C'est notamment le cas de l'ambulatorisation qui, comme proposé ici, devrait avoir la priorité sur le nouveau tarif. Au niveau stratégique et dans la perspective du bien des patients, la valeur médicale réside dans l'encouragement du progrès et le prix ne doit pas devenir la seule référence pour la formation d'un tarif. Le perfectionnement de la médecine et de la technologie exige aussi d'importants efforts de formation initiale et continue. Si des restrictions tarifaires poussent les hôpitaux et les médecins spécialistes à leurs limites, la marge de manœuvre nécessaire aux investissements dans les connaissances et les compétences professionnelles disparaîtra.
- III. **Prise en compte de la démographie** – La démographie engendre des faits que des corrections tarifaires ne peuvent pas écarter. Ainsi, l'effectif de la population s'accroît en même temps que la part de personnes âgées. La médecine gériatrique traitant des patients multimorbides est donc confrontée à la fois à un nombre grandissant de cas et à des situations particulièrement délicates. L'évolution démographique nécessite ainsi l'extension des offres tant pour les patients chroniques que pour les traitements ambulatoires. Mais l'augmentation des dépenses générales pour le domaine ambulatoire a pour principal effet non pas des prix plus élevés, mais de meilleures possibilités de traitement pour un nombre de patients sans cesse croissant. La demande de soins médicaux augmente ainsi en fonction des progrès et de la démographie. Dans cette perspective, le développement accéléré des soins ambulatoires constitue une étape indispensable pour éviter de voir apparaître des sous-capacités et des prestations hospitalières dont les coûts ne peuvent plus être couverts.
- IV. **Congruence entre stratégie et tarif** – Selon la doctrine, la stratégie doit précéder les mesures, et non l'inverse. La Stratégie Santé 2020 de la Confédération met l'accent sur l'égalité des chances, la qualité des soins, la qualité de vie et la transparence. Il s'agit notamment (d'abord) d'améliorer le système de santé ainsi que de porter la qualité au niveau de notre temps et (en aval) de la maintenir abordable. Or les modifications prévues par le projet ne profitent pas à l'efficacité, mais restreignent les offres et leur qualité en rendant les prestations peu attractives pour les prestataires ou en conduisant ceux-ci vers une situation structurellement déficitaire. L'échelonnement recommandé donne en revanche aux autorités le temps d'intégrer de nouveaux enseignements dans la politique tarifaire.

- V. **Vision globale des coûts de la santé** – La révision tarifaire présentée est axée essentiellement sur des objectifs d'économie, sans ambition qualitative, et privilégie le point de vue des assureurs-maladie. Or non seulement le tarif ambulatoire mais aussi tous les aspects du financement hospitalier doivent mieux tenir compte des réalités médicales complexes, notamment aussi celles, en développement rapide, de la médecine aiguë. Une structure tarifaire qui alourdit les déficits des hôpitaux dans le domaine ambulatoire jusqu'à la barre du milliard ne fait pas baisser les coûts – elle les déplace seulement ou, en cas de non-traitement, engendre des coûts indirects et des désavantages pour les patients plus lourds encore. D'autre part, de telles restrictions tarifaires non seulement affectent directement la qualité des soins de santé, mais ont aussi pour effet secondaire d'amoinrir l'attrait des formations continues médicales et thérapeutiques.

Autant nous saluons la volonté du Conseil fédéral de réagir à l'absence de tarif par des mesures de remplacement, autant nous le mettons en garde, en notre qualité de forum des praticiens, devant les risques qu'implique la maîtrise de trop nombreuses modifications structurelles simultanées et la dégradation sensible des soins médicaux pouvant résulter de la fixation hâtive d'une structure tarifaire ambulatoire inappropriée. Une structure tarifaire faussée par une démarche de pure économie des coûts et rendue ainsi inadéquate, voire illicite, ne sert ni les intérêts de la politique de la santé dans l'immédiat, ni les intérêts publics à long terme. En effet, la structure tarifaire proposée ne permet plus de couvrir les frais de traitement de nombreux cas importants pour la population, d'où une réaction en chaîne menant à des incitations inopportunes et jusqu'à des défauts systémiques et des lacunes des soins. Tous les groupes de patients sont touchés, mais les plus faibles (enfants, aînés, malades psychiques, cas urgents, personnes démunies) le sont tout particulièrement. Il est de notre devoir d'avertir à temps le Conseil fédéral dans son ensemble qu'en définitive il porte la responsabilité des conséquences de l'intervention tarifaire prévue.

La proposition d'échelonner dans le temps et de remanier la stratégie des négociations tarifaires est dans l'intérêt d'une politique de la santé judicieuse et ainsi du public à disposer de soins médicaux modernes, de haute qualité et abordables.

Nous remercions le Conseil fédéral de bien vouloir examiner de manière approfondie les préoccupations centrales communes d'acteurs essentiels du système de santé et réaffirmons notre disposition à engager une collaboration constructive pour la mise au point de solutions porteuses d'avenir.

Nous vous prions d'agréer, Madame la présidente de la Confédération, Madame la conseillère fédérale et Messieurs les conseillers fédéraux, Monsieur le chancelier fédéral, l'expression de notre haute considération.

Kantonsspital Glarus, Herr Markus Hauser, CEO

Kantonsspital Luzern, Herr Benno Fuchs, Direktor/CEO

Kantonsspital Nidwalden, Herr Urs Baumberger, Spitaldirektor

Kantonsspital Obwalden, Herr Daniel Lüscher, CEO/Direktor

Kantonsspital Schwyz, Frau Kerstin Moeller, Direktorin

Kantonsspital Uri, Herr Fortunat von Planta, Spitaldirektor

Kantonsspital Zug, Herr Dr. Matthias Winistörfer, Spitaldirektor

Klinik Meissenberg, Herr Markus Rüdüsüli, Vorsitzender der Geschäftsleitung/CEO

Klinik Adelheid, Herr Nicolaus Fontana, Direktor

Spital Einsiedeln, Herr Reto Jeger, Direktor

Spital Thurgau, Herr Dr. Marc Kohler, CEO

Seeklinik Brunnen, Herr Beat Moll, Vorsitzender der Geschäftsleitung

Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Herr Hans Peter Gmünder, Direktor

Luzerner Psychiatrie, Herr Peter Schwegler, Direktor/CEO

Psychiatrische Klinik Zugersee, Herr Dr. Markus Müller, Klinikdirektor



Kinderspital Zürich, CEO Management, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich

Eidg. Departement des Innern EDI  
Herr Bundesrat  
Alain Berset  
Inselgasse 1  
3003 Bern

AmtL	GP	<del>KUV</del>	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG						MT
SpD						BicM
KOM	<b>2.2. Juni 2017</b>					AS/Cher
Kamp						LMS
Int						Str
RM						2
P+O	I+S	GStr	MGP	Lst	AKV	AUV

Zürich, 20. Juni 2017

### Stellungnahme zum Tarifeingriff in den ambulanten Arzttarif TARMED 1.09\_BR

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Bezugnehmend auf unsere bereits eingereichte Stellungnahme gelangen wir im Rahmen der im Titel erwähnten Vernehmlassung noch einmal an Sie.

Mit der laufenden Revision der Tarifstruktur TARMED möchte der Bundesrat drei Ziele erreichen:

1. Erhöhung der Sachgerechtigkeit, wobei gleichzeitig auch die Grundversorger gegenüber den Spezialisten bessergestellt werden sollen;
2. Erhöhung der Transparenz, wobei mit einer verbesserten Kostenwahrheit auch die Kostenentwicklung gebremst werden soll;
3. Reduktion von Fehlanreizen;

Die Allianz Kinderspitäler der Schweiz (AllKidS) kann sich mit diesen Zielsetzungen identifizieren. AllKidS hat deshalb auch stets konstruktiv an einer Neugestaltung der Tarifstruktur mitgearbeitet. Die von uns mitgetragene Tarifrevision ats-tms wurde von H+ dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zeitgerecht eingereicht. Leider wurde dieser Vorschlag nicht berücksichtigt.

Die Vorlage des Bundesrates trägt für die Kinderspitäler nicht zur Zielerreichung bei, da sie von falschen Annahmen ausgeht, die einer Überprüfung in der Praxis nicht standhalten. So kann das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei vielen Tarifpositionen die effektiven (finanziellen) Folgen selbst nicht einmal klar beziffern resp. deren Auswirkungen einschätzen. Die beabsichtigte Revision droht namentlich in den Kinderspitälern grossen Schaden anzurichten. Es fehlt damit die sachgerechte und betriebswirtschaftliche Bemessung, wie sie das KVG fordert.

**Die Massnahmen für die ambulante spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin sind nicht sachgerecht.**

Kinder- und Jugendmedizin ist eine ambulante spezialisierte Medizin. In den drei selbständigen Kinderspitälern (Ostschweizer Kinderspital OKS, Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB, Universitätskinderspital Zürich) stehen den rund 300'000 ambulanten Fällen lediglich 18'000 stationäre Fälle gegenüber. 95 Prozent der Behandlungen entfallen auf die ambulante Medizin, womit sie der Grundversorgung zuzurechnen sind.

**1.1 Die spezialisierte ambulante Kinder- und Jugendmedizin findet fast ausschliesslich in den Kinderspitälern statt und ist keine «20-Minuten-Medizin», sondern in höchstem Masse anspruchsvoll und aufwendig. Beratungen, Massnahmen und Prozeduren beanspruchen bei Kindern und Jugendlichen massiv mehr Zeit als bei Erwachsenen. Exemplarisch haben wir diesem Schreiben ein typisches Fall-beispiel beigefügt, aus dem ersichtlich ist, warum die ambulante Kindermedizin mehr Zeit beansprucht als die Behandlung von Erwachsenen (siehe Anhang 1). Eine Zeitbeschränkung pro Konsultation auf 20 Minuten gefährdet die qualitativ hochstehende Behandlung und Betreuung von Kindern und wird ihren Bedürfnissen und denen ihrer Eltern nicht gerecht.**

Zudem sind Kinder gerade in den ersten Lebensjahren häufig krank (bis zu zehnmal pro Jahr). Typischerweise werden angeborene Krankheiten oft erst bei zeitlich wiederkehrenden Konsultationen festgestellt. Die Zahl der Untersuchungen auf drei pro Quartal zu beschränken, ist deshalb nicht sachgerecht. Auch chronisch kranke Kinder müssen sehr engmaschig medizinisch betreut werden, um eine qualitativ gute Behandlung zu gewährleisten und um Spätschäden zu verhindern.

Durch die Kombination der Abwertung der ärztlichen Leistung und der Einführung von Limitationen wird die spitalambulante Kinder- und Jugendmedizin in Kinderspitälern doppelt bestraft.

**Die Massnahmen tragen nicht zur Transparenz und Kostenwahrheit bei.**

Die personalintensive, spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin findet aufgrund der geringen Fallzahlen und der hohen Investitionskosten in altersgerechte Apparaturen fast ausschliesslich in den Kinderspitälern statt. Schon heute arbeiten die verschiedenen Kinderspitäler schweizweit deshalb sehr eng und effizient zusammen.

Die Kostendeckung im ambulanten Bereich ist in den drei eigenständigen Kinderspitälern bereits mit dem Tarifeingriff 1.08.00\_BR auf unter 80 Prozent gesunken. Mit der Senkung der technischen Leistungen ist der Kostendeckungsgrad dann sogar auf 70 Prozent zurückgegangen. Mit dem nun geplanten Tarifeingriff des Bundesrates sinkt der Kostendeckungsgrad nochmals, und zwar auf rund 65 Prozent.

Im Weiteren ist die geplante Limitation der ärztlichen Leistung in Abwesenheit unsachgerecht. Sie führt in den Kinderspitälern zu grossen, nicht mehr verrechenbaren Leistungszeiten, die eine seriöse Vorarbeit zum Beispiel bei seltenen Krankheiten oder bei interdisziplinären Abklärungen verunmöglichen. Solche Abklärungen dauern in der Regel über 60-120 Minuten.

Die folgende Grafik zeigt, dass der grösste Teil der spitalambulantem Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in Kinderspitälern weit mehr als 20 Minuten beansprucht. Die durchschnittliche Behandlungszeit liegt bei 33 Minuten.

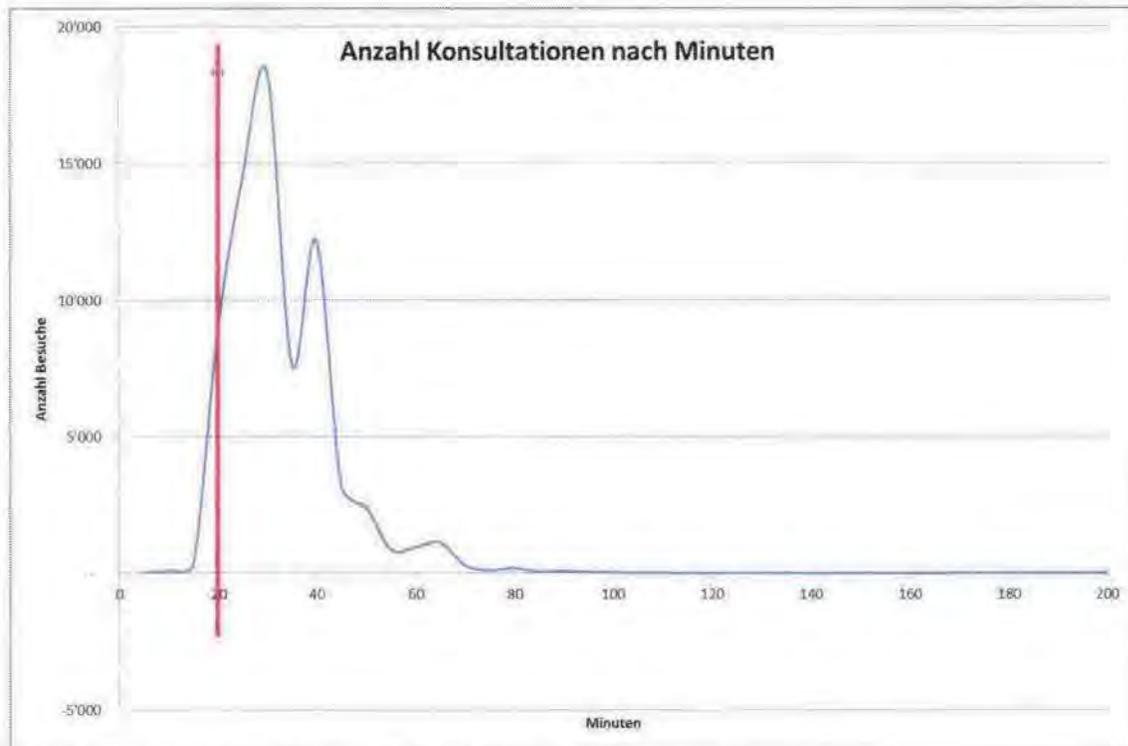


Abb. 1: Konsultationen Kinderspitäler 2016 nach Minuten

### Die Auswirkungen des Tarifeingriffs des Bundesrates

In den drei eigenständigen Kinderspitälern würde aufgrund des Tarifeingriffs die bereits massive Unterdeckung im ambulanten Bereich nochmals grösser. Diese Unterdeckung kann nicht wie bei anderen Spitälern aus Überdeckungen bei Halbprivat- und Privatpatienten quersubventioniert werden. Längerfristig wäre mit dem Tarifeingriff des Bundesrates die Versorgungssicherheit bei der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin gefährdet.

Zudem stellt der Tarifeingriff des Bundesrates die fachgerechte und hochspezialisierte ambulante Medizin in den Kinderspitälern in Frage.

### Die Forderungen des Kinderspitals Zürich

Wir fordern deshalb bei der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung folgende Änderungen für die Kinderspitäler:

1. Die **Limitationen der Minutagen** (00.0020, 00.0410, 00.0420, 00.0430, 00.0440, 03.0010, 04.0010, 07.0010, 09.0010, 22.0010, 24.0010, 00.0050) sowie die Limitationen bei **Leistungen in Abwesenheit des Patienten (00.0141ff)** ist für Kinderspitäler zu streichen.
2. Die Position 00.0015 (TARMED-Zuschlagsposition) ist in den Kinderspitälern weiterhin verrechenbar.

Insgesamt zählen wir darauf, sehr geehrter Herr Bundesrat, dass die Limitierung der Dauer der Konsultationen sowie die Limitierung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten für Kinderspitäler fallen gelassen werden. Damit anerkennt der Bundesrat die in der ambulanten spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin erbrachten, qualitativ hochstehenden Leistungen als sach- und fachgerechten Beitrag für die Zukunft unserer Gesellschaft, der sich nachhaltig und positiv auswirkt und der deshalb seinen Wert hat. Hierfür sind die von uns geforderten Korrekturen im TARMED zwingend. Mit dem durch den Bundesrat vorgesehenen Tarifeingriff würde in den Kinderspitälern eine «Sparübung» auf dem Buckel der kranken Kinder und Jugendlichen vorgenommen, die neue Fehlanreize legt statt sie zu reduzieren und deren langfristige Folgekosten die Gesellschaft teuer zu stehen kommen.

Freundliche Grüsse  
Kinderspital Zürich – Eleonorenstiftung



Dr. Markus Malagoli, CEO Management



Prof. Felix H. Sennhauser, CEO Medizin



## Anhang 1

### Typisches Beispiel aus der Neuropädiatrie

#### Zuweisung durch Kinderarzt: Kind mit unklarer Muskelschwäche

Vorbereitung: **5 Min**

Abholen aus dem Wartezimmer, wiegen, messen, Blutdruck **5 Minuten**

Ausführliche Anamnese und Untersuchung je nach Kooperation **85 Minuten**

Besprechung der Befunde und wie weiter:

Erklären der Differentialdiagnose, erklären des weiteren Vorgehens: **15 Minuten**

Consent für genetische Untersuchung: **5 Minuten**

Blutentnahme verordnen, Rezept für PT, Rezept: **5 Minuten**

Verabschieden, vereinbaren wann nächste Kontrolle **5 Minuten**

Brief diktieren: **10 Minuten**, Korrektur **5 Minuten**

Telefonat Kinderarzt: **10 Minuten**

Beantwortung Anfrage der Patientenelementer per email: **10 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 115 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 40 min**

Nach 6-12 Wochen Erhalt Resultat der Genetik

Diagnose: Morbus Duchenne:

Erklären der Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Standards of care, Stand der Forschung, IV Anmeldung,

Vernetzung mit Sozialdienst, Muskelgesellschaft **60 Minuten**

Anmeldung Echokardiographie **5 min**

Abklärung der Trägerinnenschaft der Mutter: Brief an Krankenkasse für Kostengutsprache **10 min**

Brief inkl. Kostengutsprache: Anfrage für Genetik: **15 Minuten** (Diktat, Korrektur, Unterschrift)

→ **Ärztliche Konsultation: 60 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 30 min**

1 Woche später: nochmaliges Gespräch **30 Minuten** zur Beantwortung der inzwischen aufgetauchten Fragen

Beantwortung Rückfrage der Physiotherapeutin bezüglich Behandlungsschwerpunkten: **10 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 30 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 10 min**

Nächste Kontrolle nach 2 Monaten zum Beginn der Steroidtherapie:

Konsultation: Zwischenanamnese, Fragen beantworten, Untersuchung mindestens **25 Minuten** inklusive Score für motorische Funktion

Erklären der Wirkung, Nebenwirkung von Kortison, Erklären der Studienlage bezüglich Effekt und Darreichungsregime: **15 Minuten**

Brief: Diktat, Korrektur, Unterschrift: **15 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 40 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 15 min**

Ein typischer neuropädiatrischer Patientenfall binnen 2 Monate:

→ **Ärztliche Konsultation: 345 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 95 min**

○ **9 ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten**

## GRUPPE DER KLINIKDIREKTOREN DER A-KLINIKEN FÜR OPHTHALMOLOGIE IN DER SCHWEIZ

c/o Hôpital Ophtalmique Jules-Gonin, Ave de France 15, 1002 Lausanne

Herrn  
Dr. rer. pol. Alain Berset  
Bundesrat  
Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Generalsekretariat GS-EDI  
Inselgasse 1  
CH-3003 Bern

Lausanne, 20. Juni 2017

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

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Wir erlauben uns, als Gruppe der Direktoren und Direktorinnen der ophtalmologischen A-Kliniken der Schweiz, Ihnen unsere wichtigsten Bedenken zu dem vom Bundesrat vorgeschlagenen neuen TARMED Tarif kurz darzustellen:

#### **1. Ein vermeintlich kleiner Eingriff in die Tarifstruktur führt zu massiven, langfristigen Folgen für unser Gesundheitssystem und die Versorgung der Bevölkerung:**

Die Formel, mit welcher die Entschädigung für ärztlichen (AL) und technischen (TL) Leistung berechnet wird ist sehr komplex. Durch die gleichzeitige Veränderung aller relevanten Faktoren kommt es v.a. in den chirurgischen Spezialgebieten zu sich kumulierenden Einschnitten, die sich gravierend auf die zukünftige Gesundheitsversorgung auswirken werden. Dabei wird durch die Abschaffung der quantitativen Dignität (= angerechnete Ausbildungsjahre für eine spezifische Leistung) und die Kürzung der Minutage (Zeitdauer), die ärztliche Leistung gegenüber der technischen Leistung weit überproportional reduziert. Dies hat gravierende Folgen auf die Struktur der Ärzteschaft und die Motivation von jungen Kolleginnen und Kollegen, den Arztberuf zu ergreifen und sich jahrelang zu einem chirurgischen Spezialisten auszubilden.

#### **2. Überproportionale Senkung der AL gegenüber der TL führt zu einer unerwünschten Mengenausdehnung**

Die Struktur der ärztlichen Leistungserbringer hat sich in den letzten Jahren grundlegend geändert. Mehr als die Hälfte der angehenden Fachärzte sind Frauen und die weit überwiegende Zahl ist auf eine teilzeitliche Tätigkeit angewiesen. Entsprechend ist die Praxis- und OP-Infrastruktur meist nicht mehr in ärztlichen Händen, sondern nicht-medizinisch geschulten Investoren. Die Ärzteschaft

ist damit zunehmend auf die reine AL angewiesen. Die neue Tarifstruktur mit starker Kürzung der AL und Übergewichtung der TL fördert die investorenbasierte Infrastruktur zu Ungunsten der ärztlichen Leistung. Diese investorenbasierte Infrastruktur ist einzig an einer Mengenausweitung und nicht an einer individuellen auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmten Versorgung interessiert. Die massive Absenkung der AL steigert die Abhängigkeit der Ärzteschaft von mengenbasierten Quersubventionen durch die Infrastrukturbesitzer. Dies führt zu schwerwiegenden Fehlanreizen.

### **3. Der Tarifvorschlag erfolgte ohne Einbezug objektiver Messdaten und wirtschaftlicher Grundlagen.**

Die Veränderungen in den Berechnungsformeln bezüglich Minutage und ärztliche Produktivität wurden willkürlich festgelegt und basieren nicht auf gemessenen und verifizierten Werten oder wirtschaftlichen Daten. Bereits die im Jahr 2014 erfolgte Absenkung der TL um 8.5% führte für viele Eingriffe zu einer kompletten Erosion der Marge (siehe Anhang: Prozesskosten Kataraktoperation, Luzerner Kantonsspital).

### **4. Die Tarifvorschläge erlauben nur noch die kostendeckende Betreuung von unkomplizierten, jungen Patienten.**

Durch die massive Reduktion der AL und einem Teil der TL wird es auch grossen öffentlichen Kliniken nicht mehr möglich sein, bereits präoperativ erkennbar komplizierte Fälle kostendeckend operativ zu versorgen. Da selbst die erfahrensten Chirurgen und Chirurginnen die vorgegebenen Zeiten bei Standardeingriffen kaum mehr einhalten können, werden zukünftig die Routinefälle von den erfahrensten Chirurgen operiert und die schwierigen, zeitraubenden und damit defizitären Fälle grundsätzlich abgewiesen, weil man sich deren Behandlung weder im öffentlichen Spital noch in einer Praxis leisten können.

### **5. Die Tarifvorschläge erlauben es nicht mehr, Schweizer Nachwuchs auszubilden.**

Durch die Abschaffung der Dignität wird es für den ärztlichen Nachwuchs uninteressant, Zeit zu investieren, um sich in anspruchsvollen chirurgischen Bereichen jahrelang auszubilden. Gleichzeitig können es sich die Weiterbildungskliniken auch gar nicht mehr leisten, Nachwuchskräfte weiter- und fortzubilden, da jede ihrer Tätigkeiten auch viele Jahre nach Erreichen des Facharztstitels wegen der zu kurzen Minutagen und fehlender Dignität defizitär bleiben wird. Wer wird die spezialisierte Gesundheitsversorgung in 10 Jahren sicherstellen, wenn gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte dazu fehlen?

### **6. Die operative Produktivität nimmt ab, wenn die Minutage gekürzt wird. Die gleichzeitige Reduktion der Minutage und Erhöhung der Produktivität im Tarifvorschlag ist widersprüchlich.**

Der Patient ist ein Mensch und keine Ware. Der Fortschritt in der Medizin ist v.a. ein technischer, wodurch einige Standardoperationen, nicht jedoch komplexe Eingriffe, etwas rascher geworden sind. Der Wechsel zwischen den Eingriffen wurde aber nicht rascher. Im Gegenteil, durch die zunehmende und gewollte Verlagerung der Operationen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, speziell auch des älteren Patientengutes und damit auch ein Wechsel von Allgemeinanästhesie zur Lokalanästhesie hat das Bedürfnis der wachen Patienten nach einem kurzen Austausch mit dem Operateur vor und nach dem Eingriff zugenommen. Je kürzer die

Eingriffe dauern, desto grösser wird der unproduktive Anteil durch den Wechsel und die Vorbereitungszeit. Eine Reduktion der Minutage bei invasiven Eingriffen führt damit zwangsweise auch zu einer Reduktion der Produktivität. Im vorliegenden Vorschlag wurde die Produktivität nicht reduziert, sondern sogar noch erhöht indem die unproduktive Wechselzeit auf völlig unrealistisch kurze Werte reduziert wurde (kürzer als die notwendige Einwirkungszeit der Desinfektionsmittel zur Reinigung des Operationsgebietes!). Bei Eingriffen, bei denen die Minutage reduziert wurde, fordern wir aus diesem Grund auch eine Absenkung der Produktivität.

#### **7. Fehlende Anpassungen des Tarifs, um neue Leistungen zu berücksichtigen.**

Ein grosses Problem der bisherigen Tarifstruktur war die weitgehend fehlende Anpassung an neue Behandlungen und medizinische Veränderungen. Seit Jahren hat der Tarif die effektiven Änderungen im medizinischen Alltag nicht mehr abgebildet, da sich jeder Tarifpartner - aus Angst vor der vermeintlichen Kostenneutralität - nicht mehr bewegt hat. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Anpassung der Tarifstruktur behebt keine der Problemstellen des veralteten Tarifes. Die Anpassung der Tarifstruktur beschränkt sich somit auf eine isolierte Reduktion der bisherigen Honorierung der ärztlichen Spezialisten.

#### **8. Verrechnung der Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer OP-Instrumente**

Die Aufarbeitung wiederverwendbarer Operationsinstrumente (Reinigung, Transport, Autoklavierung) ist zeitaufwendig und teuer. Ein ganz entscheidender Strukturfehler des bisherigen Tarifes war, dass die Kosten für die Wiederaufbereitung von Mehrweginstrumenten nicht verrechenbar waren. Das hat dazu geführt, dass häufig kostenpflichtige Einweginstrumente statt hochwertiger, wiederverwendbarer Instrumente verwendet wurden. Dies hat nicht nur zu einem Kostenschub bezüglich der Einweginstrumente geführt, sondern auch zu einer grotesken Energieverschwendung und Abfallmenge. Einweginstrumente benötigen sehr viele Rohstoffe und Energie zur Herstellung und müssen nach der einmaligen Verwendung statt im Altmetall recycelt, als Sondermüll entsorgt werden. Mehrweginstrumente sind zwar teuer in der Anschaffung, können aber bis ca. 100x gereinigt und wiederverwendet werden. Wir beantragen deshalb, dass im Tarif eine Position geschaffen wird, die es erlaubt, den Aufwand für die Beschaffung, Reinigung, Reparatur und Sterilisierung der Instrumente pauschal zu verrechnen. In den von uns analysierten Kliniken kostet die Wiederaufbereitung und Reparatur eines Instrumentensets für die Kataraktoperation durchschnittlich CHF 47.50. Dies im Vergleich zu einem Set verrechenbarer Einweginstrumente von CHF 158.-. Basierend auf unseren Analysen erscheint uns bei allen Operationen eine Pauschale für die nachweisliche Benutzung von wiederverwendbaren Instrumenten von CHF 50.- für Operationen mit TL von 500-1000 resp. CHF 100.- für Operationen mit TL über 1000 TP für notwendig.

#### **9. Einschränkung der maximalen Konsultationsdauer.**

In spezialärztlichen Sprechstunden werden Patienten oft nur einmalig zur konsiliarischen Beurteilung oder Indikationsstellung für einen operativen Eingriff betreut. In diesen Sprechstunden ist es wichtig, dass der Patient ohne Zeitdruck seine Probleme ansprechen kann und Fragen stellen darf. Eine Limitierung der Konsultationsdauer mit Leistung im engeren Sinne auf 17,5 Min (erste 5 Min. plus 2x weiter 5 Min. plus 1x letzte 5 Min, wobei nur 2,5 Min bezahlt werden) wird den Patienten in einer subspezialisierten Sprechstunde nicht gerecht und ist nicht realistisch durchführbar. Dies gilt wohl für alle Bereiche der Medizin. Wir fordern aus diesem Grund eine vollständige Aufhebung der neu vorgeschlagenen zeitlichen Limitierung der Konsultationsdauer.

## **10. Leistung in Abwesenheit:**

Das digitale Zeitalter hat es mit sich gebracht, dass sich Patienten oft via Email und sonstige elektronische Kommunikation direkt an Ihre Ärztinnen und Ärzte wenden. Dies ist durchaus sinnvoll, da es zusätzliche Konsultationen vermeidet. Ebenso benötigen Bestellungen von zunehmend individuell für Patienten hergestellte Implantate einen erheblichen zeitlichen Aufwand in Abwesenheit des Patienten. Auch benötigen die berechtigten, in ihrer Zahl aber stark ansteigenden Rückfragen der Kostenträger vermehrt Zeit in Abwesenheit der Patienten. Die Zunahme der Leistungen in Abwesenheit ist ein direktes Resultat der Digitalisierung und der Möglichkeit, Leistungen auch aus der Ferne zu beanspruchen. Wir fordern deshalb eine vollständige Aufhebung der neu vorgeschlagenen inhaltlichen und zeitlichen Limitierung der Leistung in Abwesenheit.

### **Zusammenfassend vertreten wir die folgenden Forderungen:**

- eine Beibehaltung der quantitativen Dignität, damit wir auch in Zukunft ein qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung sichern
- keine überproportionale Reduktion der AL gegenüber der TL, da dies zu einer unkontrollierten Mengenausdehnung und Abhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte von den Infrastrukturanbietern führt.
- eine auf effektiv gemessenen Daten und betriebswirtschaftlich korrekten Zahlen basierende Festlegung der Minutage und Produktivität
- eine punktuelle Anpassung der Tarifstruktur, um Fehlentwicklungen gezielt und nicht flächendeckend auf Kosten unseres ganzen Gesundheitssystems zu bremsen und gleichzeitig die medizinischen Fortschritte aufzunehmen.
- eine Tarifierung, die es erlaubt, auch komplexe Operationen kostendeckend zu vergüten und den medizinischen Nachwuchs in der Schweiz für die Schweiz fortzubilden.

Der aktuelle Tarifvorschlag ist eine grundsätzliche und massive Bedrohung für die Zukunft der ärztlichen Gesundheitsversorgung. Der Tarifvorschlag stellt die wirtschaftliche Zukunft unserer öffentlichen Kliniken, wie auch privater Praxen als Garanten für eine hochstehende Gesundheitsversorgung grundsätzlich in Frage. Ebenso sind die Versorgung schwieriger und zeitintensiver Patienten, sowie die heutige ausgezeichnete ärztliche Fortbildung bedroht.

Unser Gesundheitswesen muss auch in Zukunft finanziell tragbar und trotzdem qualitativ hochstehend sein. Jeder von uns hat viele Jahre im Ausland gearbeitet und verschiedene ausländische Gesundheitssysteme in der praktischen Tätigkeit erlebt. Wir sind stolz auf unser Gesundheitssystem, welches der Bevölkerung unabhängig von Verdienst und Versicherung bisher eine qualitativ vorbildliche Versorgung ermöglichte.

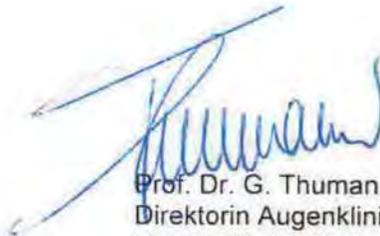
Uns allen ist bewusst, dass der Tarif kontinuierlich angepasst werden muss. Dies muss aber auf Messdaten und einer auf Treu und Glauben ehrlichen Anpassung und Kommunikation beruhen.

Wir sind gerne bereit, an dieser Aufgabe mitzuarbeiten.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. H.P. Killer  
Direktor Augenlinik  
Kantonsspital Aarau  
[killer@ksa.ch](mailto:killer@ksa.ch)



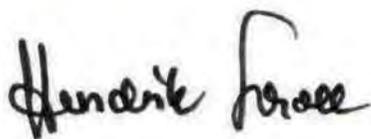
Prof. Dr. G. Thumann  
Direktorin Augenlinik HUG  
Université de Genève  
[gabriele.thumann@unige.ch](mailto:gabriele.thumann@unige.ch)



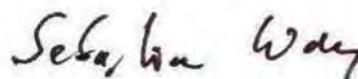
Prof. Dr. K. Landau  
Direktorin Augenlinik  
UniversitätsSpital Zürich  
[klara.landau@usz.ch](mailto:klara.landau@usz.ch)



Prof. Dr. C. Valmaggia  
Direktor Augenlinik  
Kantonsspital St. Gallen  
[christophe.valmaggia@kssg.ch](mailto:christophe.valmaggia@kssg.ch)



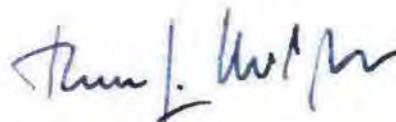
Prof. Dr. H. Scholl  
Direktor Augenlinik  
Universität Basel  
[hendrik.scholl@usb.ch](mailto:hendrik.scholl@usb.ch)



Prof. Dr. Dr. S. Wolf  
Direktor Augenlinik  
Inselspital Universität Bern  
[sebastian.wolf@insel.ch](mailto:sebastian.wolf@insel.ch)



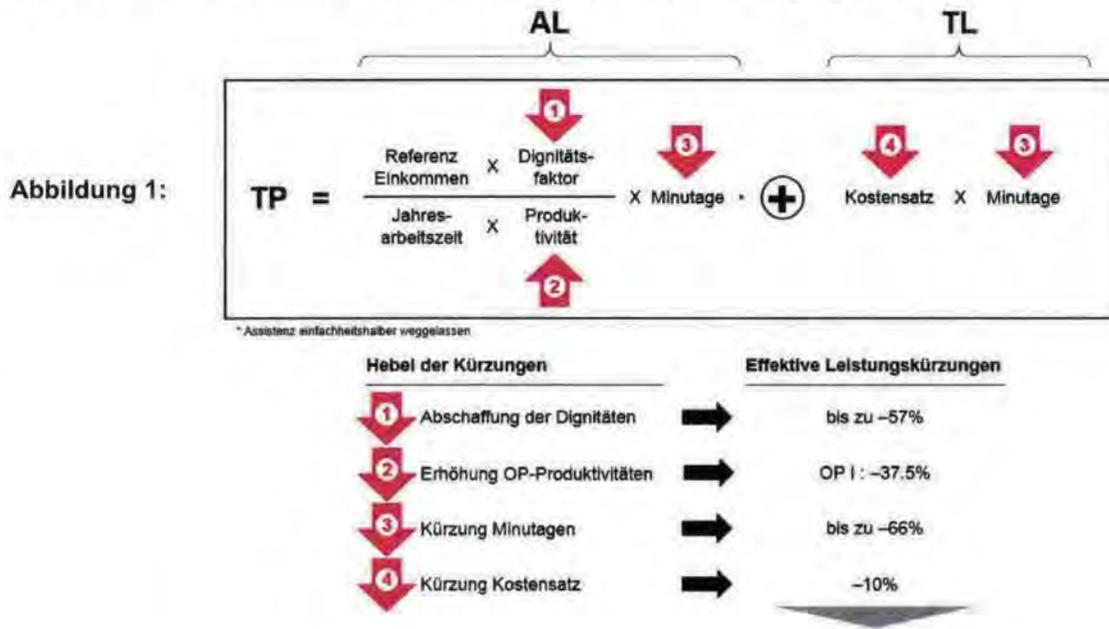
Prof. Dr. Dr. M. Thiel  
Direktor Augenlinik  
Kantonsspital Luzern  
[michael.thiel@ksl.ch](mailto:michael.thiel@ksl.ch)



Prof. Dr. T.J. Wolfensberger  
Direktor a.i. Hôpital Ophtalmique Jules-Gonin  
Université de Lausanne  
[thomas.wolfensberger@fa2.ch](mailto:thomas.wolfensberger@fa2.ch)

## Anhang: Grafiken und Tabellen zum Effekt der Tarifanpassungen in der Krankenversicherung:

Die folgenden Grafiken und Tabellen stammen entweder aus unseren eigenen Kliniken oder wurden uns vom Berufsverband Schweizer Ophthalmochirurgie (BSOC) zur Verfügung gestellt.



Die obenstehende Abbildung zeigt die Formel, mit welcher die Entschädigung für ärztlichen (AL) und technischen (TL) Leistung berechnet wird. Daraus wird ersichtlich, welche Auswirkungen die Änderungen der einzelnen Komponenten haben werden

Tabelle1: Prozesskosten und Gewinn der Kataraktoperation am Beispiel der Augenklinik

Luzerner Kantonsspital:

### Prozesskostenanalyse: Kataraktoperation

	TarMed original 2014 (Q1-3)	TarMed rediviert (TL- 8.5%) 2016	Vorschlag TarMed Rev. 2018
<b>Anzahl Operationen</b>	n = 2'128	n = 2'601	Simulation
<b>Total Erträge Fr.</b>	3'154.00	2'896.00	2'484.00
<b>direkte Kosten Fr.*</b>	2'696.00	2'713.00	2'713.00
<b>Anlagekosten Fr.</b>	212.00	212.00	212.00
<b>Gewinn/Verlust Fr.</b>	246.00	-29.00	-441.00
<b>EBIT-Marge</b>	7.8%	-1.0%	-17.8%

Datenlage:

Finanzabteilung Luzerner Kantonsspital  
alle Kataraktoperationen, ein Auge, inkl. Voruntersuchung

\* 17.- Kostensteigerung durch Umsetzung der 50 Stunden Arbeitswoche für Oberärzte

**Abbildung 2: Effekt der Aufhebung der qualitativen Dignität (Berücksichtigung der Weiterbildungsdauer) für die AL**

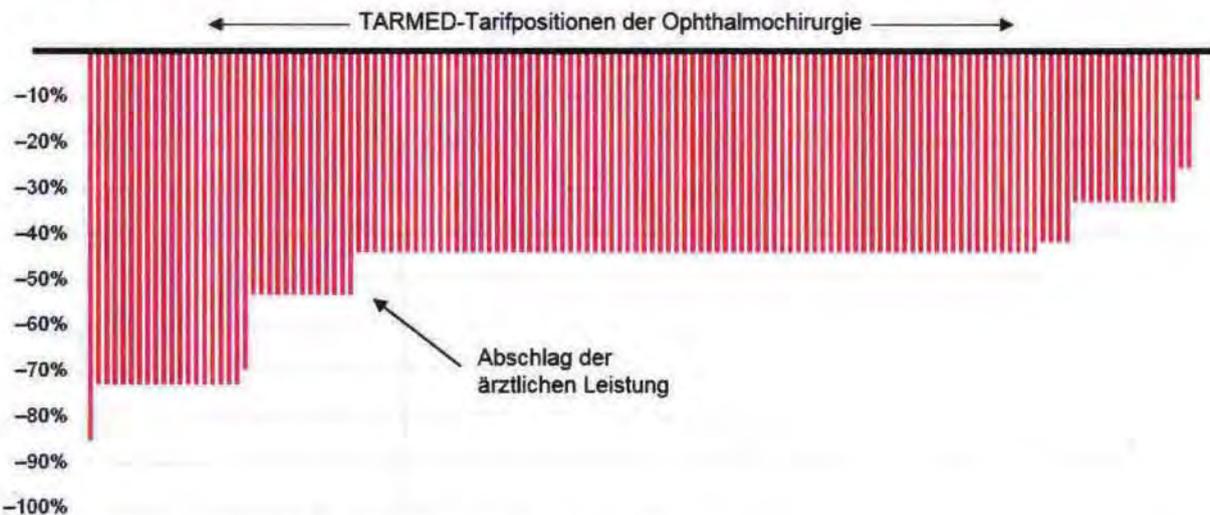
Kürzung der Ärztlichen Leistungen durch Abschaffung der Dignitäten



Quelle: FMH

**Abbildung 3: Effekt der Tarifierfassung auf die AL bei augenärztlichen Operationen (Tarif Kapitel 8)**

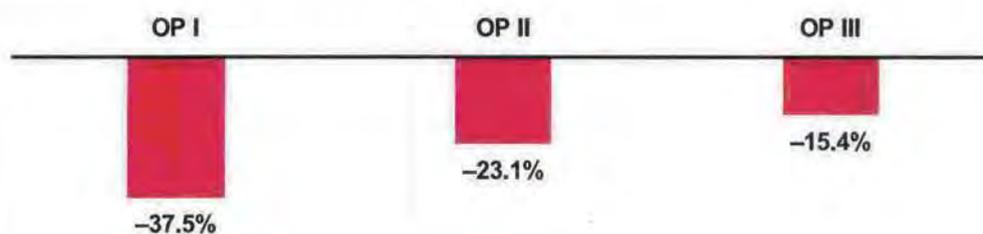
Kürzung der Ärztlichen Leistung bei TARMED-Tarifpositionen der Ophthalmochirurgie



Quelle: Bundesamt für Gesundheit, Vorschlag des Bundesrates Alain Berset

**Abbildung 4: Effekt der Kürzung der operativen Produktivität auf die ärztliche Leistung**

Kürzung der Ärztlichen Leistungen durch Erhöhung der Produktivität



Quelle: FMH

Tabelle 2: Kombinerter Effekt der Dignitätsabsenkung und Erhöhung der Produktivität auf die AL

Kürzung der Ärztlichen Leistungen durch Kombination von Einebenen der Dignitäten und Erhöhung der Produktivität				
		Produktivität		
Dignität		OP I	OP II	OP III
		-37.5%	-23.1%	-15.4%
FMH5	+7.0%	-33.1%	-17.7%	-9.5%
FMH6	-7.2%	-42.0%	-28.6%	-21.5%
FMH7	-10.9%	-44.3%	-31.4%	-24.6%
FMH8	-25.8%	-53.6%	-42.9%	-37.2%
FMH9	-34.5%	-59.1%	-49.6%	-44.6%
FMH10	-57.2%	-73.3%	-67.1%	-63.8%
FMH12	-57.2%	-73.3%	-67.1%	-63.8%

# Positionspapier der Klinik ZüriSeh AG zur Vernehmlassung des Bundesrates bezüglich Tarmedtarif 1.09\_BR

**Autor:** Wüst, Harry, Klinikleiter, Klinik ZüriSeh AG

**Kontaktadresse:** Klinik ZüriSeh AG  
Harry Wüst  
Bärengasse 25  
8001 Zürich

**Tel:** 043 497 26 46  
**E-Mail:** wuest@klinikzueriseh.ch

**Inhalt:** Aufzeigen der Konsequenzen des vom Bundesrat erarbeiteten Tarifes 1.09\_BR für die Augenchirurgie (pragmatischer Ansatz)

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



## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung/Umfeld .....	3
1.1	Hintergrund zur Klinik ZÜRISCH und dem Autor .....	3
1.2	Ziel und Zweck unserer Eingabe .....	3
1.3	Steigende Gesundheitskosten .....	3
1.4	Die wichtigsten Gründe der Kostenentwicklung .....	3
1.5	Die Aufgabe der Ärzteschaft .....	4
1.6	Wer bezahlt die Leistungen – wer trägt die Kosten .....	4
1.7	Klare Abgrenzung zwischen Tarif und Selbstzahlerleistungen .....	4
2	Unsere wichtigsten Argumente .....	5
2.1	Berücksichtigung des Bedarfs der Bevölkerung .....	5
2.2	Verbesserter Tarifierungsvorgang .....	5
2.3	Kostenwahrheit, ein grosses Defizit im Gesundheitswesen .....	6
2.3.1	Aktuelle Kosten und Vergütung (Tarmed 1.08) am Beispiel Katarakt-Operation .....	6
2.3.2	Die absehbaren Konsequenzen für die Augenoperationen .....	6
2.4	Unsere Forderung .....	7
2.4.1	Kein Systemumbau gegen den Willen der Bevölkerung .....	7
2.4.2	Klare Definition von der Qualität in der Grundleistung .....	7
2.4.3	Gesamtbetrachtung/soziale Ausgewogenheit .....	8
	(externe Kosten, Verhältnismässigkeit) .....	8
3	Literaturverzeichnis .....	8



## 1 Einleitung/Umfeld

### 1.1 Hintergrund zur Klinik ZÜRISCH und dem Autor

Die Klinik ZÜRISCH AG ist ein Zusammenschluss von niedergelassenen, selbständigen und operativ-tätigen Augenärzten im Grossraum Zürich. Der Firmenzweck ist das Betreiben einer Operations-Infrastruktur, welche ausschliesslich auf die spezifischen Bedürfnisse der Augenoperateure abgestimmt ist. Unsere Augenärzte sind also Belegärzte in ihrem eigenen Augen-OP Zentrum. Als Delegierter des Verwaltungsrates für die Geschäftsführung und Gesamtleitung bin ich für die konsequente Umsetzung dieses Geschäftsmodells verantwortlich. Dies beinhaltet auch die Ausgestaltung und Einrichtungen der gesamten Infrastruktur.

### 1.2 Ziel und Zweck unserer Eingabe

In Ergänzung zu den juristisch fundierten Eingaben unserer Verbände, möchten wir mit einem pragmatischen und aus der Praxis kommenden Ansatz unsere Bedenken und Vorschläge einbringen, mit dem Ziel, das ambulante Gesundheitswesen sozial verträglich zu optimieren und nicht die Fehler des Auslandes zu wiederholen. Wir wählen hier bewusst einen pragmatischen Ansatz, welchen wir immer wieder von unseren Patienten bestätigt sehen. Wir möchten ganz bewusst einen Einblick in den Alltag eines Leistungserbringers ermöglichen. Die praktische Umsetzung resp. die Auswirkungen der Sparmassnahmen erleben wir hautnah. Die vielen Fragen und Rückmeldungen unserer Patienten ermöglichen uns den Puls der Bevölkerung zu spüren. Unser Gesundheitssystem ist nur dann ethisch und moralisch vertretbar, wenn die Schwächsten unter uns eine gute, medizinische Versorgung erhalten.

### 1.3 Steigende Gesundheitskosten

Die Ausgaben für die Gesundheit steigen jährlich an. Für das Jahr 2017 wird mit einem Anstieg von 3.9% gerechnet, auf insgesamt 78.7 Milliarden Franken. Dies entspricht 12.1 % des Bruttoinlandproduktes (BIP). (Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich (KOF), 2016)  
Die Schweiz liegt zwar an 2. Stelle der Industriestaaten (Stand 2014: USA 16.6%, Schweiz 11.4%, Deutschland 11%) (Interpharma, 2017) dabei aber nur unwesentlich höher als unser Nachbarland Deutschland, welches zu diesem Zeitpunkt bereits umfangreiche Reformen, mit zweifelhaftem Erfolg, hinter sich hatte. Berücksichtigt man dabei, dass 61% davon von den privaten Haushalten getragen wird (Bundesamt für Statistik, BfS, 2016) und 81% der Schweizer Bevölkerung einen positiven Eindruck unseres Gesundheitswesens haben (Interpharma, 2017), dürfen wir von einem funktionierenden System mit einem angemessenen Preis-/Leistungsverhältnis ausgehen. Der inflationär verwendete Ausdruck „Kostenexplosion“ ist statistisch gesehen falsch. Vielmehr ist es ein nachvollziehbarer, qualitativ und quantitativ kontinuierlicher ansteigender Leistungskonsum, welcher einem Grundbedarf der Schweizer Bevölkerung entspricht.

### 1.4 Die wichtigsten Gründe der Kostenentwicklung

Verschiedene Studien im Dienste der Gesundheitsökonomie kommen zum Schluss, dass hauptsächlich die nachfolgenden Faktoren die Kostentreiber im Gesundheitswesen sind:

- Höhere Anspruchshaltung der Bevölkerung (Voruntersuchungen, Lebensqualität, 11 Diagnosen pro Kopf)
- Die steigenden Personalkosten (Wirtschaftswachstum)
- Die Alterung der Bevölkerung (Durchschnittsalter 83 J., jede 6. Person ist über 65 J.) (Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich (KOF), 2016)



Künftig wird vor allem ein überdurchschnittliches Wachstum bei den ambulanten Behandlungen erwartet. Neben diesen direkten medizinischen Kosten, müssen dabei aber die indirekten Kosten mitberücksichtigt werden, etwa die Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz oder die Pflege durch Angehörige.

Für gesundheitspolitische Entscheide ist es wichtig, das Gesamtbild im Auge zu behalten und nicht nur die direkten Kosten. Bessere Therapien und Behandlungen sind zwar in der Regel teurer, führen aber auch dazu, dass die Patientinnen und Patienten schneller genesen. Bessere Therapien können also die indirekten Kosten senken. (Interpharma, 2017)

Die Preise bzw. Tarife pro medizinische Leistung spielen hingegen bei der Kostenentwicklung eine untergeordnete Rolle. Diese sind in der Vergangenheit im OKP- Bereich nicht stärker als der Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) angestiegen. Die Kostenentwicklung ist somit praktisch ausschliesslich auf die Mengenentwicklung bei den medizinischen Leistungen zurückzuführen, welche auf Grund der oben erwähnten Faktoren stetig zunehmen. (Curafutura)

## 1.5 Die Aufgabe der Ärzteschaft

Die wichtigste Funktion der Schulmedizin ist die wissenschaftlich korrekte Diagnose mit dem aus wissenschaftlicher Sicht optimalen Therapievorschlag. Letzterer muss sich stets den neusten Forschungsergebnissen anpassen. Es kann nicht die Aufgabe der Ärzteschaft sein, die Behandlung nach den Einsparungswünschen des Bundes oder der Krankenkassen anzupassen. Die Kostenrückvergütung muss zwischen Patient und Leistungserbringer gesetzlich und unmissverständlich geregelt sein. Sehr oft erhalten wir Leistungserbringer unge-rechtfertigte Sparvorschläge der Krankenkassen, welche nur den administrativen Aufwand erhöhen, nie aber die Leistung optimieren respektive eine Kosteneinsparung bringen.

Der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin wird an der Diagnose und der Behandlung gemessen. Es geht hier um eine klare Behandlungsstrategie. Dies ist der ökonomischste - und für die Patientengesundheit effizienteste Weg. Die Bevölkerung hat grosse Erwartungen zur Behandlungsqualität. Diese zu erfüllen ist des Arztes erste Pflicht und nicht auf günstigere Möglichkeiten hinweisen, welche zwar auf den ersten Blick Kosten eindämmen, auf den zweiten Blick aber das Ende der optimalen medizinischen Versorgung darstellen. Was bezahlt wird und was nicht, entscheidet das Stimmvolk.

## 1.6 Wer bezahlt die Leistungen – wer trägt die Kosten

Es gilt eine Balance zu finden zwischen Kantonen und Krankenkassen: Die Krankenkassen möchten, dass mehr Leistungen von der öffentlichen Hand bezahlt werden. Der Staat entlastet sein Budget, je mehr ambulant operiert wird, weil diese Eingriffe zu 100% prämi-finanziert sind. Wir begrüssen die krankenkassenfinanzierte Medizin, da Sie zu mehr Kosten-transparenz führt.

Es wäre schön, wenn hier Politik und Sozialversicherungen ebenfalls transparenter informieren würden. Schlussendlich bezahlt alles der Bürger und die Bürgerin, sei es durch Steuern, Sozialversicherungsprämien oder „out of the pocket“. Die Zahlen und Statistiken liegen vor (Bundesamt für Statistik, BFS, 2016) und partikuläre Interessen sollten nicht im Vordergrund stehen.

## 1.7 Klare Abgrenzung zwischen Tarif und Selbstzahlerleistungen

Der Fokus beim Bund und den Versicherungen liegt auf der Eindämmung der Kosten. Die Bevölkerung wünscht aber Leistung und Qualität. Welche Leistungen via Sozialversicherung, Bund und Kantone oder direkt vom Patienten bezahlt werden müssen, entscheidet derjenige, welcher bezahlt, folglich der Schweizer Bürger und die Schweizer Bürgerin. An der Urne wurde mehrfach bewiesen, dass das Stimmvolk ein gutes Gespür für soziale Gerechtigkeit

hat. Die öffentliche Hand und die Sozialversicherer decken nur den Grundversicherungsanteil der Leistungen ab. Ein qualitativer Leistungserbringer, wie unsere Klinik ZüriSeh, braucht eine klare Abgrenzung, welche Leistungen unser Sozialsystem (Tarmed) vergütet und was der einzelne Patient und die einzelne Patientin direkt übernehmen müssen. Es ist sinnlos die bestehende Nachfrage nach hoher Behandlungsqualität, mittels staatlicher Sparmassnahmen zu verhindern.

Die Grundversicherung ist dabei das soziale Gewissen der Bevölkerung und kann nicht ökonomisiert werden, da dies unweigerlich zu einer Zwei-Klassenmedizin führt. Hingegen darf bei allen Leistungen ausserhalb des Tarmed, der Markt spielen. Nur so können wir Innovationen, Arbeitsplätze und ein überdurchschnittliches Gesundheitswesen sicherstellen und ausgewogen finanzieren. Pauschalierte Operationen in der Grundversicherung (analog DRG) sind nicht klar abgrenzbar und deshalb keine gute Lösung.

Die Mehrwerte unterstützen die wachsenden Ansprüche der Bevölkerung. Der Gesundheitsmarkt wächst und ist ein wichtiger Arbeitgeber (Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich (KOF), 2016). Die Ausgestaltung der medizinischen Leistungsqualität ist zunehmend ein Standortvorteil für die Schweiz, welcher weltweit seines Gleichen sucht.

## 2 Unsere wichtigsten Argumente

### 2.1 Berücksichtigung des Bedarfs der Bevölkerung

Bei den steigenden Kosten im Gesundheitswesen besteht folglich kein Kausalzusammenhang mit dem Tarmed-Tarifregelwerk (Verweis auf 1.3 Abs. 4). Im Gegenteil: Der paritätische Tarmed-Tarif 1.08 widerspiegelt einen sinnvollen Konsens und regelt zweckmässig und praktikabel das geforderte WZW-Prinzip. Dabei gilt es aber auch das Bedürfnis der Bevölkerung zu berücksichtigen. Wer zahlt befiehlt.

### 2.2 Verbesserter Tarifanpassungsvorgang

Die Klinik ZüriSeh und viele unserer Mitbewerber wehren sich nicht grundsätzlich dagegen, dass vereinzelte Positionen angepasst werden müssen. Wir von der Klinik ZüriSeh setzen uns gerne aktiv, zusammen mit unseren Fachverbänden, für Grundtarif-Anpassungen ein. Hier gilt es aber zu erwähnen, dass gewisse technische Tarife auch nach oben korrigiert werden müssen. Die Vorschriften und Anforderungen an die Leistungserbringer nehmen stetig zu. (Robert Koch Institut, 2012)

In den vergangenen Jahren haben hier die Fachgesellschaften sicherlich auch nicht optimal gearbeitet, aber auch die Tarifkommissionen zeigten wenig Lösungsorientierung. Es sind nicht immer die Ärzte schuld, wenn keine Einigung erzielt werden kann. Trotzdem sehen wir hier Handlungsbedarf. Die Anpassungsvorgänge müssen klarer definiert und regelmässig umgesetzt werden. Wir helfen gerne dabei.

Anstelle dass nun das gesamte Regelwerk neu festgelegt wird, wäre es effektiver und effizienter, wenn die Tarifpartner die Energie in die klare Festlegung dieser Anpassungsprozesse steckten. Jeder Tarif hat Schwachstellen, die bestehende Tarmedversion 1.08 wäre aber aus unserer Sicht eine gute Ausgangslage und würde vieles vereinfachen. Aktuell müsste die Abgeltung der Mehrweginstrumentenaufbereitung (Prionenprogramme etc.) verbessert werden im Gegenzug bräuchte es für die intravitrealen Injektionen einen angepassten Tarif. Unser Vorschlag: Neuer Tarif nur für intravitreale Injektionen im OP: 08.3351. Diese wäre wirtschaftlich wenn AL und TL 50% von 08.3350 betragen würden.



## 2.3 Kostenwahrheit, ein grosses Defizit im Gesundheitswesen

Der Fokus des Bundesrates liegt auf der Kosteneindämmung gewissen ambulanter Eingriffe. Zur Verdeutlichung möchten wir hier am häufigsten Eingriff der Augenchirurgie die realen Kosten pro Eingriff aufzeigen und verdeutlichen, was die Folgen des neuen Tarifs und deren Auswirkungen sein würden:

### 2.3.1 Aktuelle Kosten und Vergütung (Tarmed 1.08) am Beispiel Katarakt-Operation

Im Gesundheitswesen wird viel über Kosten geredet, aber die wahren Produktionskosten kennen die Wenigsten, sei es auf Grund der internen Quersubventionierung bei privaten Organisationen oder der externen Subventionszuschüssen in öffentlichen Institutionen.

Dank der ausschliesslichen Fokussierung auf die Augenheilkunde, können wir von der Klinik ZüriSeh auch alle fixen Kosten direkt der Leistungserbringung, nach dem Verursacherprinzip, zuordnen. Schon im Jahre 2004 haben wir zusammen mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (zhaw) die fixen Augen-OP-Kosten ermittelt. Darin enthalten sind Raumaufwand, Unterhalt, Service, sterile Reinigung und Amortisation der fixen OP-Installationen. Danach haben wir sämtliche Aufwände (Kosten) auf einen Katarakteingriff herunter gebrochen:

Fixer OP-Aufwand (Infrastrukturkosten)	CHF	350.-
Amortisation Geräte und Instrumente (mehrweg) (Robert Koch Institut, 2012)	CHF	170.-
Personal (medizinisch und nichtmedizinisch)	CHF	240.-
Medikamente, Hilfspräparate (prä-, intra- und postoperativ)	CHF	180.-
<sup>1</sup> Einwegmaterialien/Implantate	CHF	920.-
Verwaltung/Administration/QM/Support-und Patienten-Kosten	CHF	155.-
<b>Kosten pro Katarakteingriff</b>	<b>CHF</b>	<b>2015.-</b>

Bewusst fehlen in obenstehender Aufstellung die ärztlichen Leistungen, welche dem Honorar des Anästhesisten und Operators entsprechen. Daraus ist klar ersichtlich, dass der bestehende Tarmedtarif 1.08 mit Sicherheit in keiner Weise zu hoch ist. Die Honorare der Fachärzte müssen angemessen honoriert werden, wollen wir nicht den sich abzeichnenden Fachärztemangel verstärken. Das ambulante Operieren ist kein Kostentreiber, sondern bietet gute medizinische Leistungen für alle an, ohne dass dabei viel Geld in die Aufrechterhaltung von teuren Infrastrukturen bezahlt werden muss.

### 2.3.2 Die absehbaren Konsequenzen für die Augenoperationen

Falls der Grundtarif schlechter wird, werden wir entweder die Qualität senken müssen oder auf diese Eingriffe gänzlich verzichten, was in kurzer Zeit zur Überlastung der öffentlichen Spitäler führen würde. Damit würde Tür und Tor zum unkontrollierten Selbstzahlersegment geöffnet. Die Schweizer Bürger sprechen sich deutlich gegen die Zwei-Klassenmedizin aus. Diese wäre aber die Konsequenz, falls der unverhältnismässige neue Tarifvorschlag umgesetzt würde. Das mögliche Einsparpotential (CHF 700 Mio) stünde dabei in keinem Verhältnis.

<sup>1</sup> Die steigenden Anforderungen an Sterilisation und Hygiene der Swissmedic führt zwangsläufig zu mehr Einwegmaterialien (Aufbereitung Hohlkörper, Vorschriften Sterilisation BSE, Vorgaben best practice)



Unter diesen Konsequenzen leiden die Patienten. Für die privaten Leistungserbringer wie unsere Klinik ZÜRISCH, wäre dieses Zwei-Klassenkonzept durchaus eine Alternative, da wir uns über die Qualität und Spezialisierung etablieren könnten. Zudem wären wir frei von jeglicher politischer Willkür. Wir könnten uns aber nicht mehr als Anlaufstelle für alle Patienten bezeichnen.

Es geht bei allen Anpassungen am sozialen System darum, was wir an sozialer Sicherheit der Schweizer Bevölkerung bieten wollen. Sparen ja, aber nur dort wo es sinnvoll ist. Eine Privatversicherung im ambulanten Bereich oder auch neue Alterswohnformen sind bereits heute schon ausgereifte Optionen, welche weit mehr Einsparungen bringen würden als die beabsichtigte und kontraproduktive Tarmedreduktion.

## 2.4 Unsere Forderung

### 2.4.1 Kein Systemumbau gegen den Willen der Bevölkerung

Der Tarmed wird zu unrecht als Kostentreiber angeprangert. In Tat und Wahrheit, wehren sich nur die Krankenkassen, geben die Mehrbelastung. Die Bevölkerung steht mehrheitlich hinter dem bestehenden System. Wer zahlt befiehlt.

### 2.4.2 Klare Definition von der Qualität in der Grundleistung

Die Kosten sind wie überall abhängig von der Qualität. Wird diese nicht mehr vergütet, folgt zwangsläufig eine Verlagerung in das Selbstzahlersegment. Anstelle nur über die Kosten im KVG zu reden, muss zu jeder Leistung auch die qualitative Erwartung definiert werden. Bis anhin war das wissenschaftlich (schulmedizinisch) belegte Optimum in der Grundversicherung abgedeckt. Es muss klar definiert sein, was die Grundversicherung in Zukunft abdeckt und was nicht. Nur so können wir das Segment der Mehrwerte und allenfalls Zusatzversicherungen fair und transparent lösen. Den Fortschritt und die Innovation sollten wir fördern und nicht bremsen. Dabei muss aber nicht alles von der Grundversicherung gedeckt sein (WZW-Kriterien). Bereits heute bieten wir eine Reihe von Dienstleistungen und Spezialbehandlungen an, welche zurzeit noch nicht den WZW-Kriterien entsprechen, die Qualität und die Patientenzufriedenheit aber nachhaltig steigern. Mehrwerte sind die Treiber der medizinischen Entwicklung, ohne dass sie die Grundversicherung belasten. Diese Trennung ist aus unserer Sicht das Optimum zwischen sozialem Gedankengut und Ökonomisierung.

Falls künftig die Grundversicherung nur noch das absolute Minimum bezahlt, werden wir zwangsläufig das Segment der Mehrwerte auch für Leistungen wie freie Arztwahl, zukommende OP-Planung, individuelle Betreuung, kurze Aufenthalte und bedarfsgerechte Produkte erweitern müssen. Im aktuellen Tarmedtarif 1.08 ist es uns noch möglich, diese von der Bevölkerung so geschätzten Qualitätsmerkmale in der Grundversicherung ohne Aufpreis anzubieten. Diese Tatsache trägt sicherlich viel zur hohen Qualitätseinschätzung unseres Gesundheitssystems bei.

Über die Ausgestaltung haben aber weder Bundesrat noch wir privaten Leistungserbringer zu entscheiden, sondern hier zählt der Volkswille. Auf Grund der vielen Abstimmungen, sollte dieser allen klar sein. Nur schon aus diesen Gründen, muss der Tarifeingriff rückgängig gemacht werden. Er entspricht keinem Bedürfnis der Patienten und der Bevölkerung.

Wir hoffen, dass die entscheidenden Gesundheitspolitiker (inkl. Bundesrat) den hohen Stellenwert der aktuell hervorragenden Grundversorger-Qualität für die Schweiz und deren Bevölkerung anerkennen.



### 2.4.3 Gesamtbetrachtung/soziale Ausgewogenheit

#### (externe Kosten, Verhältnismässigkeit)

Wir fordern den Bundesrat hiermit auf, die geplante Tarif-Massnahme (Tarmed-1.09\_BR) zurückzuziehen und den Fokus auf ein qualitatives Gesamtsystem zu richten, welches auch die externen Kosten und die Bedürfnisse der Patienten und der Bevölkerung berücksichtigt. Wir helfen gerne mit, solange es konstruktiv und nachhaltig ist.

Seit über 20 Jahren werden die Einkünfte der Ärzteschaft reduziert. Da kann man nicht von fehlendem Sparwille reden. Die Gesundheitspolitik sollte sich nicht nur nach den Rückmeldungen der Krankenkassen-Lobbyisten und der kantonalen Gesundheitsdirektoren ausrichten. Heute ist die ambulante, private Versorgung ein wichtiger Player geworden, welcher innovative Modelle rasch, günstig und patientenfreundlich umsetzen kann. Kommen Sie auf uns zu, wir haben praktikable Modelle, welche kostengünstig implementiert werden können. Wir bieten ein hervorragendes Preis-/Leistungsverhältnis.

Die bestmögliche Qualität findet immer Abnehmer, in der Schweiz sicher sogar eine grosse Mehrheit. Der vom Bundesrat geforderte Tarif, würde aber die Schweiz an einer erfindlichen Stelle spalten, denn er trifft die Schwächsten, namentlich die mittellosen Patienten, welche nicht die Möglichkeit besitzen, für die gute Behandlung einen Aufpreis zu bezahlen. Wir fordern deshalb einen sozialverträglichen und gesamtheitlich ausgerichteten Tarifanpassungsprozess.

## 3 Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Statistik, BFS. (2016). *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens*. Curafutura. (kein Datum). [curafutura.ch](http://curafutura.ch) / *Gründe der Kostenentwicklung der OKP*. Abgerufen am 2. September 2016
- Interpharma. (2017). *Gesundheitswesen Schweiz* (36. Ausg.). (V. d. Interpharma, Hrsg.) Basel, Schweiz.
- Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich (KOF). (17. Juni 2016). Konjunkturforschung Gesundheitsausgaben. (nzz.ch, Hrsg.) *Neue Zürcher Zeitung*, S. 3.
- Robert Koch Institut. (19. Juni 2012). [www.rki.de](http://www.rki.de). Abgerufen am 2017 von [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod\\_Rili\\_2012.pdf?\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medprod_Rili_2012.pdf?_blob=publicationFile)

AmtL	GP	<del>KOV</del>	CeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG						MT
SpD						BioM
KOM	22. Juni 2017					KS-Chir
Kamp						LMS
Int						Str
RM						2
P+O	I+S	GStr	MGF	Lg	AKV	AUV

Eidgenössisches Departement des  
Innern (EDI)  
CH-3003 Bern

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

Chur, 20. Juni 2017 VORO/TIRO

## Vernehmlassung Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Onkologie/Hämatologie des Kantonsspitals Graubünden als eine der grossen onkologischen Versorgungsstädten mit dezentraler Versorgung sämtlicher Regionalspitäler im Kanton Graubünden sowie im Liechtenstein hat mit Besorgnis die vorgesehenen Änderungen im TarMed zur Kenntnis genommen. Obwohl einzelne Aspekte des Tarifeingriffes zu begrüessen sind, wird dieser in der vorgeschlagenen Form die integrierte Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten deutlich verschlechtern. Die Tarifeingriffe werden negative Folgen auf die Behandlungsqualität haben. Die vorgeschlagenen Restriktionen per 1. Januar 2018 werden Patienten mit komplexen Krebserkrankungen nicht mehr gerecht. Insbesondere die anspruchsvolle und zeitintensive Betreuung wird verunmöglicht, derweil Übertherapien durchgeführt werden. Ich gehe in der Folge auf die einzelnen Punkte ein:

### Bundesrätlicher Eingriff Nr. 1: Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

#### Auswirkungen auf die Medizinische Onkologie

Auf dem Papier beträgt die Weiterbildungszeit für die Fachärzte [das männliche Geschlecht wird geschlechtsneutral verwendet] für Medizinische Onkologie 6 Jahre. Die meisten Onkologen besitzen jedoch mindestens zwei Facharztstitel. Die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors führt bei den Fachärzten für Medizinische Onkologie zu einer Reduktion der Taxpunkte von 11% auf die ärztliche Leistung (TP AL). Der sehr langen Weiterbildung und der damit verbundenen Qualität wird mit dem Tarifeingriff nicht mehr Rechnung getragen.

Auch steht die Massnahme im Widerspruch zum Ziel des Bundesrates, das er bereits beim ersten Eingriff im Jahr 2014 und nun erneut formulierte, dass der „Tarifeingriff das Ziel haben soll, dass die intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen stärker gewichtet werden sollen“. Während 90 % der Arbeitszeit erbringen onkologische Fachärzte und Fachpflege eine intellektuelle Leistung. Diese besteht vor allem aus Gesprächen mit dem Patienten und seinen Angehörigen.

Weiter haben die medizinischen Onkologen bei Krebspatienten eine Grundversorgerfunktion. Wir leiten nicht nur die Hausärzte in der Betreuung von diesen speziellen Patienten an, sondern koordinieren auch die verschiedenen involvierten Disziplinen wie Radiologie, Chirurgie und Radio-Onkologie. Auch werden die meisten Tumorboards von medizinischen Onkologen geführt.

Die Vertreter der Onkologie verkörpern somit die „sprechende Medizin“ und die Grundversorgung (bei den Krebspatienten), die vom Bundesrat gefördert werden soll. Sie dürfen deswegen nicht schlechter gestellt werden:

#### Änderungsanträge

- Die medizinischen Onkologen werden von der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors ausgenommen. Ihr Dignitätsfaktor von 1.086 wird beibehalten.
- *Variante: Falls der Bundesrat beim einheitlichen Dignitätsfaktor von 0.968 bleiben möchte, wird für medizinische Onkologen mit einer nachgewiesenen mindestens 6-jährigen Weiterbildungszeit ein Zuschlagsfaktor von 1.11 auf die onkologischen Positionen des Kapitel 00 eingeführt (in gleicher Logik wie die Begründung des Abschlagsfaktors 0.94 für die Ärzte mit dem Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt / Ärztin“ mit ihrer lediglich 3-jährigen Weiterbildungszeit).*

#### Sonderfall Konsiliarische Beratung (Pos. 00.2110 und 00.2120) durch Fachärzte für medizinische Onkologie:

Konsiliarische Untersuchungen und Beratungen werden durch die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors mit einem Abschlag von 26 % auf die ärztliche Leistung (AL) besonders stark betroffen. Diese Leistungen, die eine besonders hohe Fachkompetenz und deshalb Weiterbildungszeit benötigen, sind im aktuellen Tarmedbrowser mit FMH 8 (Dignitätsfaktor 1.3046) hinterlegt.

Diese starke Abwertung trifft medizinische Onkologen, die bei onkologischen Patienten meistens die Funktion als „Case Manager“ übernehmen besonders stark. Hier wären durch den Bundesratseingriff ausgerechnet diejenigen Ärzte stark negativ betroffen, die in einem hochkomplexen Feld wie die Onkologie eine wichtige Aufgabe übernehmen, nämlich indem sie durch die Koordination der verschiedenen involvierten Disziplinen Leerläufe und unnötige Ausgaben minimieren. Auch hier besteht die Gefahr, dass durch Übertherapien dieser Mechanismus kompensiert wird.

Der Bundesrat und die kantonalen Gesundheitsdirektoren haben in der „Nationalen Strategie gegen Krebs 2014 – 2017“ die Versorgungsqualität und Versorgungsorganisation als wichtige Projekte bezeichnet. Der aktuelle Tarifeingriff entzieht diesem Vorhaben die finanzielle Grundlage.

#### Änderungsantrag

- Konsiliarische Beratung (Pos. 00.2110 und 00.2120) werden von der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors ausgenommen, der Dignitätsfaktor von 1.3046 wird beibehalten.
- *Variante: Falls der Bundesrat beim einheitlichen Dignitätsfaktors von 0.968 bleiben möchte, wird für medizinische Onkologen eine eigenständige Position „Konsiliarische Beratung durch den Facharzt für Medizinische Onkologie“ im Kapitel 00 mit dem Dignitätsfaktor von 1.3046 eingeführt.*

#### Bundesrätlicher Eingriff Nr. 6: Umwandlung der Handlungs-leistungen „Untersuchung durch den Facharzt“ in Zeitleistungen

##### Auswirkungen auf die Medizinische Onkologie

Mit der Verweigerung des Grundversorgerstatus darf der medizinische Onkologe mit dem bundesrätlichen Eingriff die Positionen „Untersuchung des Patienten“ (00.0415 und 00.0425)

nicht mehr abrechnen. Die Wegnahme dieser Leistungsposition wurde nicht kompensiert, die Position 00.1530 („Behandlung durch FA Onkologie“) darf weiterhin nur 36x pro Quartal abgerechnet werden. Mit dieser Position kann die für den Patienten verbrachte Zeit nie und nimmer abgerechnet werden.

Als Beispiel ist ein typischer Fall von einer Brustkrebspatientin, welche eine adjuvante Chemotherapie benötigt, exemplarisch aufgeführt. Die Patientin erhält die weltweit (und auch in der Schweiz) am häufigsten applizierte Chemotherapie 4x EC (3 Monate) gefolgt von 12x Paclitaxel wöchentlich (ebenfalls 3 Monate). Aufgrund der spezifischen, zum Teil heftigen Nebenwirkungen muss die Behandlung gemäss Swissmedic von „entsprechend qualifizierten Ärzten“ appliziert und überwacht werden.

Aufgelistet sind die für diese Chemotherapie benötigten Konsultationen im ersten Quartal:

1. Konsultation: Vorbereitung, Aufklärungsgespräch (80 Minuten);
2. Konsultation: Fragen klären, Laboruntersuchungen und körperliche Untersuchung gross (60 Minuten);

Total 4 Konsultationen: EC-Gabe, kleiner Untersuch (je 30 Minuten);

mindestens 8 Konsultationen: Toxizitätskontrolle, gezielte Kurzuntersuchung, Nebenwirkungsmanagement (je 20 Minuten).

Im zweiten Quartal wird die Chemotherapie Paclitaxel wöchentlich appliziert (Konsultation analog EC-Gabe) gefolgt von einer Abschlusskonsultation mit grosser ärztlicher Untersuchung, sowie Einleitung und Besprechung des weiteren Prozedere inklusive Nachsorge bezüglich Mammakarzinom und Langzeittoxizität (60 Minuten).

Pro Quartal beträgt der notwendige Zeitaufwand somit 420 Minuten. Wenn die körperliche Untersuchung durch den Facharzt für medizinische Onkologie nicht mehr abgerechnet werden darf, können nur noch 180 Minuten abgerechnet werden. Dies ist eine unfaire Rationierung der von der Swissmedic geforderten „entsprechend qualifizierten Ärzten“.

Die Einsparungen bei den ambulanten Untersuchungen durch Onkologen werden zu mehr unerfassten und somit untherapierten Nebenwirkungen und somit zu vermehrten Klinik-einweisungen und Mehrkosten führen. Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

#### **Änderungsantrag**

- Die Limitierung von „Behandlung durch den Facharzt Onkologie“ (Pos. 00.1530) ist von 36x auf 84x pro Quartal anzuheben (analog der Position „Behandlung durch den Facharzt Immunologie“).
- *Variante: die Fachärzte für medizinische Onkologie müssen weiterhin ihre Patienten während einer Chemotherapie untersuchen und somit die Positionen „Untersuchung des Patienten“ (00.0415 und 00.0425) ebenfalls abrechnen können.*

#### **Bundesrätlicher Eingriff Nr. 8: Interpretation der Leistungen in Abwesenheit des Patienten präzisieren sowie die jeweiligen Limitationen anpassen**

##### **Auswirkungen auf die Medizinische Onkologie:**

Die Limitation von 30 Minuten pro Quartal ist in der Onkologie nicht umsetzbar und deshalb abzulehnen.

Gerade bei onkologischen Patienten entstehen enorme Datenmengen die detailliert in einen Therapieplan umzusetzen sind (CT, PET-CT, Sonographien, MRI, Laborwerte, molekularbiologische und genetische Analysen). Diese Befunde müssen ausführlich interdisziplinär besprochen werden. Einerseits unilateral im Vorfeld, andererseits in der Folge aber auch im Rahmen der Tumorboards. Die Tarifrevision anerkennt die komplexen interdisziplinären Besprechungen im Rahmen des Tumorboards nicht mehr an und greift damit direkt die bereits vom Bund garan-

tierte nationale Strategie gegen Krebs fundamental an. Durch einen Wegfall dieser Position ist zu befürchten, dass die interdisziplinäre Besprechung dieser Patienten und damit die integrierte Versorgung ebenfalls wieder wegfällt und es insgesamt zu massiven Mehrkosten sowie schlechterer Patientenversorgung kommt.

**Zusätzlich sollen die Patienten aus Qualitätsgründen gemäss der „Nationalen Strategie gegen den Krebs 2014-2017“ an Tumorboards besprochen werden. Um eine optimale Abklärung und Behandlung zu garantieren, bedarf es je 1-2 prä- und postoperative Tumorboard-Vorstellungen (je 10 Minuten, Vorbereitung je 20 Minuten). Ohne diesen Zeitaufwand ist eine qualitativ hoch stehende onkologische Versorgung nicht möglich.**

Neben der Tumorboards, an welchen Therapieempfehlungen erstellt werden, bedarf ein onkologischer Patient regelmässige Absprachen und Koordination zwischen den verschiedenen involvierten Spezialisten (Wann startest du mit der Chemotherapie? Wann kann ich dann frühestens die gleichzeitige Radiotherapie beginnen? Wann bist du mit der Chemotherapie fertig, damit ich die Operation einplanen kann? Etc.). Im hochkomplexen Gebiet der Onkologie mit multidisziplinären Behandlungen ist eine einfache Zuweisung wie vom Grundversorger zum Spezialisten (Unklare Blutbildveränderung, bitte abklären) nicht möglich.

Auch ist die Zusammenarbeit der Fachärzte für Medizinische Onkologie dem Umfeld der Patienten (dazu gehören beispielsweise Angehörige, Hausärzte, Spitex, palliativer Brückendienst, Sozialarbeiter, Krebsliga, Arbeitgeber und involvierte weitere Spezialisten) bei onkologischen Patienten ganz besonders wichtig und unabdingbar für einen Erfolg der Behandlung.

Weiter wird im Krebsregister-Gesetz verlangt, dass den kantonalen Krebsregistern regelmässig Patientendaten geliefert werden. Diese Daten werden in Abwesenheit des Patienten zusammengestellt und dem Krebsregister zugesandt. Im Falle einer Limitierung können diese Leistungen nicht mehr (oder müssen ohne Entgelt) erbracht werden. Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

**Die enge Limitierung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten in der Onkologie steht zu den erwähnten Punkten im markanten Widerspruch. Auch besteht ein deutlicher Widerspruch zur „Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2017“, insbesondere die Projekte „Früherkennung“, „Patientenpfade/Qualitätsentwicklung“, „Versorgung“ und „Epidemiologie und Monitoring“ sind gefährdet.**

Es ist einfach vorstellbar, dass die Einsparungen bei den ambulanten Leistungen in Abwesenheit in der Onkologie zu vermehrten Klinikeinweisungen und längeren Hospitalisationen, und damit verbunden zu längerer Arbeitsunfähigkeit und schlussendlich zu Invalidität und Mehrkosten führen wird.

#### **Änderungsanträge**

- Aufgrund des ausserordentlich hohen Aufwandes ohne Anwesenheit des Patienten in der Onkologie (komplexe Patientensituationen, interdisziplinäre und interprofessionelle Betreuung, spezielle Gesetzgebung) ist eine neue Position „Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Medizinische Onkologie“ zu schaffen – diese ist in der Limitierung von 30 Minuten pro Quartal nicht eingeschlossen;
- Diese neue Position kann auf Wunsch noch weiter aufgeschlüsselt werden: „interdisziplinäre Besprechung“, „Tumorboard“, „gesetzliche Datenerfassung“, etc.

### **Sonderfall Versicherungsanfragen**

Aufgrund der deutlich gestiegenen Medikamentenkosten haben die Nachfragen der Krankenkassen massiv zugenommen. So muss zwischenzeitlich jedes Medikament mit einer Limitation (in der Onkologie betrifft dies praktisch alle Therapeutika wie auch die Begleitmedikation!) gegenüber der Versicherung ausführlich begründet werden. Diese Versicherer-Anfragen machen zwischenzeitlich in der Onkologie den grössten Anteil der ärztlichen Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten aus.

Da die medizinischen Fortschritte in der Onkologie rapide zugenommen haben und die regulatorischen Mechanismen Zeit bedürfen, finden viele der onkologischen Therapien im „off label use“ oder „compassionate use“ statt. Die Beantragung dieser Therapien bei den Versicherungen bedarf eines grossen Zeitaufwandes. Meistens verlangen die Versicherer mehrere Originalpublikationen, das zur Anwendung kommende Chemotherapie-Schema sowie die zu applizierenden Dosen der Therapeutika.

### **Änderungsantrag**

- Es ist eine zusätzliche Position „Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten – Korrespondenz mit dem Garanten“ zwingend zu schaffen; diese Leistung muss unlimitiert sein, da sie direkt vom Garanten verursacht wird.

Zusammenfassend müssen wir die erwähnten zeitlichen Limitationen sowie Änderungen für Patienten mit chronischen hämatologischen und onkologischen Erkrankungen ablehnen, andernfalls ist die ambulante integrierte Betreuung bei dieser vulnerablen Gruppe nicht sicher zu stellen. In diesem Sinne möchten wir den Bundesrat auffordern, unsere Bedenken im Interesse der Betroffenen Rechnung zu tragen.

Bei Fragen zur Stellungnahme stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Prof. Dr. med. Roger von Moos  
Chefarzt Onkologie/Hämatologie  
Kantonsspital Graubünden  
Präsident SAKK



PD Dr. med. Richard Cathomas  
Stv. Chefarzt Onkologie/Hämatologie

Kantonsspital Graubünden  
Departement Institute  
**Zentrales Röntgeninstitut**  
Chefarzt Prof. Dr. med. Th. Böhm  
Loëstrasse 170  
CH-7000 Chur

Tel. +41 (0)81 256 64 50  
Fax+41 (0)81 256 66 56  
thomas.boehm@ksgr.ch  
www.ksgr.ch

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

### **Vernehmlassung: „Änderungen der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung“ vom 21. März 2017**

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

der Bundesrat hat am 22.3.2017 eine Überarbeitung des ambulanten Tarifs vorgenommen die zu massiven asymmetrischen Kürzung der Vergütung ambulanter Leistungen einzelner Leistungsbringer im Gesundheitswesen führt. In weiten Teilen stützt sich das BAG hierbei auf Vermutungen von angeblichen Übertarifierungen, eine Missinterpretation der täglichen radiologischen Arbeit sowie ungerechtfertigte Extremforderungen von Tarifparteien wie curafutura und H+.

Eine offizielle Aufforderung zur Einreichung von Änderungsvorschlägen an alle Tarifparteien ist nicht erfolgt und wurde dementsprechend auch nicht berücksichtigt.

Die vorgenommenen Änderungen sind dementsprechend willkürlich und nicht sachgerecht, wie es Art. 43 Absatz 4 KVG grundsätzlich vorsieht.

Darüber hinaus ist eine qualitativ hochstehende Versorgung wie im Art. 43 Absatz 6 KVG gefordert durch diese Änderungen in der Zukunft gefährdet.

#### **Vereinheitlichung des quantitativen Dignitätsfaktors:**

Durch die Einführung eines Facharztstitels „Allgemeine Innere Medizin“ mit einer Weiterbildungszeit von 5-6 Jahren ist die Ausbildung zum Allgemeinmediziner deutlich aufgewertet und an die Weiterbildungszeiten anderer Spezialisten angepasst worden. Die längere Weiterbildungszeit für den Allgemeinmediziner müsste nun also zu einer Erhöhung des Dignitätsfaktors führen, da die gering bezahlte Weiterbildungszeit nun deutlich verlängert wurde. Durch den vorliegenden Entwurf wird generell eine deutliche Abwertung ärztlicher Ausbildung vorgenommen indem der quantitative

**Chefarzt**  
Prof. Dr. med. Thomas Böhm  
thomas.boehm@ksgr.ch

**Leitende Ärzte**  
Dr.med. Jutta Eichholz  
jutta.eichholz@ksgr.ch

Dr. med. Tobias Freyholdt  
tobias.freyholdt@ksgr.ch

PD Dr. med. Nadine Kawel-Böhm  
nadine.kawel@ksgr.ch

Dr. med. Patrick Knüsel  
patrick.knuesel@ksgr.ch

Dr. med. Dirk Müller  
dirk.mueller@ksgr.ch

Dr. med. Claude Nauer  
claudio.nauer@ksgr.ch

Dr. med. Alexander Rieke  
alexander.rieko@ksgr.ch

PD Dr. med. Christoph Schöffeler  
christoph.schaeffeler@ksgr.ch

**Stv. Leitender Arzt**  
Dr. med. Djahesh Noor  
djahesh.noor@ksgr.ch

Dignitätsfaktor einheitlich auf 0,968 herabgesetzt wird. Dies ist aus Qualitätsgründen unverständlich und in keiner Weise als sachgerecht zu interpretieren.

Wenn man diese Abwertung und Angleichung unbedingt vornehmen möchte, sollte man den quantitativen Dignitätsfaktor auf 1 setzen und damit streichen.

### **Vorwurf der „medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung“**

Die Zunahme der Bildgebung, insbesondere hochtechnisierter Schnittbildgebung wie CT, MRI und PET-CT bzw. PET-MRI ist ein weltweites Phänomen der modernen Medizin und betrifft dementsprechend auch die Schweiz. Untersuchungen an der Mayo Clinic in den USA zeigen im Zeitraum 1999-2010 eine Zunahme der Anzahl der CT Untersuchungen um 68% und der Anzahl der MRT-Untersuchungen um 85% (1). Eine Multicenter-Studie aus den USA beschreibt eine jährliche Zunahme von CT-Untersuchungen um 14% bei einem gleichzeitigen Anstieg der MRT-Untersuchungen um 20% pro Jahr (2). Eine Beobachtung aus dem University of California Medical Center in Sacramento zeigte zwischen 2000 und 2004 mit 48% versus 27% sogar einen weit höheren Anstieg der CT-Diagnostik im stationären gegenüber dem ambulanten Bereich(3).

Auch in unserer Abteilung verzeichnen wir einen Anstieg der ambulanten CT-Bildgebung im Zeitraum 2012-2016 um insgesamt 29,43% sowie der ambulanten MRT-Untersuchungen um 29,51%. Im selben Zeitraum steigen aber die stationär durchgeführten MRT-Untersuchungen ebenso um 23,7%. Dieses zusätzliche Aufkommen an Arbeit musste im selben Zeitraum mit einem Anstieg der Stellenprocente für Kaderärzte um 25,88% kompensiert werden.

Was sind die Ursachen für die Zunahme der Schnittbildgebung in der modernen westlichen Medizin?

#### *1. Alterung der Gesellschaft*

Untersuchungen zur Häufigkeit der Bildgebung in verschiedenen Altersgruppen zeigen einen rasanten Anstieg der Bildgebung/1000 Personen pro Jahr ab der Altersgruppe 45-55 Jahre bis zu einem Maximum/Plateau in den Altersgruppen 75-84, 85-94 und 95+(4). Obwohl in jüngeren Altersgruppen ebenfalls ein moderater Zuwachs beobachtet wird so ist die erhöhte Lebenserwartung und damit auch die verlängerte oder erhöhte Morbidität in der heutigen Zeit ein maßgeblicher Kostenfaktor für das Gesundheitswesen. Die Schweiz hat eine der höchsten Lebenserwartungen der Welt was maßgeblich durch den hohen medizinischen Versorgungsstandard gewährleistet wird. Diese hohe Lebenserwartung übt zweifelsohne einen finanziellen Druck auf die Gesundheitskosten aus.

#### *2. Einzelleistungstarif und Selbstzuweisung*

Aus der Zuweiserstruktur in der Radiologie erkennt man, dass eine sogenannte Mengenausweitung durch eine vermehrte Selbstzuweisung durch die Radiologen an sich vernachlässigbar bis gar nicht existent ist. Mehr als 99,9% der ambulanten Patienten in einer radiologischen Institution werden durch Kollegen anderer Fachdisziplinen zur Bildgebung zugewiesen. Ein nicht unerheblich großer Anteil der Schnittbildgebung wird auch durch allgemeinmedizinische Spezialisten zur Bildgebung an die Radiologie weiterverwiesen. Beispielsweise werden an unserem Institut 52,9% der MRI-Untersuchungen am Bewegungsapparat durch Hausärzte in Auftrag gegeben. Dementsprechend tragen die Hausärzte selbst erheblich zur Zunahme der Schnittbilddiagnostik bei.

Studien aus den USA zeigen, dass der Zuwachs der Bildgebung zwischen einer Gruppe mit „fee-for-service“ Verträgen (Einzelleistung) und einer Gruppe mit Pauschalverträgen nahezu identisch ist (4, 5). Gleiches zeigen unsere internen Beobachtungen. Der Anstieg der Schnittbildgebung im stationären Bereich ist nahezu gleichwertig zum Anstieg im ambulanten Bereich, obwohl die Mehrarbeit im Rahmen der stationären Bildgebung durch die gleichbleibenden DRG-Pauschalen nicht vergütet wird. Es besteht also ein vermehrter Bedarf an CT und MRI unabhängig davon ob eine Leistung nun einzeln vergütet wird oder in einer Pauschale untergeht.

Der Einzelleistungstarif ist also keine Ursache für mehr Bildgebung.

Der Einzelleistungstarif erhöht jedoch sicher die Motivation der Radiologie das hohe Aufkommen an Zuweisungen schnell und auch mit Ausweitung von Personal, Technik und Arbeitszeit zu bewältigen. Fällt die adäquate Leistungshonorierung weg, dann wird Arbeitszeit eingeschränkt, Personal reduziert werden und es wird dementsprechend eine deutlich längere Wartezeit resultieren.

Im Gegensatz zu den durch den Bundesrat lediglich vermuteten aber nicht bewiesenen Ursachen der sogenannten „Mengenausweitung“ ist die qualitative Dignität der Radiologie für bildgebende Untersuchungen insbesondere MRT und CT unbedingt erhaltenswert und letztlich ein Garant um unnötige Selbstzuweisungen durch klinische Fachdisziplinen zu verhindern.

### *3. Rechtliche Absicherung*

Eine Beobachtung der Massachusetts Medical Society geht davon aus, dass nahezu 25% der bildgebenden, hochtechnisierten Studien in den USA zur rechtlichen Absicherung gegen Schadensersatzklagen erfolgen (5). Im Gegensatz zu den USA wird in der Schweiz nicht in gleichem Masse prozessiert, allerdings ist es durchaus wichtig klinisch erhobene Befunde vor weiteren, teils invasiven Maßnahmen definitiv und objektiv durch eine adäquate Schnittbildgebung abzusichern.

### *4. Patientenwunsch*

Mit den modernen Kommunikationsmedien wie TV, Internet und soziale Medien hat die Laienmedizin einen Höhepunkt erreicht. Die Patienten haben eine hohe Erwartung an ihre Ärzte und fühlen sich erst optimal versorgt, wenn ein Maximum an Diagnostik erfolgt ist. Es geht sogar so weit, dass die Patienten eine Nichtabklärung mit beispielsweise MRI als eine Vorenthaltung von medizinischer Diagnostik durch den Arzt empfinden (6). Patientenzufriedenheit wird heutzutage auch durch ein hohes Maß an Einsatz technischer Medizin beeinflusst und ist ein wichtiger Faktor für die subjektiv empfundene Qualität eines Arztes. „Arzthopping“ bis zum Erlangen der gewünschten Überweisung zur Bildgebung ist im täglichen Alltag keine Seltenheit.

### *5. Doppeluntersuchungen*

Das Ausmaß an Doppeluntersuchungen in der Radiologie wird in westlichen Industrienationen in einer Höhe von 4-16% angegeben (7). Die Ursachen liegen zum einen in der freien Arztwahl und mangelnden Kommunikation der Patienten mit den verschiedenen konsultierten Ärzten. Andererseits ist nicht-radiologische Bildgebung in vielen Fällen durch veraltete Technik und mangelnde Qualitätskontrolle nicht ausreichend verwertbar, so dass die Notwendigkeit einer adäquaten

Bildgebung besteht. Darüber hinaus führen Fehlinterpretationen nicht-radiologischer Bildgebung aufgrund mangelnder radiologischer Kenntnisse zu unnötigen Folgeuntersuchungen. Bildgebung in der radiologischen Disziplin, Bildung von Bildgebungszentren mit Subspezialisierung sowie verstärkte Förderung flächendeckender Bildarchivierungs- und Kommunikationssysteme sind notwendig um solche Doppeluntersuchungen in Zukunft zu reduzieren.

#### *6. Technischer und wissenschaftlicher Fortschritt*

In den letzten Jahren sind in vielen Bereichen der Schnittbildgebung und der medizinischen Forschung teilweise massive Verbesserungen erreicht worden. Dies betrifft nicht nur die schnellere Akquise von einer deutlich höheren Anzahl an Aufnahmen, sondern auch die Bildqualität und Detailerkennbarkeit sowie die Reliabilität von Befunden. Darüber hinaus haben eine Reihe neuer technischer Entwicklungen Einzug in den klinischen Alltag gefunden, die es erlauben Krankheiten mit einer deutlich erhöhten Sicherheit zu diagnostizieren. In einer modernen Medizin werden diese Erkenntnisse eingesetzt um die optimale Versorgung zu gewährleisten. Heute können Pathologien mit der Schnittbildgebung sicher abgeklärt werden, die vor Jahren noch nicht oder nur mit wenig Sicherheit diagnostiziert werden konnten. Dies geschieht zum Schutz und im Sinne der Patienten. Damit können unnötige invasive Eingriffe verhindert oder reduziert werden und die Patienten frühzeitig adäquat behandelt werden.

Der hohe Nutzen der Bildgebung für die klinischen Zuweiser liegt nicht allein im Nachweis einer klinisch vermuteten Diagnose, sondern zu einem hohen Prozentsatz auch im Ausschluss spezifischer Erkrankungen und damit in einer eindeutigen Verbesserung des diagnostischen Workflows.

#### **7. Planung vor Interventionen/ Operationen**

Viele interventionelle oder operative Eingriffe können nach vorheriger Bildgebung mit größerer Sicherheit und Präzision durchgeführt werden und reduzieren damit die Verweildauer im Spital. Entsprechende Schnittbilduntersuchungen werden zur Planung des Eingriffs durch die klinischen Spezialisten angemeldet.

#### **8. Leitlinien**

Medizinischer Fortschritt in der Diagnostik und Verlaufskontrolle von beispielsweise Krebserkrankungen werden standardmäßig nach offiziellen Leitlinien durchgeführt. Hierbei spielt die Bildgebung eine zentrale Rolle und wird in wesentlich engeren Abständen durchgeführt bzw. verlangt um schneller auf Veränderungen im Sinne des Patienten reagieren zu können. Dies führt unweigerlich zu einem Anstieg der medizinischen Bildgebung (6).

### **Kosteneffektivität der medizinischen Bildgebung**

Die Zunahme der medizinischen Bildgebung führt nur vordergründig zu steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Betrachtet man dies gesamtwirtschaftlich unter dem Aspekt der Kosteneffektivität führt die vermehrte Nutzung der Bildgebung zu signifikanten Kosteneinsparungen im Vergleich zu herkömmlichen diagnostischen Methoden.

Als Beispiel zeigt eine Studie von Bryan et al, dass ein liberaler Einsatz der MRT in der Evaluation von chronischen Knieschmerzen die Gesundheitskosten nicht signifikant erhöht, weil im Gegenzug

in einem signifikanten Anteil von Patienten auf eine diagnostische Arthroskopie verzichtet werden kann (8). Weitere Studien haben den Zusammenhang des Einsatzes moderner Bildgebung mit einer erhöhten Lebenserwartung, Reduktion der Mortalität, einer geringeren Anzahl explorativer Operationen und einer Reduktion und Verkürzung von Spitalaufenthalten aufgezeigt.

### **Folgen einer politisch gesteuerten Reduktion medizinischer Bildgebung**

Wenn ein Zuwachs an Bildgebung eine bessere Versorgung für die Patienten erreicht hat bedeutet eine politisch induzierte Reduktion medizinischer Bildgebung die Umkehrung dieses Effekts? Untersuchungen in den USA zeigen in Sparten mit bewusst reduzierter medizinischer Bildgebung einen Anstieg der Patientenverweildauer im Spital im gleichen Zeitraum. Obwohl dieses Phänomen nicht direkt miteinander korreliert werden kann warnen die Autoren des Harvey K. Neiman Health Policy Institutes in ihrem Gesundheitsreport vor den Auswirkungen einer politisch forcierten Reduzierung medizinischer Bildgebung (9). Die negativen Folgen solcher Eingriffe werden als derzeit noch nicht überschaubar eingestuft. Die Autoren warnen vor negativen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung, Schließung privater Bildgebungsinstitute mit einer deutlichen Verlängerung von Wartezeiten, Aufschiebung von wichtigen Investitionen in neue Technik und höheren Spitalkosten da Krankheiten später diagnostiziert werden. Allzu vehemente staatliche Eingriffe in den Markt des Gesundheitsbedarfs könnten weitreichende Folgen haben, die erst in Jahren absehbar sind.

### **Definition der Tätigkeit eines radiologischen Facharztes**

#### *1. Streichung der Minutagen für Leistungen im engeren Sinn*

Der vom Bundesrat vorgelegte Entwurf reduziert die ärztliche Leistung (AL) in der Diagnostik von Schnittbilduntersuchungen auf die reine Befunderstellung. Dies entspricht jedoch nicht einer sachgerechten Änderung des Tarifs, wie vom Bundesrat angegeben. Die Tätigkeit eines Radiologen umfasst in Rahmen einer Schnittbilduntersuchung wesentlich mehr als die Befunderstellung:

1. Überprüfung der Indikation anhand der Anamnese ggf. Rücksprache mit dem Zuweiser
2. Begutachtungen von bereits vorliegenden Voruntersuchungen/Aktenstudium
3. Festlegung eines individuellen Untersuchungsprotokolls
4. Patientengespräch und evtl. klinische Beurteilung vor der Untersuchung
5. Hinweis an die technische Assistenz über Besonderheiten der Durchführung
6. Kontrolle der Untersuchungsqualität
7. Ggf. Änderung des Untersuchungsprotokolls oder Korrekturanweisungen
8. Je nach Primärbefund ggf. weitere Sequenzen anordnen und wieder kontrollieren
9. Begutachtung der Aufnahmen
10. Erstellung des schriftlichen Befundes
11. Zusätzliche Auswertungen/ Rekonstruktionen mit spezieller Software
12. Ggf. Rücksprache mit dem Zuweiser bei unklaren Befunden oder Notfallbefunden
13. Korrektur des schriftlichen Befundes

14. Bei Notfällen ggf. Organisation der weiteren Behandlung
15. Bildbesprechung/Rapport
16. Monitoring und Anpassung der Strahlendosis

Dies sind Arbeitsgänge die arbeitstäglich und i.d.R. *bei jedem* Patienten durchgeführt werden und für eine qualitativ hochwertige Bildgebung notwendig sind. Bei speziellen Untersuchungen (z.B. bildgebungsbesteuerte Interventionen) ist der Radiologe während der gesamten Untersuchung anwesend bzw. führt diese durch.

Aufgrund dieser Tätigkeiten liegt keine substantielle und generelle Übertarifierung vor, wie vom Bundesrat vermutet. Eine Kürzung der Leistung im engeren Sinne für die Durchführung einer CT oder MRT ist eine nicht sachgerechte Fehlinterpretation der radiologischen Tätigkeit und bestraft Institutionen mit einem hohen Qualitätsanspruch. Dem Patienten muss allerdings nach KVG eine hohe Qualität zugesichert werden können.

Bei der Streichung der Leistung im engeren Sinne wird der Argumentation des Spitalverbandes H+ gefolgt der diese ärztliche Leistung in seinem Vorschlag gestrichen hat. Hierbei handelt es sich doch hauptsächlich um den Versuch der Geräteinhaber an den Spitälern den Abschlag auf die technischen Leistungen auf Kosten der ärztlichen Leistungserbringer gering zu erhalten. Diese einseitige Vorgehensweise entspricht jedoch nicht den Tatsachen in der klinischen Tätigkeit und behindert zukünftige partnerschaftliche Tarifverhandlungen.

## *2. Streichung der ärztlichen Leistung für Zuschlagsleistungen*

Durch die Kontrolle der Anamnese und der Auswahl der geeigneten Untersuchungsmethode sowie die Kontrollierung des Befundes während der Durchführung der Untersuchung wird die optimale Diagnostik für jeden einzelnen Patienten gewährleistet.

Bei einer Vielzahl von Erkrankungen oder Befunden ist es von essentieller Bedeutung für die Beurteilbarkeit einer Untersuchung eine mehrphasige Kontrastmitteldarstellung, eine zusätzliche Angiographie oder eine KM-Spätphase bzw. eine weitere Untersuchung wie eine Diffusionswichtung oder Spektroskopie durchzuführen. Diese medizinisch notwendigen Zusatzuntersuchungen werden durch den Arzt medizinisch indiziert und überwacht. Zusätzliche Bildinformationen müssen begutachtet werden und fließen in die Befundung mit ein. Der dadurch entstandene, teilweise nicht unerhebliche zeitliche Mehraufwand muss vergütet werden.

In der Vergangenheit möglicherweise pekuniär motivierte Mehruntersuchungen entsprechen einem Betrug am Beitragszahler, im Falle der CT sogar einer Körperverletzung und sind nicht zu akzeptieren. Es sei darauf hingewiesen, dass es sich dabei keineswegs um eine „common practice“ in der Radiologie sondern um einzelnes Fehlverhalten handelt. Kontrollmechanismen auch innerhalb des Berufsverbandes und Leitlinien für Untersuchungen sind notwendig um dies zu verhindern. Die Streichung der Minutagen für Zuschlagsleistungen stellt den Großteil der Radiologen, die ehrlich und medizinisch korrekt arbeiten an den Pranger und ist nicht sachgerecht.

## *3. Technischer Fortschritt und Arbeitsbelastung*

Die Annahme der technische Fortschritt würde die Arbeitsbelastung radiologisch tätiger Ärzte reduzieren ist falsch und zeugt von einem Unwissen hinsichtlich der radiologischen Tätigkeit. Genau das Gegenteil ist der Fall. Sowohl im MRT als auch im CT werden eine Vielzahl von zusätzlichen Bildern bei einer höheren Bildqualität akquiriert. Eine Studie der Mayo Clinic zeigt, dass mit einem Anstieg der CT-Untersuchungen zwischen 1999 und 2014 um 64% ein Anstieg der CT-basierten Bilder um 1300% einhergeht (1). Genauer gesagt bedeutet dies, dass die Anzahl der Bilder/CT-Untersuchung von 82 Bildern/CT-Untersuchung 1999 auf 679 Bildern/CT-Untersuchung im Jahr 2010 gestiegen ist. Musste ein Radiologe im Jahr 1999 noch 164 Bilder/MRI-Untersuchung begutachten so muss er nun pro MRI Untersuchung im Schnitt 570 Bilder begutachten und in die Befundung mit einbeziehen. Auch sind die klinisch tätigen Kollegen viel mehr auf den bildgebenden Befund angewiesen als früher und haben einen höheren Anspruch an die Geschwindigkeit bis zur endgültigen Befundfertigstellung (10). Bei onkologischen Patienten z.B. genügt nicht mehr die alleinige Befundung der CT-Bilder. Gesonderte Auswertungsprogramme zur Beurteilung des Therapieverlaufes nach RECIST-Kriterien müssen angeschafft und durch den Radiologen zusätzlich bedient und ausgewertet werden.

Steigende Ansprüche an die Qualität und die Notwendigkeit systematischer Qualitätskontrollprogramme führen zu zusätzlichen, im Tarif nicht abgebildeten, aber zeitaufwändigen, Tätigkeiten des Radiologen. So ist z.B. das Führen eines Dosismanagementsystems mit erheblich zeitlichem und finanziellem Aufwand verbunden.

Parallel zu diesen Fakten lässt sich ein Negativtrend in der Arbeitszufriedenheit der Radiologen nachweisen. Untersuchungen in den USA zeigen in Umfragen unter Ärzten, dass sich die Arbeitszufriedenheit der Radiologen im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen am unteren Ende der Skala befindet (11). Des Weiteren ist die Burnout Rate unter Radiologen mittlerweile vom Platz 18 in 2013 auf Platz sieben unter allen Ärzten gestiegen.

All dies verdeutlicht die extreme Verdichtung der Arbeit und die hohe Anspannung welche radiologisch tätige Ärzte erfahren. Zusammen mit dem generellen Anstieg an Untersuchungszahlen ist dieses hohe Arbeitspensum nur durch eine Ausweitung der Arbeitszeit bei gleichzeitig erhöhtem Personalbedarf und einer massiven Effizienzsteigerung in den Abläufen annähernd zu kompensieren. Es ist daher unverständlich und schlichtweg falsch aus dieser Arbeitsverdichtung für die radiologisch tätigen Ärzte eine Rechtfertigung für die Senkung der ärztlichen Leistung abzuleiten.

## **Taxpunktwerte**

Die vorgenommenen Berechnungen zu den Taxpunkten beruhen auf der Annahme eines Taxpunktwertes von 1Sfr. Im Kanton Graubünden beträgt der Taxpunktwert im ambulanten Bereich derzeit 0,82 Sfr. Dies zeigt schon die deutliche Schieflage der medizinischen Vergütung und verstärkt die Auswirkungen der Kürzungen auf die mit einem niedrigen Taxpunktwert bereits benachteiligten Kantone.

## **Abrechnungsbeispiel AL:**

MRT der Prostata mit ärztlicher Spulenpositionierung, Durchführung und Auswertung morphologischer Bildgebung, Spektroskopie, Diffusionsbildgebung und Erstellung strukturierter PIRADS-Befund, Tumorboard-Präsentation, Postoperative pathologisch-radiologische Korrelation zur Qualitätssicherung:

Bis 31.12.2017: AL: 121,57 Sfr.  
Ab 1.1.2018: AL: 52,50 Sfr. → -56,81%

Von einer sachgerechten Änderung der Honorierung nach dem KVG kann offensichtlich keine Rede mehr sein.

### **Diskussion**

Der vorliegende Entwurf zur Änderungen der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung durch den Bundesrat beruht auf Vermutungen von Übertarifierungen und spiegelt keine sachgerechte Änderung der ambulanten Abrechnung wider. Es muss davon ausgegangen werden, dass zur Begründung der Änderungen einer einseitigen Argumentation von Interessensverbänden wie dem Krankenkassenverband curafutura und dem Spitalverbandes H+ auf Kosten wichtiger Leistungserbringer im Gesundheitswesen gefolgt wurde. Nimmt der Bundesrat diese teils erheblichen, unsachgerechten und überzogenen Kürzungen vor geschieht das nicht im Sinne der Versicherten und der Gesellschaft, sondern politisch im Sinne einzelner Tarifparteien.

Wurde die Kürzung der TL im Jahr 2014 um 8,5% noch durch den Wunsch der stärkeren Gewichtung der intellektuellen ärztlichen Leistung begründet so kommt dieser Tarifeingriff einer deutlichen Geringschätzung der intellektuellen ärztlichen Leistung eines Radiologen gleich und ist nicht akzeptabel. Diese unverhältnismäßige Abwertung der radiologischen Arbeit kann nicht akzeptiert werden, ist zu früheren Zielen des Bundesrates eindeutig widersprüchlich und letztlich nicht mit dem KVG vereinbar. Darüber hinaus wird der unternehmerische Teil der privaten Radiologie mit dem Besitz und Betrieb der Geräte gegenüber der ärztlichen Tätigkeit in Relation massiv aufgewertet.

Die Bildgebung ist zu einem zentralen Faktor in der diagnostischen Abklärung geworden. Der Mengenzuwachs resultiert aus einer Zunahme der Nachfrage nach Bildgebung. Die Bildgebung ermöglicht eine zeitnahe Diagnosestellung, Einleitung der adäquaten Therapie und verkürzt die Zeit bis zur Genesung.

Die Verbesserung der Untersuchungstechnik mit einer hohen Objektivierbarkeit der Befunde ist in der heutigen Medizin von gleicher Wichtigkeit wie körperliche Untersuchung und Anamnese.

Möchte die Gesellschaft der Schweiz auch in Zukunft die beste medizinische Versorgung für Jeden bei freier Arztwahl, so muss sie akzeptieren, dass dies mit höheren Kosten verbunden sein wird. Die vorgelegten Maßnahmen versuchen diese Kostenentwicklung auf dem Rücken der Ärzte auszutragen, die maßgeblich für die hohe medizinische Qualität in diesem Land verantwortlich sind. Aufgrund der massiven Unterhonorierung in den vorgelegten Tarifänderungen ist ein Zugang zu

neuerster Technik und maximaler Bildgebung nur noch für Selbstzahler zu befürchten wie man es von anderen europäischen Ländern kennt.

Die obigen Ausführungen haben gezeigt, dass pekuniäre Anreize zu mehr Bildgebung durch den Einzelleistungstarif vordergründig zwar gegeben sind, der Einfluss der Radiologie an sich auf die zunehmende Inanspruchnahme des Bildgebungsangebots aber verschwindend gering ist. Von radiologischer Seite wird durch kontinuierliche Verbesserung der Diagnostik lediglich ein Angebot an hochqualifizierter Medizin geschaffen, welches von den klinischen Kollegen und den Patienten sehr gerne wahrgenommen wird. Der Vorwurf einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung ist somit entkräftet und die vorgenommenen Kürzungen asymmetrisch auf einzelne Leistungserbringer wie die Radiologie verteilt.

Die extremen Kürzungen der AL führen unweigerlich zu Personalkürzungen, einer Rationierung der Untersuchungsmöglichkeiten mit verlängerten Wartezeiten und zu einer Abwanderung der sehr guten Radiologen aus den Spitälern in private Institute. Daraus resultieren Qualitätseinbußen nicht nur in der primären Versorgung, aber auch in der radiologischen Ausbildung, die ja hauptsächlich an den Spitälern geleistet wird. Mit einer weiter zunehmenden Arbeitsverdichtung ist die Ausbildung von Assistenzärzten als Luxus anzusehen, den man sich aufgrund von Personaleinsparungen nicht mehr leisten kann. Der in der Schweiz eingeleitete richtungsweisende Trend zur Subspezialisierung und damit zur Befundung auf höchstem Niveau ist mit einer solchen Tarifstruktur nicht mehr zu halten.

Eine Überarbeitung der aktuellen Tarifstruktur muss vorgenommen werden, dies aber kostenneutral vorzunehmen gelingt nur mit einer Rationierung von Leistungen. Die medizinische Versorgung macht kontinuierlich Fortschritte. Dementsprechend kann es eine kontinuierliche, maximale medizinische Versorgung ohne steigende Kosten nicht geben. Pauschaltarife für Bildgebung sind eine Möglichkeit mit Rationierung von Bildgebung bei bestimmten Erkrankungen. Solvente Selbstzahler werden auf zusätzliche Bildgebung bestehen, so dass unweigerlich eine Zweiklassenmedizin im ambulanten Bereich entstehen wird die sich niemand in der Schweiz wünschen kann.

Die Verhältnismäßigkeit zwischen qualitativ hochwertiger und zweckmäßig gesundheitlicher Versorgung und geringen Kosten ist dadurch nicht mehr gegeben.

### **Zusammenfassung**

Die vom KVG geforderte sachgerechte Struktur eines Tarifmodells mit dem Ziel eine qualitativ hochstehende und zweckmäßige Versorgung zu möglichst günstigen Preisen zu erreichen ist durch die vorgenommenen Änderungen des Bundesrates nicht mehr gegeben.

Die Zunahme der medizinischen Bildgebung entspricht dem normalen Wandel und Fortschritt in der Medizin, was zu einer deutlich verbesserten medizinischen Versorgung führt. Die Komplexität der Untersuchungen hat in den letzten Jahrzehnten massiv zugenommen so dass die Arbeitsbelastungen für die Radiologie deutlich höher sind als sie es noch vor Jahren war. Dies widerspricht der unhaltbaren Vermutung des Bundesrates, dass eine Übertarifierung vorliegt.

Entgegen früherer Argumentation des Bundesrates wird durch die angestrebte Änderung die intellektuelle ärztliche Leistung der Radiologen in einem ungerechtfertigten Masse unterbewertet. Würde die Arbeit eines radiologisch tätigen Arztes lediglich in dem Umfang erfolgen wie vom Bundesrat ohne ausreichende Begründung angenommen würde der aktuell hohe Standard der bildgebenden Diagnostik in der Zukunft nicht mehr zu halten sein.

Eine politisch induzierte Reduktion medizinischer Bildgebung führt unweigerlich zu höheren Kosten in anderen Sektoren wie z.B. zu einer Verlängerung von Spitalaufenthalten oder einer verlängerten Zeit bis zur Diagnose, da die Radiologie den zentralen diagnostischen Auftrag nicht mehr in gleichem Masse erfüllen kann. Die prognostizierte Kosteneinsparung dieser Änderungen ist mehr als anzuzweifeln.

Des Weiteren besteht die Gefahr dass nur noch Selbstzahler Zugang zu neuesten diagnostischen Methoden bekommen und eine nicht gewünschte Zweiklassenmedizin im ambulanten Bereich entsteht.

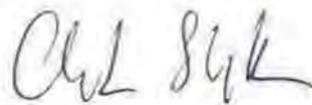
Darüber hinaus wurden in vorgelegten Änderungen einseitig Wünsche von einzelnen Tarifparteien berücksichtigt, so dass weitere Tarifverhandlungen im Rahmen der Tarifautonomie nicht mehr auf Augenhöhe erfolgen können.

Abschließend möchten wir auf einem Zitat aus einem Gastkommentar in der NZZ vom 5.5.2017 der beiden Gesundheitsökonominnen Pius Gyger und Fridolin Marty, die den Vergleich der Steigerung der Gesundheitskosten mit dem BIP als eine sogenannte „unechte Quote“ bezeichnen und davon ausgehen, dass die Steigerung der Gesundheitskosten bei einer realen und absoluten Betrachtung erst im Jahr 2158 die Steigerung des BIP übersteigen würde. Sie gehen davon aus, dass die Bevölkerung keine negative Änderung ihrer Gesundheitsversorgung akzeptieren wird und empfehlen: „...auf drastische, rein kostenseitige Maßnahmen wie Globalbudgets, Rationierung, umfassende Angebotsplanungen zu verzichten und stattdessen das System mit freiheitlichen Mitteln stärker an den Bedürfnissen der Bevölkerung auszurichten“.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Thomas Böhm  
Chefarzt Zentrales Röntgeninstitut



PD Dr. Christoph Schöffeler  
Ltd. Arzt

## Referenzen

1. McDonald RJ, Schwartz KM, Eckel LJ, Diehn FE, Hunt CH, Bartholmai BJ, et al. The effects of changes in utilization and technological advancements of cross-sectional imaging on radiologist workload. *Acad Radiol.* 2015;22(9):1191-8.
2. Smith-Bindman R, Miglioretti DL, Johnson E, Lee C, Feigelson HS, Flynn M, et al. Use of diagnostic imaging studies and associated radiation exposure for patients enrolled in large integrated health care systems, 1996-2010. *JAMA.* 2012;307(22):2400-9.
3. Boone JM, Brunberg JA. Computed tomography use in a tertiary care university hospital. *J Am Coll Radiol.* 2008;5(2):132-8.
4. Smith-Bindman R, Miglioretti DL, Larson EB. Rising use of diagnostic medical imaging in a large integrated health system. *Health Aff (Millwood).* 2008;27(6):1491-502.
5. Massachusetts Medical society Web site. <http://www.massmed.org>
6. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP, Bosma J, Casarella WJ, Erickson BA, et al. Addressing overutilization in medical imaging. *Radiology.* 2010;257(1):240-5.
7. The Commonwealth Fund. Why not best? Results from the national scorecards on U.S. health system performance, 2007. Commonwealth fund website; <http://www.cmwf.org>.
8. Bryan S, Weatherburn G, Bungay H, Hatrick C, Salas C, Parry D, et al. The cost-effectiveness of magnetic resonance imaging for investigation of the knee joint. *Health Technol Assess.* 2001;5(27):1-95.
9. "Medical Imaging: Is the Growth Boom Over?" The Neiman report, No.1, October 2012.
10. Zang L, et al. Identifying Radiological Needs of Referring Clinicians. *J Digit Imaging.* Jun 2013; 26(3): 393-401.
11. Harolds JA, Parikh JR, Bluth EI, Dutton SC, Recht MP. Burnout of Radiologists: Frequency, Risk Factors, and Remedies: A Report of the ACR Commission on Human Resources. *J Am Coll Radiol.* 2016;13(4):411-6.

Einschreiben

 Bundesrat Alain Berset  
 Vorsteher des EDI  
 Inselgasse 1  
 3003 Bern

AmiL	GP	<del>StL</del>	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG	19. Juni 2017					MT
SpD						BioM
KOM						AS Chem
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P+Q						AUV
I+S	GStr	MGP	Lst	AKV	15	

Kinderspital

 Departementsleitung  
 Prof. Dr. med. T. J. Neuhaus

 Sekretariat: christina.odermatt@luks.ch  
 Telefon 041 205 31 51  
 Fax 041 205 32 42

Luzern, 9. Juni 2017

## Stellungnahme zur Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung - Eingriff des Bundesrates in die TARMED-Tarifstruktur

Mit dem erneuten Tarifeingriff des Bundesrates werden die transparent ausgewiesenen Kosten der äusserst effizient erbrachten Leistungen der Kinderspitäler/ Kinderabteilungen/ Kinderkliniken für die ambulante spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie nicht betriebswirtschaftlich bemessen und nicht sachgerecht abgebildet.

Die damit verbundenen finanziellen Einbussen sind für die Kinderspitäler/ Kinderabteilungen/ Kinderkliniken katastrophal.

Die flächendeckende qualitativ hochstehende Versorgung der Kinder und Jugendlichen wäre dadurch nicht mehr gewährleistet. Die Folgekosten für die Gesellschaft wären enorm.

Das zur Vernehmlassung unterbreitete Tarifregelwerk stellt die spezialärztliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Frage. Für kranke Kinder und Jugendliche sind die vorgesehenen Sparübungen zweckfremd. Die langfristigen Folgekosten sind leider nicht ohne weiteres berechenbar, dürften die Gesellschaft aber sehr teuer zu stehen kommen. Die Investition in eine exzellente Kinder- und Jugendmedizin ist eine ausgezeichnete Investition in die Zukunft unserer Gesellschaft. Hier zu sparen führt mittel- und langfristig zum Gegenteil. Die Folgekosten für ein Kind, das wegen mangelnder Versorgung zeitlebens behindert ist, sind enorm.

### Zeit-Limitationen bei Konsultationen

Die vorgesehenen Zeitlimitationen sind im spitalambulanten Setting nicht einzuhalten und damit nicht sachgerecht. Rund 1-5 % der Konsultationen würden zeitlich korrekt vergütet.

**Wir fordern daher die Aufhebung der Zeitlimitationen auf die Konsultationen für das spitalambulante Setting in Kinderspitälern.**

## Umwandlung der Handlungsleistungen „Untersuchung durch den Facharzt“ in Zeitleistungen und Limitation der Untersuchungen pro Quartal

Kinder sind gerade in den ersten Lebensjahren häufig krank. Normal ist bis 10-mal pro Jahr. In den Spitälern finden sich vor allem Kinder ein, bei welchen etwas nicht normal läuft. Typischerweise werden angeborene Krankheiten oft erst durch die zeitlich wiederkehrende Komponente erfasst und dann abgeklärt. Eine Untersuchungslimitation auf 3-mal pro Quartal zu beschränken ist widersinnig. Gleiches gilt für chronisch kranke Kinder. Gerade im Wachstum und in der Pubertät müssen Kinder und Jugendliche oft sehr engmaschig medizinisch geführt werden, um Spätschäden zu verhindern.

**Wir fordern eine Aufhebung der Limitationen der Untersuchungen für Kinder und Jugendliche im spitalambulanten Setting von Kinderspitälern.**

## Zeit-Limitationen ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten

Die gute Vor- und Nachbereitung, sowie die Vernetzung mit anderen Spezialisten und Hausärzten, sind die Grundvoraussetzungen für eine qualitativ hochstehende Medizin. Dies ist in der spezialärztlichen Kinder- und Jugendmedizin von allergrösster Bedeutung (vgl. Beispiel 1 im Anhang).

**Wir fordern daher die Aufhebung der Zeitlimitationen auf Leistungen in Abwesenheit des Patienten.**

## Dignitätsfaktor

Die Spezialärzte der Kinder- und Jugendmedizin sind fast ausschliesslich in den Kinderspitälern angesiedelt. Die Ausbildung des spezialisierten Kinderarztes läuft stets über einen ersten Facharzttitel mit einer zusätzlichen Weiterspezialisierung. Dies verlängert die Ausbildungszeit enorm. Die in den Spitälern angestellten Kinderärzte verdienen schon heute deutlich weniger als ihre Praxiskollegen. Eine weitere Abwertung wird den Anreiz auf eine Subspezialisierung und den Verbleib in einer Klinikstruktur weiter vermindern. Schon heute haben die Kinderspitäler grosse Nachwuchsprobleme im Bereich spezialisierter Kinderärzte. Aktuell erfolgt die Substitution noch über das angrenzende Ausland. Die Abwertung der Spezialärzte durch die Abschaffung der Dignitäten trifft die spezialärztliche Medizin hart. Privatversicherte Kinder sind in der Schweiz die grosse Ausnahme und daher im Gegensatz zur Erwachsenenmedizin keine Vergütungsoption.

**Wir fordern eine Kompensation für die Kinder- und Jugendmedizinisch tätigen Ärzteschaft, um die Nachwuchsprobleme vermindern zu können. Durch eine eigene Dignität Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie / Kinder- und Jugendpsychiatrie kann eine Anpassung dieser Berufsgruppen an andere Berufsgruppen erreicht werden, ohne dass Kinder und Jugendliche künftig vermehrt durch nicht an Kindern ausgebildetes Fachpersonal im Gesundheitswesen versorgt werden.**

## Erhöhung der Produktivität in den Operationssparten

Die Kinderchirurgie zeichnet sich durch kurze Eingriffe in Narkose aus. Dabei sind die ärztliche Vor- und Nachbereitungszeit sehr lange, die Schnitt-Naht-Zeit hingegen sehr kurz. Die Produktivitätsziffer liegt in der Kinderchirurgie bei rund 25-35%. Durch die Anhebung der Produktivitätsziffer ist Kinderchirurgie nicht kostendeckend durchführbar. Dies ist nicht sachgerecht.

**Wir fordern eine sachgerechte Vergütung der Kinderchirurgie. Die Einführung zweier 5-min-Positionen zur Abbildung der ärztlichen Vor- und Nachbereitungszeiten für Kinderchirurgische Eingriffe würde dies ermöglichen.**

## Kinderradiologie

Schon heute ist die Kinderradiologie kaum kostenneutral durchführbar. Durch weitere Absenkung der AL und TL wird sie das noch weniger. Während einer CT oder MRI Untersuchung ist die Anwesenheit des Arztes zwingend, um die Schnitfführung anzupassen und die Qualität der Aufnahmen zu beurteilen. Ein Kind kann man nicht einfach länger im MRI belassen und nochmals neue Schnitte durchführen. Bei Kindern besteht die Gefahr, dass sie auskühlen. Die Verlängerung der Narkose für eine Untersuchung aufgrund von Abwesenheit des Arztes ist nicht zu rechtfertigen.

**Wir fordern die sachgerechte Leistungsvergütung der kinderradiologischen Eingriffe und Untersuchungen mit Minutagen.**

## Nicht-ärztlicher Personalaufwand

In einer Schweizer Studie konnte nachgewiesen werden, dass in den Kinderspitälern und Kinderkliniken der nicht-ärztliche Personalaufwand 20% höher ist, als er aktuell vergütet wird.

**Wir fordern eine Erhöhung der Technischen Leistungen für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre.**



Prof. Dr. med. Thomas J. Neuhaus  
Departementsleiter Kinderspital  
Chefarzt Pädiatrie



Prof. Dr. med. Philipp Szavay  
Chefarzt Kinderchirurgie

### Anhang: Typisches Beispiel aus der Neuropädiatrie

#### Zuweisung durch Kinderarzt: Kind mit unklarer Muskelschwäche

Vorbereitung: **5 Min**

Abholen aus dem Wartezimmer, Wägen, Messen, Blutdruck 5 Minuten

Ausführliche Anamnese und Untersuchung je nach Kooperation **85 Minuten**

Besprechung der Befunde und wie weiter:

Erklären der Differentialdiagnose, erklären des weiteren Vorgehens: **15 Minuten**

Informed Consent für genetische Untersuchung: **5 Minuten**

Blutentnahme verordnen, Rezept für PT, Rezept: **5 Minuten**

Verabschieden, vereinbaren wann nächste Kontrolle **5 Minuten**

Brief diktieren: **10 Minuten**, Korrektur **5 Minuten**

Telefonat Kinderarzt: **10 Minuten**

Beantwortung Anfrage der Patienteltern per email: **10 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 115 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 40 min**

Nach 6-12 Wochen Erhalt Resultat der Genetik

Diagnose: Morbus Duchenne:

Erklären der Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Standards of care, Stand der Forschung, IV

Anmeldung, Vernetzung mit Sozialdienst, Muskelgesellschaft **60 Minuten**

Anmeldung Echokardiographie **5 min**

Abklärung der Trägerinnenschaft der Mutter: Brief an Krankenkasse für Kostengutsprache **10 min**

Brief inkl. Kostengutsprache: Anfrage für Genetik: **15 Minuten** (Diktat, Korrektur, Unterschrift)

→ **Ärztliche Konsultation: 60 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 30 min**

1 Woche später: nochmaliges Gespräch **30 Minuten** zur Beantwortung der inzwischen aufgetauchten Fragen

Beantwortung Rückfrage der Physiotherapeutin bezüglich Behandlungsschwerpunkten: **10 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 30 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 10 min**

Nächste Kontrolle nach 2 Monaten zum Beginn der Steroidtherapie:

Konsultation: Zwischenanamnese, Fragen beantworten, Untersuchung mindestens **25 Minuten** inklusive Score für motorische Funktion

Erklären der Wirkung, Nebenwirkung von Kortison, Erklären der Studienlage bezüglich Effekt und Verabreichungsregime: **15 Minuten**

Brief: Diktat, Korrektur, Unterschrift: **15 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 40 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 15 min**

Ein typischer neuropädiatrischer Patientenfall binnen 2 Monate:

→ **Ärztliche Konsultation: 345 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 95 min**

○ **9 ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten**

DM	VS	F	DM	VS	F	DM
Bundesamt für Gesundheit						
Spital Grabs						
26. Juni 2017						
DM	Kamp	Int	RM	P+O	I+S	GStr
						MGP
						Lst
						AKV
						AUV

Herr  
Bundesrat Alain Berset  
Vorsteher Eidg. Departement des Innern (EDI)  
c/o Bundesamt für Gesundheit / Abt. Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern  
[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

**Leiter:** Prof. Dr. B.Thürlimann, Chefarzt  
**Leiterin Pflege:** M. Schwizer  
**Leiterin Administration:** M. Moginier

**Fachbereich Medizinische Onkologie**  
**Leiter:** PD Dr. T. Ruhstaller, Stv. Chefarzt  
Dr. U. Hasler-Strub, Oberärztin mbF  
Dr. S. Riniker, Oberärztin mbF  
Dr. P. Weder, Oberarzt mbF

**Fachbereich Senologische Chirurgie**  
**Leiter:** PD Dr. M. Knauer, Leitender Arzt  
Dr. M. Egli-Tupaj, Oberärztin mbF  
Dr. C. Heini, Kaderärztin

**Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin**  
Dr. D. Matt, Leitender Arzt

**Beteiligte Bereiche**

Frauenklinik	Prof. Dr. R. Hornung
Radioonkologie	Dr. G. Henke
Histopathologie	Prof. Dr. W. Jochum
Zytopathologie	Dr. R. Schönegg
Plast. Chirurgie	Prof. Dr. J. Grünert
Psychoonkologie	Dr. M. Renz
Palliativzentrum	Dr. D. Büche
Med. Genetik	Prof. Dr. K. Heinemann (Basel)

St.Gallen, 20. Juni 2017 BT/TR/mm

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

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Am 22. März 2017 wurde die Verordnungsänderung zur Festlegung und zur Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung in die Vernehmlassung geschickt. Wir bedanken uns für die Möglichkeit im Folgenden dazu Stellung zu nehmen.

Die Medizinische Onkologen und Onkologinnen übernehmen grösstenteils die langjährige Betreuung der Krebskranken in der Schweiz. Darum betreffen uns die angedachten Tarifänderungen besonders stark.

### Bundesrätlicher Eingriff Nr. 1: Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen Auswirkungen auf die Medizinische Onkologie

Auf dem Papier beträgt die Weiterbildungszeit für die Fachärzte für Medizinische Onkologie 6 Jahre. Die meisten Onkologinnen und Onkologen besitzen jedoch mindestens zwei Facharzttitel (Innere Medizin und Onkologie). Die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors führt bei den Fachärzten für Medizinische Onkologie zu einer Reduktion der Taxpunkte von 11% auf die ärztliche Leistung (TP AL). Der sehr langen Weiterbildung und der damit verbundenen Qualität wird mit dem Tarifeingriff nicht mehr adäquat Rechnung getragen.

Auch steht die Massnahme im Widerspruch zum Ziel des Bundesrates, das er bereits beim ersten Eingriff im Jahr 2014 und nun erneut formulierte, dass der „Tarifeingriff das Ziel haben soll, dass die intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen stärker

gewichtet werden sollen“. Gerade im Bereich der medizinischen Onkologie machen die (oft schwierigen) Gespräche und Entscheidungsfindungen mit den Patienten und deren Angehörigen 90% der Arbeitszeit aus und entsprechen einer solchen intellektuellen Leistung. Weiter haben die medizinischen Onkologen bei Krebspatienten eine Grundversorgerfunktion. Sie leiten nicht nur die Hausärzte in der Betreuung von diesen speziellen Patienten an, sondern koordinieren auch die verschiedenen involvierten Disziplinen wie Radiologie, Chirurgie und Radio-Onkologie. Auch werden die meisten Tumorboards von medizinischen Onkologen geführt.

Die Vertreter der Onkologie verkörpern somit die „sprechende Medizin“ und die Grundversorgung (bei den Krebspatienten), die vom Bundesrat gefördert werden soll. Sie sollten deswegen nicht schlechter gestellt werden und der Dignitätsfaktor von 1.086 sollte beibehalten werden.

#### **Sonderfall Konsiliarische Beratung durch Fachärzte für medizinische Onkologie** (Pos. 00.2110 und 00.2120)

Konsiliarische Untersuchungen und Beratungen werden durch die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors mit einem Abschlag von 26% auf die ärztliche Leistung (AL) besonders stark betroffen. Diese Leistungen, die eine besonders hohe Fachkompetenz und deshalb Weiterbildungszeit benötigen, sind im aktuellen Tarmedbrowser mit FMH 8 (Dignitätsfaktor 1.3046) hinterlegt.

Diese starke Abwertung trifft medizinische Onkologen, die bei onkologischen Patienten meistens die Funktion des „Case Manager“ übernehmen besonders stark. Hier wären durch den Bundesratseingriff ausgerechnet diejenigen Ärzte stark negativ betroffen, die in einem hochkomplexen Feld wie der Onkologie eine wichtige Aufgabe übernehmen, nämlich, indem sie durch die Koordination der verschiedenen involvierten Disziplinen Leerläufe und unnötige Ausgaben minimieren. Zudem führen Zweitmeinungen häufig dazu, dass gewisse teure oder folgenreiche medizinische Eingriffe (Chemotherapie, Operationen, Bestrahlungen) nicht durchgeführt werden, wenn ein Experte den Fall analysiert und den Patienten berät. Die vergleichsweise billige Aktivität hier einzuschränken wäre kontraproduktiv für Patienten und Kosten. Der Bundesrat und die kantonalen Gesundheitsdirektoren haben in der „Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2017“ die Versorgungsqualität und Versorgungsorganisation als wichtige Projekte bezeichnet. Der aktuelle Tarifeingriff stellt einen krassen Widerspruch zu dieser Strategie dar und muss deswegen korrigiert werden.

#### **Bundesrätlicher Eingriff Nr. 6: Umwandlung der Handlungsleistungen „Untersuchung durch den Facharzt“ in Zeitleistungen** Auswirkungen auf die Medizinische Onkologie

Mit der Verwehrung des Grundversorgerstatus darf der medizinische Onkologe mit dem bundesrätlichen Eingriff die Positionen „Untersuchung des Patienten“ (00.0415 und 00.0425) nicht mehr abrechnen. Die Wegnahme dieser Leistungsposition wurde nicht kompensiert, die Position 00.1530 („Behandlung durch FA Onkologie“) darf weiterhin nur 36x pro Quartal abgerechnet werden. Mit dieser Position kann die für den Patienten verbrachte Zeit für die Durchführung einer Chemotherapie einfach nicht mehr abgerechnet werden.

Heute werden viele Chemotherapien aus Verträglichkeitsgründen wöchentlich und nicht mehr in höheren Dosen 3-wöchentlich verabreicht. Solch eine Regelung drängt die Onkologen dazu,

wieder auf 3-wöchentliche, toxische Verabreichung umzustellen. Dies widerspricht zahlreichen nationalen und internationalen Richtlinien.

Als Beispiel ist ein typischer Fall von einer Brustkrebspatientin, welche eine adjuvante Chemotherapie benötigt, exemplarisch aufgeführt. Die Patientin erhält die weltweit (und auch in der Schweiz) am häufigsten applizierte Chemotherapie 4x EC (3 Monate) gefolgt von 12x Paclitaxel wöchentlich (ebenfalls 3 Monate). Aufgrund der spezifischen, zum Teil heftigen Nebenwirkungen muss die Behandlung gemäss Swissmedic von „entsprechend qualifizierten Ärzten“ appliziert und überwacht werden. Zudem ist die wöchentliche Gabe wirksamer betreffend Heilungsrate und wird besser vertragen (grosse randomisierte Phase III Studie).

Bei den häufig verabreichten adjuvanten (heilenden) Chemotherapien bei verschiedenen Krankheiten wird meist über ein halbes Jahr intensiv behandelt. Diese Leistungen könnten dann nur noch ca. zur Hälfte abgerechnet werden, wenn die körperliche Untersuchung durch den Facharzt für medizinische Onkologie nicht mehr abgerechnet werden darf. Dies wäre eine Rationierung der von der Swissmedic geforderten „entsprechend qualifizierten Ärzten“ und führte sicherlich zu Verschiebungen in die Spitäler für solche Therapien und damit zu Mehrkosten. Zudem ist zur Steuerung der Chemotherapie häufig eine körperliche Untersuchung notwendig (z.B. Neuropathie bei Taxanen) und wird in der Zulassung durch die Swissmedic gefordert. Eine Beschränkung würde die Sicherheit der Patienten gefährden. Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

#### **Bundesrätlicher Eingriff Nr. 8: Interpretation der Leistungen in Abwesenheit des Patienten präzisieren sowie die jeweiligen Limitationen anpassen** Auswirkungen auf die Medizinische Onkologie

Die detaillierte Erfassung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten ist begrüssenswert. Die Limitation von 30 Minuten pro Quartal ist in der Onkologie jedoch nicht umsetzbar. Bevor ein onkologischer Patient vom Onkologen in der Sprechstunde gesehen wird, hatte der Patient mehrere radiologische Untersuchungen (CT, PET-CT, oft auch Sonographie und MRI), mehrere Konsultationen bei Spezialisten (z.B. Gastroenterologen) und wurde vom Chirurgen ev. bereits operiert. Ausserdem gibt es mehrere Gewebeproben. Das Sichten der vorangegangenen Befunde und Röntgenbilder benötigt bei einem neuen Patienten rasch einmal 45-90 Minuten.

Zusätzlich müssen die Patienten aus Qualitätsgründen gemäss der „Nationalen Strategie gegen den Krebs 2014-2017“ an Tumorboards besprochen werden. Um eine optimale Abklärung und Behandlung zu garantieren, bedarf es je 1-2 prä- und postoperativer Tumorboard-Vorstellungen (je 10 Minuten, Vorbereitung je 20 Minuten). Ohne diesen Zeitaufwand ist eine qualitativ hochstehende onkologische Versorgung nicht möglich. Neben der Tumorboards, an welchen Therapieempfehlungen erstellt werden, bedarf es beim onkologischen Patienten regelmässiger Absprachen und Koordination zwischen den verschiedenen involvierten Spezialisten (Wann startest du mit der Chemotherapie? Wann kann ich dann frühestens die gleichzeitige Radiotherapie beginnen? Wann bist du mit der Chemotherapie fertig, damit ich die Operation einplanen kann? Etc.). Tumorboardbesprechungen können nur (effizient) durchgeführt werden, wenn diese auch vor- und nachbearbeitet werden (Vorbereitung der Fallpräsentation, Demonstration von bildgebenden Untersuchungen, Pathologieberichte und Rückfragen usw.). Im hochkomplexen Gebiet der Onkologie mit multidisziplinären Behandlungen ist eine einfache Zuweisung wie vom Grundversorger zum Spezialisten (Unklare Blutbildveränderung, bitte abklären) nicht möglich. Auch ist die Zusammenarbeit der Fachärzte für Medizinische Onkologie mit dem Umfeld der

Patienten (dazu gehören beispielsweise Angehörige, Hausärzte, Spitex, palliativer Brückendienst, Sozialarbeiter, Krebsliga, Arbeitgeber und involvierte weitere Spezialisten) bei onkologischen Patienten ganz besonders wichtig und unabdingbar für einen Erfolg der Behandlung. Dies wäre im Bereich der Medizinischen Onkologie sicherlich eine recht unsinnige Massnahme, welche direkt die Qualität der Behandlung von Krebskranken tangieren würde. Einfach davon auszugehen, dass die Onkologen diese Leistungen ohne Möglichkeit der Abrechnung im selben Ausmass weiterführen, ist naiv anzunehmen.

### Sonderfall Versicherungsanfragen

Aufgrund der deutlich gestiegenen Medikamentenkosten haben die Nachfragen der Krankenkassen massiv zugenommen. So muss zwischenzeitlich jedes Medikament mit einer Limitatio (in der Onkologie betrifft dies praktisch alle Therapeutika wie auch die Begleitmedikation!) gegenüber der Versicherung ausführlich begründet werden, dies auch dann, wenn der Arzt die entsprechenden Vorschriften betreffend Indikation einhält. Diese Versichererfragen machen zwischenzeitlich in der Onkologie (neben den Tumorboards) den grössten Anteil der ärztlichen Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten aus. Da die medizinischen Fortschritte in der Onkologie rapide zugenommen haben und die regulatorischen Mechanismen Zeit bedürfen, finden auch viele der onkologischen Therapien im „off label use“ oder „compassionate use“ statt. Die Beantragung dieser Therapien bei den Versicherungen bedarf eines grossen Zeitaufwandes. Meistens verlangen die Versicherer mehrere Originalpublikationen, das zur Anwendung kommende Chemotherapie-Schema sowie die zu applizierenden Dosen der Therapeutika. Es ist hier zwingend eine zusätzliche Position „Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten – Korrespondenz mit dem Garanten“ zu schaffen; diese Leistung muss unlimitiert sein, da sie direkt vom Garanten verursacht wird. Zudem stellt die Industrie Medikamente in solchen early-access und patient-named Programmen gratis zur Verfügung zwischen der Zeit der Publikation und der Registrierung. Dies bedingt aber „Zeit in Abwesenheit des Patienten“.

Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen ist nicht zu Unrecht hoch trotz der hohen Kosten, die jeder selbst tragen muss. Es gilt gut abzuwägen, welche zusätzlichen Regulationen sinnvoll sind und ob dadurch nicht neue Probleme geschaffen werden oder gar kontraproduktiv sind. In unserem onkologischen Bereich ist es offensichtlich, dass neue Probleme geschaffen würden. Die Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten zu erhalten, zu fördern, Angehörige zu entlasten, es gibt unzählige Aufgaben, die für uns bei der Betreuung mit dazugehören. Strenge Limitationen bedrohen viele dieser Bereiche. Krebs bleibt eine enorm bedrohliche, wichtige Krankheit. In der Schweiz ist Krebs die häufigste Todesursache im Alter unter 75 und zerstört am meisten produktive Lebensjahre in unserer Gesellschaft. Eine kohärente Strategie gegen Krebs umfasst eine Gewährleistung des Zugangs zu ärztlichen (intellektuellen) Leistungen, welche die geringsten Kosten bei der Behandlung ausmachen.

Freundliche Grüsse

Prof. Dr. med. Beat Thürlimann  
Chefarzt

PD Dr. med. Thomas Ruhstaller  
Stv. Chefarzt  
Leiter Medizinische Onkologie

AmtL	GP	KJK	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG	20. Juni 2017					MT
SpD						BioM
KOM						AS Chem
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P + O						15
I + S	GStr	MGP	Lst	AKV	AUV	



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Brauerstrasse 15, Postfach 834  
8401 Winterthur  
www.ksw.ch

Departement Kinder- und Jugendmedizin  
Direktorin/Chefärztin:  
Prof. Dr. med. Traudel Saurenmann

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Direktorin/Chefärztin:  
Prof. Dr. med. Traudel Saurenmann  
052 266 28 21  
052 266 28 21  
traudel.saurenmann@ksw.ch

Herr  
Bundesrat Alain Berset  
Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Generalsekretariat GS-EDI  
Inselgasse 1  
CH-3003 Bern

Winterthur, 19. Juni 2017

### Stellungnahme zur vorgesehenen Tarifrevision Tarmed Sicht Kinderklinik Winterthur

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Sie haben eine Änderung im Tarmed-Tarif vorgeschlagen, zu dem ich hiermit als Direktorin und Chefärztin der Kinderklinik am Kantonsspital Winterthur fristgerecht Stellung nehme.

#### Ausgangslage

Das Kantonsspital Winterthur („KSW“) gehört zu den zehn grössten Spitalern der Schweiz. Unsere Kinderklinik ist eines der vier tragenden Departemente des KSW. Mit rund 50 Akut- und 9 Tagesklinikbetten gehören wir zu den grösseren der nicht-universitären Kinderkliniken in der Schweiz und sind eine beliebte Weiterbildungsstätte für angehende Kinderärzte. Mit rund 300 Mitarbeitenden (200 Vollzeitstellen, davon ca. 50 Ärzte) behandeln wir jährlich rund 25'000 ambulante und 2'400 stationäre Patienten. Unser Krankengut ist hoch divers. Es reicht von relativ banalen Notfallkonsultationen über Kinder mit unfallbedingten Operationen, psychische Erkrankungen bei Jugendlichen und Abklärungen wegen Kindsmisshandlung bis zum Frühgeborenen ab 1'000g Geburtsgewicht auf unserer Neugeborenen-Intensivstation.

Wir sind stolz darauf, an unserer Klinik viele verschiedene Sprechstunden der spezialisierten Pädiatrie anbieten zu können und darauf, dass wir - zu Gunsten unserer Patienten und ihrer Familien - zusätzlich auch mit Anbietern ausserhalb des Spitals eng vernetzt arbeiten. Die enge Vernetzung und die dadurch kurzen Wege mit anderen Partnern im Gesundheits- und Sozialwesen erlauben es uns, den weitaus grössten Teil unserer Patienten auch in komplexen Situationen ambulant zu behandeln. Durch Kombination von Sprechstundenterminen und durch interdisziplinäre Besprechungstermine mit oder ohne Patienten halten wir die Anzahl der Konsultationen so gering wie möglich. Wir machen eine sinnvolle, ökonomische und qualitativ hochstehende Medizin!

Mit der geplanten Tarifrevision Tarmed beabsichtigen Sie explizit, die Kinder- und Hausarztmedizin zu stärken. Wir freuen uns sehr und danken Ihnen, dass Sie das Problem der Unterfinanzierung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erkannt haben und es tatkräftig beheben wollen!

Leider ist es so, dass verschiedene Punkte in der vorgeschlagenen Revision die Situation der Spitalpädiatrie ganz massgeblich verschlechtern werden. Drei vorgeschlagene Änderungen wirken sich besonders einschneidend aus:

1. Begrenzung der maximalen Konsultationsdauer
2. Limitierung der ärztlichen Arbeit in Abwesenheit des Patienten
3. Begrenzung der Abrechenbarkeit der Notfallpauschale

Im Folgenden möchte ich auf diese Punkte im Einzelnen eingehen:

1. **Begrenzung der maximalen Konsultationszeit auf 17,5 Minuten pro Konsultation:**  
In der spezialisierten Pädiatrie werden die Patienten durch Haus- oder Kinderärzte zu einer Beurteilung an die Spezialisten zugewiesen oder zu Verlaufskontrollen bei chronischen, oft komplexen Krankheiten aufgeboten. Eine Anamneseerhebung bei den Eltern und ein sinnvoller, altersentsprechender Einbezug des Kindes, die Erklärung der bei der körperlichen Untersuchung gefundenen Befunde und allfälliger Laborresultate, sowie die Besprechung von Schlussfolgerung und weiterem Vorgehen ist in 17,5 Minuten Konsultationszeit absolut unmöglich.
2. **Limitierung der ärztlichen Arbeit in Abwesenheit des Patienten** auf 30 Minuten pro drei Monate: die vernetzte, interdisziplinäre Arbeit, wie wir sie heute praktizieren, wird verunmöglicht, wenn die dafür benötigte Zeit nicht mehr in Rechnung gestellt werden kann. Interdisziplinäre Besprechungen, Rückfragen und Informationen an andere Therapeuten, sind essentiell für eine qualitativ hochstehende Behandlung, bei der alle Beteiligten „am gleichen Strick ziehen“ sollen, damit sie nicht ihre Bemühungen gegenseitig torpedieren. Sie sind zeitaufwendig, aber angesichts der damit erreichten Ergebnisse trotzdem sehr kosteneffizient!

Die **spezialisierte ambulante Spezialpädiatrie** kann trotz grosser Anstrengung aller Mitarbeiter bezüglich Organisations- und Kosteneffizienz **bereits heute nicht ganz kostendeckend** betrieben werden. Schon die aktuell geltenden Tarife sind für die Arbeit an Kindern und Jugendlichen weder im ambulanten noch im stationären Bereich kostendeckend, da sie den vermehrten Personal- und Ressourcenaufwand für diese Altersgruppe nicht abbilden. Die jetzt vorgeschlagene weitere Reduktion der technischen Leistungen verschlechtert die Kostendeckung noch einmal erheblich. Wirklich desaströs werden sich aber die beiden oben genannten Punkte auswirken.

Bisher wird die Kinderklinik am Kantonsspital Winterthur trotz stetiger Unterdeckung von den anderen Bereichen des Spitals finanziell mitgetragen. Als Klinikdirektorin und Mitglied der Spitalleitung habe ich grosse Bedenken, dass sich der steigende Kostendruck, der durch diese Tarmed-Revision nicht nur im pädiatrischen Bereich, sondern im Gesamtspital entsteht, auf die Zusammenarbeit und die Bereitschaft zur Solidarität mit finanzschwächeren Bereichen wie die Kinderklinik längerfristig negativ auswirken wird. Das würde eine existenzielle Bedrohung für unsere ganze Kinderklinik darstellen.

Der Bundesrat fordert zu Recht, dass die medizinische Behandlung nach dem **Grundsatz ambulant vor stationär** erfolgen muss. Diese Überzeugung teilen wir absolut. **Die Kinder- und Jugendmedizin ist bereits heute eine in hohem Grade ambulante Medizin.** Eine stationäre Aufnahme erfolgt nur, wenn sie zwingend nötig ist. Weniger als 10% unserer Patienten werden stationär aufgenommen. Das ist nur möglich dank der spezialisierten Spitalpädiatrie und der hochgradig vernetzten Tätigkeit, die wir unseren ambulanten Patienten anbieten können.

Mit den neuen Tarifen wird die Kostendeckung unserer ambulanten Angebote so schlecht, dass wir sie nicht mehr anbieten können. Kinder müssten für Abklärungen oder aufwändigere Behandlungen hospitalisiert werden, so wie das zum Beispiel in Deutschland der Fall ist. Die Gesamtkosten im pädiatrischen Bereich werden deshalb mittelfristig nicht sinken, wie von Ihren Beratern vorhergesagt, sondern sie werden aufgrund der vermehrten Hospitalisationen sogar

deutlich steigen. Kleinere Kinderkliniken werden vermutlich schliessen müssen. In den wenigen überlebenden pädiatrischen Kliniken müssten zusätzliche Bettenkapazitäten geschaffen werden. Wir sind überzeugt, dass das nicht die Absicht vom Bundesrat ist.

Der letzte Punkt betrifft die Notfallpauschale, welche schon heute von Spitalern nicht berechnet werden darf, und in Zukunft auch den Permanenzen nicht mehr erlaubt sein soll.

### 3. Notfallpauschale bei Pädiatrischen Notfallkonsultationen:

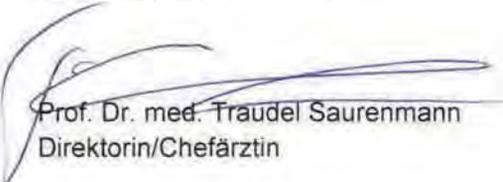
Rund 90% der stationären Eintritte in unsere Kinderklinik erfolgen ungeplant, entweder via Gebärsaal/Wochenbett oder über unsere Notfallstation. Entsprechend hoch sind die Vorhalteleistungen unserer Klinik. Die Zahl der Notfallkonsultationen steigt seit vielen Jahren rasch und steil an. Die Kinderklinik Winterthur pflegt schon lange eine enge und gute Zusammenarbeit mit den lokalen Praxispädiatern. Der grosse Mangel an Kinderärzten und die dadurch steigende Notfalldienst-Belastung der noch verbleibenden Pädiater hat bereits in den 90er-Jahren zu einem Notfalldienst-Abkommen zwischen den lokalen Praxispädiatern und der Kinderklinik Winterthur geführt: **die Kinderklinik übernimmt von 20.00 – 8.00 Uhr den Kinderärztlichen Notfalldienst für die Region**, um die niedergelassenen Pädiater zu entlasten. Diese Entlastung hat dazu geführt, dass in Winterthur wieder mehr Kinderarztpraxen eröffnet wurden. Erst kürzlich wurde das Modell der nächtlichen Dienstabdeckung auch auf ein weiteres Gebiet (Zürcher Oberland) ausgedehnt. Wir sind nicht Konkurrenz, sondern wichtige Partner für die Praxispädiater. **Es gibt keinen stichhaltigen, sachgerechten Grund, warum diese Dienstleistung unserer Klinik mit schlechteren Tarifen „bestraft“ werden soll!**

Im Gegensatz zur Praxispädiatrie kann eine spitalbasierte Notfallstation mit den geltenden Tarifen auf Grund der höheren Infrastrukturkosten nicht kostendeckend betrieben werden. Sowohl die Kinder-Permanenzen als auch die Kindernotfallstationen an unserem Spital sind für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nicht mehr wegzudenken. Die geplante Kürzung der Notfallpauschale für die Kinder-Permanenzen wird zu noch grösseren Belastungsspitzen am Abend und an den Wochenenden in unserer Notfallstation führen. Wir fordern deshalb nicht nur, dass der Notfallzuschlag von Kinder-Permanenzen weiterhin verrechnet werden darf, sondern, dass dieser Notfallzuschlag auch von den Kindernotfallstationen an den Spitalern erhoben werden darf, um eine bessere Kostendeckung für die erbrachten Leistungen zu erreichen.

Ich bitte Sie höflich, die genannten Erwägungen bei Ihrer Entscheid zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

Kantonsspital Winterthur

  
Prof. Dr. med. Traudel Saurenmann  
Direktorin/Chefärztin

AmiL	GP	KUV	DeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					TI/PP
DG	26. Juni 2017					MT
SpB						BioM
KOM						AE Chem
Kamp						LMS
Int						Str
RM						15 Chem
P+O						I+S



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Brauerstrasse 15, Postfach 834  
CH-8401 Winterthur  
www.ksw.ch

Departement Medizin  
Direktor: Prof. Dr. med. Peter E. Ballmer

Medizinische Onkologie und Hämatologie  
Chefarzt: Prof. Dr. med. Miklos Pless  
Tel. direkt 052 266 25 52  
Fax direkt 052 266 45 20  
E-Mail: miklos.pless@ksw.ch

Herr  
Bundesrat Alain Berset  
Vorsteher Eidg. Departement des Innern (EDI)  
Bundesamt für Gesundheit Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

Winterthur, 21.06.2017/pmi/TGG

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

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Am 22. März 2017 wurde die Verordnungsänderung zur Festlegung und zur Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung in die Vernehmlassung geschickt. Ich bedanke mich für die Möglichkeit im Folgenden dazu Stellung zu nehmen.

### Bundesrätlicher Eingriff Nr. 1: Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

#### Auswirkungen auf die Medizinische Onkologie

Auf dem Papier beträgt die Weiterbildungszeit für die Fachärzte [das männliche Geschlecht wird geschlechtsneutral verwendet] für Medizinische Onkologie 6 Jahre. Die meisten Onkologen besitzen jedoch mindestens zwei Facharzttitel. Die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors führt bei den Fachärzten für Medizinische Onkologie zu einer Reduktion der Taxpunkte von 11% auf die ärztliche Leistung (TP AL). Der sehr langen Weiterbildung (persönlich habe ich mich während 15 Jahren im Spital weitergebildet) und der damit verbundenen Qualität wird mit dem Tarifeingriff nicht mehr Rechnung getragen.

Auch steht die Massnahme im Widerspruch zum Ziel des Bundesrates, das er bereits beim ersten Eingriff im Jahr 2014 und nun erneut formulierte, dass der „Tarifeingriff das Ziel haben soll, dass die intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen stärker gewichtet werden sollen“. Während 90% der Arbeitszeit erbringen onkologische Fachärzte und Fachpflege eine intellektuelle Leistung. Diese besteht vor allem aus Gesprächen mit dem Patienten und seinen Angehörigen. Weiter haben die medizinischen Onkologen bei Krebspatienten eine Grundversorgerfunktion. Wir leiten nicht nur die Hausärzte in der Betreuung von diesen speziellen Patienten an, sondern koordinieren auch die verschiedenen involvierten Disziplinen wie Radiologie, Chirurgie und Radio-Onkologie. Auch werden die meisten Tumorboards von medizinischen Onkologen geführt.

Die Vertreter der Onkologie verkörpern somit die „sprechende Medizin“ und die Grundversorgung (bei den Krebspatienten), die vom Bundesrat gefördert werden soll. Sie dürfen deswegen nicht schlechter gestellt werden:

### **Änderungsanträge**

- Die medizinischen Onkologen werden von der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors ausgenommen. Ihr Dignitätsfaktor von 1.086 wird beibehalten.
- *Variante: Falls der Bundesrat beim einheitlichen Dignitätsfaktor von 0.968 bleiben möchte, wird für medizinische Onkologen mit einer nachgewiesenen mindestens 6-jährigen Weiterbildungszeit ein Zuschlagsfaktor von 1.11 auf die onkologischen Positionen des Kapitel 00 eingeführt (in gleicher Logik wie die Begründung des Abschlagsfaktors 0.94 für die Ärzte mit dem Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt / Ärztin“ mit ihrer lediglich 3-jährigen Weiterbildungszeit).*

### **Sonderfall Konsiliarische Beratung (Pos. 00.2110 und 00.2120) durch Fachärzte für medizinische Onkologie:**

Konsiliarische Untersuchungen und Beratungen werden durch die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors mit einem Abschlag von 26% auf die ärztliche Leistung (AL) besonders stark betroffen. Diese Leistungen, die eine besonders hohe Fachkompetenz und deshalb Weiterbildungszeit benötigen, sind im aktuellen Tarmedbrowser mit FMH 8 (Dignitätsfaktor 1.3046) hinterlegt.

Diese starke Abwertung trifft medizinische Onkologen, die bei onkologischen Patienten meistens die Funktion als „Case Manager“ übernehmen besonders stark. Hier wären durch den Bundesratseingriff ausgerechnet diejenigen Ärzte stark negativ betroffen, die in einem hochkomplexen Feld wie die Onkologie eine wichtige Aufgabe übernehmen, nämlich indem sie durch die Koordination der verschiedenen involvierten Disziplinen Leerläufe und unnötige Ausgaben minimieren.

Der Bundesrat und die kantonalen Gesundheitsdirektoren haben in der „Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2017“ die Versorgungsqualität und Versorgungsorganisation als wichtige Projekte bezeichnet. Der aktuelle Tarifeingriff stellt ein Widerspruch zu dieser Strategie dar und muss deswegen korrigiert werden.

- Konsiliarische Beratung (Pos. 00.2110 und 00.2120) werden von der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors ausgenommen, der Dignitätsfaktor von 1.3046 wird beibehalten.
- *Variante: Falls der Bundesrat beim einheitlichen Dignitätsfaktor von 0.968 bleiben möchte, wird für medizinische Onkologen eine eigenständige Position „Konsiliarische Beratung durch den Facharzt für Medizinische Onkologie“ im Kapitel 00 mit dem Dignitätsfaktor von 1.3046 eingeführt.*

## Bundesrätlicher Eingriff Nr. 6: Umwandlung der Handlungsleistungen

### „Untersuchung durch den Facharzt“ in Zeitleistungen

#### Auswirkungen auf die Medizinische Onkologie

Mit der Verwehrung des Grundversorgerstatus darf der medizinische Onkologe mit dem bundesrätlichen Eingriff die Positionen „Untersuchung des Patienten“ (00.0415 und 00.0425) nicht mehr abrechnen. Die Wegnahme dieser Leistungsposition wurde nicht kompensiert, die Position 00.1530 („Behandlung durch FA Onkologie“) darf weiterhin nur 36x pro Quartal abgerechnet werden. Mit dieser Position kann die für den Patienten verbrachte Zeit nie und nimmer abgerechnet werden.

Als Beispiel ist ein typischer Fall von einer Brustkrebspatientin, welche eine adjuvante Chemotherapie benötigt, exemplarisch aufgeführt. Die Patientin erhält die weltweit (und auch in der Schweiz) am häufigsten applizierte Chemotherapie 4x EC (3 Monate) gefolgt von 12x Paclitaxel wöchentlich (ebenfalls 3 Monate). Aufgrund der spezifischen, zum Teil heftigen Nebenwirkungen muss die Behandlung gemäss Swissmedic von „entsprechend qualifizierten Ärzten“ appliziert und überwacht werden.

Aufgelistet sind die für diese Chemotherapie benötigten Konsultationen im ersten Quartal:

- 1. Konsultation: Vorbereitung, Aufklärungsgespräch (80 Minuten);
- 2. Konsultation: Fragen klären, Laboruntersuchungen und körperliche Untersuchung gross (60 Minuten);
- total 4 Konsultationen: EC-Gabe, kleiner Untersuch (je 30 Minuten);
- mindestens 8 Konsultationen: Toxizitätskontrolle, gezielte Kurzuntersuchung, Nebenwirkungsmanagement (je 20 Minuten).

Im zweiten Quartal wird die Chemotherapie Paclitaxel wöchentlich appliziert (Konsultation analog EC-Gabe) gefolgt von einer Abschlusskonsultation mit grosser ärztlicher Untersuchung, sowie Einleitung und Besprechung des weiteren Prozedere inklusive Nachsorge bezüglich Mammakarzinom und Langzeittoxizität (60 Minuten).

Pro Quartal beträgt der notwendige Zeitaufwand somit 420 Minuten. Wenn die körperliche Untersuchung durch den Facharzt für medizinische Onkologie nicht mehr abgerechnet werden darf, können nur noch 180 Minuten abgerechnet werden. Dies ist eine unfaire Rationierung der von der Swissmedic geforderten „entsprechend qualifizierten Ärzten“.

Die Einsparungen bei den ambulanten Untersuchungen durch Onkologen werden zu mehr unerfassten und somit untherapierten Nebenwirkungen und somit zu vermehrten Klinikeinweisungen und Mehrkosten führen. Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

#### Änderungsantrag

- Die Limitierung von „Behandlung durch den Facharzt Onkologie“ (Pos. 00.1530) ist von 36x auf 84x pro Quartal anzuheben (analog der Position „Behandlung durch den Facharzt Immunologie“).
- *Variante: die Fachärzte für medizinische Onkologie müssen weiterhin ihre Patienten während einer Chemotherapie untersuchen und somit die Positionen „Untersuchung des Patienten“ (00.0415 und 00.0425) ebenfalls abrechnen können.*

## **Bundesrätlicher Eingriff Nr. 8: Interpretation der Leistungen in Abwesenheit des Patienten präzisieren sowie die jeweiligen Limitationen anpassen**

### **Auswirkungen auf die Medizinische Onkologie:**

Die detaillierte Erfassung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten ist begrüssenswert. Die Limitation von 30 Minuten pro Quartal ist in der Onkologie jedoch nicht umsetzbar.

Bevor ein onkologischer Patient vom Onkologen in der Sprechstunde gesehen wird, hatte der Patient mehrere radiologische Untersuchungen (CT, PET-CT, oft auch Sonographie und MRI), mehrere Konsultationen beim Spezialisten (bzw. Gastroenterologen) und wurde vom Chirurgen ev. bereits operiert. Ausserdem gibt es mehrere Gewebeproben. Das Sichten der bisherigen Befunde und Röntgenbilder benötigt bei einem neuen Patienten rasch einmal 45- 90 Minuten.

Zusätzlich sollen die Patienten aus Qualitätsgründen gemäss der „Nationalen Strategie gegen den Krebs 2014-2017“ an Tumorboards besprochen werden. Um eine optimale Abklärung und Behandlung zu garantieren, bedarf es je 1-2 prä- und postoperative Tumorboard-Vorstellungen (je 10 Minuten, Vorbereitung je 20 Minuten). Ohne diesen Zeitaufwand ist eine qualitativ hoch stehende onkologische Versorgung nicht möglich.

Neben der Tumorboards, an welchen Therapieempfehlungen erstellt werden, bedarf ein onkologischer Patient regelmässige Absprachen und Koordination zwischen den verschiedenen involvierten Spezialisten (Wann startest du mit der Chemotherapie? Wann kann ich dann frühestens die gleichzeitige Radiotherapie beginnen? Wann bist du mit der Chemotherapie fertig, damit ich die Operation einplanen kann? Etc.). Im hochkomplexen Gebiet der Onkologie mit multidisziplinären Behandlungen ist eine einfache Zuweisung wie vom Grundversorger zum Spezialisten (Unklare Blutbildveränderung, bitte abklären) nicht möglich.

Auch ist die Zusammenarbeit der Fachärzte für Medizinische Onkologie dem Umfeld der Patienten (dazu gehören beispielsweise Angehörige, Hausärzte, Spitex, palliativer Brückendienst, Sozialarbeiter, Krebsliga, Arbeitgeber und involvierte weitere Spezialisten) bei onkologischen Patienten ganz besonders wichtig und unabdingbar für einen Erfolg der Behandlung.

Weiter wird im Krebsregister-Gesetz verlangt, dass den kantonalen Krebsregistern regelmässig Patientendaten geliefert werden. Diese Daten werden in Abwesenheit des Patienten zusammengestellt und dem Krebsregister zugesandt. Im Falle einer Limitierung können diese Leistungen nicht mehr (oder müssen ohne Entgelt) erbracht werden. Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

Die enge Limitierung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten in der Onkologie steht zu den erwähnten Punkten im markanten Widerspruch. Auch besteht ein deutlicher Widerspruch zur „Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2017“, insbesondere die Projekte.

„Früherkennung“, „Patientenpfade/Qualitätsentwicklung“, „Versorgung“ und „Epidemiologie und Monitoring“ sind gefährdet.

Es ist einfach vorstellbar, dass die Einsparungen bei den ambulanten Leistungen in Abwesenheit in der Onkologie zu vermehrten Klinikeinweisungen und längeren Hospitalisationen, und damit verbunden zu längerer Arbeitsunfähigkeit und schlussendlich zu Invalidität und Mehrkosten führen wird.

### Änderungsanträge

- Aufgrund des ausserordentlich hohen Aufwandes ohne Anwesenheit des Patienten in der Onkologie (komplexe Patientensituationen, interdisziplinäre und interprofessionelle Betreuung, spezielle Gesetzgebung) ist eine neue Position „Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Medizinische Onkologie“ zu schaffen – diese ist in der Limitierung von 30 Minuten pro Quartal nicht eingeschlossen;
- Diese neue Position kann auf Wunsch noch weiter aufgeschlüsselt werden: „interdisziplinäre Besprechung“, „Tumorboard“, „gesetzliche Datenerfassung“, etc.
- *Variante: Falls der Bundesrat keine Position „Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für medizinische Onkologie“ schaffen möchte, ist eine neue Position „Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten – ohne Entgelt“ zu schaffen – damit kann dann wenigstens die gratis erbrachte Arbeit erfasst werden.*

### Sonderfall Versicherungsanfragen

Aufgrund der deutlich gestiegenen Medikamentenkosten haben die Nachfragen der Krankenkassen massiv zugenommen. So muss zwischenzeitlich jedes Medikament mit einer Limitatio (in der Onkologie betrifft dies praktisch alle Therapeutika wie auch die Begleitmedikation!) gegenüber der Versicherung ausführlich begründet werden. Diese Versicherer-Anfragen machen zwischenzeitlich in der Onkologie den grössten Anteil der ärztlichen Leistungen ohne Anwesenheit des Patienten aus.

Da die medizinischen Fortschritte in der Onkologie rapide zugenommen haben und die regulatorischen Mechanismen Zeit bedürfen, finden viele der onkologischen Therapien im „off label use“ oder „compassionate use“ statt. Die Beantragung dieser Therapien bei den Versicherungen bedarf eines grossen Zeitaufwandes. Meistens verlangen die Versicherer mehrere Originalpublikationen, das zur Anwendung kommende Chemotherapie-Schema sowie die zu applizierenden Dosen der Therapeutika.

### Änderungsantrag

- Es ist eine zusätzliche Position „Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten – Korrespondenz mit dem Garanten“ zwingend zu schaffen; diese Leistung muss unlimitiert sein, da sie direkt vom Garanten verursacht wird.

### Bundesrätlicher Eingriff Nr. 12: Zuschlag von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten löschen

#### Auswirkungen auf die Medizinische Onkologie:

Ich bin mit der Feststellung einverstanden, dass ein prozentual fixer Zuschlag ohne Deckelung sachlich nicht gerechtfertigt ist. Trotzdem müssen Materialien wie (von der SUVA gefordert) geschlossene Infusionsbestecke, Verbandsmaterial, Knochenmarkspunktionsset, etc. an Lager gehalten werden. Dieser Bedarf kann nicht mit einer „auf dem Markt befindenden Beschaffungslösung“ gedeckt werden. So müssen zum Beispiel Knochenmarkspunktionsset speziell für die einzelne Praxis zusammengestellt und eine grössere Menge besorgt werden – ein Markt-Knochenmarksset existiert nicht. Somit kostet die erbrachte Logistikleistung den Leistungserbringer weiterhin Geld.

Im stationären INFRA-Berechnungsmodell sind Spartenindirekte Sach- und Umlagekosten berücksichtigt. Nicht so aber im ambulanten KoReg-Berechnungsmodell. Somit ist zumindest für die ambulant tätigen medizinischen Onkologen die Beschaffung von Verbrauchsmaterial mit der geplanten Änderung nicht mehr kostendeckend.

### Änderungsantrag

- Der Zuschlag von 10% auf Verbrauchsmaterialien ist für die ambulant abrechnenden Onkologen beizubehalten; der maximale Zuschlag soll wie bei den Medikamenten bei CHF 240 gedeckelt sein.

Freundliche Grüsse

Prof. Dr. med. Miklos Pless

**Von:** Milan Vuckovic <milan.vuckovic@mvsante.ch>  
**Gesendet:** Samstag, 27. Mai 2017 18:12  
**An:** \_BAG-Abteilung Leistungen; \_BAG-DM  
**Cc:** Milan Vuckovic; Vincent Merz  
**Betreff:** notre analyse de la structure tarifaire Tarmed 1.09 pour notre activité de chirurgie ambulatoire  
**Anlagen:** lettre à OFSP 26 mai 2017.docx; ANNEXE 1 catalogue des 370 prestations chir ambulatoire MV Sante.xlsx; ANNEXE 2 Comparaison des temps d'occupation de salle OP & de salle de réveil effectifs VS temps proposé par le TARMED 1.09 V5.pptx; ANNEXE 3 Processus Commande (1.1).pptx

Madame, Monsieur veuillez trouver ci attachés notre lettre et 3 annexes meilleurs messages



**Milan M. Vuckovic**  
CEO et administrateur délégué

**MV SANTE Management SA**  
Avenue de Champel 42, 1206 Genève  
☎ : 022.839.72.57 [www.mvsante.ch](http://www.mvsante.ch)

[info@mvsante.ch](mailto:info@mvsante.ch)

022 839 72 63 Carine Guiader

022 839 72 57 Aline Caron

26 mai 2017

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

Madame, Monsieur,

Après avoir pris connaissance du contenu de l'ordonnance fédérale prévue d'entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018, nous vous soumettons notre analyse de la structure tarifaire Tarmed 1.09 d'une part ainsi que celle de la suppression des 10% de la majoration appliquée au matériel à usage courant et aux implants

Le groupe MV Santé est spécialisé dans la chirurgie ambulatoire et est représenté à Lausanne par le Centre de Chirurgie Ambulatoire MV SANTE Rhodanie SA et MV SANTE Beaumont SA (PPP avec le CHUV), à Genève par MV SANTE Clinique Champel SA et en Valais par le Centre de Chirurgie Ambulatoire Artemed Sion SA. Nos infrastructures correspondent à celles des hôpitaux sans les prestations de l'hôtellerie ni celles des contraintes liées à l'activité de nuit et des urgences. L'ensemble du groupe opère quelques 25000 interventions chirurgicales par année avec une expérience de plus de 10ans. Nous joignons à ce dossier un catalogue des interventions pratiquées dans nos centres ambulatoires MV SANTE au 30.04.2017.

**Annexe 1**

## Chirurgie stationnaire vs ambulatoire



### Les Faits

- Le **PATIENT** est le grand gagnant
- Les coûts globaux de la santé sont diminués

Nos prestations sont exclusivement ambulatoires et nous travaillons avec le Tarmed 1.08.  
Voici les points constatés :

1. Temps d'occupation de la salle d'opération

En effet, vous pourrez constater que les temps donnés par le Tarmed, quel que soit sa version, et quel que soit le type d'intervention sont le plus souvent insuffisants par rapport à la pratique avancée de la chirurgie ambulatoire. A l'aide de notre logiciel métier nous mesurons les temps d'occupation de la salle d'opération et nous vous faisons parvenir un échantillon varié d'interventions chirurgicales. **Annexe 2**

2. Salle de réveil en chirurgie ambulatoire

Nous soulignons également l'absence dans le futur Tarmed 1.09 de la prestation de salle de réveil, cette prestation existe actuellement mais n'est pas applicable pour la chirurgie ambulatoire. Or vous constaterez que nous utilisons une salle de réveil nécessaire à la bonne pratique de la prise en charge d'anesthésie et de surveillance post opératoire immédiate. Les temps d'occupation sont différents en fonction de la chirurgie et du type d'anesthésie.

**Annexe 2**

3. Suppression de la majoration de 10 % appliquée au matériel à usage courant et aux implants

Enfin, vous trouverez en **Annexe 3**, notre logigramme de gestion, manutention et achat de matériel et implant. Cette logistique nécessite l'emploi de 2.3 EPT qui n'est pas considéré dans le Tarmed.

A la vue de ces résultats nous constatons que l'entrée en vigueur de l'ordonnance **sans adaptations du tarif** n'est pas alignée aux exigences de la chirurgie ambulatoire pratiquées actuellement (toute la pratique dans le bloc opératoire est la même que dans un hôpital mais il n'y a pas de nuitées) et par là à son financement.

Ambulatoriser le patient est aujourd'hui incontournable et doit rester une priorité absolue, sachant que le bénéfice est aussi important pour le patient que pour le système de santé moderne.

Nous vous demandons de bien vouloir apporter toute votre attention à ces données factuelles, et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.



Arthroplastie prothétique du poignet	24.2670/01.0260
Reduction fermée fracture/luxation poignet	24.2410./01.0260
Ostéosynthèse fracture diaphysaire radius/cubitus, extra articulaire	24.2170./01.0260.
TTT fracture distale radius/cubitus, intra articulaire, vissage/plaques	24.2450./01.0260
ttt fracture scaphoïde	24.2440./01.0260
AMO doigt , broches	24.0210.
AMO main doigt, vis plaques	24.2480.
AMO avant-bras	24.2190.
Arthroscopie du coude	24.1710.
.+ biopsies + sequestrectomie, corps étr	24.1710/24.1720/24.1730
.+synovectomie	24.1710/24.1740
Opération pour épicondylite étendue avec révision du nerf radial et dénervation (Wilhelm)	05.2430/01.0260
tunnel cubital au coude	05.2440.
transposition antérieure nerf ulnaire	05.2450/01.0260
neurolyse nerf median cubital musculo cutané bras	05.2460./01.0260
neurof nerf radial bras , abord unique	05.2470./01.0260
neurof nerf radial bras , double voie abord	05.2480./01.0260
neurof nerf axillaire, abord unique	05.2490./01.0260
Opération pour épicondylite	24.1880/24.1890/01.0260
Opération pour épicondylite étendue avec révision du nerf radial et dénervation (Wilhelm)	05.2920.
réduction ouverte de fracture de clavicule	24.0430.
AMO clavicule	24.0530.
arthroscopie d'épaule diagnostique	24.0710.
.+biopsies+synovectomie subtotale	24.0710/24.0720/24.0740
.+synovectomie partielle bourrelet glénodien	24.0710/24.0730
.+synovectomie partielle bourrelet glénodien + decomp espace sous acromial	24.0710/24.0730/24.0750
.+acromioplastie	24.0710/24.0750
.+plastie capsulo-ligamentaire en cas instabilité	24.0710/24.0770
.+plastie capsulo-ligamentaire	24.0710/24.0780
.+plastie de la coiffe des rotateurs	24.0710/24.0730/24.0750/24.0790
.+ténodèse du long biceps	24.0710/24.0730/24.0750/24.0790/24.0890
arthrotomie articulation acromio-claviculaire	24.0480.
neurolyse du ss scapulaire	05.2520.
<b>Membre inférieur genou- cheville/pied</b>	
arthroplastie de hanche, hémi arthroplastie	24.481
AMO après fracture distale du fémur	24.5350.
ostéotomie correctrice du fémur	24.5440.
Arthroscopie diagnostique genou	24.5610/24.5640/24.5690/24.5700
Arthroscopie diagnostique	24.5610.
Extraction de corps étranger articulaire par arthroscopie +plicae	24.5610/24.5620/24.5630/24.5690
Méniscectomie par arthroscopie	24.5610/24.5710
TTT LCA	24.5610/24.5700/24.5790
ostéotomie correctrice diaphysaire tibia+as genou	24.5610/24.5640/24.5680/24.5690/24.5710/24.7020.
Tubérosité tibiale antérieure/ luxation rotule	24.6470.

KJ ligamentoplastie + as genou	24.5610/24.5710/24.5780
AS genou + ttt rupture LCA par allogreffe	24.5610/24.5790
prothèse partielle de genou unicompartmentale	24.6210.
AMO plateau tibial	24.6670.
Suture ou plastie du tendon d'Achille	24.7130.
Ténolyse du tendon d'Achille	24.7140.
arthroscopie cheville	24.7610.
:+ablation de corps libres	24.7610/24.7620
:+synovectomie subtotale	24.7610/24.7640
:+ablation d'ostéophytes ou d'exostoses	24.7610/24.7650
exostosectomie région cheville	24.8540.
arthrotomie de la cheville	24.7710.
arthrotomie articulation tarso-métatarsienne	24.8750.
plastie ligamentaire latérale cheville, 1 ou pls ligaments	24.7560.
AMO malléole interne	24.7340.
AMO Malléole externe	24.7390.
Neurolyse du nerf péronier	05.2580.
Arthroplastie des orteils: 1er orteil	24.8420.
Arthroplastie des orteils: 1er orteil	24.8310/24.8330/01.0260
Arthroplastie des orteils: orteils suivants (même pied)	24.8310/24.8320/24.8330X2/01.0260
Arthroplastie des orteils: orteils suivants (même pied)	24.8410.
Hallux valgus: exostosectomie	24.8470/01.0260
Hallux valgus : ostéotomie métatarsienne	24.8440.
Hallux valgus : ostéotomie métatarsienne+ phalange basale	24.8440/24.8480/01.0260
Ostéotomie correctrice ds la région des orteils	24.8660/24.8670.
Arthrodèse métatarso-phalangienne	24.8780.
Arthrodèse tarse-métatarsienne	24.8510.
Arthrodèse interphalangienne, 1 articulation	24.8790.
Arthrotomie métatarso-phalangienne	24.8750.
AMO calcaneum	24.7980.
AMO astragale	24.8020.
AMO metatarsien	24.8140.

#### Catalogue urologie

intitulé de la prestation	code TARME
Pose d'une sonde vésicale (< 16ans)	21.0030
Pose d'un tuteur urétral (< 16ans)	21.0460/21.0370/21.0320
Cysto uréthroscopie (CUS) avec biopsie intravésicale	21.0310/21.0320/21.0330/21.0010/21.0040
Cysto uréthroscopie (CUS)	21.0310/21.0320/21.0010/21.0040
CUS avec pose de sonde urétrale	21.0310/21.0320/21.0370/21.0010/21.0040
Ablation de lithiase(s) ou de corps étranger(s) lors d'une cystoscopie	21.0460/21.0350/21.0320
Traitement d'un adénome de la prostate/thermothérapie	21.2180/21.0010/21.0040
REP+CYSTO=URTETROTOMIE+sondage+instillation	21.2180/21.0010/21.0040/21.2210/21.0310/21.0320

Urétéro - pyélographie rétrograde (UPR un côté)	21.0510/21.0520/21.0530/21.0570/21.0010/21.0040
Vaporisation laser d'un condylome urétral	04.0370/04.0380/04.0390 laser
Traitement des lithisases par voie extra-corporelle (Lithotritie)	11.0850.
Incision cervico-prostatique	21.1720/21.0010/21.0040
Résection du col vésical	21.1720/21.0010/21.0040
Résection endoscopique d'une tumeur de vessie	21.1720/21.1730/21.1740/21.0010/21.0040
Lithotritie vésicale	21.0310/21.0320/21.0350/21.0360/21.0010/21.0040
Biopsie de la prostate par ponction à aiguille fine	21.2120
Urétrotomie interne (Sachse)	21.2210/21.0010/21.0040
Méatotomie	21.2410/21.0010/21.0040
Ablation de condylomes acuminés	20.2140. / 04.0370/04.0380/04.0390 laser
Biopsie ouverte du pénis	21.2650.
Biopsie de testicule+extempo	21.2920/00.1410
Orchidectomie inguinale ou scrotale unilatérale	21.2950/21.3020
Pose de prothèse testiculaire (< 16ans)	21.3000
ttt chirurgical d'hydrocèle testiculaire	21.3060
Cure de l'hydrocèle testiculaire et de spermatocèle (kyste du cordon): par côté	21.3060/21.3080
Opération de la varicocèle par laparoscopie	20.0110/21.3150
Opération de la varicocèle sans laparoscopie	21.3150
TTT chirurgical de cryptorchidie bilat / enfant moins 6 ans	24.3145/00.1260
Exploration de torsion testiculaire+orchidopexie scotale opposée	21.3100/21.3120
Vasoépididymectomie ou orchidopexie : par côté	21.3130
cryptorchidie chez l'enfant	21.3135
Vasovasostomie par technique microchirurgicale par côté	21.3210
Epididymectomie unilatérale	21.3180/00.1410 (extempo)
Décollement adhérences préputiales (garçon) ou décollement de synéchies des petites lèvres (fille) (<16 ans)	21.2660.
Circoncision+bloc pénien	21.2680/00.1260
Redressement de la verge/correction chirurgicale de déviation pénienne	21.2710
Mise en place d'implant pénien rigide	21.2770
Mise en place d'implant pénien hydraulique	21.2780.
Mise en place d'implant pénien hydraulique + ,proth testiculaire	21.2780/21.3020

#### Catalogue Proctologie

intitulé de la prestation	code TARMED
Excision trans-anales de tumeur rectale	20.1940.
Traitement pour fistule anale+bloc plexique	20.2030/00.1260
+ suppl pour ttt chir de fistule trans ou supra sphinctérienne	20.2030/20.2040
Cure de prolapsus anal par longo	20.2070.
Sphinctérotomie anale / anuscoie	20.2080/19.1610
Fissure anale	20.2120.
Sphinctérotomie+fissurectomie+anuscopie	20.2080/20.2120/19.1610
Excision de marisques+rectoscopie	20.2130/19.1530
Cure chirurgicale d'hémorroïdes par paquet+anuscopie	20.2220/20.2230/19.1610

Cure chirurgicale d'hémorroïdes	20.2240.
Abcès péri-anal supralévotérien	20.2010.
Abcès péri-anal infralévotérien	20.2020.
Rectoscopie rigide	19.1530.
+biopsie de muqueuse rectale	19.1530/19.1430
Anuscopie	19.1610.
+ biopsie de muqueuse rectale lors d'anuscopie	19.1610/19.1630
kyste sacro-coccygien	20.2830.
Ablation de condylomes acuminés	20.2140.
Ablation de condylomes acuminés au laser	20.2140/04.0370/04.0380/04.0390
ttt laser co2 1 ère période de 5 min	04.0370.
ttt laser co2 période de 5 min suppl	04.0370/04.0380 x 2/04.0390
ttt laser co2 dernière période de 5 min	04.0390.
coloscopie + endoscopie iléon terminal	19.1010/19.1020
coloscopie + gastroscopie (+biopsies)	19.1010/19.1020/19.0410/19.0430

#### CATALOGUE DERMATOLOGIE

intitulé de la prestation	code TARMED
	04.0230.
Traitement molluscum contagiosum plus de 10 lésions	04.0610/04.0620
Coagulation ou traitement par laser d'hémangiome sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	04.0610/04.0630x4/04.0640/00.1200
excision lésions sous-cutanées étendues autres régions	04.0880.
Electrocoagulation ou curetage de verrues sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	04.0580+04.0360
Excision et extirpation d'une petite tumeur de la peau (y. c. naevi simples) ou biopsie cutanée.	04.0550/00.1180
Excision de lésions cutanées visage cou main	09.1310.
Résection d'appendice pré-auriculaire (< 16 ans) un côté	22.0910x5
Excision de tumeur cutanée importante: compliquée ou de localisation particulière	04.1910/04.1210/00.1200
Excision de tumeur cutanée importante: compliquée ou de localisation particulière	04.0590/04.0600/04.1240/04.0360x10
Reprise d'excision d'un mélanome malin (marge de sécurité)	04.0880/04.0890
Excision de lésions sous-cutanées autre reg plus de 5 cm2/ laser	04.0370/04.0380x9/04.0390

#### CATALOGUE Chirurgie générale

intitulé de la prestation	code TARMED
Ouverture avec curage d'abcès ou hématome avec suture: petit	04.0530
Ablation de corps étranger: cas facile ou moyen	04.0900
Ablation de fils (< 16 ans)	prestations de base
Excision de cicatrice simple (< 16 ans)	04.2430/04.2440
Ablation de gros lipomes	04.0880/04.0890/04.0360X10
Débridement d'escarres	04.1050/04.1060
Extraction de corps étranger par incision, cas difficile	04.0920
Extraction de corps étranger par incision, cas difficile	04.0920/04.0930

Drainage d'un abcès, panaris profond, anthrax ou adénophlegmon; ou hématome avec suture: grand	24.3610
Drainage phlegmon gaine de fléchisseurs doigt ou de la main	24.3640
Drainage phlegmon gaine de fléchisseurs , 2 doigts	24.3640/24.3650
Traitement de plaie au visage sans atteinte complexe(3cm)	04.1010.
Traitement de plaie avec perte de substance et suture musculaire	04.1080/04.0730
Boursectomie de la rotule	04.0880/04.0780/04.0890/04.0360X10
Boursectomie du coude	24.1930.
Excision de kyste arthro-synovial+ plâtre	24.3720/01.0260
Greffé cutanée fine moyenne + couverture par lambeau	04.1510/04.1270
Greffé cutanée fine petite (< 16 ans)	04.2210.
Greffé de peau totale jusqu'à 4 cm2	04.1530/04.1210/04.1220
Correction des cicatrices, excision petit chéloïde, plastie en Z simple	04.2470.
Cure de syndactylie (un ou plusieurs espaces) : cas simple	24.2980.
Cure de syndactylie (un ou plusieurs espaces) : cas compliqué	24.2990.
Correction des cicatrices, de plaie cutanée ou excision de chéloïde, ou plastie par lambeau cutané ou muqueux de mandibule ou maxillaire	04.0590/04.0600/04.1240/04.1250/04.0360X10
Correction des cicatrices, de plaie cutanée ou excision de chéloïde, ou plastie par lambeau cutané ou muqueux de mandibule ou maxillaire	04.2450/04.2460x8
Dégraissage d'un lambeau grand	04.2310.
Opération complexe de reconstruction par lambeau	04.1910/04.1210/00.1180
Biopsie / excision de ganglion lymphatique ou masse tumorale axillaire	26.0210
Biopsie musculaire et nerveuse	24.0030/04.1730
Biopsie muscle	24.0030.
Biopsie nerveuse	04.1730.
Biopsie du sein	23.0120
Gynéco-mastectomie bilatérale (Gynécomastie)	23.0180/23.0170X2
Gynéco-mastectomie unilatérale (Gynécomastie)	23.0160/23.0170
Reconstruction unilat de la PAM par GPT + correction mammelon	23.0550/23.0560
Reconstruction bilat de la PAM+correction d'aréole + correction de tissu mou par lambeau local 10cm	23.0570/23.0560x2/04.2470/04.2480x6
Reconstruction mammaire: mise en place ou échange d'un implant (expandeur ou prothèse)	23.0500.

#### CATALOGUE Chirurgie vasculaire

intitulé de la prestation	code TARMED
Stripping pour varice saphène interne 1er côté	18.1590/01.0310
Stripping pour varice saphène interne 1er côté+crossectomie+bandage spécial	18.1590/18.1660/01.0310
Stripping pour varice saphène interne 1er côté+perforante+2ème côté	18.1590+18.1600+18.1610
Stripping pour varice saphène interne 1er côté+perforante+bandage	18.1590+18.1600+01.0310
Stripping pour varice saphène interne 1er côté+perf+bandagesx2+phlebecx20cm	18.1590+18.1600+18.0610+01.0310+18.1570+18.1580
Stripping pour varice saphène externe 1er côté	18.1620
Stripping pour varice saphène externe 1er côté+perforante+2ème côté	18.1620+18.1600+18.1630/01.0310
Stripping pour varice saphènes interne et externe 1er côté	18.1640
Stripping pour varice saphènes interne et externe 1er côté+perforante+2ème côté	18.1640+18.1600+18.1650
Crossectomie isolée unilatérale	18.1660
Crossectomie isolée bilatérale	18.1670/01.0310x2

Recrossectomie isolée unilatérale de la veine saphène interne	18.1680
Recrossectomie isolée bilatérale de la veine saphène interne	18.1690
crosssectomie isolée bilatérale + phlebectomies au crochets 10 cm 2 jambes+bandages	18.1670/18.1570x2/01.0310x2
Mise en place d'un shunt artérioveineux externe simple fistule	18.1920
Mise en place d'un shunt artérioveineux complexe	18.1930
Révision d'un shunt artérioveineux	18.1940
Fermeture d'un shunt artérioveineux	18.1950
Fermeture d'une fistule artérioveineuse périphérique	18.1320
Mise en place d'un port-à-cath	00.0980
Retrait d'un port-à-cath	00.0995
Biopsie d'artère (artère temporale)	18.0910/00.1180
angiographie	39.6150
angioplastie fémorale percutanée	18.0060
pose de stent	39.6170
Artériographie+angioplastie transluminale+stent lors d'occlusions artérielles	39.6150+39.6170+18.0060
Artériographie+angioplastie transluminale+stent lors d'occlusions artérielles+reconstruction voies art poplité	39.6150+39.6170+18.0060+18.1160
Excision de un ganglion lymphatique inguinal	26.0310/00.1190
bandage special veines, vaisseaux, face sein	01.0310

#### CATALOGUE Chirurgie neuro

intitulé de la prestation	code TARMED
TTT de hernie discale (lombaire-sacrée)( fenestration hémilaminectomie)	06.0580
Implantation neurostimulateur permanent nerfs sacrés	05.2340/05.2350/00.1210
Mise en place périmédullaire d'électrode périurale et simul test	05.2340
:+ implantation d'un stimulateur après stim test préimédullaire par électrode préurale	05.2340/05.2350
Ablation d'un neurostimulateur périmédullaire	05.2360/00.1190
Ablation chirurgicale de pile d'une électrode périurale ou d'un système antalgique un côté	06.2170/00.1190
changement de pile d'une électrode périurale ou d'un système antalgique bilatéral	06.2170 x 2/ 00.1210

#### CATALOGUE Chirurgie cervico-thoracique/abdominale

intitulé de la prestation	code TARMED
Cure de kyste cervical énucléation de kyste ou adénomes de la thyroïde	14.0160
Cure de hernie ombilicale	20.0500
Cure de hernie épigastrique (enfant)	20.0540/00.0040
Cure de hernie épigastrique (adulte)	20.0540
Cure de hernie ombilicale / épigastrique (adulte)	H ombilicale/20.0500 H.épigastrique avec filet20.0540+20.0550
Cure de hernie ombilicale / épigastrique, ligne blanche (enfant)	H ombilicale/20.0500 H.épigastrique20.0540
Cure de hernie inguinale bilatérale (fillette)	20.0300/00.1260
Cure de hernie inguinale bilatérale (enfant) 7-16 ans	20.0320

Cure de hernie inguinale ou crurale (adulte)	20.0350.
Cure de hernie fémorale unilat, adulte, technique sans tension	20.0460.
Cure de hernie inguinale unilatérale, technique sans tension	20.0330.
Cure de hernie inguinale unilatérale, technique sans tension+récidive et filet	20.0330/20.0270
Cure de hernie inguinale bilatérale, technique sans tension	20.0340.
Cure de hernie inguinale unilatérale (adulte) (sauf sans tension)	20.0350.
Cure de hernie inguinale unilatérale (enfant)	20.0310.
Cure opératoire de hernie étranglée unilatérale (< 16 ans)	20.0310+20.0230
Laparoscopie thérapeutique + mini open	20.0110/20.0120
+ cholecystectomie	20.0110/20.0120/20.0130
+ttt chir de hernie inguinale unilat+bloc	20.0110/20.0120/20.0180/00.1260
+ttt chir de hernie inguinale bilat	20.0110/20.0180x2+20.0270

#### CATALOGUE ORL/MAXILLO-FACIAL

intitulé de la prestation	code TARMED
Paracentèse avec nettoyage d'oreille, sous microscope, par côté enfant jusq 7 ans	09.1110/09.1120/19.0060/19.0070
Nettoyage d'oreille sous contrôle microscopique, par côté	09.0120.
Ponction et lavage d'un sinus maxillaire sous anesthésie par médecin spécialement mandaté, par côté	10.0810
Paracentèse+nettoyage oreille+drains, 2 oreilles+ adénoïdectomies , enfant	09.1110x2/09.1120x2/09.1130x2/09.1135
Paracentèse+nettoyage oreille+drains, 1 oreille+ adénoïdectomies , enfant	09.1110/09.1120/09.1130/10.0050/19.0060/19.0070
Extraction de corps étranger de l'oreille, sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	09.0120/09.0130/09.0140/04.0920/19.0060/19.0070
Extraction de corps étranger du nez, sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	10.0630/10.0050/19.0060/19.0070
Biopsie du cavum	12.0020/12.0030X6/19.0060
Cautérisation de cornets, par côté	10.0750/10.0730/10.0050/19.0060
Electrocoagulation des fosses nasales ou du pharynx sous anesthésie par médecin spécialement mandaté, par côté	10.0650/10.0680/10.0700/10.0050/19.0060
Section frein de lèvres ou de la langue (< 16 ans)	11.0460.
Extraction d'un calcul salivaire par voie buccale	11.0720
Polypectomie nasale sous optique, par côté	10.0740/10.0050/10.0060/19.0060
Turbinectomie sous optique, par cornet et par côté	10.1020/10.1030/10.1060/10.0760
Réduction fracture du nez	10.0160/10.0170/10.0050
Incision d'abcès péri-amygdalien	10.0730/10.0050/19.0060
Simuscopie, avec lavage, ponction et pose de drain (1 côté)	10.1020/10.1080/10.1090/10.0760
Adénoïdectomie sous contrôle optique	12.0140/19.0060/19.0070/10.0050
Adénoïdectomie sous contrôle optique + paracentèse avec nettoyage d'oreille sous microscope, bilatérale	09.1110X2/09.1120X2/09.1135/19.0060/19.0070/10.0050
Adénoïdectomie sous contrôle optique + paracentèse avec nettoyage d'oreille sous microscope, unilatérale	09.1110/09.1120/09.1135/19.0060/19.0070/10.0050
Amygdalectomie bilatérale par dissection	12.0160/10.0730/19.0060/19.0070/10.0050
Hémostase secondaire pour hémorragie post-amygdalectomie, par côté / multipolypectomie au shaver par côté	10.0210/10.0730/19.0060/10.0050
Exérèse d'un néoplasme buccal avec greffe cutanée.	11.0270/04.1270/19.0060
Exérèse d'un néoplasme buccal sans greffe cutanée.	11.0270/19.0060
Adénoïdectomie+épipharyngoscopie+pose sonde gastrique+endoscopie nasale bilatérale	12.0190/12.0020/10.0730/19.0060/19.0070/10.0050
Ouverture transvestibulaire du sinus maxillaire	10.0820.
Panendoscopie	13.0020/13.0040
Panendoscopie + microlaryngoscopie en suspension (MLS)	12.0020/12.0030/12.0040/13.0020/13.0030/13.0040

Bronchoscopie rigide + vaporisation d'une tumeur bronchique	15.0410/15.0420/15.0460
Ethmoïdectomie cpte bilatérale par voie nasale	10.1020/10.1060 x2/10.1070 x2
Ethmoïdectomie unilatérale complète par voie nasale	10.1020/10.1060/10.1070
Micro-laryngoscopie en suspension (MLS)	13.0020/13.0030/13.0040/19.0060/10.0050
Septoplastie	10.0510/01.0330
Septoplastie sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	10.0510/10.0520/10.0050/19.0060
Rhinoplastie	10.0210/10.0220/10.0230/10.0240/10.0250/10.0730/10.0770
Reduction fermée fracture nasale ouverte+réductin fracture septum+endoscopie nasle bilatérale	10.0160/10.0170/10.0050
Otoplastie, correction des oreilles décollées: bilatérale	09.1390X2/09.1400X2
Otoplastie, correction des oreilles décollées: unilatérale	09.1390/09.1400
Epulis, exérèse de petite tumeur buccale (< 16 ans)	11.0250.
Myringoplastie	09.1200/09.1210
Stapédotomie, Stapédectomie ou Tympanoplastie avec interposition	09.1520
Tympanoplastie+greffon	09.1550/04.1630
Tympanoplastie perf un quadrant, 1 oreille	09.1200.
Tympanoplastie exploratrice, sans geste sur la chaîne ossiculaire	09.1170
Tympanoplastie exploratrice, avec geste sur la chaîne ossiculaire+greffon fascia	09.1170/09.1260/04.1630
Plastie d'élargissement du conduit auditif externe	09.1020.
Exérèse de cholestéatome de l'oreille+greffon	09.1250/09.1210/09.1260/04.1780
Rhinoscopie et cautérisation étendue (septum-cornets)	10.0050/10.0750x2
Méatotomie maxillaire inférieure ou moyenne	10.0860
Méatotomie maxillaire inférieure et moyenne sous contrôle optique, par côté	10.0860/10.0050
Exérèse d'un kyste maxillaire invasif (fosse nasale, sinus maxillaire ou mandibule) avec prélèvement de greffe osseuse hors du champ opératoire	07.1220/04.1770
Uvulo-palato-pharyngoplastie	12.0430.
Arthrocentèse ATM bilatérale	07.1630x2
Arthrocentèse ATM unilatérale	07.1630.
AMO mandibule	07.0310 (de 07.0430)

#### CATALOGUE GYNECOLOGIE

intitulé de la prestation	code TARMED
Curetage évacuateur	22.1250/21.0020
Curetage, Interruption de grossesse par voie vaginale	22.1250/21.0020
Maturation cervicale avant cur evac	22.1250/21.0020/22.1290
Interruption médicamenteuse de grossesse	22.1270.
Pose ou retrait DIU sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	22.1150
Hystérocopie diagnostique	22.0605/22.0635
Curetage explorateur fractionné	22.1220
Electrochirurgie sur col utérin	22.1030/22.1160
Electrochirurgie sur col utérin sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	22.1030/22.1160/22.0090/22.0100
Laser sur col utérin+bloc cervical	22.0910x5/22.1160
Laser sur col utérin sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	22.0910x5/22.1160
Glandes de Bartholin: incision ou marsupialisation	22.0750

Plastie introïtale	22.0730
Hystérocopie opératoire avec curetage et/ou biopsies	22.0645
Hystérocopie opératoire+maturation cervicale+sondage	22.0645/22.1290/21.0020
,+ résection de formations polypôïdes	22.0645/22.0650
,+ destruction chirurgicale de l'endomètre	22.0645/22.0655
,+destruction non chirurgicale de l'endomètre ex cavaterrn	22.0645/22.0665
,+resection de tumeurs, polypes exceptés	22.0645/22.0670
Hystérocopie opératoire+maturation cervicale+sondage	22.0645/22.0650/22.0655/22.1290/21.0020
Cure de prolapsus , colporraphie antérieure	22.1730,
Cure de prolapsus , colporraphie postérieure	22.1710,
Correction d'incontinence urinaire par voie vaginale / TVT	22.1775
Laparoscopie diagnostique	22.0310/22.0320/22.0330/22.0340
Sterilisation laparoscopique	22.0360/22.0370/22.0410/22.0530/22.0645
Laparoscopie thérapeutique	22.0360,
,+ pose et fixation d'un set de perf intra-utérin	22.0360/22.0370
,+ adhésiolyse	22.0360/22.0370/22.0400,
,+ ttt d'endométriose	22.0360/22.0370/22.0420
,+ ponction de kyste ou kystotomie	22.0360/22.0370/22.0450
,+ chromoperturbation	22.0360/22.0370/22.0460
,+ myomectomie	22.0360/22.0370/22.0500
,+ morcellement de l'uterus et extraction	22.0360/22.0370/22.0510
,+ lavage thérapeutique	22.0360/22.0370/22.0460/22.0530
,+traitement d'une annexe (ovaire)	22.0360/22.0370/22.0530/22.0420/22.1570
lap + sondage+consultation pour stérilité+adhésiolyse+chromoperturbation+lavage thérapeutique	22.0030/22.0360/21.0020/22.0040/22.0400/22.0460/22.0530
biopsie excision niveau sein abord direct	23.0110,
biopsie excision niveau sein abord indirect	23.0120,
tumorectomie, lumpectomie ou quadrantectomie du sein	23.0130/01.0310

#### CATALOGUE OPHTALMOLOGIE

intitulé de la prestation	code TARMED
sondage lacrymal sous anesthésie par dr anesthésiste	08.0680/08.0700
ablation de tumeur palpébraire avec reconstruction des paupières simple (sans mobilisation de tissu ou greffe)	08.1840/08.1850/08.0680/08.1860/08.0880
blépharoplastie deux paupières	08.1990/08.2000/08.2010/04.0360
ablation de tumeur palpébrale avec reconstruction des paupières compliquée (avec mobilisation de tissu ou greffe)	08.1840/08.1850/08.0680/08.1860/08.0880/08.2020
blépharoplastie, 4 paupières	08.1990/08.2000/08.2010/04.0360
plastie des voies lacrymales, dacryo-cystorhinostomie	08.0760/08.0700
opération de strabisme: chirurgie des muscles verticaux et obliques par muscle	08.3460
opération de strabisme classique sur muscles horizontaux, par muscle	08.3410/08.3420
trabéculotomie (glaucome) ou sclérectomie profonde	08.2570/08.2580/08.2590
phakoémulsification; opération de la cataracte	08.2760/08.2780

CATALOGUE DES PRESTATIONS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

intitulé de la prestation	code TARME
<b>orthopédie chirurgie de la main</b>	
<b>Membre supérieur main- coude- épaule</b>	
Arthroplastie des articulations du doigt+prothese doigt	24.3460
Arthroplastie des articulations du doigt sans prothèse de doigt	24.3460
Arthroplastie métacarpo-phalangienne par interposition de tissu mou ou mise en place d'endoprothèse	24.3330/01.0260
Reconstruction ligamentaire métacarpo-phalangienne par greffe	24.3350/04.1670/01.0260
Remplacement prothétique au niveau du carpe	24.2690/01.0260
Réséction d'un os du carpe ou de la 1ère rangée du carpe / arthrodèse scapho-lunaire	24.2710/01.0260
TTT de rhizarthrose	24.2660.
Arthrodèse des articulations du doigt: 1ère	24.3480/01.0260
Reconstruction d'une poulie digitale	24.3680
TTT d'ostéite ou d'arthrite septique IPD	24.3620.
Suture de ligaments métacarpo-phalangien du pouce	24.3310/01.0260
Suture tendons extenseurs 2 doigts	24.2400.
ténolyse des tendons fléchisseurs doigt, paume	24.3170.
Maladie de Dupuytren: 1er rayon digital	24.3230/24.3267/01.0260
Aponévrectomie de Dupuytren	24.3220/01.0260
Maladie de Dupuytren: rayon supplémentaire	24.3230/24.3240/24.3267/01.0260
Synovectomies de petites articulations (carpiennes, métacarpo-phalangiennes ou interphalangiennes) ou Arthrolyse (métacarpe ou doigt)	24.3440/01.0260
Synovectomies de petites articulations (carpiennes, métacarpo-phalangiennes ou interphalangiennes) ou Arthrolyse (métacarpe ou doigt) ; par articulation supplémentaire	24.3440/24.3450/01.0260
embrochage percutané métacarpien	24.2420/01.0260
ostéosynthèse de phalange par doigt	24.3420/01.0260
ostéosynthèse de métacarpe	24.2430./01.0260.
ttt plaie avec atteinte des structures complexes tendon, nerf muscle vaisseaux	04.1080/04.1090/04.0800/01.0260
ttt plaie complexe avec suture tendon fléchisseur et nerf	04.1080/04.0800/04.0720/01.0260
Débridement de plaie sans atteinte complexe	04.1050/04.1060x6
Amputation doigt, intervention elective	24.3520.
Excision de tumeur tendineuse ou articulaire (poignet ou main)	24.3280/01.0260
Suture d'une branche nerveuse, main	05.2730/01.0260
Tunnel carpien	05.2410.
excision d'un névrome	05.2930.
Révisio cutanée d'un moignon digital par doigt	24.3530.
Excision cunéiforme du lit unguéal 2 côtés	04.0970.
Arthroscopie de poignet diagnostique	24.2490.
Arthroscopie de poignet diagnostique+ interv	24.2490.+24.2510

Arthroplastie prothétique du poignet	24.2670/01.0260
Reduction fermée fracture/luxation poignet	24.2410./01.0260
Ostéosynthèse fracture diaphysaire radius/cubitus, extra articulaire	24.2170./01.0260.
TTT fracture distale radius/cubitus, intra articulaire, vissage/plaques	24.2450./01.0260
ttt fracture scaphoïde	24.2440./01.0260
AMO doigt , broches	24.0210.
AMO main doigt, vis plaques	24.2480.
AMO avant-bras	24.2190.
Arthroscopie du coude	24.1710.
.+ biopsies + sequestrectomie, corps étr	24.1710/24.1720/24.1730
.+synovectomie	24.1710/24.1740
Opération pour épicondylite étendue avec révision du nerf radial et dénervation (Wilhelm)	05.2430/01.0260
tunnel cubital au coude	05.2440.
transposition antérieure nerf ulnaire	05.2450/01.0260
neurolyse nerf median cubital musculo cutané bras	05.2460./01.0260
neurotome radial bras , abord unique	05.2470./01.0260
neurotome radial bras , double voie abord	05.2480./01.0260
neurotome axillaire, abord unique	05.2490./01.0260
Opération pour épicondylite	24.1880/24.1890/01.0260
Opération pour épicondylite étendue avec révision du nerf radial et dénervation (Wilhelm)	05.2920.
réduction ouverte de fracture de clavicule	24.0430.
AMO clavicule	24.0530.
arthroscopie d'épaule diagnostique	24.0710.
.+biopsies+synovectomie subtotale	24.0710/24.0720/24.0740
.+synovectomie partielle bourrelet glénodien	24.0710/24.0730
.+synovectomie partielle bourrelet glénodien + decomp espace sous acromial	24.0710/24.0730/24.0750
.+acromioplastie	24.0710/24.0750
.+plastie capsulo-ligamentaire en cas d'instabilité	24.0710/24.0770
.+plastie capsulo-ligamentaire	24.0710/24.0780
.+plastie de la coiffe des rotateurs	24.0710/24.0730/24.0750/24.0790
.+ténodèse du long biceps	24.0710/24.0730/24.0750/24.0790/24.0890
arthrotomie articulation acromio-claviculaire	24.0480.
neurolyse du ss scapulaire	05.2520.
<b>Membre inférieur genou- cheville/pied</b>	
arthroplastie de hanche, héli arthroplastie	24.481
AMO après fracture distale du fémur	24.5350.
ostéotomie correctrice du fémur	24.5440.
Arthroscopie diagnostique genou	24.5610/24.5640/24.5690/24.5700
Arthroscopie diagnostique	24.5610.
Extraction de corps étranger articulaire par arthroscopie +plica	24.5610/24.5620/24.5630/24.5690
Méniscectomie par arthroscopie	24.5610/24.5710
TTT LCA	24.5610/24.5700/24.5790
ostéotomie correctrice diaphysaire tibia+as genou	24.5610/24.5640/24.5680/24.5690/24.5710/24.7020.
Tubérosité tibiale antérieure/ luxation rotule	24.6470.

KJ ligamentoplastie + as genou	24.5610/24.5710/24.5780
AS genou + ttt rupture LCA par allogreffe	24.5610/24.5790
prothèse partielle de genou unicompartmentale	24.6210.
AMO plateau tibial	24.6670.
Suture ou plastie du tendon d'Achille	24.7130.
Ténolyse du tendon d'Achille	24.7140.
arthroscopie cheville	24.7610.
.+ablation de corps libres	24.7610/24.7620
.+synovectomie subtotale	24.7610/24.7640
.+ablation d'ostéophytes ou d'exostoses	24.7610/24.7650
exostosectomie région cheville	24.8540.
arthrotomie de la cheville	24.7710.
arthrotomie articulation tarso-métatarsienne	24.8750.
plastie ligamentaire latérale cheville, 1 ou pls ligaments	24.7560.
AMO malléole interne	24.7340.
AMO Malléole externe	24.7390.
Neurolyse du nerf péronier	05.2580.
Arthroplastie des orteils: 1er orteil	24.8420.
Arthroplastie des orteils: 1er orteil	24.8310/24.8330/01.0260
Arthroplastie des orteils: orteils suivants (même pied)	24.8310/24.8320/24.8330X2/01.0260
Arthroplastie des orteils: orteils suivants (même pied)	24.8410.
Hallux valgus: exostosectomie	24.8470/01.0260
Hallux valgus : ostéotomie métatarsienne	24.8440.
Hallux valgus : ostéotomie métatarsienne+phalange basale	24.8440/24.8480/01.0260
Ostéotomie correctrice ds la région des orteils	24.8660/24.8670.
Arthrodèse métatarso-phalangienne	24.8780.
Arthrodèse tarse-métatarsienne	24.8510.
Arthrodèse interphalangienne, 1 articulation	24.8790.
Arthrotomie métatarso-phalangienne	24.8750.
AMO calcaneum	24.7980.
AMO astragale	24.8020.
AMO metatarsien	24.8140.

#### Catalogue urologie

intitulé de la prestation	code TARMED
Pose d'une sonde vésicale (< 16ans)	21.0030
Pose d'un tuteur urétral (< 16ans)	21.0460/21.0370/21.0320
Cysto urétroscopie (CUS) avec biopsie intravésicale	21.0310/21.0320/21.0330/21.0010/21.0040
Cysto urétroscopie (CUS)	21.0310/21.0320/21.0010/21.0040
CUS avec pose de sonde urétrale	21.0310/21.0320/21.0370/21.0010/21.0040
Ablation de lithiase(s) ou de corps étranger(s) lors d'une cystoscopie	21.0460/21.0350/21.0320
Traitement d'un adénome de la prostate/thermothérapie	21.2180/21.0010/21.0040
REP+CYSTO+URTETROTOMIE+sondage+instillation	21.2180/21.0010/21.0040/21.2210/21.0310/21.0320

Urétéro - pyélographie rétrograde (UPR un côté)	21.0510/21.0520/21.0530/21.0570/21.0010/21.0040
Vaporisation laser d'un condylome urétral	04.0370/04.0380/04.0390 laser
Traitement des lithisases par voie extra-corporelle (Lithotritie)	11.0850.
Incision cervico-prostatique	21.1720/21.0010/21.0040
Réséction du col vésical	21.1720/21.0010/21.0040
Réséction endoscopique d'une tumeur de vessie	21.1720/21.1730/21.1740/21.0010/21.0040
Lithotritie vésicale	21.0310/21.0320/21.0350/21.0360/21.0010/21.0040
Biopsie de la prostate par ponction à aiguille fine	21.2120
Urétrotomie interne (Sachse)	21.2210/21.0010/21.0040
Méatotomie	21.2410/21.0010/21.0040
Ablation de condylomes acuminés	20.2140. / 04.0370/04.0380/04.0390 laser
Biopsie ouverte du pénis	21.2650.
Biopsie de testicule+extempo	21.2920/00.1410
Orchidectomie inguinale ou scrotale unilatérale	21.2950/21.3020
Pose de prothèse testiculaire (< 16ans)	21.3000
ttt chirurgical d'hydrocèle testiculaire	21.3060
Cure de l'hydrocèle testiculaire et de spermatocele (kyste du cordon): par côté	21.3060/21.3080
Opération de la varicocèle par laparoscopie	20.0110/21.3150
Opération de la varicocèle sans laparoscopie	21.3150
TTT chirurgical de cryptorchidie bilat / enfant moins 6 ans	24.3145/00.1260
Exploration de torsion testiculaire+orchidopexie scotale opposée	21.3100/21.3120
Vasoépididymectomie ou orchidopexie : par côté	21.3130
cryptorchidie chez l'enfant	21.3135
Vasovasostomie par technique microchirurgicale par côté	21.3210
Epididymectomie unilatérale	21.3180/00.1410 (extempo)
Décollement adhérences préputiales (garçon) ou décollement de synéchies des petites lèvres (fille) (<16 ans)	21.2660.
Circoncision+bloc pénien	21.2680/00.1260
Redressement de la verge/correction chirurgicale de déviation pénienne	21.2710
Mise en place d'implant pénien rigide	21.2770
Mise en place d'implant pénien hydraulique	21.2780.
Mise en place d'implant pénien hydraulique + proth testiculaire	21.2780/21.3020

#### Catalogue Proctologie

intitulé de la prestation	code TARMED
Excision trans-anales de tumeur rectale	20.1940.
Traitement pour fistule anale+bloc plexique	20.2030/00.1260
.+ suppl pour ttt chir de fistule trans ou supra sphinctérienne	20.2030/20.2040
Cure de prolapsus anal par longo	20.2070.
Sphinctérotomie anale / anuscoie	20.2080/19.1610
Fissure anale	20.2120.
Sphinctérotomie+fissurectomie+anuscopie	20.2080/20.2120/19.1610
Excision de marisques+rectoscopie	20.2130/19.1530
Cure chirurgicale d'hémorroïdes par paquet+anuscopie	20.2220/20.2230/19.1610

Cure chirurgicale d'hémorroïdes	20.2240.
Abcès péri-anal supralévotérien	20.2010.
Abcès péri-anal infralévotérien	20.2020.
Rectoscopie rigide	19.1530.
,+biopsie de muqueuse rectale	19.1530/19.1430
Anuscopie	19.1610.
,+ biopsie de muqueuse rectale lors d'anuscopie	19.1610/19.1630
kyste sacro-coecygien	20.2830.
Ablation de condylomes acuminés	20.2140.
Ablation de condylomes acuminés au laser	20.2140/04.0370/04.0380/04.0390
ttt laser co2 1 ère période de 5 min	04.0370.
ttt laser co2 période de 5 min suppl	04.0370/04.0380 x 2/04.0390
ttt laser co2 dernière période de 5 min	04.0390.
coloscopie + endoscopie iléon terminal	19.1010/19.1020
coloscopie + gastroscopie (+biopsies)	19.1010/19.1020/19.0410/19.0430

#### CATALOGUE DERMATOLOGIE

intitulé de la prestation	code TARMED
	04.0230.
Traitement molluscum contagiosum plus de 10 lésions	04.0610/04.0620
Coagulation ou traitement par laser d'hémangiome sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	04.0610/04.0630x4/04.0640/00.1200
excision lésions sous-cutanées étendues autres régions	04.0880.
Electrocoagulation ou curetage de verrues sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	04.0580+04.0360
Excision et extirpation d'une petite tumeur de la peau (y. c. naevi simples) ou biopsie cutanée	04.0550/00.1180
Excision de lésions cutanées visage cou main	09.1310.
Résection d'appendice pré-auriculaire (< 16 ans) un côté	22.0910x5
Excision de tumeur cutanée importante: compliquée ou de localisation particulière	04.1910/04.1210/00.1200
Excision de tumeur cutanée importante: compliquée ou de localisation particulière	04.0590/04.0600/04.1240/04.0360x10
Reprise d'excision d'un mélanome malin (marge de sécurité)	04.0880/04.0890
Excision de lésions sous-cutanées autre reg plus de 5 cm2/ laser	04.0370/04.0380x9/04.0390

#### CATALOGUE Chirurgie générale

intitulé de la prestation	code TARMED
Ouverture avec curage d'abcès ou hématome avec suture: petit	04.0530
Ablation de corps étranger: cas facile ou moyen	04.0900
Ablation de fils (< 16 ans)	prestations de base
Excision de cicatrice simple (< 16 ans)	04.2430/04.2440
Ablation de gros lipomes	04.0880/04.0890/04.0360X10
Débridement d'escarres	04.1050/04.1060
Extraction de corps étranger par incision, cas difficile	04.0920
Extraction de corps étranger par incision, cas difficile	04.0920/04.0930

Drainage d'un abcès, parais profond, anthrax ou adénophlegmon, ou hématome avec suture: grand	24.3610
Drainage phlegmon gaine de fléchisseurs doigt ou de la main	24.3640
Drainage phlegmon gaine de fléchisseurs , 2 doigts	24.3640/24.3650
Traitement de plaie au visage sans atteinte complexe(3cm)	04.1010.
Traitement de plaie avec perte de substance et suture musculaire	04.1080/04.0730
Boursectomie de la rotule	04.0880/04.0780/04.0890/04.0360X10
Boursectomie du coude	24.1930.
Excision de kyste arthro-synovial+ plâtre	24.3720/01.0260
Grefte cutanée fine moyenne + couverture par lambeau	04.1510/04.1270
Grefte cutanée fine petite (< 16 ans)	04.2210.
Grefte de peau totale jusqu'à 4 cm2	04.1530/04.1210/04.1220
Correction des cicatrices, excision petit chéloïde, plastie en Z simple	04.2470.
Cure de syndactylie (un ou plusieurs espaces) : cas simple	24.2980.
Cure de syndactylie (un ou plusieurs espaces) : cas compliqué	24.2990.
Correction des cicatrices, de plaie cutanée ou excision de chéloïde, ou plastie par lambeau cutané ou muqueux de mandibule ou maxillaire	04.0590/04.0600/04.1240/04.1250/04.0360X10
Correction des cicatrices, de plaie cutanée ou excision de chéloïde, ou plastie par lambeau cutané ou muqueux de mandibule ou maxillaire	04.2450/04.2460x8
Dégraissage d'un lambeau grand	04.2310.
Opération complexe de reconstruction par lambeau	04.1910/04.1210/00.1180
Biopsie / excision de ganglion lymphatique ou masse tumorale axillaire	26.0210
Biopsie musculaire et nerveuse	24.0030/04.1730
Biopsie muscle	24.0030.
Biopsie nerveuse	04.1730.
Biopsie du sein	23.0120
Gynéco-mastectomie bilatérale (Gynécomastie)	23.0180/23.0170X2
Gynéco-mastectomie unilatérale (Gynécomastie)	23.0160/23.0170
Reconstruction unilat de la PAM par GPT + correction mamelon	23.0550/23.0560
Reconstruction bilat de la PAM+correction d'aréole + correction de tissu mou par lambeau local 10cm	23.0570/23.0560x2/04.2470/04.2480x6
Reconstruction mammaire: mise en place ou échange d'un implant (expanseur ou prothèse)	23.0500.

#### CATALOGUE Chirurgie vasculaire

intitulé de la prestation	code TARME
Stripping pour varice saphène interne 1er côté	18.1590/01.0310
Stripping pour varice saphène interne 1er côté+crossectomie+bandage spécial	18.1590/18.1660/01.0310
Stripping pour varice saphène interne 1er côté+perforante+2ème côté	18.1590+18.1600+18.1610
Stripping pour varice saphène interne 1er côté+perforante+bandage	18.1590+18.1600+01.0310
Stripping pour varice saphène interne 1er côté+perf+bandagesx2+phlebecx20cm	18.1590+18.1600+18.0610+01.0310+18.1570+18.1580
Stripping pour varice saphène externe 1er côté	18.1620
Stripping pour varice saphène externe 1er côté+perforante+2ème côté	18.1620+18.1600+18.1630/01.0310
Stripping pour varice saphènes interne et externe 1er côté	18.1640
Stripping pour varice saphènes interne et externe 1er côté+perforante+2ème côté	18.1640+18.1600+18.1650
Crossectomie isolée unilatérale	18.1660
Crossectomie isolée bilatérale	18.1670/01.0310x2

Recrossectomie isolée unilatérale de la veine saphène interne	18.1680
Recrossectomie isolée bilatérale de la veine saphène interne	18.1690
crossectomie isolée bilatérale + phlebectomies au crochets 10 cm 2 jambes+bandages	18.1670/18.1570x2/01.0310x2
Mise en place d'un shunt artério veineux externe simple fistule	18.1920
Mise en place d'un shunt artério veineux complexe	18.1930
Révision d'un shunt artério veineux	18.1940
Fermeture d'un shunt artério veineux	18.1950
Fermeture d'une fistule artério-veineuse périphérique	18.1320
Mise en place d'un port-à-cath	00.0980
Retrait d'un port-à-cath	00.0995
Biopsie d'artère (artère temporale)	18.0910/00.1180
angiographie	39.6150
angioplastie fémorale percutanée	18.0060
pose de stent	39.6170
Artériographie+angioplastie tansluminale+stent lors d'occlusions artérielles	39.6150+39.6170+18.0060
Artériographie+angioplastie tansluminale+stent lors d'occlusions artérielles+reconstruction voies art poplité	39.6150+39.6170+18.0060+18.1160
Excision de un ganglion lymphatique inguinal	26.0310/00.1190
bandage special veines, vaisseaux, face sein	01.0310

#### CATALOGUE Chirurgie neuro

intitulé de la prestation	code TARMED
TTT de hernie discale (lombaire-sacrée)(fenestration hémilaminectomie)	06.0580
Implantation neurostimulateur permanent nerfs sacrés	05.2340/05.2350/00.1210
Mise en place périmédullaire d'électrode périurale et simul test	05.2340
+ implantation d'un stimulateur après stim test preimédullaire par électrode préurale	05.2340/05.2350
Ablation d'un neurostimulateur périmédullaire	05.2360/00.1190
Ablation chirurgicale de pile d'une électrode périurale ou d'un système antalgique un côté	06.2170/00.1190
changement de pile d'une électrode périurale ou d'un système antalgique bilatéral	06.2170 x 2/ 00.1210

#### CATALOGUE Chirurgie cervico-thoracique/abdominale

intitulé de la prestation	code TARMED
Cure de kyste cervical énucléation de kyste ou adénomes de la thyroïde	14.0160
Cure de hernie ombilicale	20.0500
Cure de hernie épigastrique (enfant)	20.0540/00.0040
Cure de hernie épigastrique (adulte)	20.0540
Cure de hernie ombilicale / épigastrique (adulte)	H ombilicale/20.0500 H.épigastrique avec filet20.0540+20.0550
Cure de hernie ombilicale / épigastrique, ligne blanche (enfant)	H ombilicale/20.0500 H.épigastrique20.0540
Cure de hernie inguinale bilatérale (fillette)	20.0300/00.1260
Cure de hernie inguinale bilatérale (enfant) 7-16 ans	20.0320

Cure de hernie inguinale ou crurale (adulte)	20.0350.
Cure de hernie fémorale unilat, adulte, technique sans tension	20.0460.
Cure de hernie inguinale unilatérale, technique sans tension	20.0330.
Cure de hernie inguinale unilatérale, technique sans tension+récidive et filet	20.0330/20.0270
Cure de hernie inguinale bilatérale, technique sans tension	20.0340.
Cure de hernie inguinale unilatérale (adulte) (sauf sans tension)	20.0350.
Cure de hernie inguinale unilatérale (enfant)	20.0310.
Cure opératoire de hernie étranglée unilatérale (< 16 ans)	20.0310+20.0230
laparoscopie thérapeutique + mini open	20.0110/20.0120
.+ cholecystectomie	20.0110/20.0120/20.0130
.+ttt chir de hernie inguinale unilat+bloc	20.0110/20.0120/20.0180/00.1260
.+ttt chir de hernie inguinale bilat	20.0110/20.0180x2+20.0270

#### CATALOGUE ORL/MAXILLO-FACIAL

intitulé de la prestation	code TARMED
Paracentèse avec nettoyage d'oreille, sous microscope, par côté enfant jusq 7 ans	09.1110/09.1120/19.0060/19.0070
Nettoyage d'oreille sous contrôle microscopique, par côté	09.0120.
Ponction et lavage d'un sinus maxillaire sous anesthésie par médecin spécialement mandaté, par côté	10.0810
Paracentèse+nettoyage oreille+drains, 2 oreilles+ adénoïdectomies , enfant	09.1110x2/09.1120x2/09.1130x2/09.1135
Paracentèse+nettoyage oreille+drains, 1 oreille+ adénoïdectomies , enfant	09.1110/09.1120/09.1130/10.0050/19.0060/19.0070
Extraction de corps étranger de l'oreille, sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	09.0120/09.0130/09.0140/04.0920/19.0060/19.0070
Extraction de corps étranger du nez, sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	10.0630/10.0050/19.0060/19.0070
Biopsie du cavum	12.0020/12.0030X6/19.0060
Cautérisation de cornets, par côté	10.0750/10.0730/10.0050/19.0060
Electrocoagulation des fosses nasales ou du pharynx sous anesthésie par médecin spécialement mandaté, par côté	10.0650/10.0680/10.0700/10.0050/19.0060
Section frein de lèvres ou de la langue (< 16 ans)	11.0460.
Extraction d'un calcul salivaire par voie buccale	11.0720
Polypectomie nasale sous optique, par côté	10.0740/10.0050/10.0060/19.0060
Turbinectomie sous optique, par cornet et par côté	10.1020/10.1030/10.1060/10.0760
Réduction fracture du nez	10.0160/10.0170/10.0050
Incision d'abcès péri-amygdalien	10.0730/10.0050/19.0060
Sinusoscopie, avec lavage, ponction et pose de drain (1 côté)	10.1020/10.1080/10.1090/10.0760
Adénoïdectomie sous contrôle optique	12.0140/19.0060/19.0070/10.0050
Adénoïdectomie sous contrôle optique + paracentèse avec nettoyage d'oreille sous microscope, bilatérale	09.1110X2/09.1120X2/09.1135/19.0060/19.0070/10.0050
Adénoïdectomie sous contrôle optique + paracentèse avec nettoyage d'oreille sous microscope, unilatérale	09.1110/09.1120/09.1135/19.0060/19.0070/10.0050
Amygdalectomie bilatérale par dissection	12.0160/10.0730/19.0060/19.0070/10.0050
Hémostase secondaire pour hémorragie post-amygdalectomie, par côté / multipolypectomie au shaver par côté	10.0210/10.0730/19.0060/10.0050
Exérèse d'un néoplasme buccal avec greffe cutanée.	11.0270/04.1270/19.0060
Exérèse d'un néoplasme buccal sans greffe cutanée.	11.0270/19.0060
Adénoïdectomie+épipharyngoscopie+pose sonde gastrique+endoscopie nasale bilatérale	12.0190/12.0020/10.0730/19.0060/19.0070/10.0050
Ouverture transvestibulaire du sinus maxillaire	10.0820.
Panendoscopie	13.0020/13.0040
Panendoscopie + microlaryngoscopie en suspension (MLS)	12.0020/12.0030/12.0040/13.0020/13.0030/13.0040

Bronchoscopie rigide + vaporisation d'une tumeur bronchique	15.0410/15.0420/15.0460
Ethmoïdectomie cpte bilatérale par voie nasale	10.1020/10.1060 x2/10.1070 x2
Ethmoïdectomie unilatérale complète par voie nasale	10.1020/10.1060/10.1070
Micro-laryngoscopie en suspension (MLS)	13.0020/13.0030/13.0040/19.0060/10.0050
Septoplastie	10.0510/01.0330
Septoplastie sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	10.0510/10.0520/10.0050/19.0060
Rhinoplastie	10.0210/10.0220/10.0230/10.0240/10.0250/10.0730/10.0770
Reduction fermée fracture nasale ouverte+réductin fracture septum+endoscopie nasle bilatérale	10.0160/10.0170/10.0050
Otoplastie, correction des oreilles décollées: bilatérale	09.1390X2/09.1400X2
Otoplastie, correction des oreilles décollées: unilatérale	09.1390/09.1400
Epulis, exérèse de petite tumeur buccale (< 16 ans)	11.0250.
Myringoplastie	09.1200/09.1210
Stapédotomie, Stapédecotomie ou Tympanoplastie avec interposition	09.1520
Tympanoplastie+greffon	09.1550/04.1630
Tympanoplastie perf un quadrant, 1 oreille	09.1200.
Tympanoplastie exploratrice, sans geste sur la chaîne ossiculaire	09.1170
Tympanoplastie exploratrice, avec geste sur la chaîne ossiculaire+greffon fascia	09.1170/09.1260/04.1630
Plastie d'élargissement du conduit auditif externe	09.1020.
Exérèse de cholestéatome de l'oreille+greffon	09.1250/09.1210/09.1260/04.1780
Rhinoscopie et cautérisation étendue (septum-cornets)	10.0050/10.0750x2
Méatotomie maxillaire inférieure ou moyenne	10.0860
Méatotomie maxillaire inférieure et moyenne sous contrôle optique, par côté	10.0860/10.0050
Exérèse d'un kyste maxillaire invasif (fosse nasale, sinus maxillaire ou mandibule) avec prélèvement de greffe osseuse hors du champ opératoire	07.1220/04.1770
Uvulo-palato-pharyngoplastie	12.0430.
Arthrocentèse ATM bilatérale	07.1630x2
Arthrocentèse ATM unilatérale	07.1630.
AMO mandibule	07.0310 (de 07.0430)

#### CATALOGUE GYNECOLOGIE

intitulé de la prestation	code TARMED
Curetage évacuateur	22.1250/21.0020
Curetage, Interruption de grossesse par voie vaginale	22.1250/21.0020
Maturation cervicale avant cur evac	22.1250/21.0020/22.1290
Interruption médicamenteuse de grossesse	22.1270.
Pose ou retrait DIU sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	22.1150
Hystérocopie diagnostique	22.0605/22.0635
Curetage explorateur fractionné	22.1220
Electrochirurgie sur col utérin	22.1030/22.1160
Electrochirurgie sur col utérin sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	22.1030/22.1160/22.0090/22.0100
Laser sur col utérin+bloc cervical	22.0910x5/22.1160
Laser sur col utérin sous anesthésie par médecin spécialement mandaté	22.0910x5/22.1160
Glandes de Bartholin: incision ou marsupialisation	22.0750

Plastie introitale	22.0730
Hystérocopie opératoire avec curetage et/ou biopsies	22.0645
Hystérocopie opératoire+maturation cervicale+sondage	22.0645/22.1290/21.0020
:+ résection de formations polypoides	22.0645/22.0650
:+ destruction chirurgicale de l'endomètre	22.0645/22.0655
:+destruction non chirurgicale de l'endomètre ex cavaterrn	22.0645/22.0665
:+resection de tumeurs, polypes exceptés	22.0645/22.0670
Hystérocopie opératoire+maturation cervicale+sondage	22.0645/22.0650/22.0655/22.1290/21.0020
Cure de prolapsus , colporraphie antérieure	22.1730.
Cure de prolapsus , colporraphie postérieure	22.1710.
Correction d'incontinence urinaire par voie vaginale / TVT	22.1775
Laparoscopie diagnostique	22.0310/22.0320/22.0330/22.0340
Stérilisation laparoscopique	22.0360/22.0370/22.0410/22.0530/22.0645
Laparoscopie thérapeutique	22.0360.
:+ pose et fixation d'un set de perf intra-utérin	22.0360/22.0370
:+ adhésiolyse	22.0360/22.0370/22.0400.
:+ ttt d'endométriose	22.0360/22.0370/22.0420
:+ ponction de kyste ou kystotomie	22.0360/22.0370/22.0450
:+ chromoperturbation	22.0360/22.0370/22.0460
:+ myomectomie	22.0360/22.0370/22.0500
:+ morcellement de l'uterus et extraction	22.0360/22.0370/22.0510
:+ lavage thérapeutique	22.0360/22.0370/22.0460/22.0530
:+traitement d'une annexe (ovaire)	22.0360/22.0370/22.0530/22.0420/22.1570
lap + sondage+consultation pour stérilité+adhésiolyse+chromoperturbation+lavage thérapeutique	22.0030/22.0360/21.0020/22.0040/22.0400/22.0460/22.0530
biopsie excision niveau sein abord direct	23.0110.
biopsie excision niveau sein abord indirect	23.0120.
tumorectomie, lumpectomie ou quadrantectomie du sein	23.0130/01.0310

#### CATALOGUE OPHTALMOLOGIE

intitulé de la prestation	code TARMED
sondage lacrymal sous anesthésie par dr anesthésiste	08.0680/08.0700
ablation de tumeur palpébraire avec reconstruction des paupières simple (sans mobilisation de tissu ou greffe)	08.1840/08.1850/08.0680/08.1860/08.0880
blépharoplastie deux paupières	08.1990/08.2000/08.2010/04.0360
ablation de tumeur palpébrale avec reconstruction des paupières compliquée (avec mobilisation de tissu ou greffe)	08.1840/08.1850/08.0680/08.1860/08.0880/08.2020
blépharoplastie, 4 paupières	08.1990/08.2000/08.2010/04.0360
plastie des voies lacrymales, dacryo-cystorhinostomie	08.0760/08.0700
opération de strabisme: chirurgie des muscles verticaux et obliques par muscle	08.3460
opération de strabisme classique sur muscles horizontaux, par muscle	08.3410/08.3420
trabéculéctomie (glaucome) ou sclérectomie profonde	08.2570/08.2580/08.2590
phakoémulsification; opération de la cataracte	08.2760/08.2780

## Comparaison des temps d'occupation de salle OP & de salle de réveil effectifs VS temps proposé par le TARMED 1.09

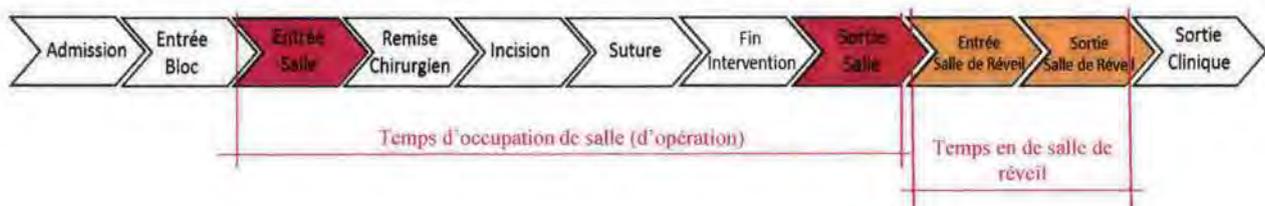
Pour comparer les temps d'interventions donnés par le Tarmed 1.09 avec les temps réels mesurés de nos interventions dans nos différents centres de chirurgie ambulatoire, nous avons pris un échantillon d'interventions principales sans prestations additionnelles quand c'était possible. Les données choisies pour notre analyse sont extraites des Cliniques MV SANTE Beaumont SA(Lausanne) et MV SANTE Clinique Champel SA (Genève) pendant une année (du 1<sup>er</sup> mars 2016 au 31 mars 2017) pour la chirurgie générale et de MV SANTE Artemed Rhodanie SA (Lausanne) pour l'ophtalmologie (sur 2 mois mars et avril 2017)

Notre système informatique métier collecte les temps d'occupation de salle, les temps de salle de réveil entre autres.

Les temps d'occupation de salle sont mesurés depuis l'entrée du patient jusqu'à sa sortie de la salle d'opération.

Les temps de salle de réveil témoignent de la surveillance postopératoire nécessaire avant le retour en service de soins.

### Temps collectés par MV SANTE par le système informatique métier (MEDIBOARD)



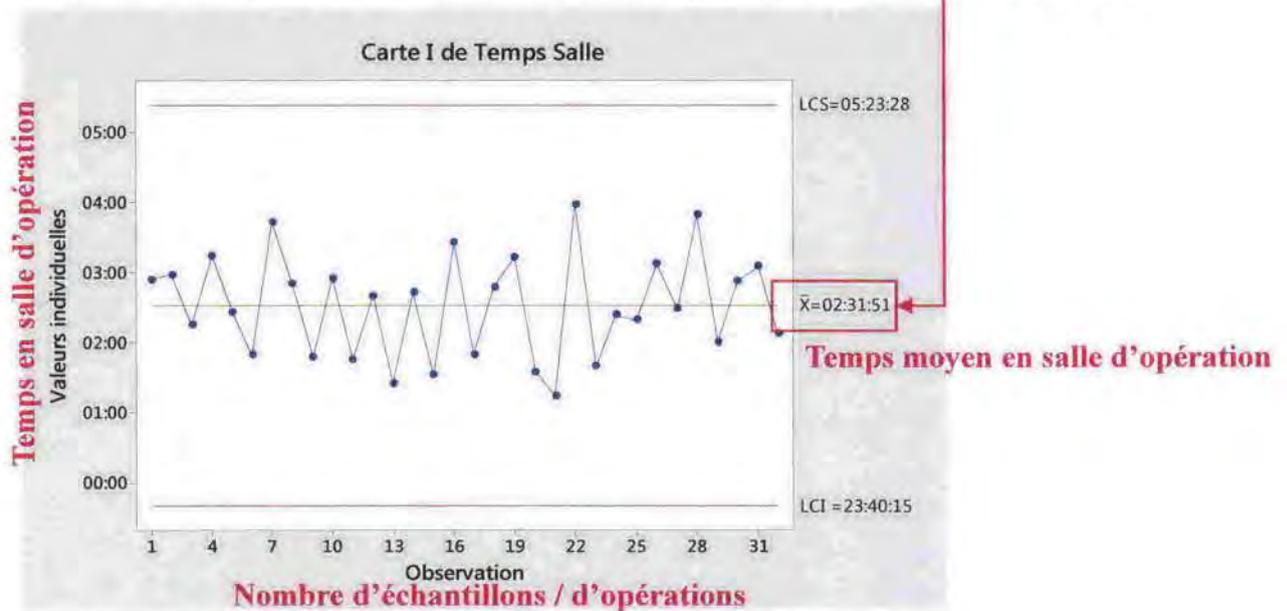
## Exemple de graphique et comparaison des temps de salle d'opération:

### Structure tarifaire TARMED 1.09

**10.0510** **Septoplastie**  
TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 7	ORL, spéc. chirurgie cervico-faciale	Salle d'opération I	III
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
183.60 pts	- / -	60 min	5 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
388.04 pts	60 min	-	11 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1

### Valeur de temps d'occupation de salle d'opération moyen MV SANTE



N=32

Temps TARMED (Occupation de salle)= 60 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle incl. Préparation et Finition) = 152 min

$\Delta$  temps = +92 min

## Exemple de graphique des temps de salle de réveil (SSPI):

### Structure tarifaire TARMED 1.08

35.0110 Prise en charge non médicale en salle de réveil, première heure					
VALEUR DE LA POSITION					
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe de risque anesthésie		
-	0000 : Pas de valeur intrinsèque qualitative	Salle de réveil	-		
PM ( assistance compris ) [Pt]	Assistance	Nombre d'assistances	Prestation au sens restreint [min.]	Préparation et finition [min.]	Rapport
0.00 / (0.00)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
PT [Pt]	Occupation du local [min.]	Changement [min.]	+/- PM%	+/- PT%	Type de prestation
99.20 / (0.00)	60.00	60.00	0.00	0.00	-

Total PM : 0 minute(s)

**INTERPRÉTATION MÉDICALE**

Surveillance postopératoire (y compris moyens techniques) de patients hospitalisés jusqu'à la stabilisation des fonctions vitales: état général, état de conscience, pression artérielle, pouls, réflexe pupillaire, pression veineuse centrale.

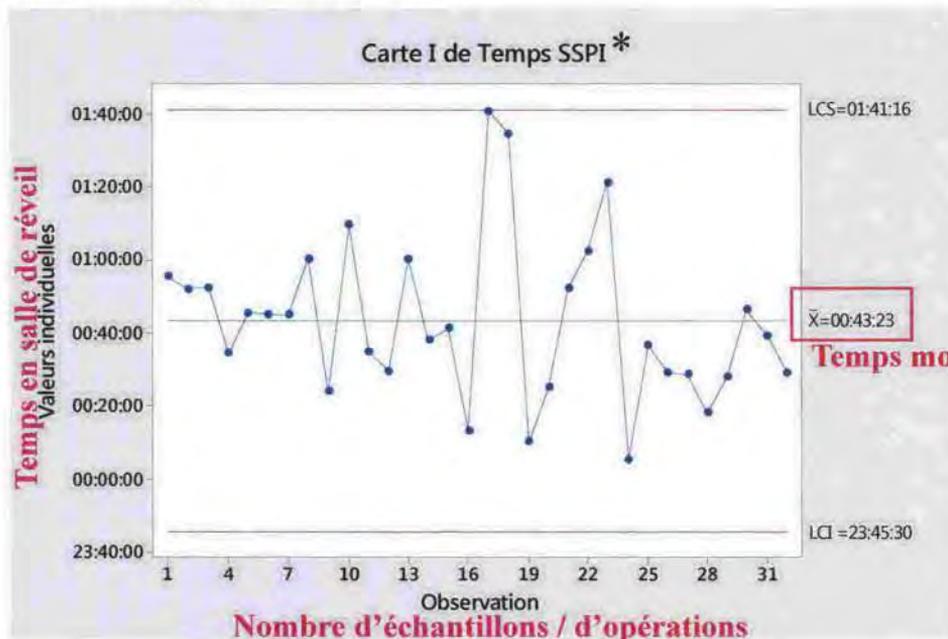
Médication: injections, perfusions, transfusions sanguines, etc.

Traitement: aspiration par voie orale ou nasale, oxygénation, drainage ou rinçage, changement de pansement, documentation, remise du patient, instructions, etc.

Vaut uniquement pour un traitement hospitalier dans une salle de réveil séparée, affectée à cet usage et rattachée au secteur opératoire.

Cette prestation n'existe plus dans la structure tarifaire TARMED 1.09

### Valeur de temps moyen salle de réveil / SSPI (Salle de Surveillance Post-Interventionnelle) pour MV SANTE



\* Temps SSPI = temps salle de réveil

**Comparaison des temps d'occupation de salle OP & de salle de réveil effectifs VS temps proposé par le TARMED 1.09**

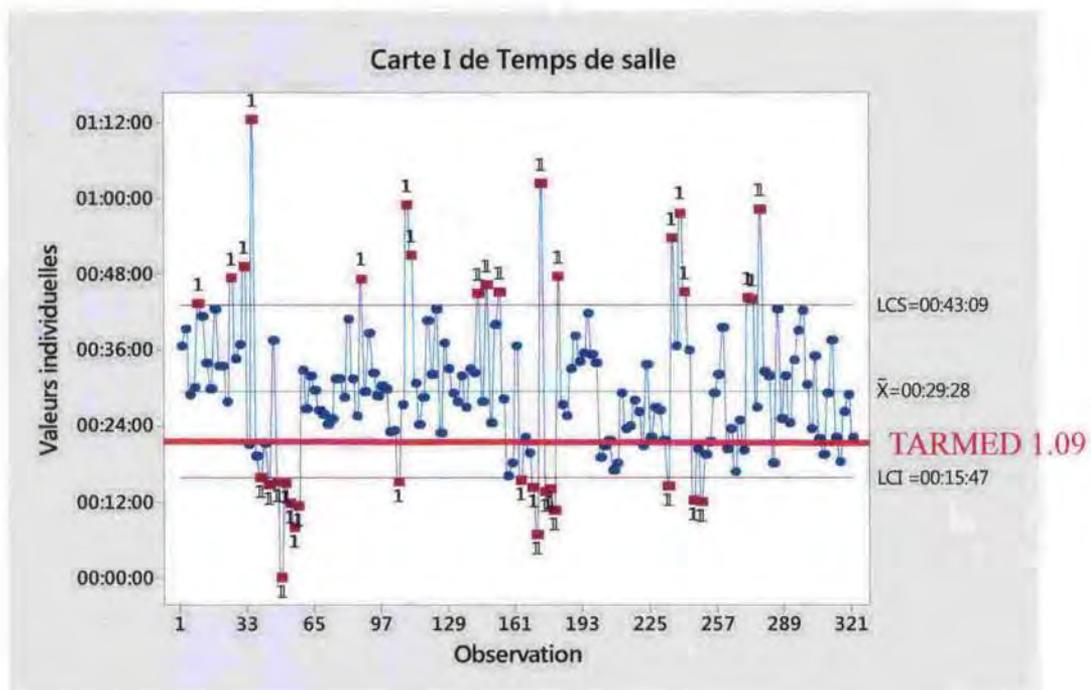
Libellé	Code Tarméd	Temps d'occupation de salle OP selon structure tarifaire TARMED 1.09	Temps de salle opération réel moyen MV SANTE	A temps	%	Temps salle de réveil moyen MV SANTE	Echantillons N°
1 Extraction du cristallin ou phaco-émulsification, y compris implantation d'une lentille artificielle et mise en place d'un anneau capsulaire	08.2760	22min	29min 28sec	7min	24%	0min 0sec	104
2 Opération de strabisme, muscles droits, premier muscle+ Opération de strabisme, muscles droits, par muscle supplémentaire	08.3410+08.3420	30min+25min=55min	93min 07sec	38min	41%	26min 53sec	22
3 Paracétésie chez l'enfant/Adolescent jusqu'à 16 ans, par côté, comme prestation exclusive+ Nettoyage trans tympanique de l'oreille moyenne lors de paracétésie chez l'enfant/Adolescent jusqu'à 16 ans, par côté+ Mise en place d'un drain trans tympanique chez l'enfant/Adolescent jusqu'à 16 ans, par côté	09.1110+09.1120	9min + 5min =14 min /côté	53 min 19 sec 2 côtés 26min 38sec 1 côté	13min	63%	25min 09 sec	15
4 Tonsillectomie, toute méthode	12.0160	30min	53min 14sec	23min	43%	47min 07sec	5
5 Septoplastie	10.0510	60min	151min 51sec	92min	61%	43min 23sec	32
6 Curetage évacuateur lors de missed abortion ou d'une interruption de grossesse chirurgicale jusqu'à la 12e	22.1250	20min	41min 48sec	22min	52%	43min 53sec	29
7 Hystérocopie avec curetage et/ou biopsie(s)	22.0645	25min	59min 33sec	35min	58%	45min 48sec	29
8 Arthroscopie du genou+ Résection d'une plica lors d'une arthroscopie du genou	24.5610+24.5630	30min+10min=40min	75min 29sec	35min	47%	48min 57 sec	9
9 Arthroscopie du genou+ Résection partielle ou totale de ménisque interne ou externe lors d'une arthroscopie du	24.5610+24.5710	30min+20min=50min	76min 0sec	26min	34%	47min 38sec	22
10 Ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'avant-bras, vis, plaque ou cerclage	24.2190	40min	65min 31sec	26min	39%	0min 0sec	68
11 Opération d'hallux valgus, résection de l'ostéose	24.8410	30min	67min 33sec	38min	56%	0min 0sec	5
12 Décompression et neurolyse du nerf médian et/ou cubital (tunnel carpien ou lège de Guyon), comme prestation	05.2410	20min	38min 43sec	19min	49%	0min 0sec	268
13 Résection d'un kyste articulaire, d'un kyste tendineux ou d'une bourse profonde dans la région du genou, comme prestation exclusive	24.6520	65min	72min 18sec	7min	10%	67min 44sec (30min)	3
14 Aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, de la paume de la main jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne	24.3230	60min	57min 28sec	-2min	-5%	0min 0sec	4
15 Aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, de la paume de la main jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne	24.3230+24.3240(60)	60min+25min(35min)-85min (95 min)	91min 57sec	7 (2)min	18%	0min 0sec	16
16 Arthroscopie du genou+ Traitement d'une rupture du ligament croisé antérieur par plastie autologue lors d'une arthroscopie du genou, toute méthode	24.5610+24.5780	30min+70min=100min	160min 41sec	61min	38%	84min 29sec	7
17 Fenestration, hémilaminectomie ou laminotomie unilatérale, un segment, région lombaire, procédure neurochirurgicale+ Décompression de racine nerveuse par discotomie, y compris l'ablation de fragments libres, lors de fenestration, d'hémilaminectomie ou de laminotomie, par segment	06.0580+06.0460(450)	30min+30min=60min	136min 58sec	77min	56%	38min 28sec	39
18 Biopsie excision au niveau du sein, abord direct	23.0110	20min	66min 37 sec	47min	70%	52min 25sec	2
19 Mastectomie unilatérale sous craniée en cas de gynécomastie, comme prestation exclusive	23.0160	35min	55min 39sec	21min	38%	16min 13sec	1
20 Laparoscopie (thérapeutique), abord pour interventions laparoscopiques et exploration + Supplément pour laparoscopie ou pelviscopie (mini-laparotomie) ouverte+ Cholécysectomie laparoscopique	20.0110+20.0120+20.0130	30min+15min+50min=95min	97min 22sec	2min	2%	40min 08sec	11
21 Cure chirurgicale d'hémorroïdes, hémorroïdectomie radicale+Anoscopie	20.2240+19.1610	50min+15min+10min=75min	51min 41sec	-23min	-44%	36min 24sec	22
22 Cure chirurgicale d'hémorroïdes, hémorroïdectomie radicale+Cure de prolapsus anal	20.2240+20.2070	50min+90min=140min	30min 53sec	-89min	-175%	46min 34sec	12
23 Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'adulte de plus de 16 ans, technique sans tension	20.0330	70min	76min 03sec	6min	8%	43min 50sec	59
24 Circoncision, toute méthode	21.2680	20min	46min 50sec	26min	57%	28min 40sec	104
25 Traitement chirurgical de cryptorchidie, chez l'adolescent et l'adulte à partir de 7 ans, d'un côté+Essai par le spécialiste en orthopédie ou en chirurgie	21.3130+24.0010	50min+14min=64min	62min 05sec	-2min	-3%	35min 17sec	5
26 Orchidectomie inguinale ou scrotale unilatérale	21.2950	30min	95min 39sec	66min	69%	35min 56sec	10
27 Orchidectomie inguinale ou scrotale unilatérale(+ ) Mise en place d'une prothèse testiculaire, par côté, comme prestation additionnelle	21.2950+21.3020	30min+10min=40min	110min 51sec	71min	64%	49min 07sec	12
28 Coloscopie totale+ Endoscopie de l'iléon terminal lors d'une coloscopie	19.1010+19.1020	30min+6min=36min	39min 24 sec	3min	8%	24min 53sec	8
29 Crossectomie isolée unilatérale+Phlébectomie au crochet, excision d'ectasies, les premiers 10 cm+ Phlébectomie au crochet, excision d'ectasies, par 10 cm supplémentaires	18.1660+18.1570+18.1580	40min+15min+11min=66min	95min 6sec	29min	31%	40min 25sec	8
30 Plastik mammaire de réduction bilatérale	23.0370	220min	226min 16 sec	6min	3%	46min 33sec	5
31 Reconstruction ou correction unilatérale de la PAM (plaque aréolo-mamelonnaire) par GPT (greffe de peau totale) +Reconstruction ou correction du mamelon lors de reconstruction ou de correction de l'aréole	23.0550+23.0560	30min+20min=50min	41min 21sec	-9min	-22%	0min 0sec	7
32 Dermoliplectomie de l'abdomen avec transposition de l'ombilic	04.2830	180min	193min 57sec	14min	7%	108min 40 sec	2
33 Excision radicale de kyste sacro-coccygien	20.2830	70min	54min 33sec	-14min	-27%	26min 52sec	43

08.2760

## Extraction du cristallin ou phaco-émulsification, y compris implantation d'une lentille artificielle et mise en place d'un anneau capsulaire

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 7	Chirurgie ophtalmologique	Salle d'opération I	II
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
67.64 pts	- / -	22 min	3 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
142.28 pts	22 min	-	3 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1



N=104

Temps TARMED (Occupation de salle)= 22 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 29 min

 $\Delta$  temps = +7 min

Temps salle de réveil moyen = NA

## 08.3410 Opération de strabisme, muscles droits, premier muscle

TARMED 01.09. 1.1.2018



Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Chirurgie ophtalmologique	Salle d'opération I	II

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
165.72 pts	59.43 pts / 1.0	30 min	3 min

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
177.53 pts	30 min	-	11 min

## 08.3420 + Opération de strabisme, muscles droits, par muscle supplémentaire

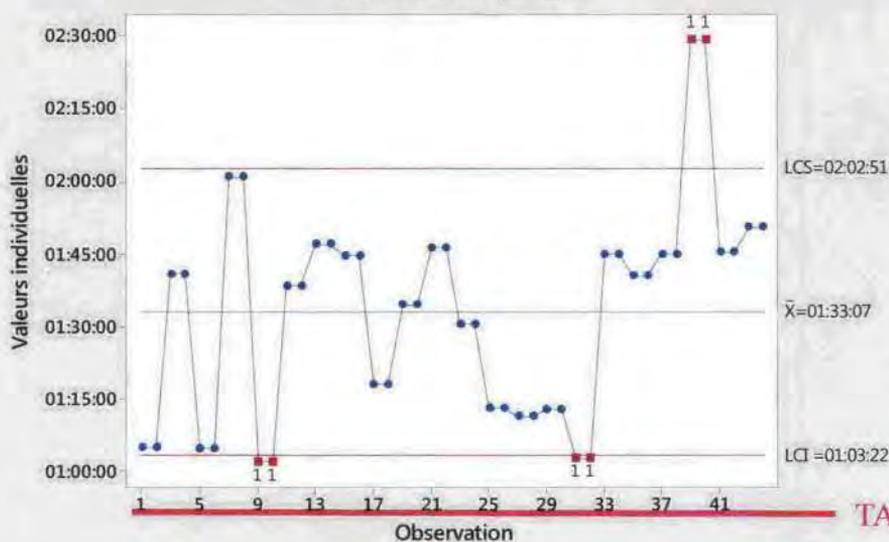
TARMED 01.09. 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Chirurgie ophtalmologique	Salle d'opération I	II

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
99.05 pts	36.24 pts / 1.0	25 min	1 min

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
147.94 pts	25 min	-	-

Carte I de Temps Salle



TARMED 1.09

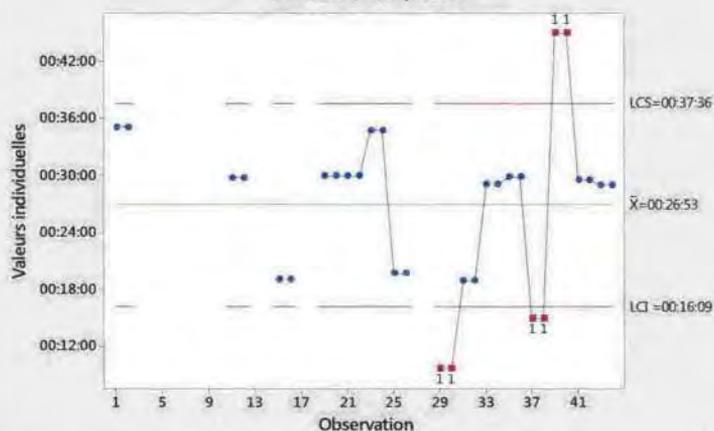
N=22

Temps TARMED (Occupation de salle)= 55 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle)= 93 min

$\Delta$  temps = + 38 min

Carte I de Temps SSPI



Temps salle de réveil moyen = 27 min

09.1110

Paracentèse chez l'enfant/l'adolescent jusqu'à 16 ans, par côté, comme prestation exclusive



TARMED 01.09, 1.1.2018

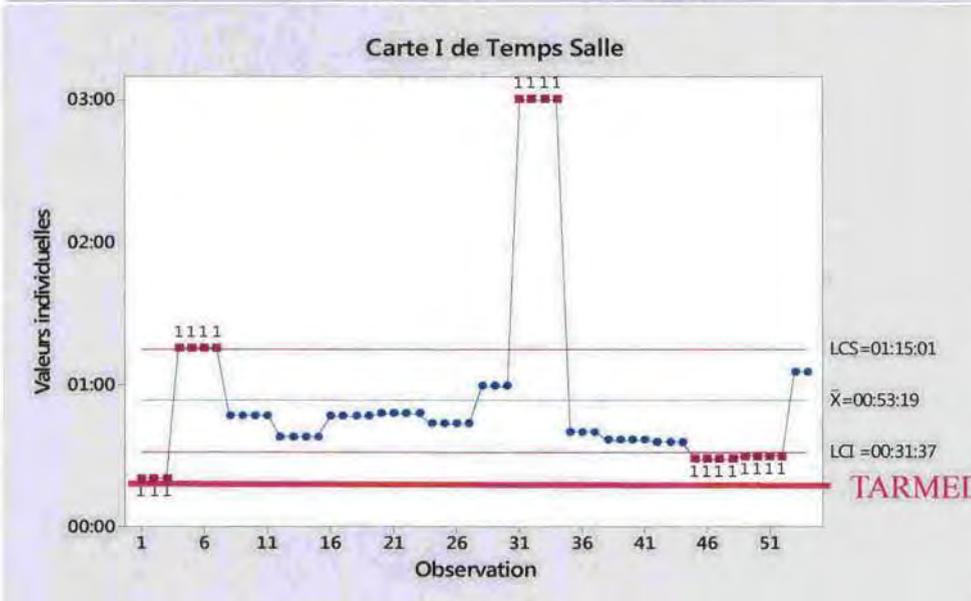
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	ORL	Salle d'opération I	II
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
55.56 pts	- / -	9 min	3 min
PT	Temps d'occupation du local		Temps d'attente
58.20 pts	9 min		-
			Préparation et finition
			11 min

09.1120

+ Nettoyage transtympanique de l'oreille moyenne lors de paracentèse chez l'enfant/l'adolescent jusqu'à 16 ans, par côté

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	ORL	Salle d'opération I	II
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
12.08 pts	- / -	5 min	-
PT	Temps d'occupation du local		Temps d'attente
32.34 pts	5 min		-
			Préparation et finition
			-
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation additionnelle	1 / 0.94 (méd.prat.)	1



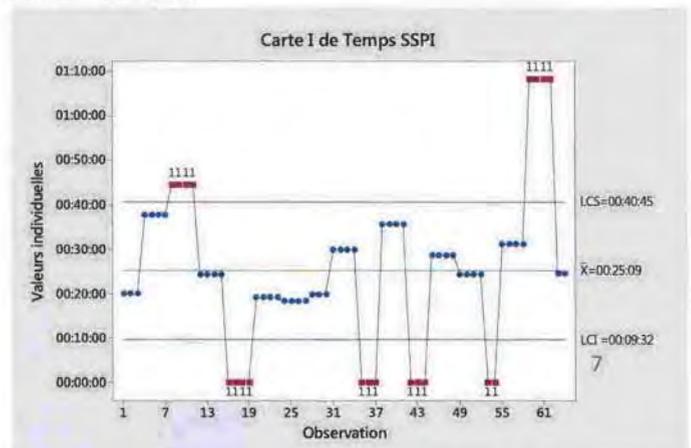
TARMED 1.09

N=15 pour 2 côtés

Temps TARMED (Occupation de salle)= 14 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 53 min/2= 26.5min

Δ temps = + 13min

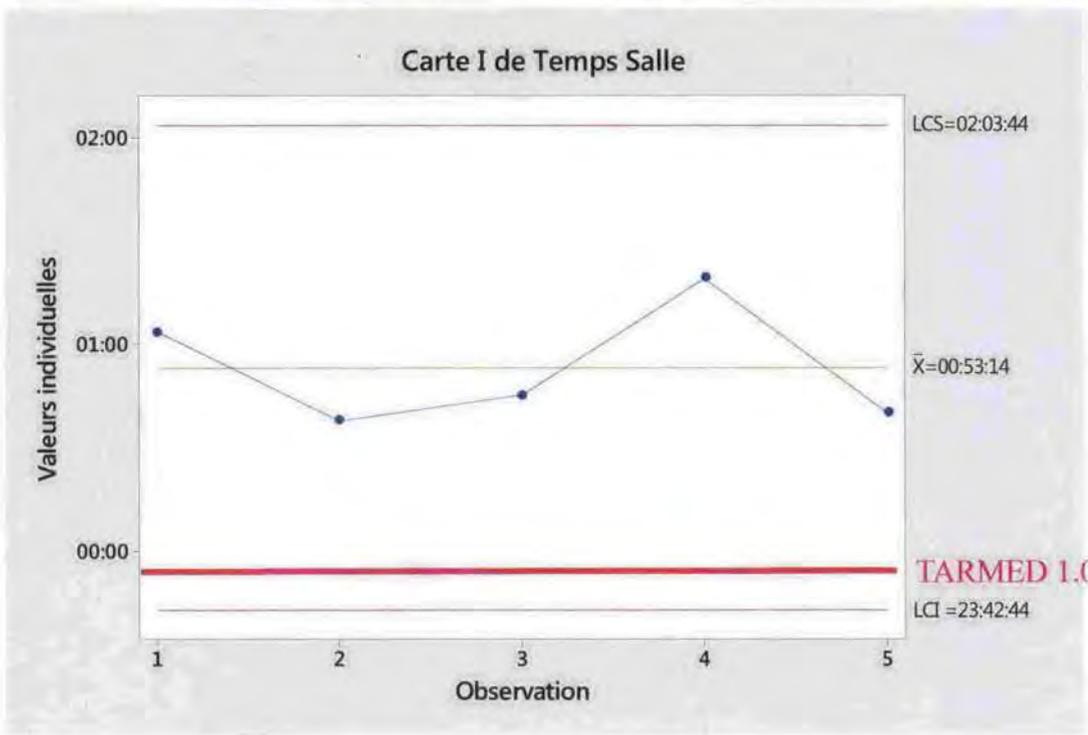


Temps salle de réveil moyen = 25 min

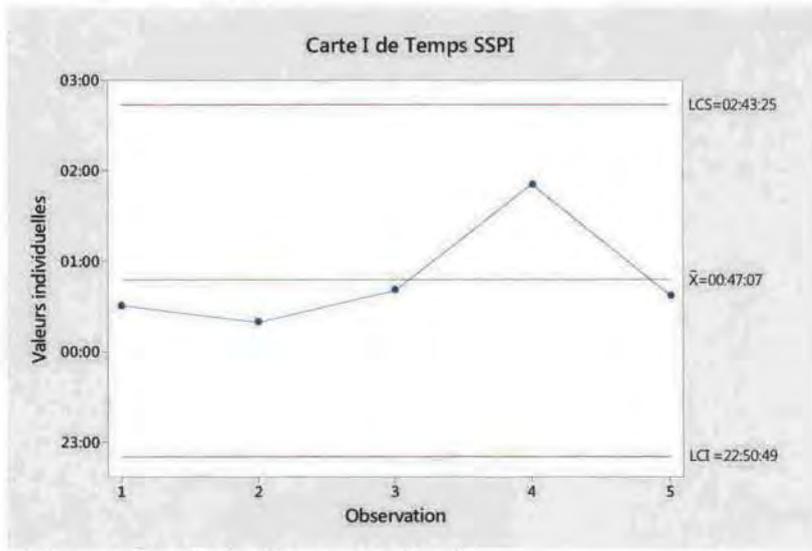
**12.0160 Tonsillectomie, toute méthode**

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	ORL	Salle d'opération I	III
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
106.29 pts	- / -	30 min	3 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
194.02 pts	30 min	-	11 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1



N=5  
 Temps TARMED (Occupation de salle)= 30 min  
 Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 53 min  
 Δ temps = + 23 min

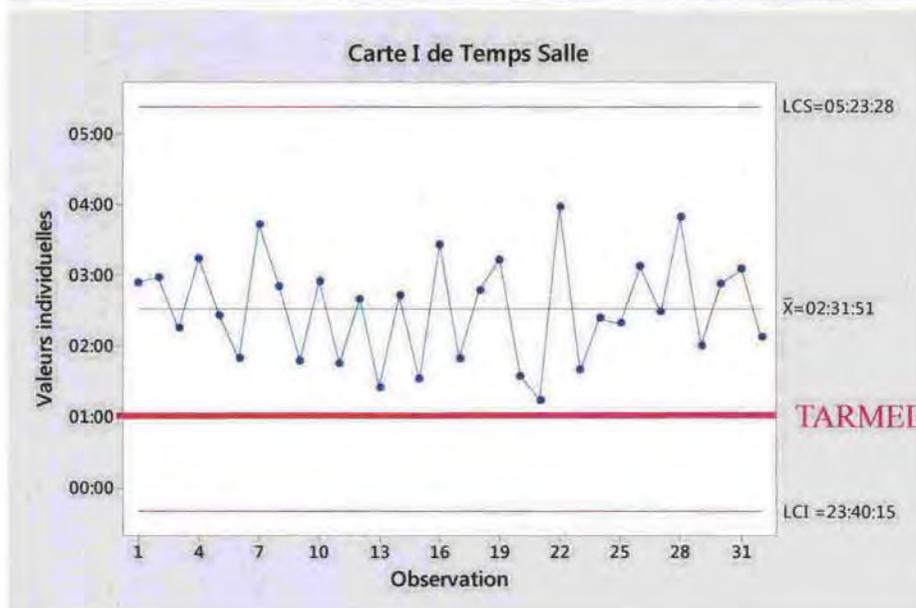


Temps salle de réveil moyen = 47 min

# 10.0510 Septoplastie

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 7	ORL, spéc. chirurgie cervico-faciale	Salle d'opération I	III
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
183.60 pts	- / -	60 min	5 min
PT	Temps d'occupation du local		Temps d'attente
388.04 pts	60 min		-
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1

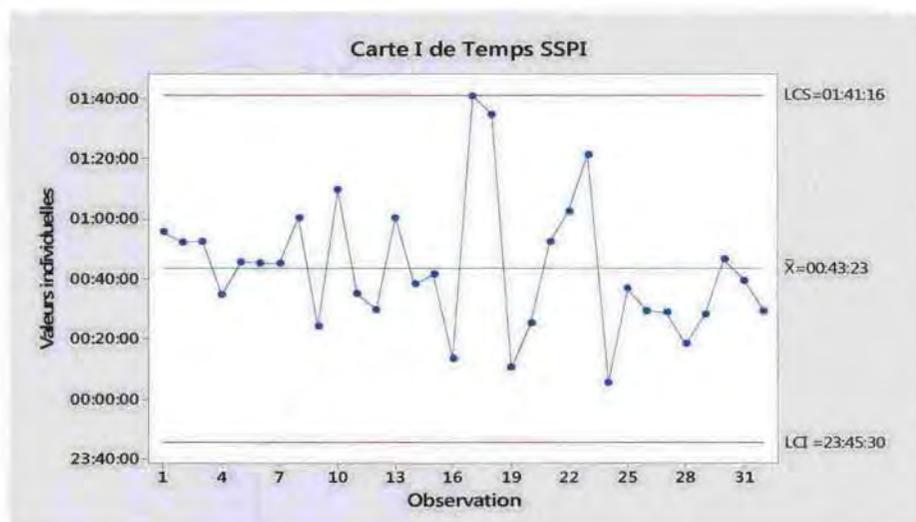


N=32

Temps TARMED (Occupation de salle)= 60 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle incl. Préparation et Finition) = 152 min

$\Delta$  temps = +92 min



Temps salle de réveil moyen = 43 min

22.1250

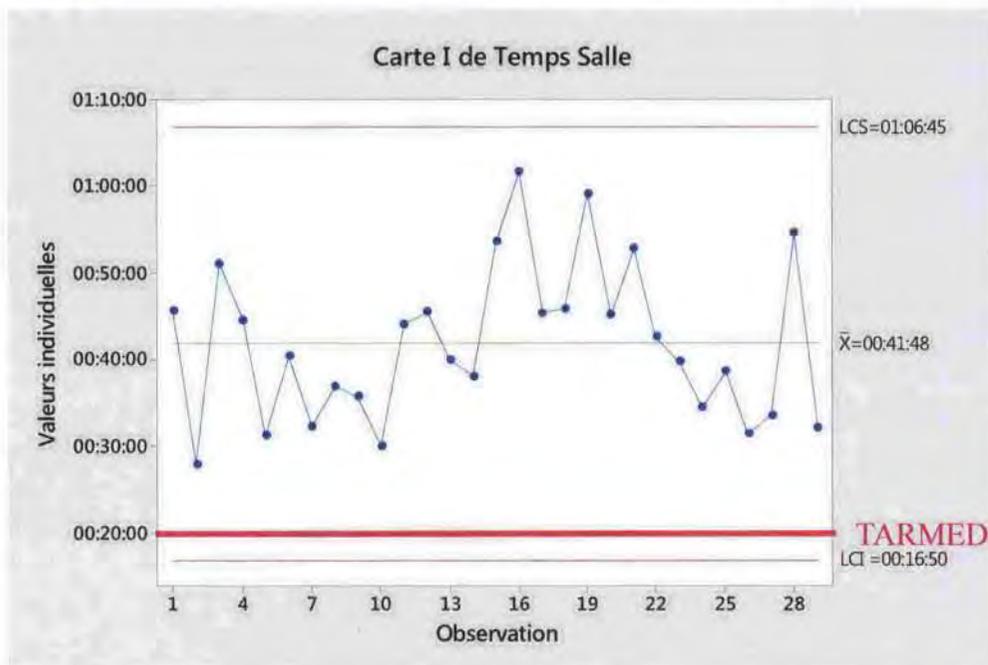
# Curetage évacuateur lors de missed abortion ou d'une interruption de grossesse chirurgicale jusqu'à la 12e semaine (comprise)

MV SANTE

MANAGEMENT LA VISION DE LA SANTE

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Gynécologie et obstétrique	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
82.14 pts	- / -	20 min	3 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
129.35 pts	20 min	-	11 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
feminile	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1

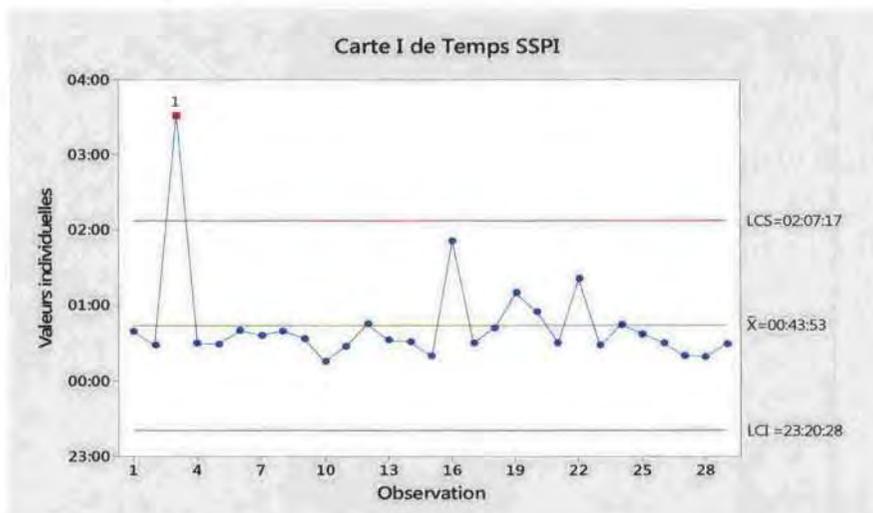


N=29

Temps TARMED (Occupation de salle)= 20 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 42 min

$\Delta$  temps = + 22 min

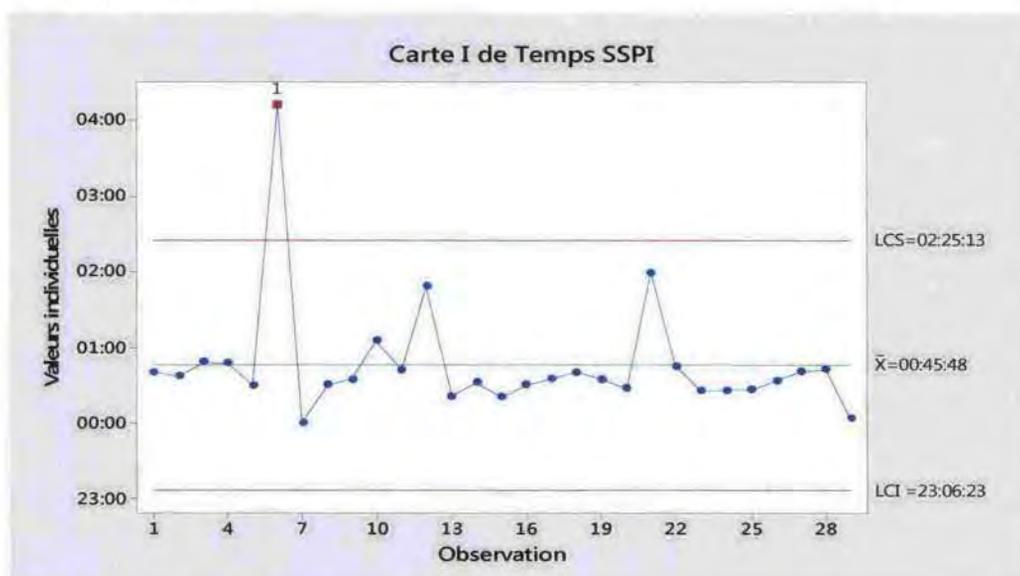
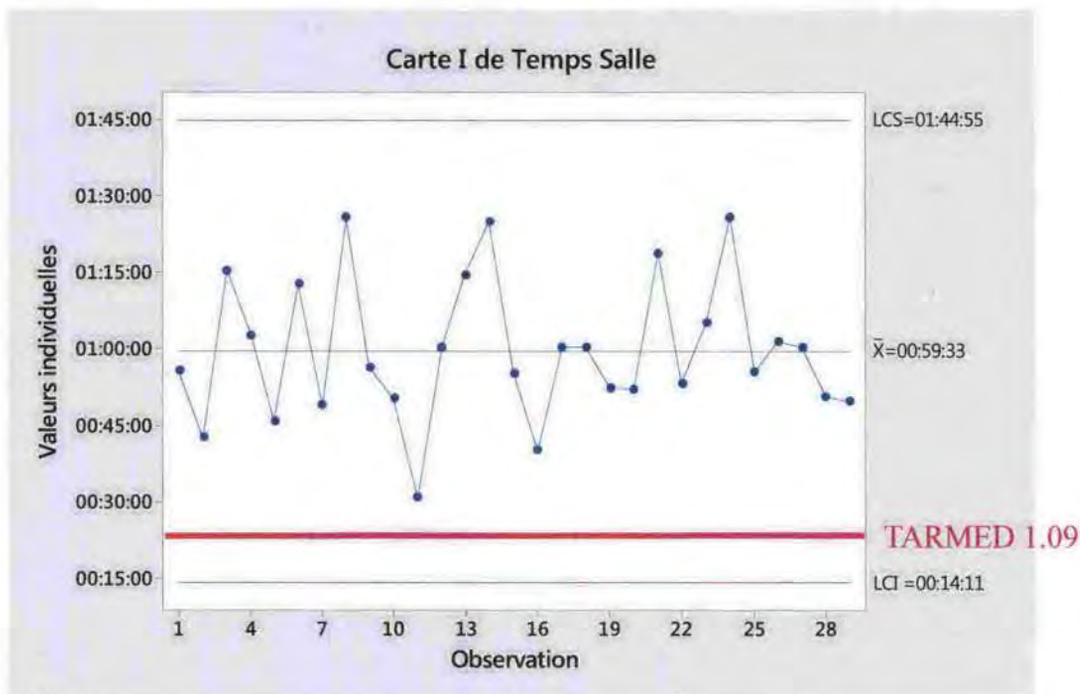


Temps salle de réveil moyen = 44 min

## 22.0645 Hystéropscopie avec curetage et/ou biopsie(s)

TARMED 01.09. 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Gynécologie et obstétrique	Salle d'opération I	II
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
99.05 pts	- / -	25 min	5 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
161.69 pts	25 min	-	11 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
femminile	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1



## 24.5610 Arthroscopie du genou

TARMED 01.09, 1.1.2018

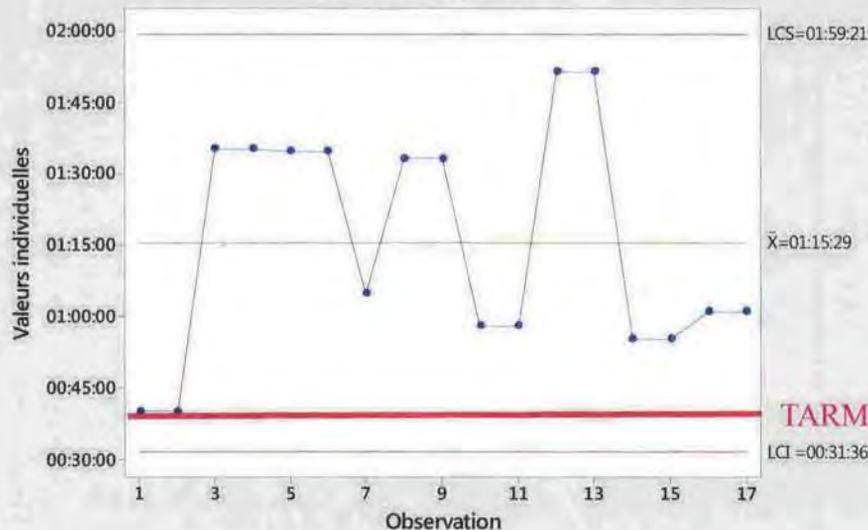
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Chirurgie orthopédique	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
158.24 pts	49.53 pts / 1.0	30 min	4 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
177.53 pts	30 min	-	11 min

## 24.5630 + Résection d'une plica lors d'une arthroscopie du genou

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Chirurgie orthopédique	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
38.65 pts	12.08 pts / 1.0	10 min	1 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
59.18 pts	10 min	-	-
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation supplémentaire	1 / 0.94 (méd.prat.)	1

Carte I de Temps Salle



N=9

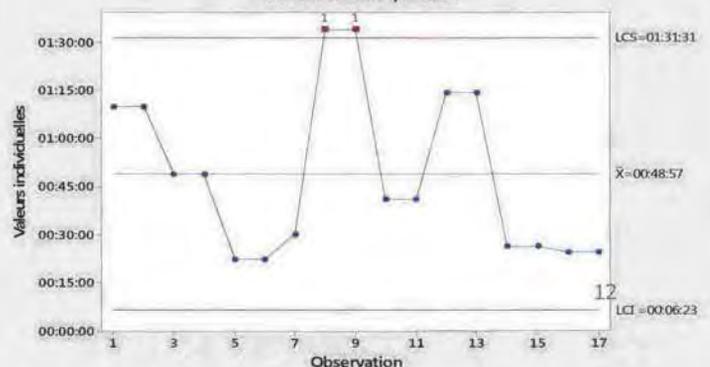
Temps TARMED (Occupation de salle)= 40 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 75 min

Δ temps = + 35 min

Temps salle de réveil moyen = 49 min

Carte I de Temps SSPI



**24.5610 Arthroscopie du genou**

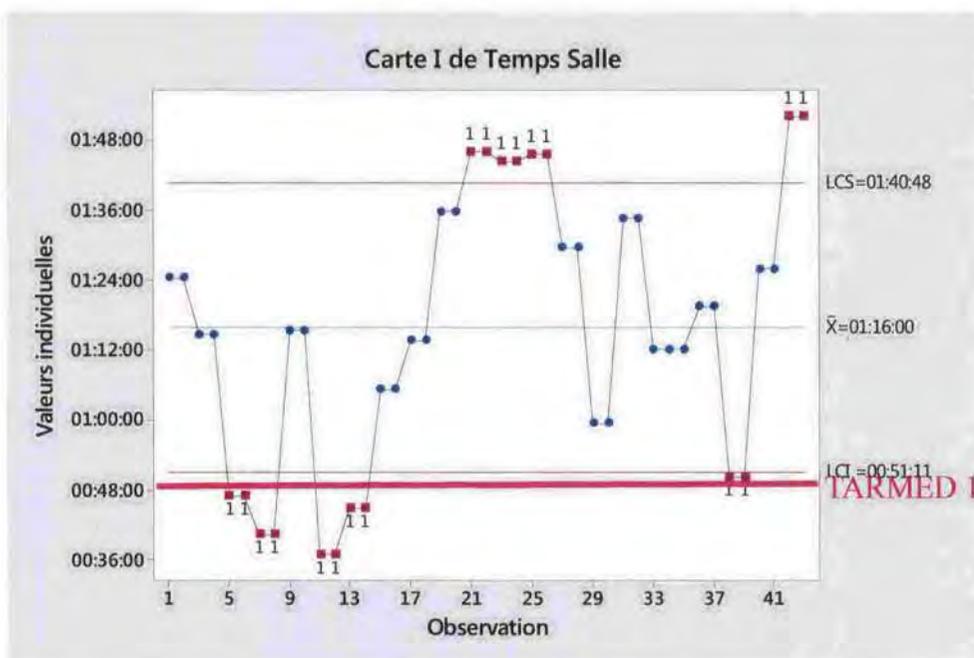
TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Chirurgie orthopédique	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
158.24 pts	49.53 pts / 1.0	30 min	4 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
177.53 pts	30 min	-	11 min

**24.5710 + Résection partielle ou totale de ménisque interne ou externe lors d'une arthroscopie du genou, par ménisque**

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Chirurgie orthopédique	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
74.89 pts	24.16 pts / 1.0	20 min	1 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
118.35 pts	20 min	-	-



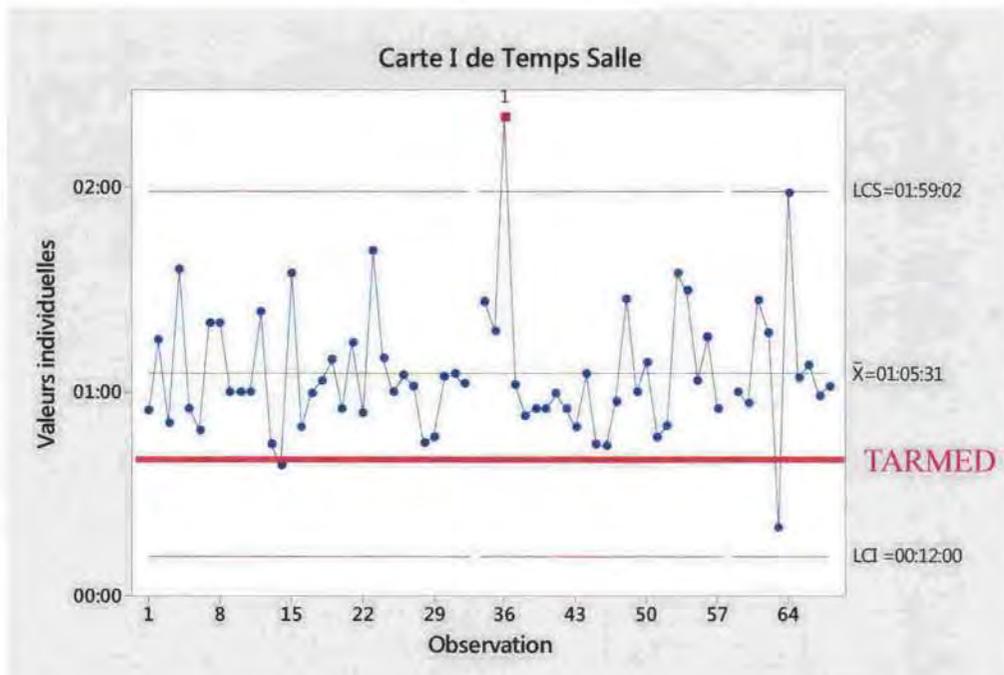
N=22  
 Temps TARMED (Occupation de salle)= 50 min  
 Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 76 min  
 Δ temps = +26 min



Temps salle de réveil moyen = 48 min

TARMED 01.09. 1.1.2018

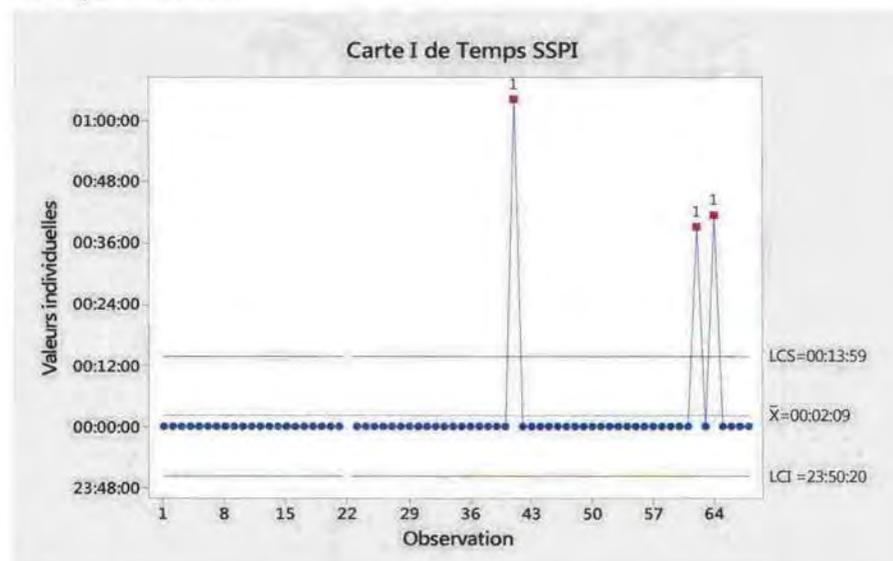
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Chirurgie de la main Chirurgie orthopédique	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
125.62 pts	- / -	40 min	3 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
236.71 pts	40 min	-	9 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1



N=68

Temps TARMED (Occupation de salle)= 40min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 66 min

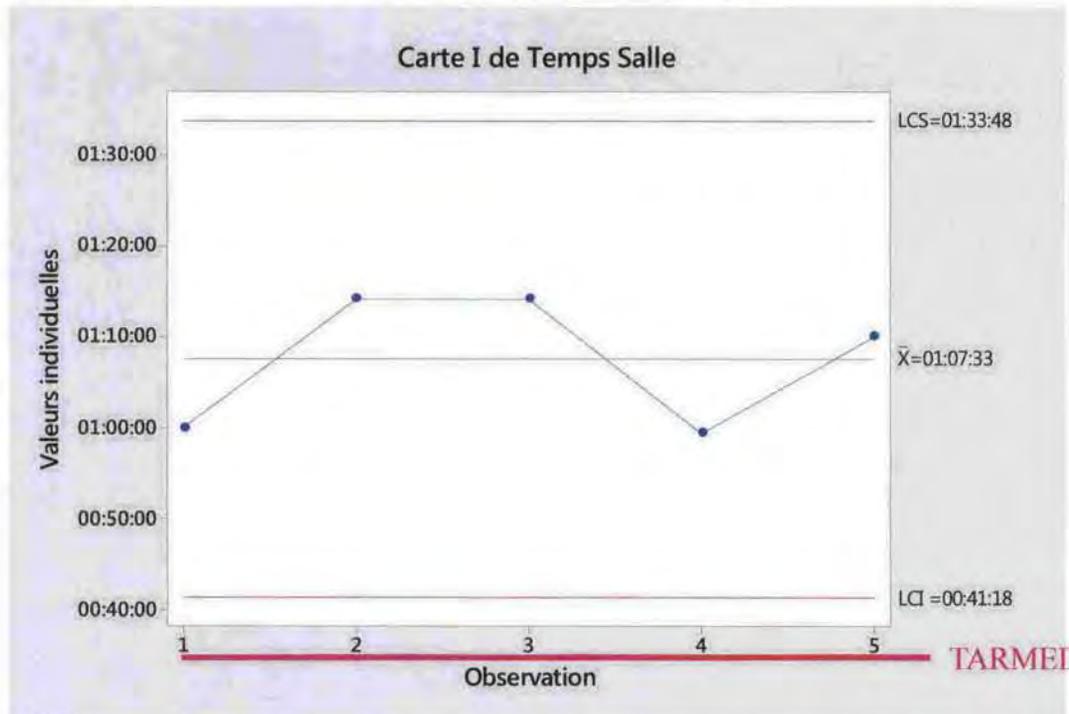
 $\Delta$  temps = +26 min

Temps salle de réveil moyen = 0 min (2min)

# 24.8410 Opération d'hallux valgus, résection de l'exostose

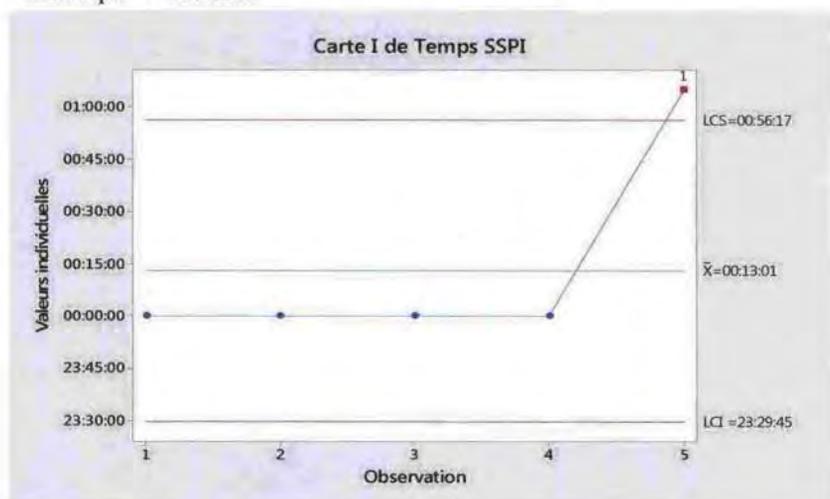
TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Chirurgie orthopédique Chirurgie plastique et reconstructive	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
106.29 pts	- / -	30 min	5 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
177.53 pts	30 min	-	9 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1



TARMED 1.09

N=5  
 Temps TARMED (Occupation de salle)= 30min  
 Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 68 min  
 $\Delta$  temps = +38 min



Temps salle de réveil moyen = 0 min (13 min)

05.2410

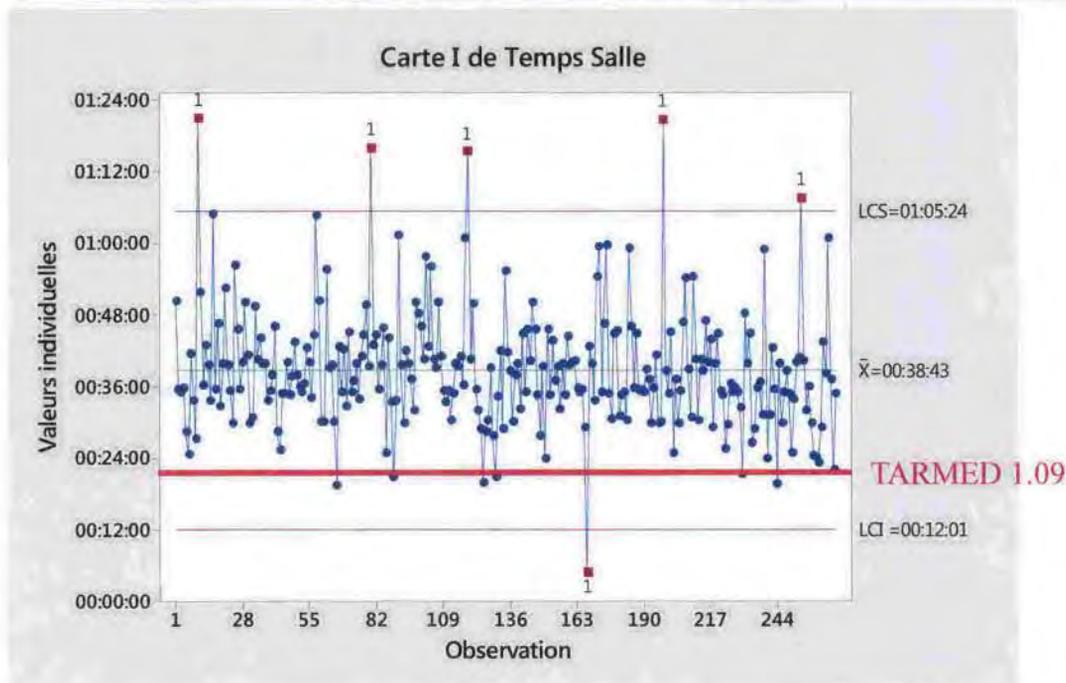
# Décompression et neurolyse du nerf médian et/ou cubital (tunnel carpien ou loge de Guyon), comme prestation exclusive

MV SANTE

MANAGEMENT &amp; VISION DE LA SANTE

TARMED 01.09. 1.1.2018

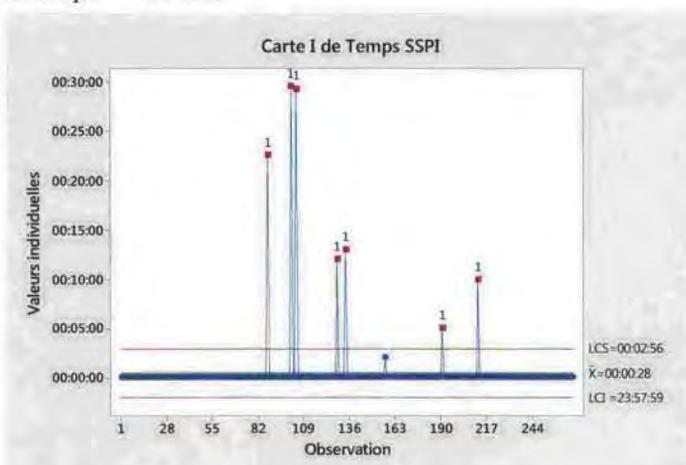
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Chirurgie Chirurgie de la main Chirurgie orthopédique Chirurgie plastique et reconstructive	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
82.14 pts	- / -	20 min	5 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
118.35 pts	20 min	-	9 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1



N=268

Temps TARMED (Occupation de salle)= 20min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle incl. Préparation et Finition) = 39 min

 $\Delta$  temps = +19 min

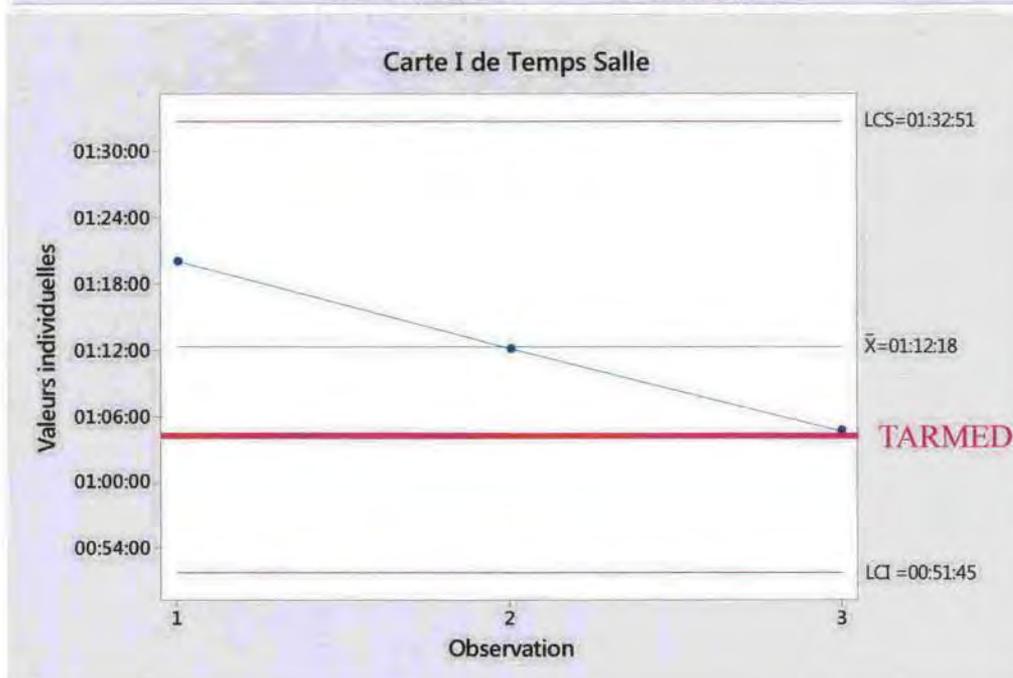
Temps salle de réveil moyen = 0 min

24.6520

Résection d'un kyste articulaire, d'un kyste tendineux ou d'une bourse profonde dans la région du genou, comme prestation exclusive

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Chirurgie orthopédique	Salle d'opération I	II
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
285.06 pts	91.80 pts / 1.0	65 min	4 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
384.65 pts	65 min	-	11 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1

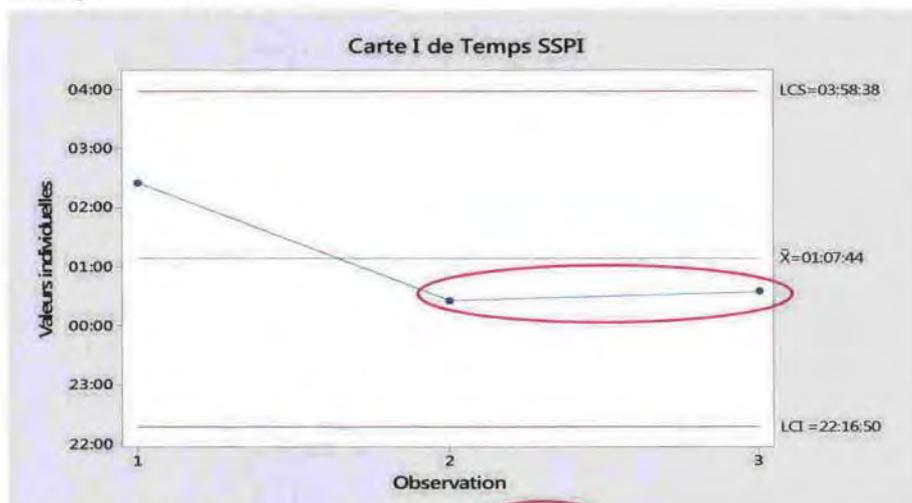


N=3

Temps TARMED (Occupation de salle)= 65min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle incl. Préparation et Finition) = 72 min

Δ temps = + 7 min



Temps salle de réveil moyen = 68 min (30 min)

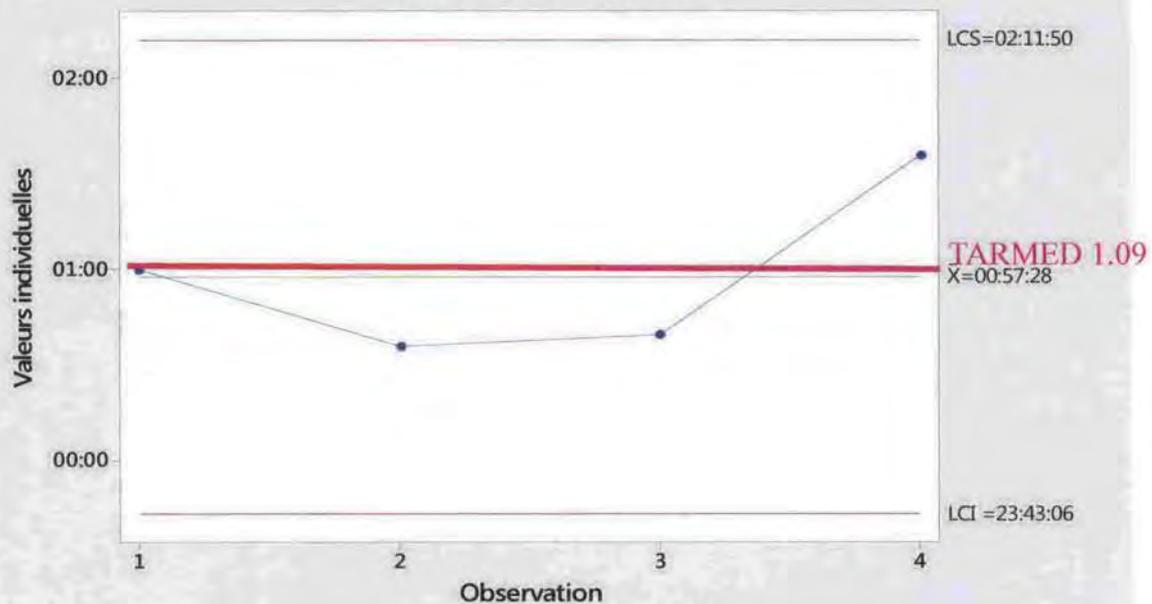
24.3230

**Aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, de la paume de la main jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne.**

TARMED 01.09. 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Chirurgie de la main	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
278.79 pts	100.02 pts / 1.0	60 min	5 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
355.06 pts	60 min	-	9 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1

Carte I de Temps Salle



N=4

Temps TARMED (Occupation de salle)= 60min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 57 min

Δ temps = -2 min

Carte I de Temps SSPI



Temps salle de réveil moyen = 0 min

24.3230

Aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, de la paume de la main jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne.

MV SANTE

MANAGEMENT &amp; VISION DE LA SANTE

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Chirurgie de la main	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
278.79 pts	100.02 pts / 1.0	60 min	5 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
355.06 pts	60 min	-	9 min

24.3240

+ Supplément pour extension jusqu'à l'articulation {IPP} lors d'une aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, par rayon

TARMED 01.09, 1.1.2018

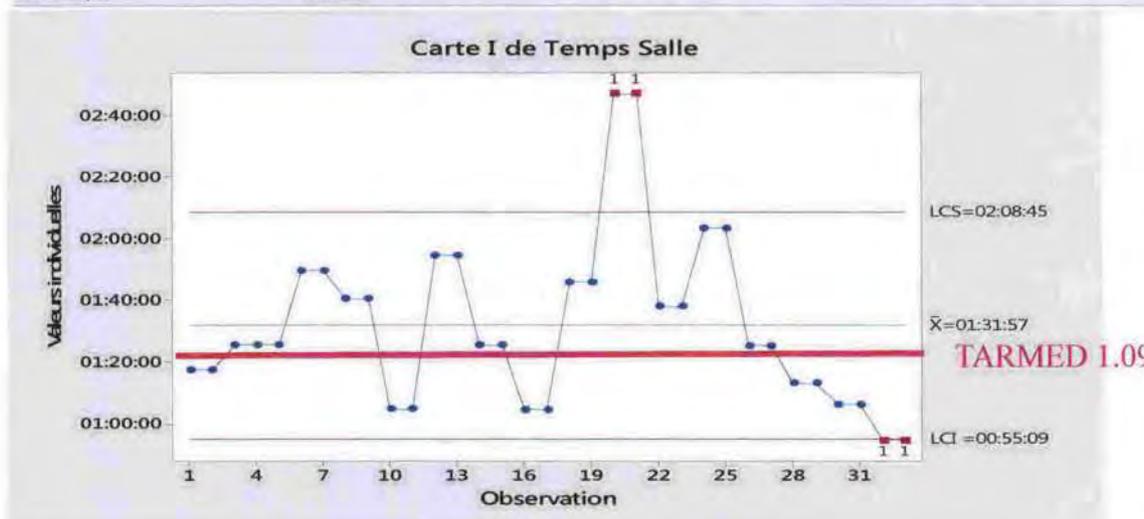
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Chirurgie de la main	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
99.05 pts	36.24 pts / 1.0	25 min	1 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
147.94 pts	25 min	-	-

24.3260

+ Supplément pour extension jusqu'à l'articulation {IPD}, lors d'une aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, par rayon

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Chirurgie de la main	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
137.70 pts	50.73 pts / 1.0	35 min	1 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
207.12 pts	35 min	-	-



N=16

Temps TARMED (Occupation de salle)= 85min (95 min)

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 92 min

 $\Delta$  temps = +7 min (+2 min)

Temps salle de réveil moyen = 0 min

# 24.5610 Arthroscopie du genou

TARMED 01.09, 1.1.2018

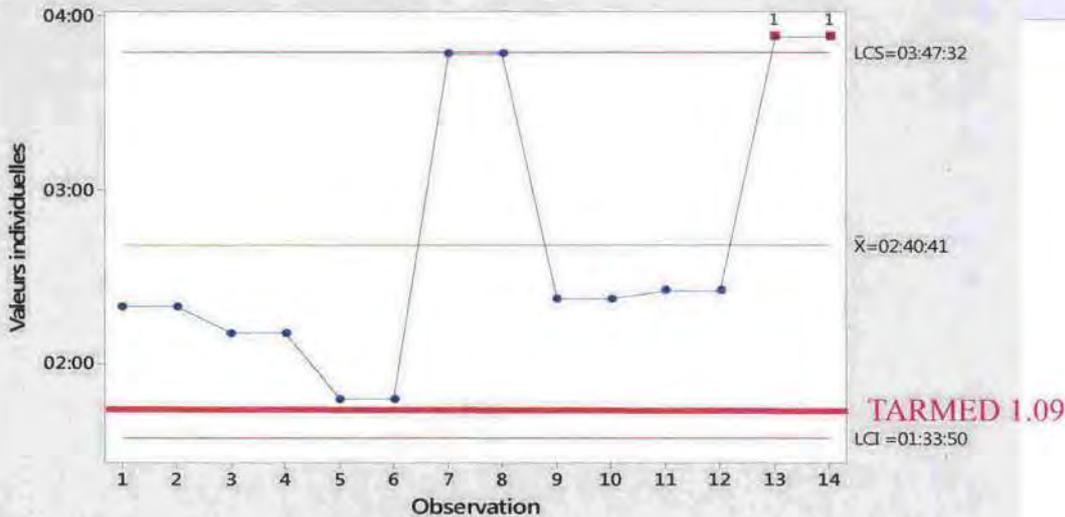
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Chirurgie orthopédique	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
158.24 pts	49.53 pts / 1.0	30 min	4 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
177.53 pts	30 min	-	11 min

# 24.5780 + Traitement d'une rupture du ligament croisé antérieur par plastie autologue lors d'une arthroscopie du genou, toute méthode

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Chirurgie Chirurgie orthopédique	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
272.98 pts	101.46 pts / 1.0	70 min	1 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
414.23 pts	70 min	-	-

Carte I de Temps Salle



N=7

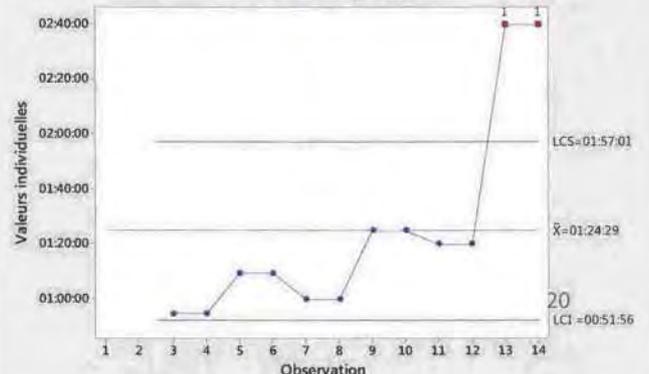
Temps TARMED (Occupation de salle)= 100min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle)= 161 min

Δ temps = + 61min

Temps salle de réveil moyen = 84 min

Carte I de Temps SSPI



06.0580

Fenestration, hémilaminectomie ou laminotomie unilatérale, un segment, région lombaire, procédure neurochirurgicale

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
263.34 pts	30 min	-	11 min

06.0460

+ Décompression de racine nerveuse par discectomie, y compris l'ablation de fragments libres, lors de fenestration, d'hémilaminectomie ou de laminotomie, par segment

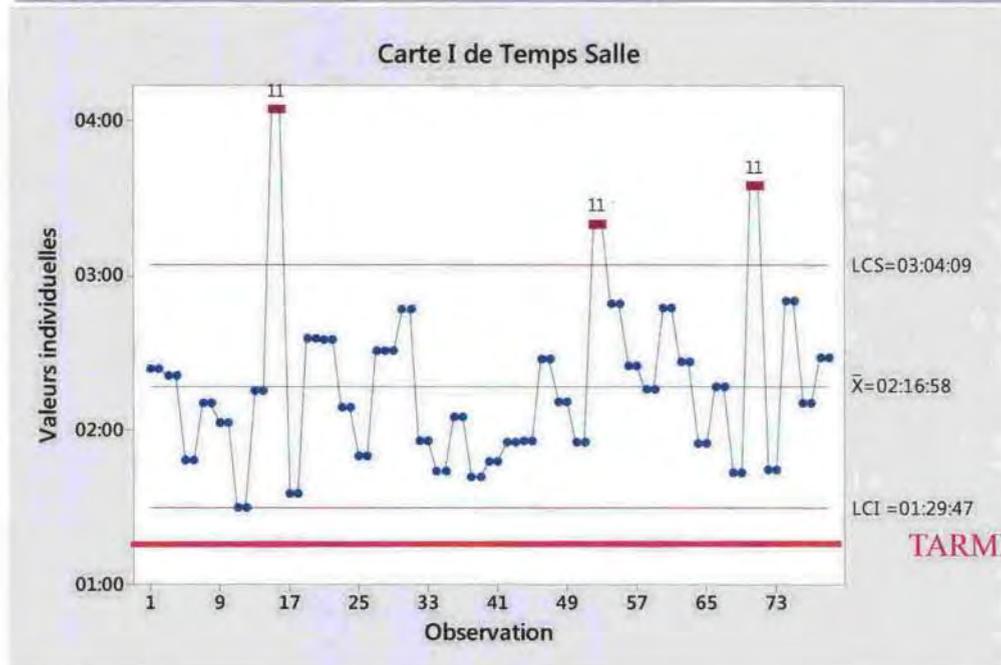
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
263.34 pts	30 min	-	-

OU

06.0450

+ Décompression racine nerveuse par facettotomie et/ou foraminotomie, lors de fenestration, d'hémilaminectomie ou de laminotomie, par segment

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
351.12 pts	40 min	-	-

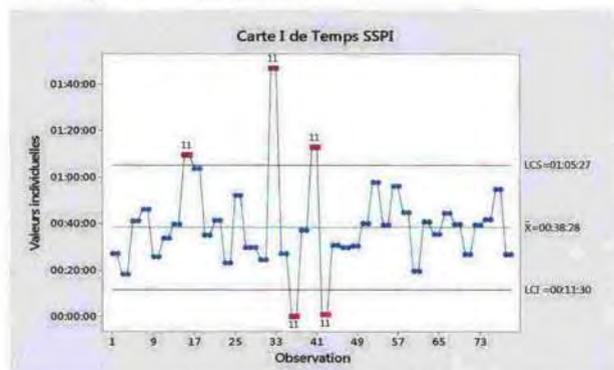


N=39

Temps TARMED (Occupation de salle)= 60 min ou 70min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 137 min

Δ temps = +77 min ou 67 min



Temps salle de réveil moyen = 38 min

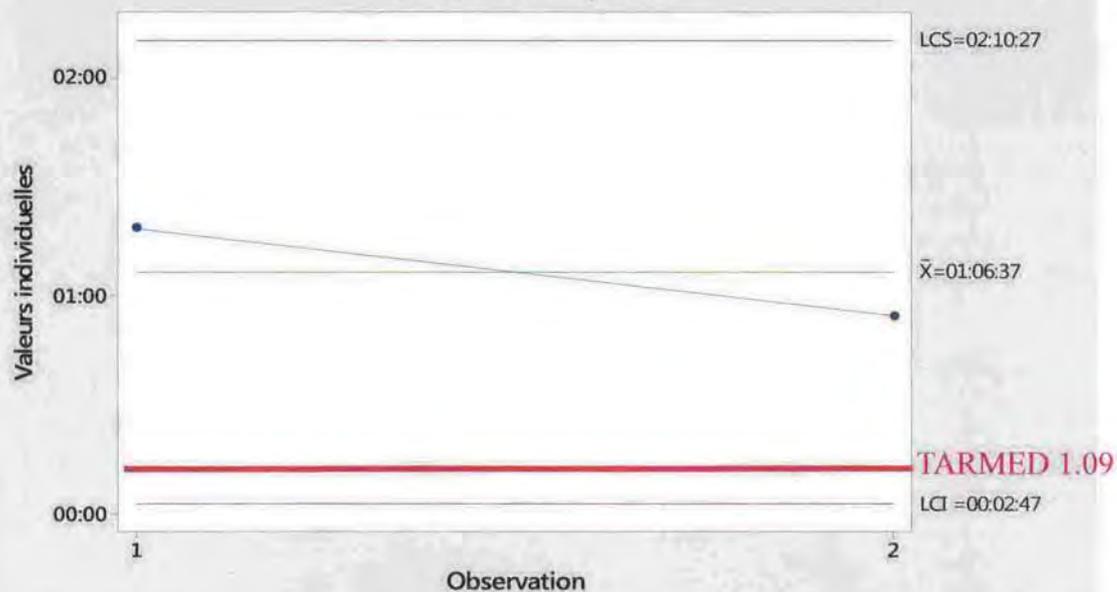
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Chirurgie plastique et reconstructive Gynécologie et obstétrique	Salle d'opération I	I

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
79.72 pts	- / -	20 min	4 min

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
129.35 pts	20 min	-	9 min

Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1

Carte I de Temps Salle



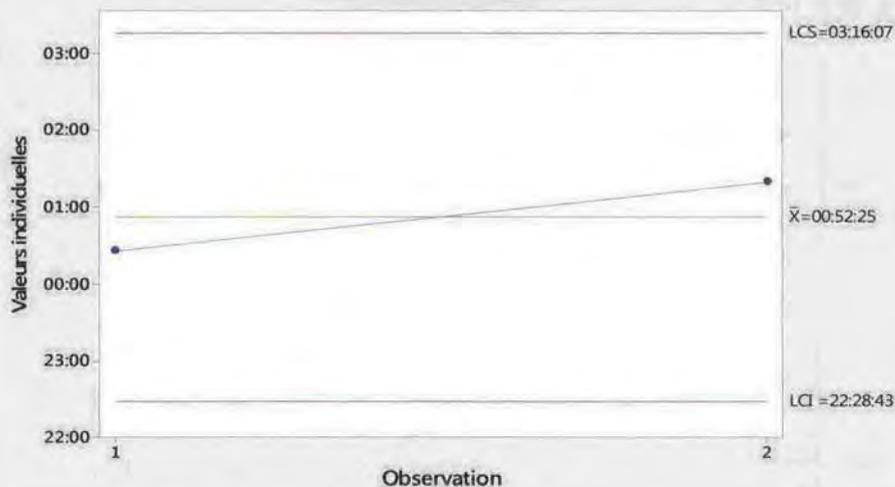
N=2

Temps TARMED (Occupation de salle)= 20min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 67 min

 $\Delta$  temps = +47 min

Carte I de Temps SSPI



Temps salle de réveil moyen = 52 min

23.0160

**Mastectomie unilatérale sous cutanée en cas de gynécomastie, comme prestation exclusive**

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Chirurgie Chirurgie plastique et reconstructive Gynécologie et obstétrique	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
189.88 pts	66.68 pts / 1.0	35 min	5 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
226.36 pts	35 min	-	11 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1

Nom du patient	Code prestation	Désignation prestation	DATE_OPERATI ON	Temps Salle	Temps SSPI
GXXXXXXT	CT23.0160	Mastectomie unilatérale sous cutanée en cas de gynécomastie, comme prestation exclusive	2016-07-12	00:55:39	00:16:13

N=1

Temps TARMED (Occupation de salle)= 35 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 56 min

Δ temps = +21 min

Temps salle de réveil moyen = 16 min

20.0110

Laparoscopie (thérapeutique), abord pour interventions laparoscopiques et exploration



PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
263.34 pts	30 min	-	11 min

20.0120

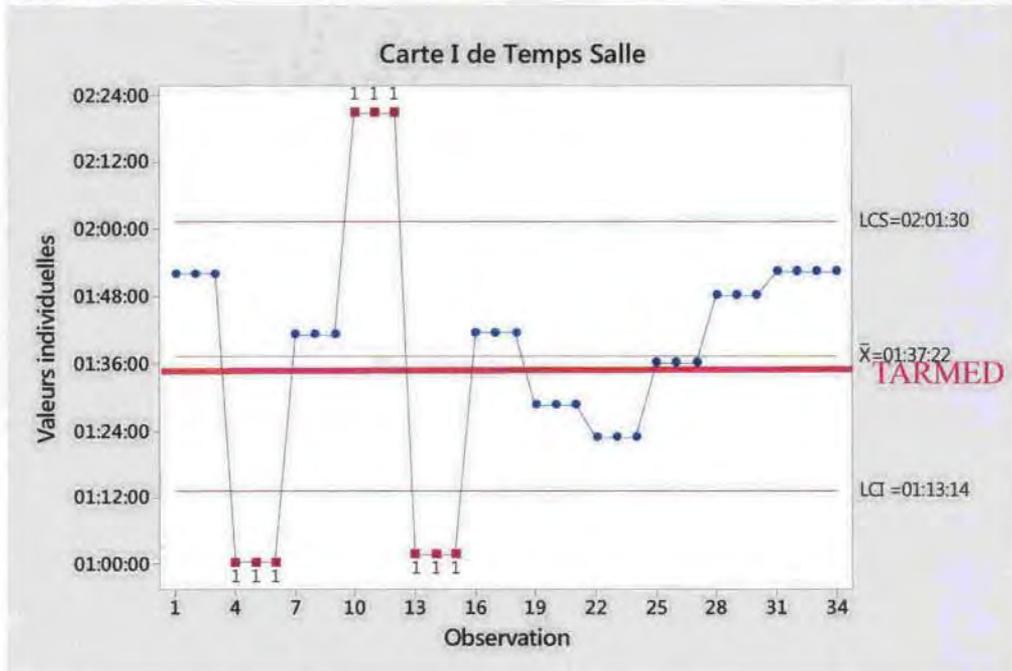
+ Supplément pour laparoscopie ou pelviscopie (mini-laparotomie) ouverte

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
131.67 pts	15 min	-	-

20.0130

+ Cholécystectomie laparoscopique

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
438.90 pts	50 min	-	-

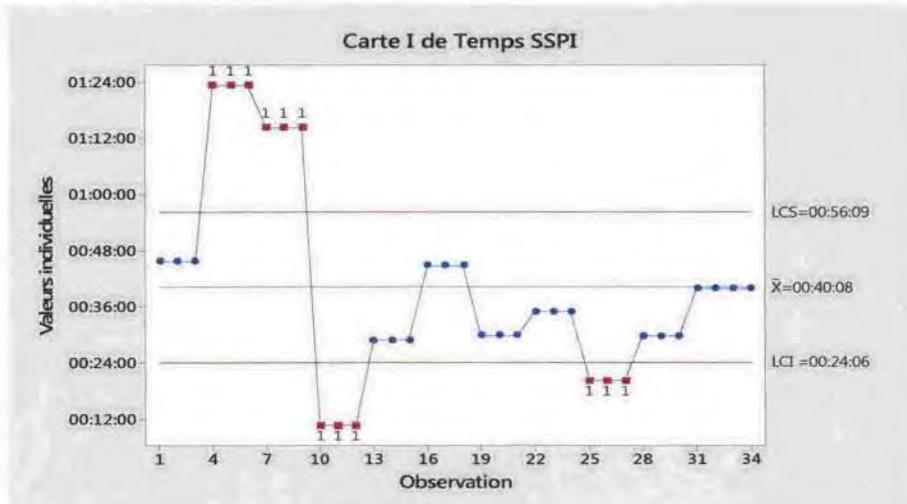


N=11

Temps TARMED (Occupation de salle)= 95 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 97 min

Δ temps = +2 min



Temps salle de réveil moyen = 40 min

20.2240

Cure chirurgicale d'hémorroïdes, hémorroïdectomie radicale

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie	Salle d'opération I	I

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
152.19 pts	- / -	50 min	4 min

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
323.37 pts	50 min	-	9 min

19.1610

Anuscopie

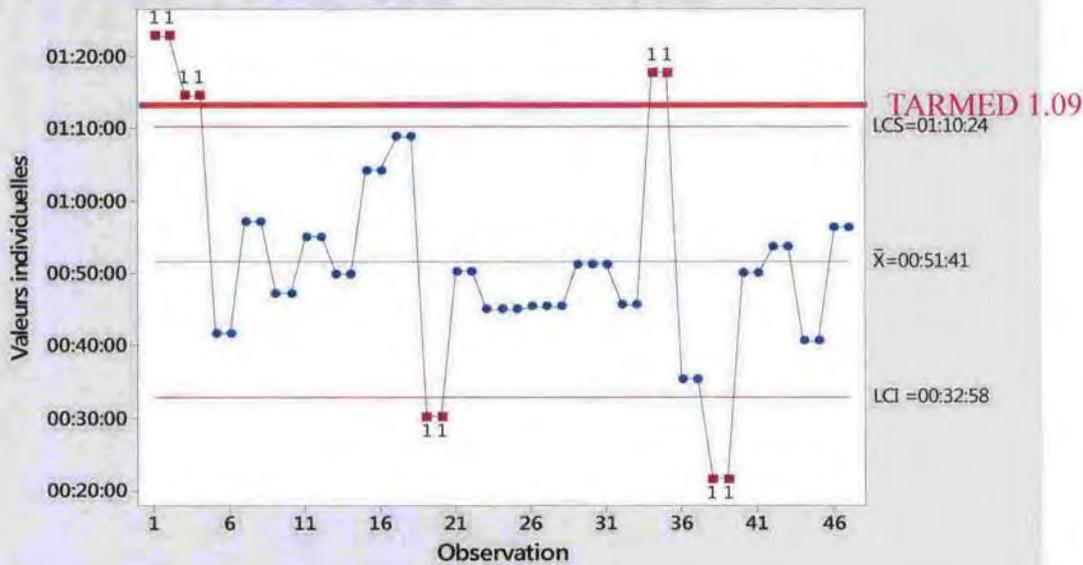
TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 5	Toutes les valeurs intrinsèques	Endoscopie gastroentérologique, petite	I

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
18.42 pts	- / -	5 min	4 min

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
51.16 pts	15 min	10 min	-

Carte I de Temps Salle



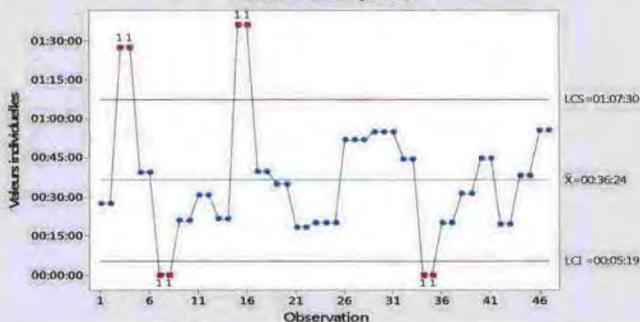
N= 22

Temps TARMED (Occupation de salle)= 75 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 52 min

Δ temps = -23 min

Carte I de Temps SSPI



Temps salle de réveil moyen = 36 min

20.2240

## Cure chirurgicale d'hémorroïdes, hémorroïdectomie radicale

MV SANTE

TARMED 01.09. 1.1.2018

MANAGEMENT &amp; VISION DE LA SANTE

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
152.19 pts	- / -	50 min	4 min
PT	Temps d'occupation du local		Temps d'attente
323.37 pts	50 min		-
			Préparation et finition
			9 min

20.2070

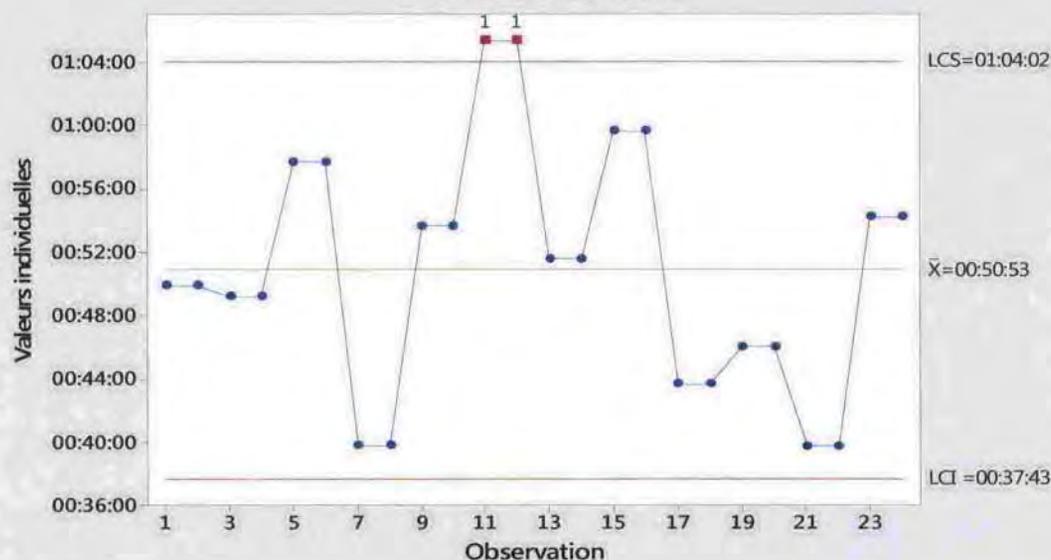
## Cure de prolapsus anal

TARMED 01.09. 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 7	Chirurgie Gynécologie et obstétrique	Salle d'opération II	II
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
445.81 pts	162.16 pts / 1.0	90 min	5 min
PT	Temps d'occupation du local		Temps d'attente
790.02 pts	90 min		-
			Préparation et finition
			11 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1

Carte I de Temps Salle

TARMED 1.09



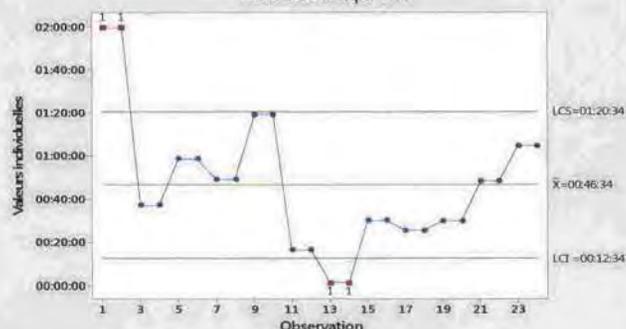
N= 12

Temps TARMED (Occupation de salle)= 140 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 51 min

 $\Delta$  temps = -89 min

Carte I de Temps SSPI



Temps salle de réveil moyen = 47 min

20.0330

## Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'adulte de plus de 16 ans, technique sans tension

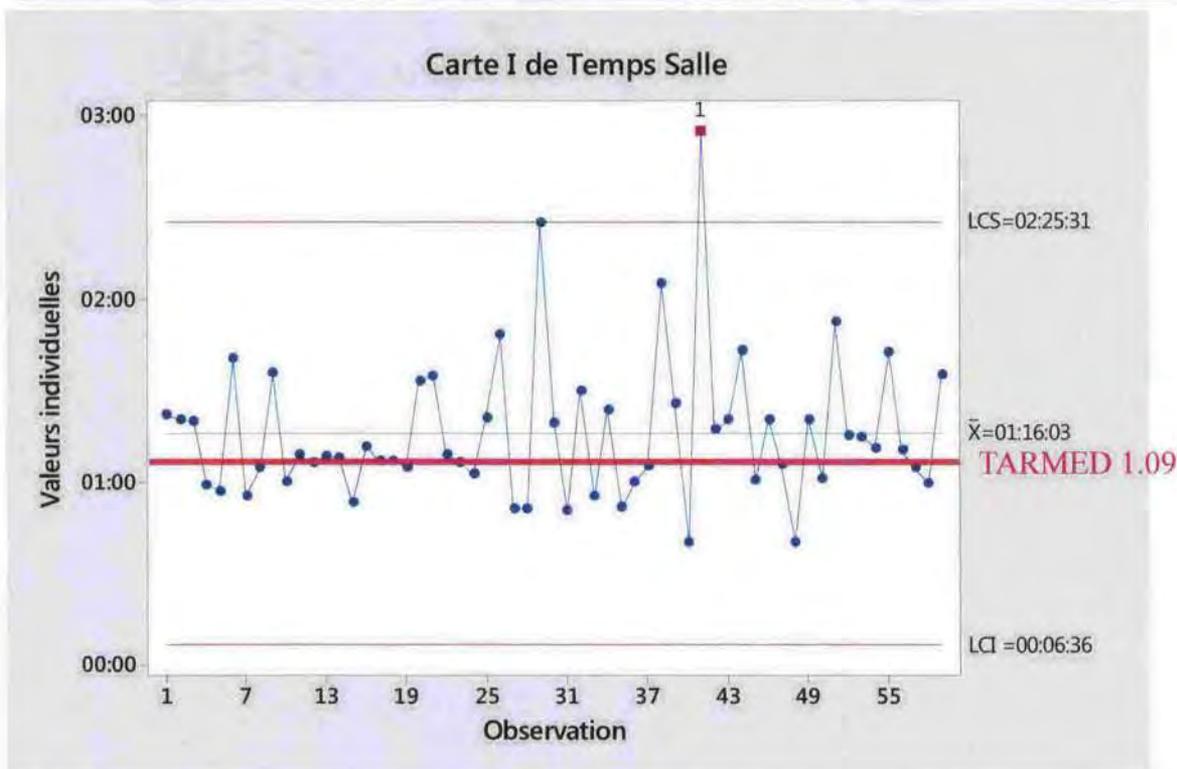
TARMED 01.09. 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Gynécologie et obstétrique Urologie	Salle d'opération I	I

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
303.18 pts	97.84 pts / 1.0	70 min	4 min

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
452.72 pts	70 min	-	11 min

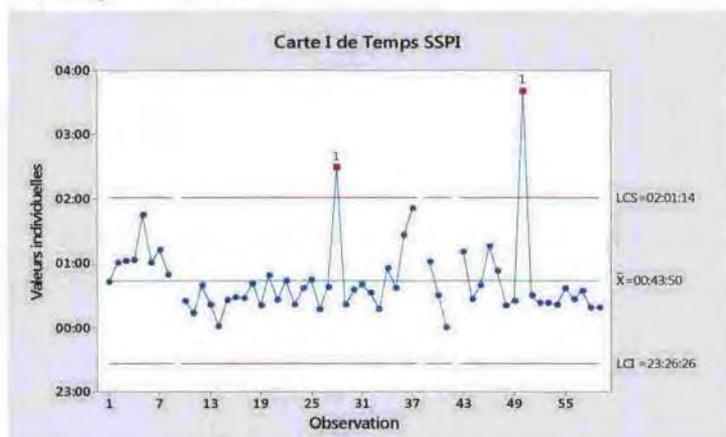
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1



N=59

Temps TARMED (Occupation de salle)= 70 min

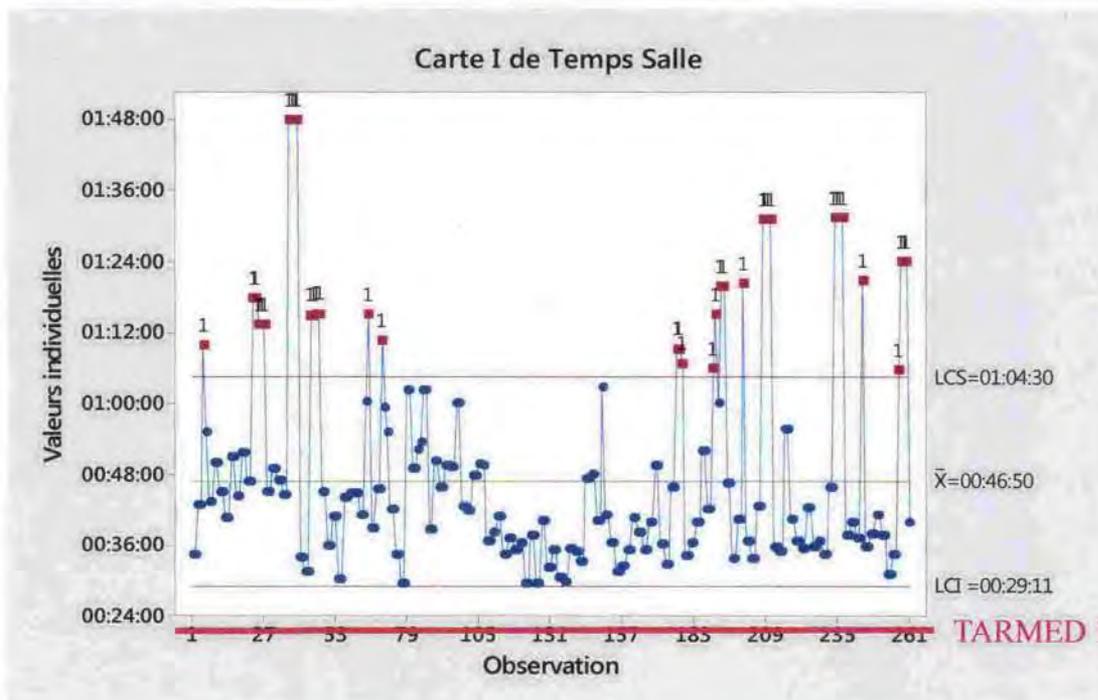
Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 76 min

 $\Delta$  temps = +6 min

Temps salle de réveil moyen = 44 min

TARMED 01.09, 1.1.2018

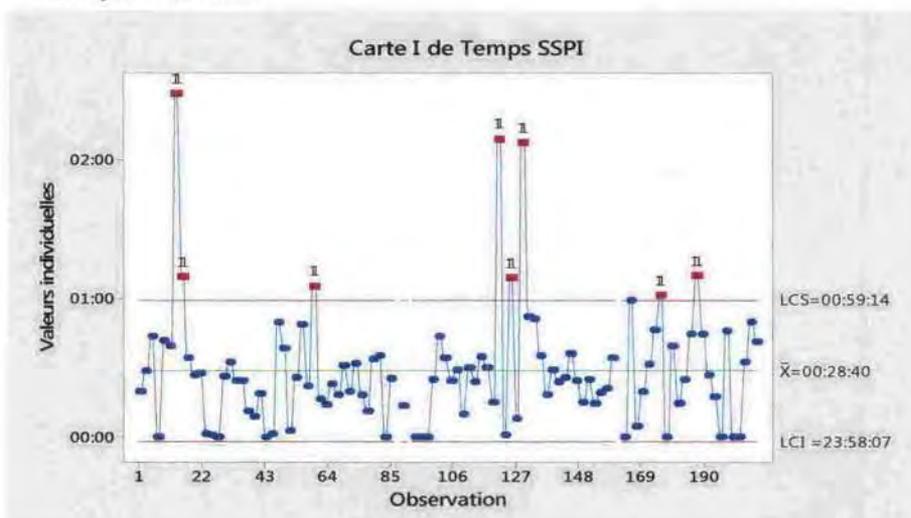
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Urologie	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
65.22 pts	- / -	20 min	3 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
118.35 pts	20 min	-	4 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
maschile	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1



N=104

Temps TARMED (Occupation de salle)= 20 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 47 min

 $\Delta$  temps = +27 min

Temps salle de réveil moyen = 29 min

21.3130

## Traitement chirurgical de cryptorchidie, chez l'adolescent et l'adulte à partir de 7 ans, d'un côté

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Urologie	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
159.44 pts	- / -	50 min	5 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
295.88 pts	50 min	-	11 min

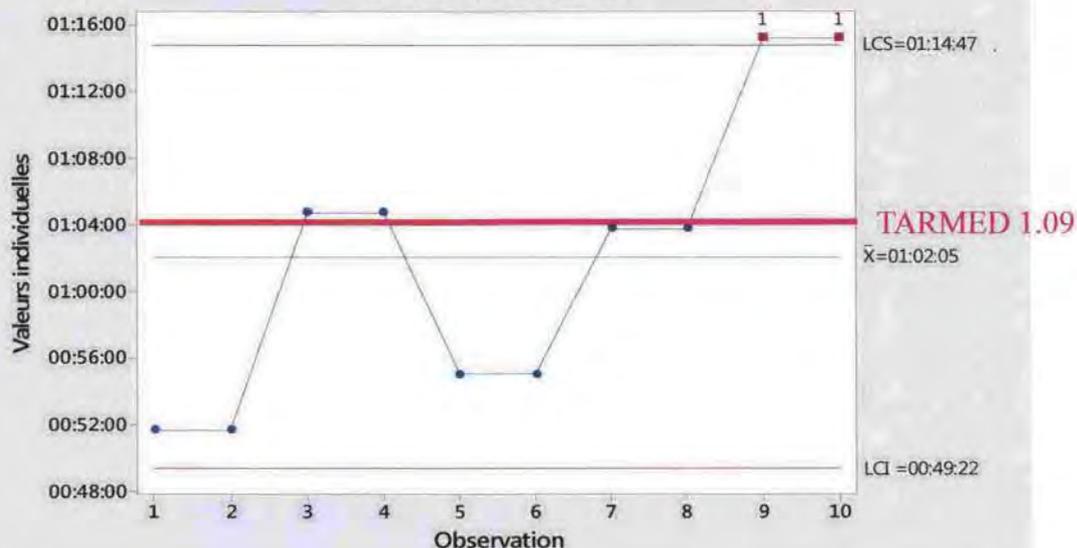
24.0015

## Examen par le spécialiste en orthopédie ou en chirurgie, par période de 5 min *Remplace 24.0010 = 14 min*

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Chirurgie orthopédique	Salle d'examen et de traitement, chirurgie et chirurgie pédiatrique	-
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
10.23 pts	- / -	5 min <i>14 min</i>	-
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
9.69 pts	5 min	-	-

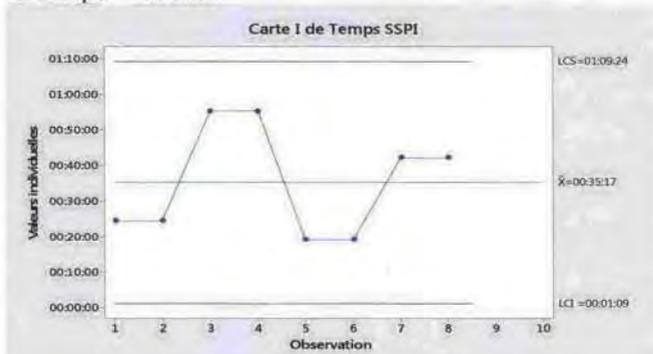
Carte I de Temps Salle



N=5

Temps TARMED (Occupation de salle) = 64 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 62 min

 $\Delta$  temps = -2 min

Temps salle de réveil moyen = 35 min

21.2950

## Orchidectomie inguinale ou scrotale unilatérale

MV SANTE

MANAGEMENT &amp; VISION DE LA SANTE

TARMED 01.09, 1.1.2018

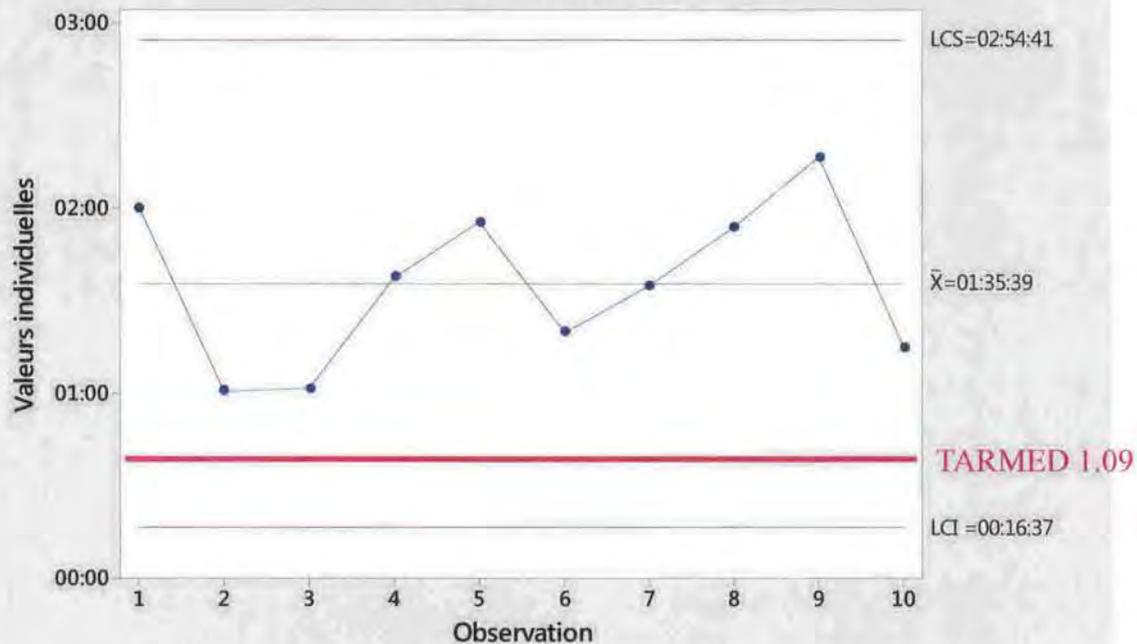
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Urologie	Salle d'opération I	I

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
106.29 pts	- / -	30 min	3 min

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
177.53 pts	30 min	-	11 min

Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
maschile	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1

Carte I de Temps Salle



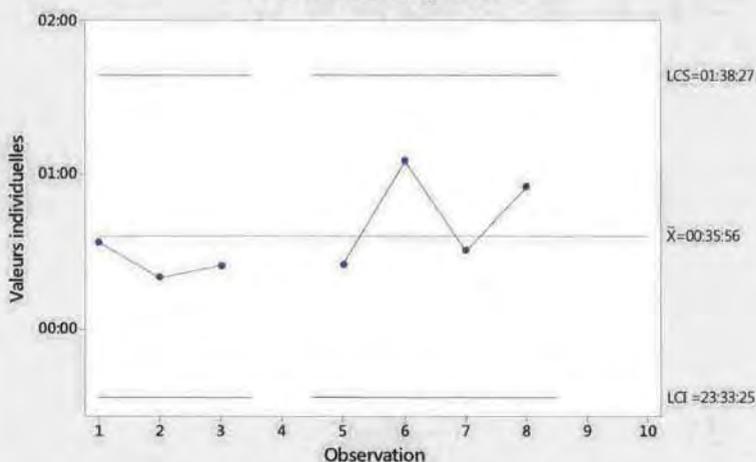
N=10

Temps TARMED (Occupation de salle)= 30 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 96 min

 $\Delta$  temps = +66 min

Carte I de Temps SSPI



Temps salle de réveil moyen = 36 min

21.2950

## Orchidectomie inguinale ou scrotale unilatérale

TARMED 01.09. 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Urologie	Salle d'opération I	I

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
106.29 pts	- / -	30 min	3 min

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
177.53 pts	30 min	-	11 min

21.3020

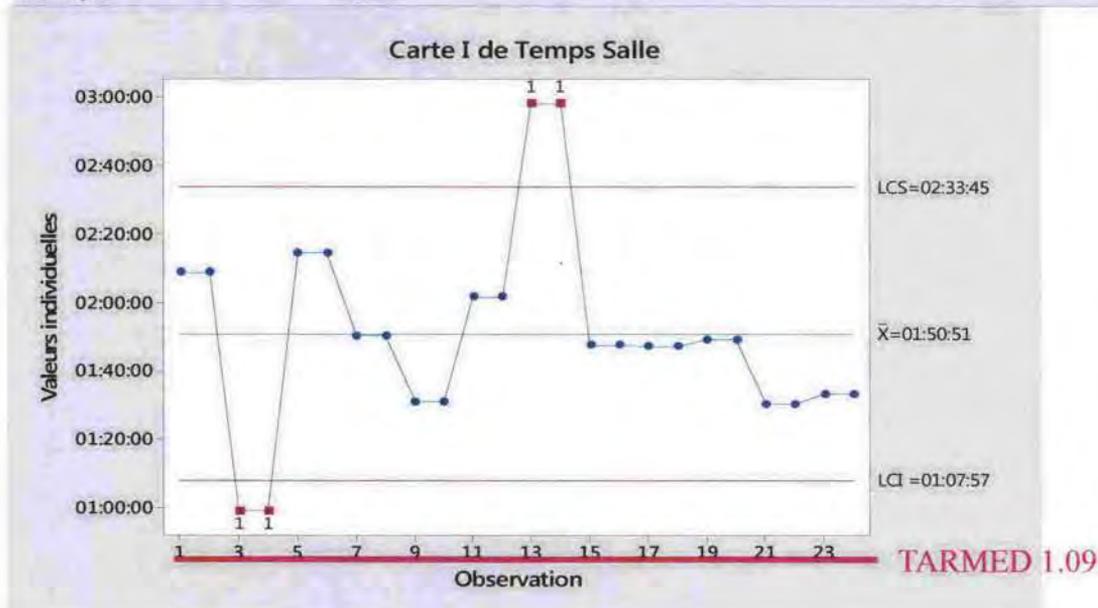
## (+ ) Mise en place d'une prothèse testiculaire, par côté, comme prestation additionnelle

TARMED 01.09. 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Urologie	Salle d'opération I	I

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
31.40 pts	- / -	10 min	3 min

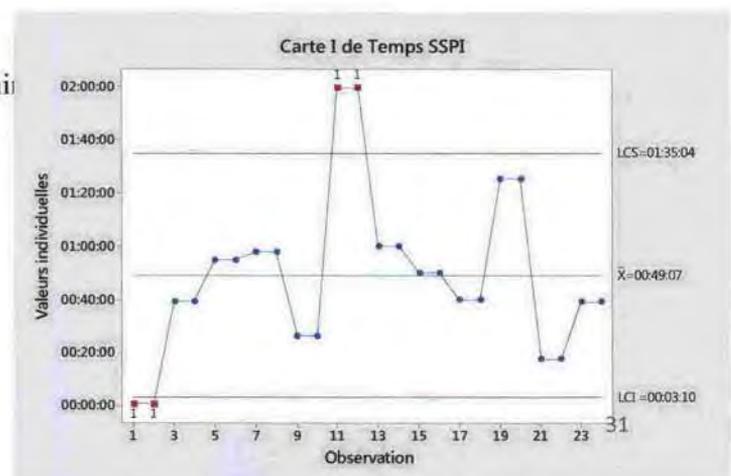
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
59.18 pts	10 min	-	-



N=12

Temps TARMED (Occupation de salle)= 40 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 111 min

 $\Delta$  temps = +71 min

Temps salle de réveil moyen = 49 min

## 19.1010 Coloscopie totale

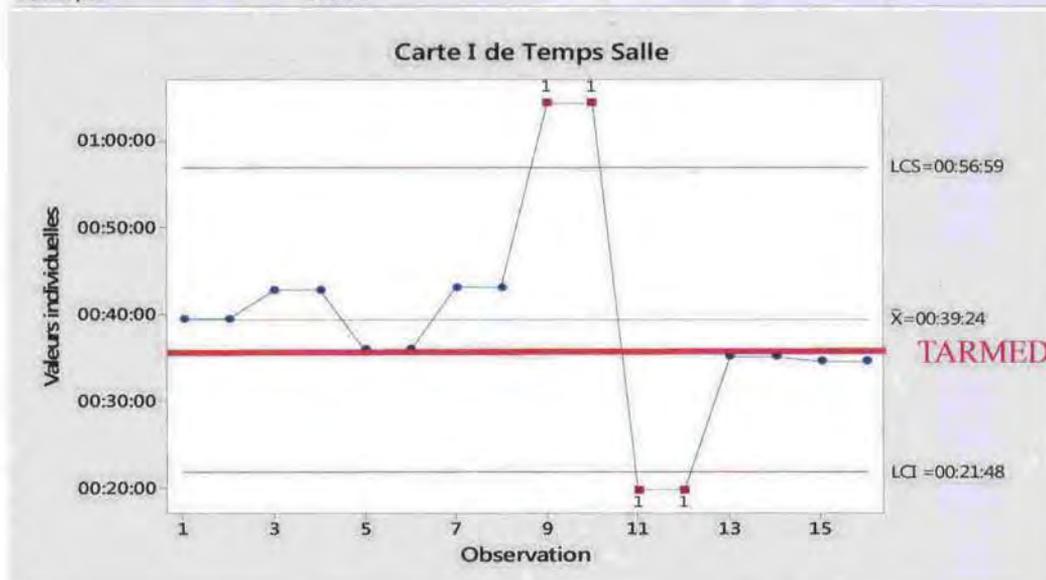
TARMED 01.09. 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Gastroentérologie FA gastroentérologie pédiatrique	Endoscopie gastroentérologique, grande	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
53.34 pts	- / -	20 min	3 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
271.37 pts	30 min	20 min	-

## 19.1020 + Endoscopie de l'iléon terminal lors d'une coloscopie

TARMED 01.09. 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Gastroentérologie FA gastroentérologie pédiatrique	Endoscopie gastroentérologique, grande	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
13.91 pts	- / -	6 min	-
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
29.79 pts	6 min	-	-

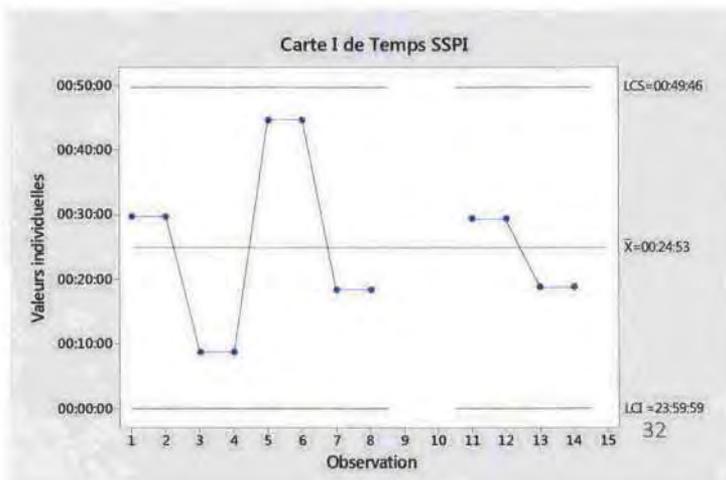


N=8

Temps TARMED (Occupation de salle)= 36 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 39 min

$\Delta$  temps = +3min



Temps salle de réveil moyen = 25 min

## 18.1660 Crossectomie isolée unilatérale

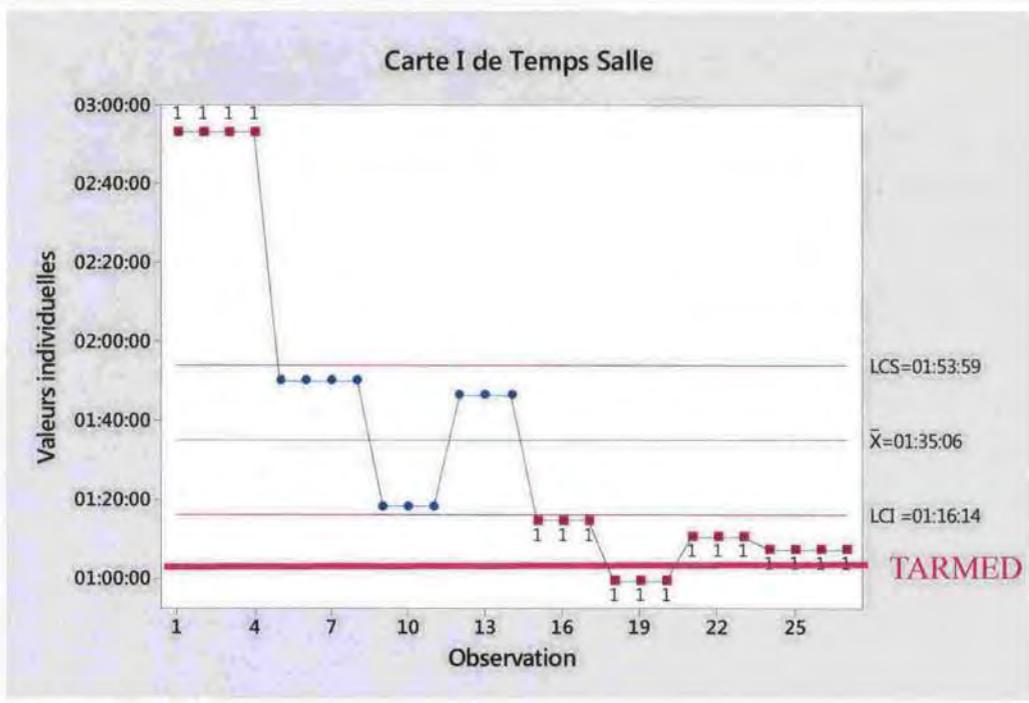
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
258.70 pts	40 min	-	11 min

## 18.1570 Phlébectomie au crochet, excision d'ectasies, les premiers 10 cm

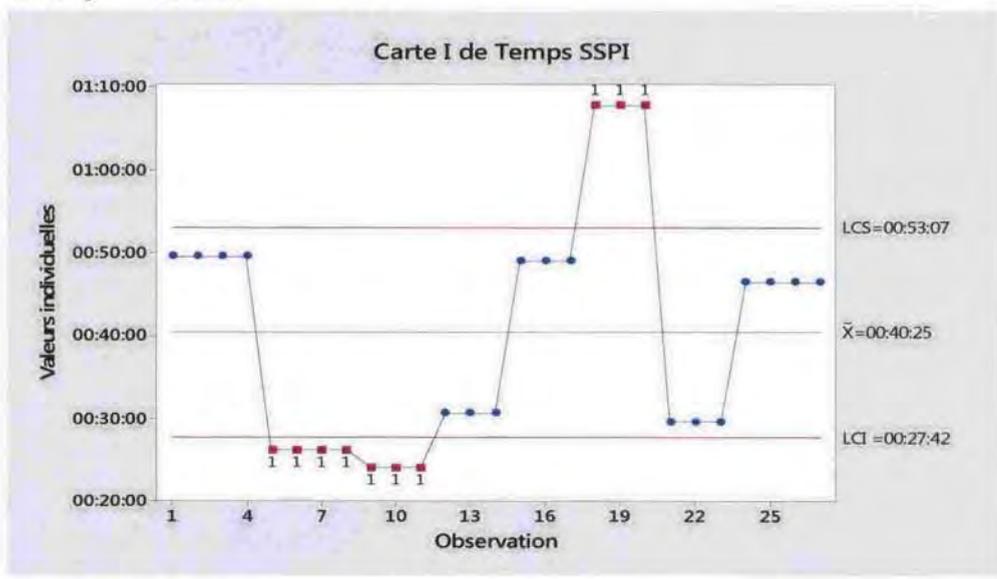
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
31.76 pts	15 min	-	-

## 18.1580 + Phlébectomie au crochet, excision d'ectasies, par 10 cm supplémentaires

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
23.29 pts	11 min	-	-



N=8  
 Temps TARMED (Occupation de salle) = 66 min  
 Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 95 min  
 $\Delta$  temps = +29 min



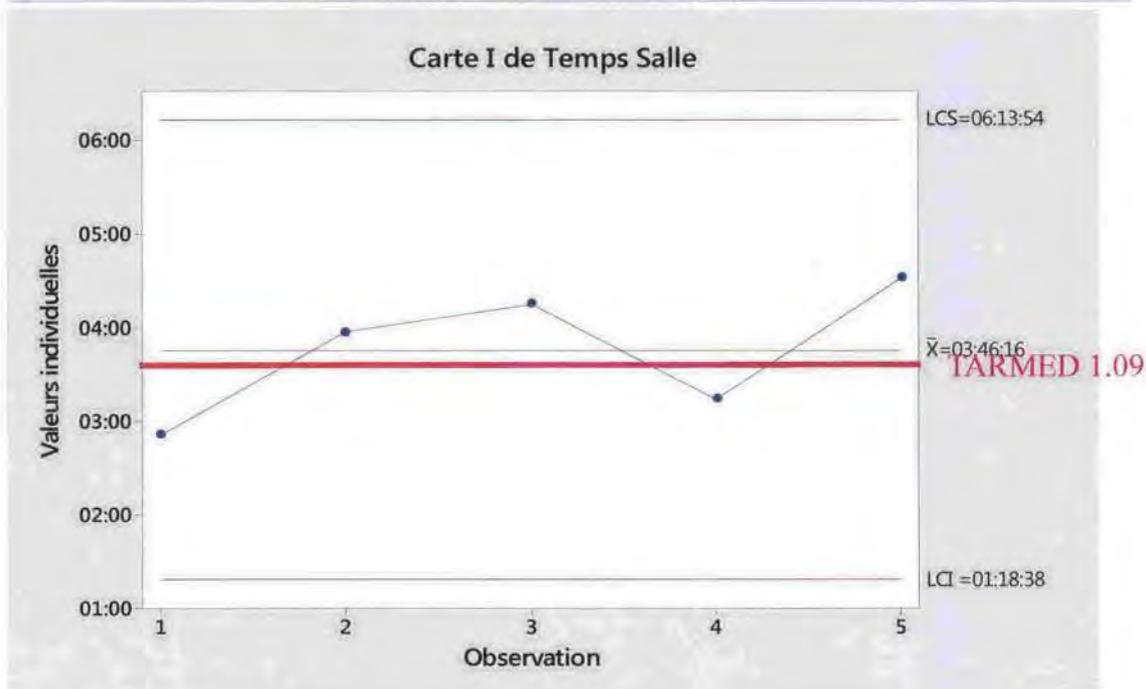
Temps salle de réveil moyen = 40 min

23.0370

## Plastie mammaire de réduction bilatérale

TARMED 01.09, 1.1.2018

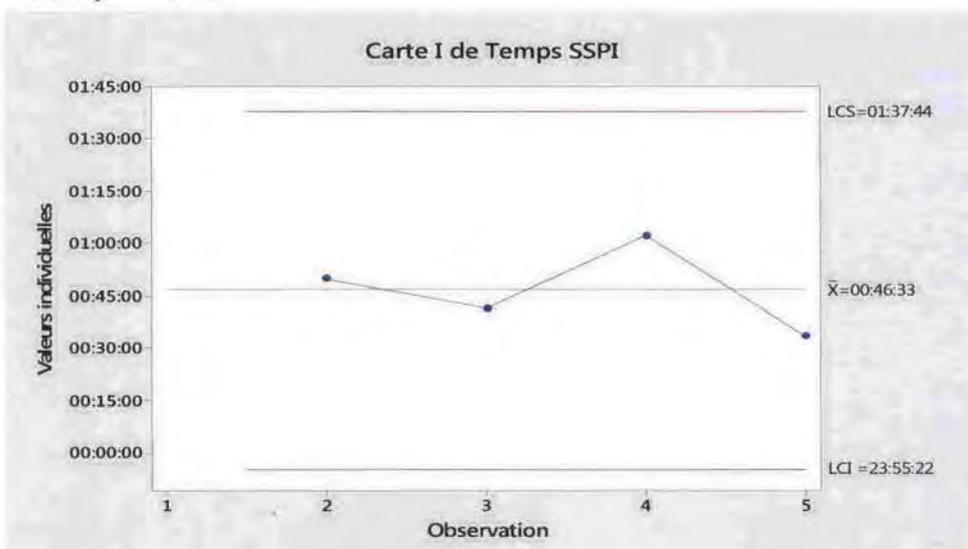
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Chirurgie Chirurgie plastique et reconstructive Gynécologie et obstétrique	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
909.79 pts	334.83 pts / 1.0	220 min	7 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
1422.83 pts	220 min	-	11 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1



N=5

Temps TARMED (Occupation de salle) = 220 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 226 min

 $\Delta$  temps = +6 min

Temps salle de réveil moyen = 47 min

**23.0550 Reconstruction ou correction unilatérale de la PAM (plaque aréolo-mamelonnaire) par GPT (greffe de peau totale)**

TARMED 01.09. 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Chirurgie Chirurgie plastique et reconstructive Gynécologie et obstétrique	Salle d'opération I	I

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
108.71 pts	- / -	30 min	4 min

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
194.02 pts	30 min	-	11 min

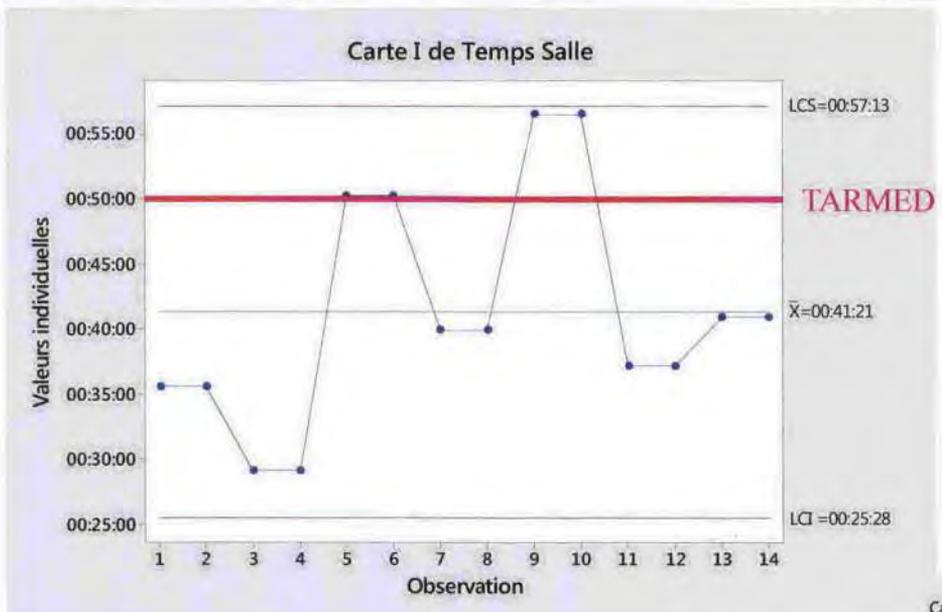
**23.0560 + Reconstruction ou correction du mamelon lors de reconstruction ou de correction de l'aréole**

TARMED 01.09. 1.1.2018

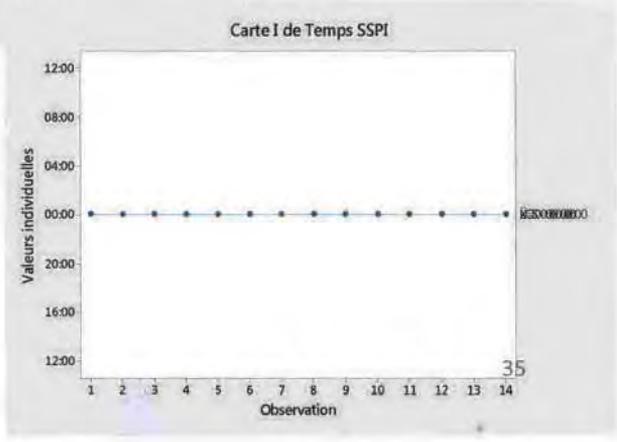
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 8	Chirurgie Chirurgie plastique et reconstructive Gynécologie et obstétrique	Salle d'opération I	I

PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
50.73 pts	- / -	20 min	1 min

PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
129.35 pts	20 min	-	-



N=7  
 Temps TARMED (Occupation de salle)= 50 min  
 Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 41 min  
 Δ temps = -9 min



Temps salle de réveil moyen = 0 min

04.2830

Dermolipectomie de l'abdomen avec transposition de l'ombilic

TARMED 01.09, 1.1.2018

Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Chirurgie Chirurgie plastique et reconstructive	Salle d'opération I	I
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
701.79 pts	230.71 pts / 1.0	180 min	4 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
1065.18 pts	180 min	-	11 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1

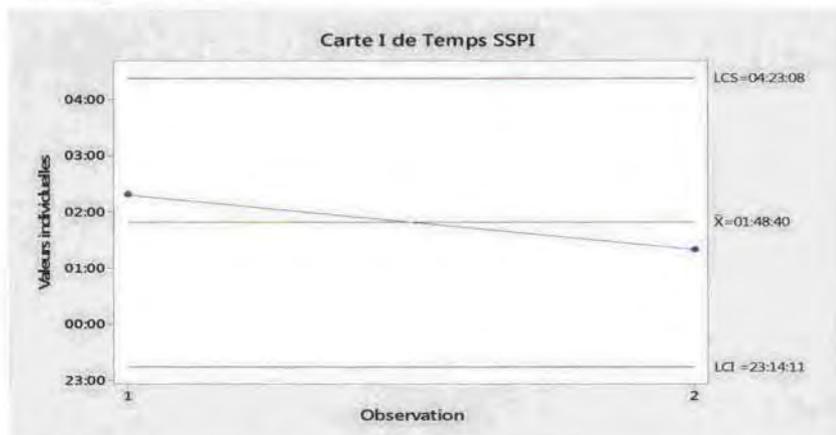


N=2

Temps TARMED (Occupation de salle)= 180 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle) = 194 min

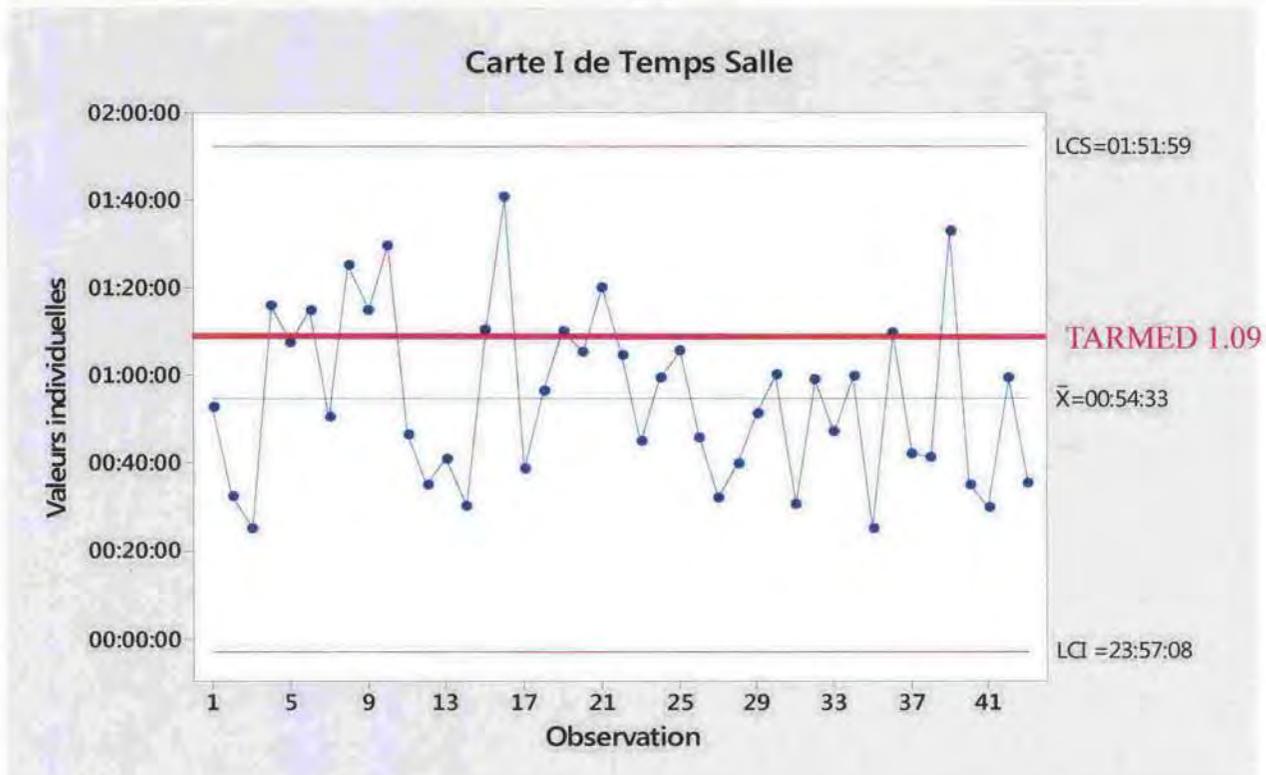
Δ temps = +14 min



Temps salle de réveil moyen = 109 min

TARMED 01.09, 1.1.2018

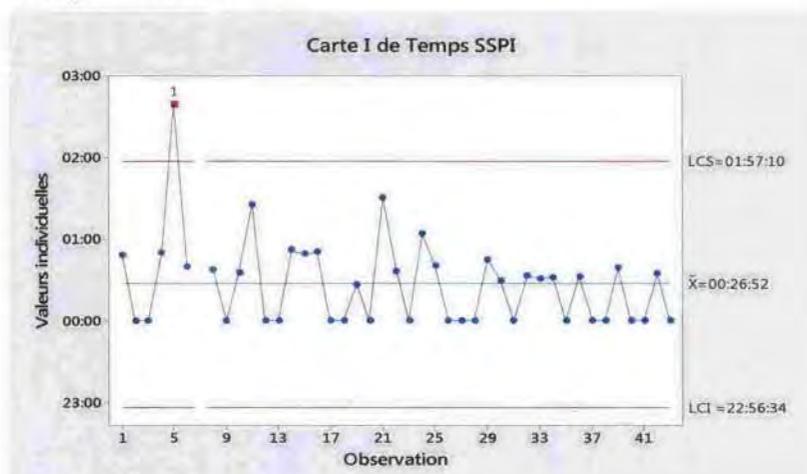
Valeur intrinsèque quant.	Valeur intrinsèque qual.	Unité fonctionnelle	Classe risque anest.
FMH 6	Toutes les valeurs intrinsèques opératoires	Salle d'opération I	II
PM (assistance comprise)	Assistance / Nombre	Prestation au sens restreint	Rapport
308.01 pts	97.84 pts / 1.0	70 min	6 min
PT	Temps d'occupation du local	Temps d'attente	Préparation et finition
452.72 pts	70 min	-	11 min
Sexe	Type de traitement	Facteur PM	Facteur PT
-	Prestation principale	1 / 0.94 (méd.prat.)	1



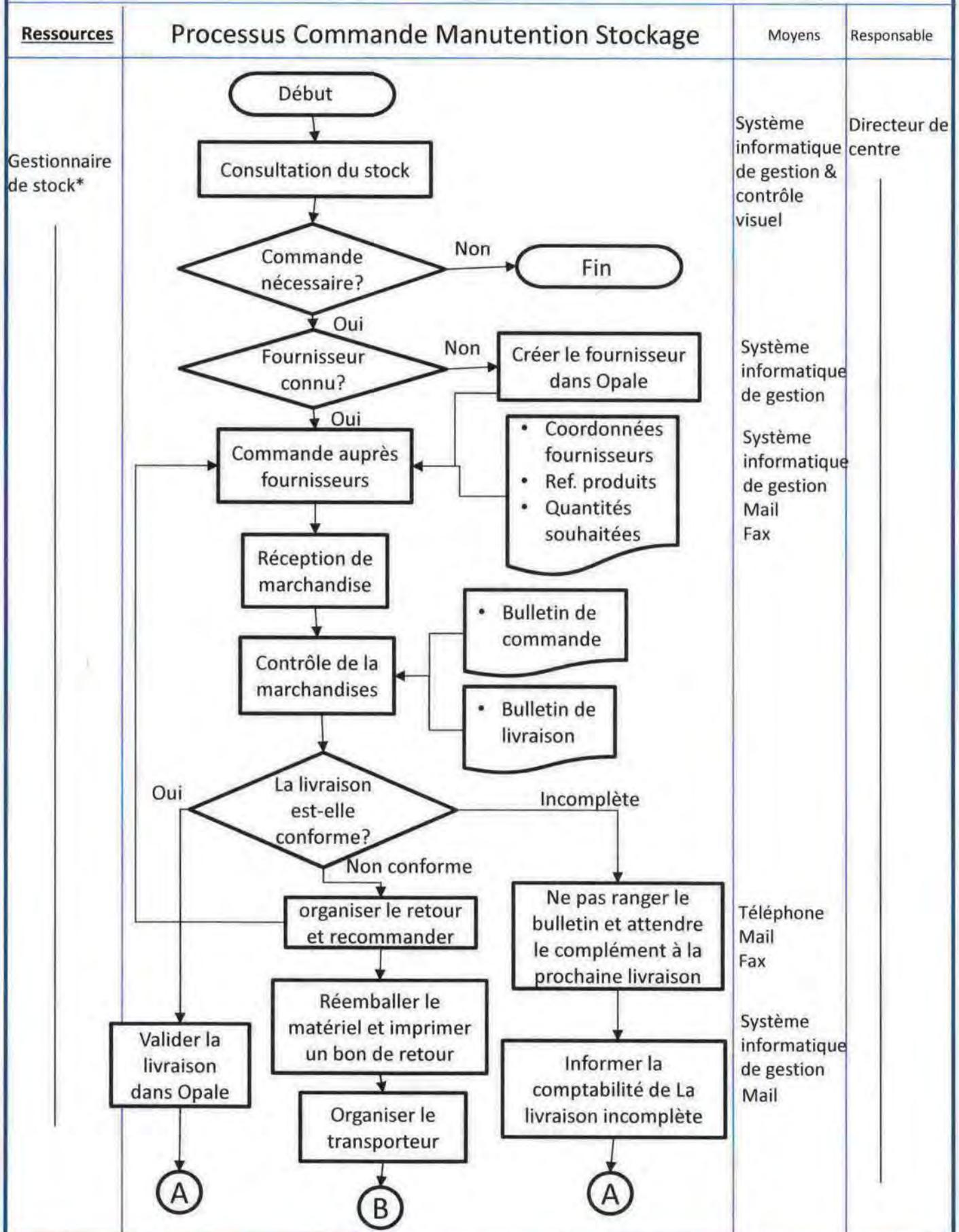
N= 43

Temps TARMED (Occupation de salle)= 70 min

Temps moyen MV SANTE (Temps de salle)= 55 min

 $\Delta$  temps = - 15 min

Temps salle de réveil moyen = 27 min





## Symbole de base d'un diagramme de flux / processus



Début et Fin



Processus



Décision

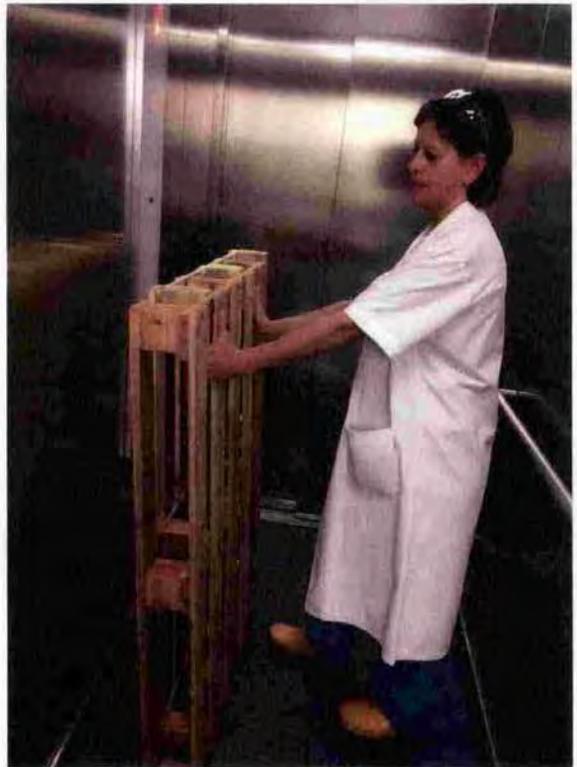


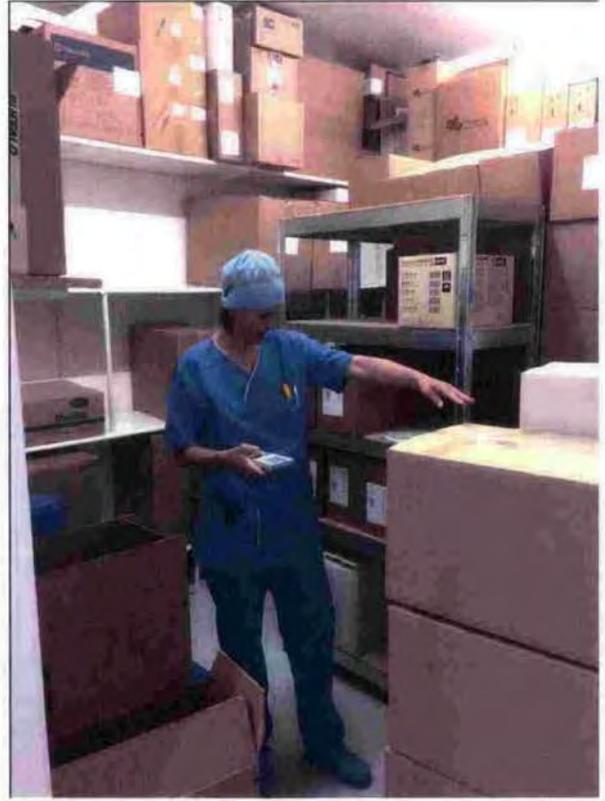
Document



Sous-processus

- Gestionnaire de stock = aide de salle
- System informatique de gestion du stock = Opale
- 5 mio. CHF de stock par an
- 400 m<sup>3</sup> de matériel par an





**Von:** Milan Vuckovic <milan.vuckovic@mvsante.ch>  
**Gesendet:** Mittwoch, 21. Juni 2017 15:29  
**An:** \_BAG-Abteilung Leistungen; \_BAG-DM  
**Cc:** Vincent Merz; Milan Vuckovic  
**Betreff:** Consultation sur l'adaptation de la structure tarifaire dans l'assurance maladie  
**Anlagen:** 6D1FB159-BCCD-4E84-AD31-1E18439BC865[1].png; Att0x7fb9280c8920.htm; à OFSP 21.06.2017.pdf; Att0x7fb9280c8a40.htm; ANNEXE 1 MV Santé\_Simulation Beaumont\_rapport\_21062017.pdf; Att0x7fb9280c8b00.htm; ANNEXE 2 MV Santé\_Simulation Rhodanie\_rapport\_21062017.pdf; Att0x7fb9280c8b60.htm; ANNEXE 3 catalogue des prestations MV SANTE.xlsx; Att0x7fb8e42f8360.htm

Madame, Monsieur, veuillez trouver ci attaché notre 2ème lettre sur notre analyse de la structure tarifaire 1.09 et ses 3 annexes



## Contact

[info@mvsante.ch](mailto:info@mvsante.ch)

022 839 72 57 Aline Caron

022 839 72 55 Cédric Decombaz

21 juin 2017

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

### **Procédure de consultation sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie : effet de la modification sur les règles applicables en économie d'entreprise pour des centres de chirurgie ambulatoire (CCA)**

Madame, Monsieur,

Nous vous avons fait parvenir le 28 mai un premier courrier sur notre analyse de la structure tarifaire Tarmed 1.09 concernant :

- 1- les temps d'occupation de la salle d'opération,
- 2- l'absence de position tarifaire pour la salle de réveil pour la chirurgie ambulatoire
- 3- suppression de la majoration de 10 % appliquée au matériel à usage courant et aux implants

Avec ce courrier nous portons à votre connaissance l'effet de la modification de la structure tarifaire sur les règles applicables en économie d'entreprise. Ainsi pour l'infrastructure CCA nous prenons deux indicateurs de performance minimaux à atteindre :

- 70% ; le taux d'occupation des salles d'opérations
- 10% ; la marge EBITDA

Nous vous présentons ici notre analyse, dont les hypothèses et chiffres utilisés ont été vérifiées par le cabinet EY (cf Annexes 1 et 2). Nous analysons 2 CCA différents par leur activité :

- MV SANTE Beaumont SA, centre multi spécialité avec son case-mix ne comprenant pas l'ophtalmologie mais traitant aussi des interventions du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> virage ambulatoire et correspondant au plus grand centre de chirurgie ambulatoire Suisse avec plus de 6'000 interventions par an.
- MV SANTE ARTeMED Rhodanie SA, centre mono spécialité, actif en chirurgie ophtalmique dont la cataracte est l'opération phare de la chirurgie ambulatoire aujourd'hui.

Les 2 CCA sont indépendants et leur comptabilité est constituée uniquement par l'activité de chirurgie ambulatoire rémunérée au Tarmed. Notre organisation emploie les médecins anesthésistes alors que les médecins chirurgiens intervenants sont externes à notre structure (médecins du CHUV, médecins de ville) et sont rémunérés par la PM de l'intervention effectuée. Ainsi la couverture de nos coûts est réalisée par les PT des interventions effectuées ainsi que la PM anesthésie.



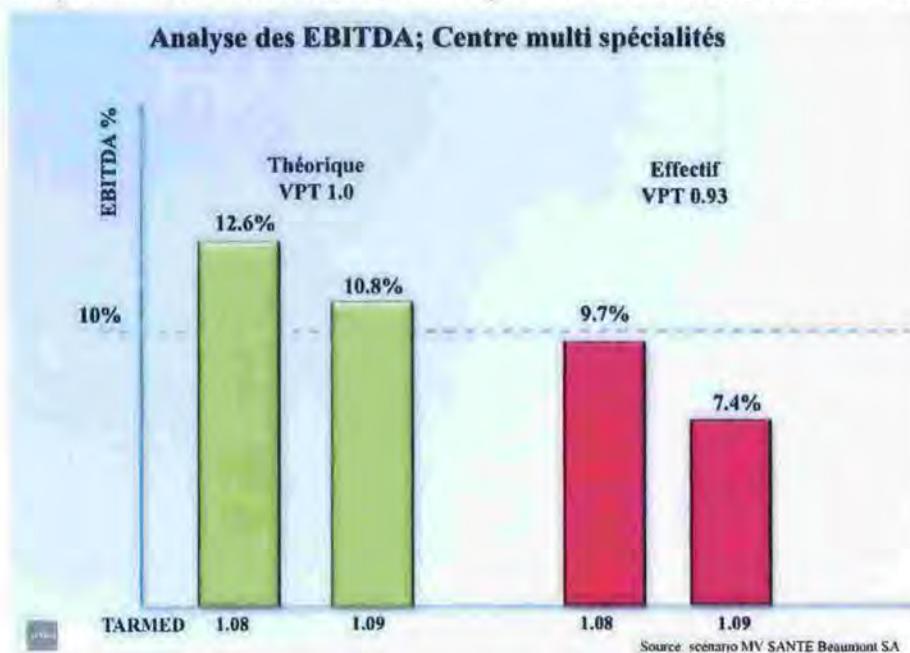
MATHEMATIQUES, MÉTHODES D'INGÉNIEURIE

La structure tarifaire TARMED a été calculée dans l'hypothèse d'une valeur uniforme du point de 1 franc dans toute la Suisse, une partie de nos scénarios est basée sur cette hypothèse. Mais bien que la structure soit uniforme, la valeur du point peut varier car elle est négociée au plan cantonal, soit 0.93 pour MV SANTE Beaumont SA (statut hôpital, canton de VAUD), 0.96 pour MV SANTE ARTeMED Rhodanie (institution soins ambulatoires, valeur FMH du canton de VAUD) et 0.82 (valeur FMH du canton du Valais).

Pour rappel, le groupe MV SANTE est spécialisé dans la chirurgie ambulatoire et est représenté à Lausanne par le Centre de Chirurgie Ambulatoire MV SANTE Rhodanie SA et MV SANTE Beaumont SA (PPP avec le CHUV), à Genève par MV SANTE Clinique Champel SA et en Valais par le Centre de Chirurgie Ambulatoire Artemed Sion SA. Nos infrastructures correspondent à celles des hôpitaux sans les prestations de l'hôtellerie ni celles des contraintes liées à l'activité de nuit et des urgences.

L'ensemble du groupe comptabilise plus de 25'000 interventions chirurgicales par année avec une expérience de plus de 12 ans. Nous vous avons déjà fait parvenir un catalogue des interventions pratiquées dans nos centres ambulatoires MV SANTE au 30.04.2017. Ci-joint nous vous faisons parvenir le catalogue mis à jour au 20 juin 2017 (Annexe 3) et qui comprend aussi le temps d'occupation de la salle d'OP et de la salle de réveil.

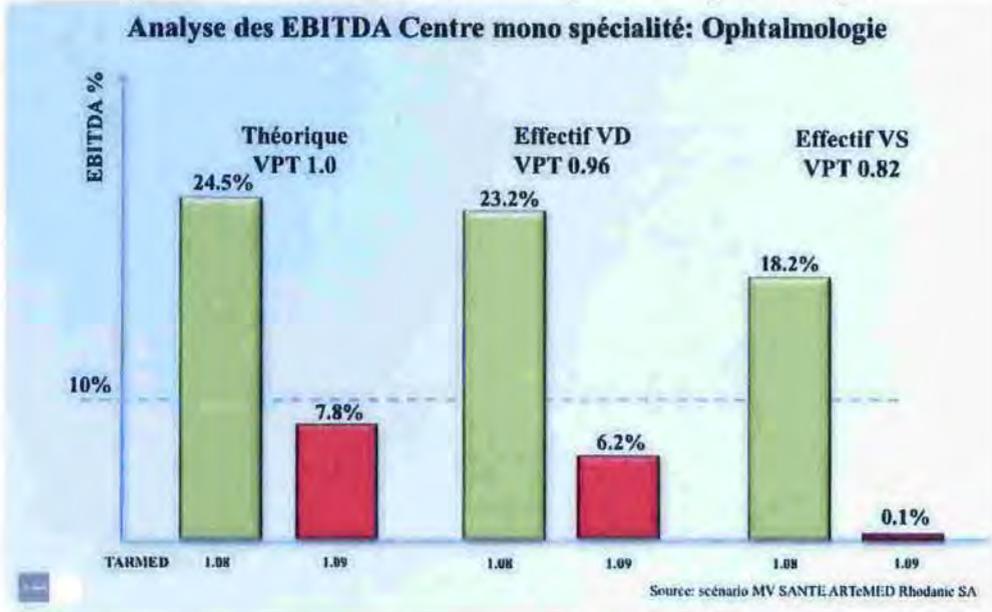
#### 1- Analyse EBITDA infrastructure multi spécialité MV SANTE Beaumont SA



En théorie, avec une valeur de point de 1.00 CHF, la version 1.08 et 1.09 respectent les règles applicables en économie d'entreprise.

Dans la pratique, la valeur du point est fixée à 0.93. Ainsi la version 1.08 et la version 1.09 ne respectent pas les règles applicables en économie d'entreprise.

2- Analyse EBITDA infrastructure mono spécialité : ophtalmologie

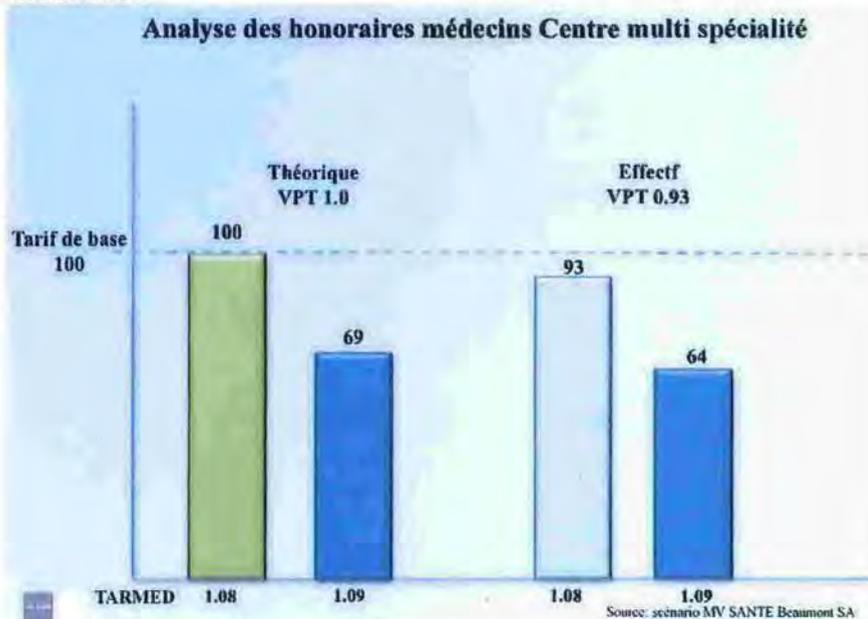


En théorie (vpt 1.00CHF) et en pratique (vpt 0.96 Vd et 0.82 Vs) la version 1.08 respecte confortablement les règles applicables en économie d'entreprise.

Avec le tarif 1.09, en théorie et en pratique la structure tarifaire ne respecte absolument pas les règles applicables en économie d'entreprise.

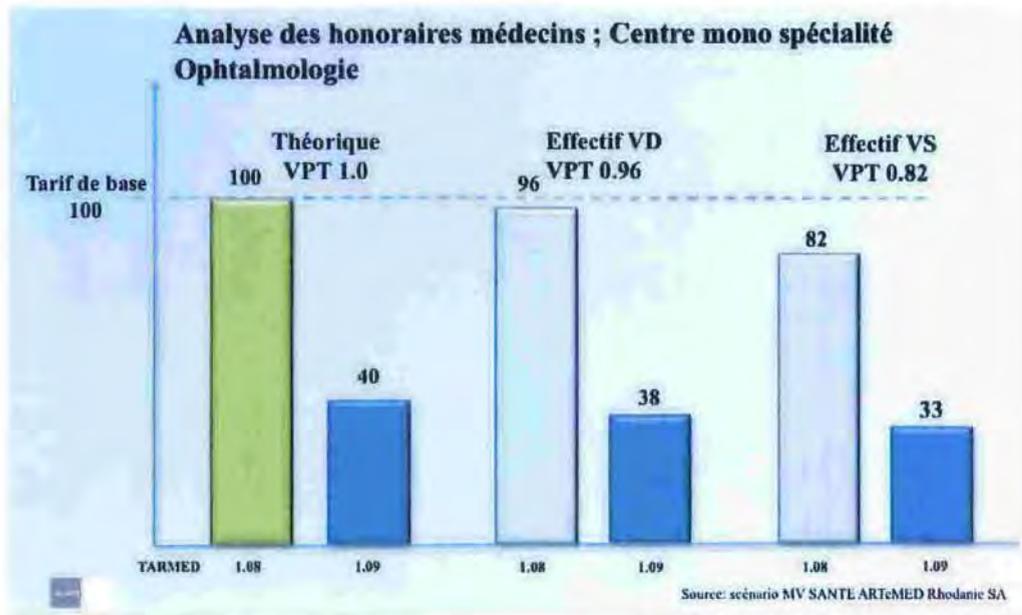
3- Rémunération du chirurgien

La rémunération du chirurgien est un coût variable de fournisseur dans notre compte d'exploitation. Elle ne contribue pas à la couverture de nos coûts d'infrastructure et à notre résultat. Malgré cela et puisqu'il s'agit de nos clients, (sans pilote, l'avion ne décolle pas) nous présentons leurs rémunérations, qui sont fortement touchées par le tarif mis en consultation.

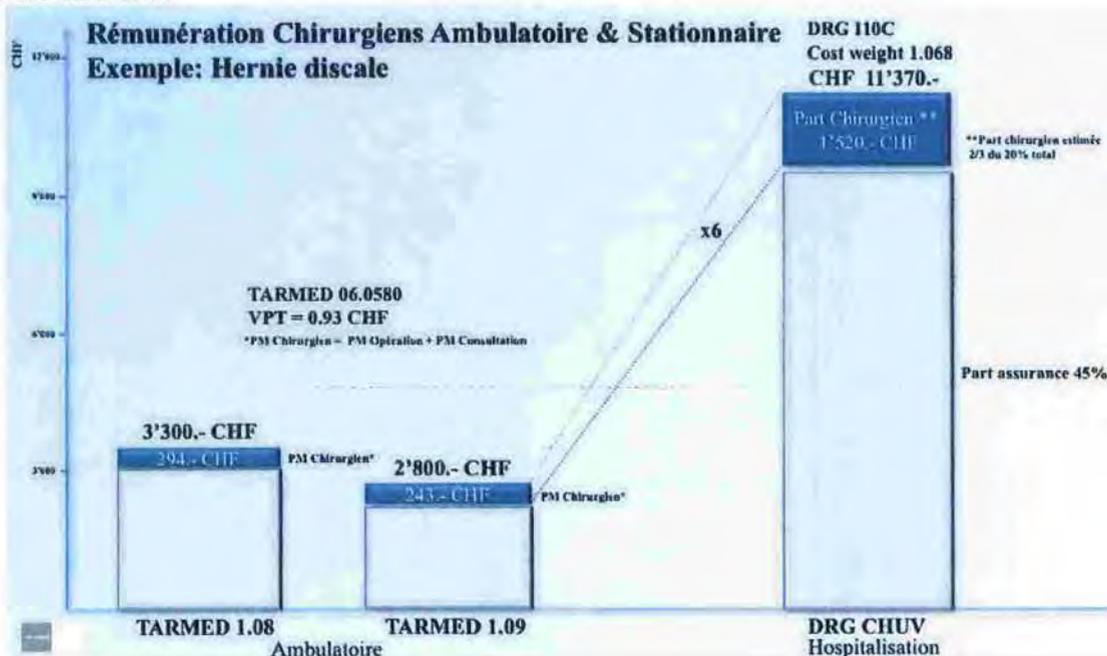


Dans le cas des chirurgiens de MV SANTE Beaumont SA, centre multi spécialités, cf Annexe 1, EY pour le case mix, dans la pratique la diminution de la rémunération est en moyenne de 29%.

Dans le cas d'un centre mono spécialité, qui collabore avec des ophtalmo chirurgiens, la diminution de la rémunération est respectivement pour Vaud et Valais de 58% et 49%.



Nous présentons aussi une inadéquation concernant la rémunération du chirurgien, en fonction du séjour du patient, ambulatoire ou hospitalier, alors que le travail du chirurgien est identique. On estime dans l'illustration frappante de la cure de hernie discale une différence d'un facteur 6.





A la vue des résultats de notre analyse du 28 mai 2017 concernant

- 1- les temps d'occupation de la salle d'opération,
- 2- l'absence de position tarifaire pour la salle de réveil pour la chirurgie ambulatoire
- 3- suppression de la majoration de 10 % appliquée au matériel à usage courant et aux implants

ainsi que les analyses EBITDA présentés ci-dessus, nous constatons que :

- A- Pour un centre multi spécialité, la structure tarifaire proposée, avec une vpt de 1.00 CHF est acceptable pour la couverture des coûts de l'infrastructure CCA et satisfait les règles applicables en économie d'entreprise.
- B- Pour un centre mono spécialité, ophtalmologie, la structure tarifaire proposée, même avec une vpt de 1.00 CHF, ne couvre absolument pas les coûts de l'infrastructure et ne satisfait pas les règles applicables en économie d'entreprise.

La chirurgie ambulatoire est classée dans la catégorie ambulatoire et n'appartient pas à une communauté tarifaire spécifique, transition entre l'ambulatoire et l'hospitalier.

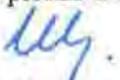
Ainsi :

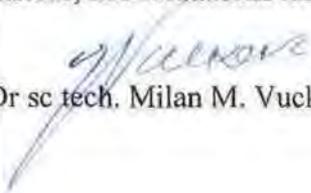
- A- sans adaptations des positions tarifaire** : il faut corriger les temps d'occupation de la salle d'OP sur la base des mesures faites en pratique et introduire les positions pour le séjour en salle de réveil.
- B- sans abolition du critères arbitraire de la valeur de point inférieur à 1.00 CHF pour la chirurgie ambulatoire,**
- C- sans reconsidération de la structure tarifaire pour un centre de chirurgie ambulatoire ophtalmologie**

l'entrée en vigueur de l'ordonnance n'est pas alignée aux exigences de notre système de santé.

Ambulatoriser le patient est aujourd'hui incontournable et doit rester une priorité absolue (Santé 2020), sachant que le bénéfice est aussi important pour le patient que pour le système de santé moderne.

Nous vous demandons de bien vouloir apporter toute votre attention à ces données factuelles, et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

  
Dr med Vincent Merz

  
Dr sc tech. Milan M. Vuckovic



Ernst & Young SA  
Route de Chancy 59  
Case postale  
1213 Lancy

Téléphone: +41 58 286 56 56  
Téléfax: +41 58 286 56 57  
www.ey.com/ch

MV SANTE Management SA  
Avenue de Champel 42,  
1206 Genève

Genève, le 21 juin 2017

A l'attention de :  
Milan M. Vuckovic, CEO et administrateur délégué

**OBJET : procédure de consultation sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie**

Effets de la modification de la structure tarifaire sur les règles d'économie d'entreprise pour des centres de chirurgie ambulatoire (CCA)

Cher Monsieur,

En date du 8 juin 2017, MV Santé Management SA (« MV Santé », « Vous », ou « la Société ») nous a confié un mandat d'accompagnement pour l'élaboration d'un document à l'attention de plusieurs tiers, dans le cadre de la nouvelle structure tarifaire TARMED (le « Contrat »). Dans ce contexte, vous avez établi une simulation relative à l'établissement MV SANTE ARTeMED Rhodanie SA (la « Simulation ») afin de montrer l'impact sur la modification de la structure tarifaire proposée (voir document en annexe).

Dans le document présent (le « Mémo »), nous décrivons les procédures convenues que nous avons effectuées en relation avec la simulation.

Nous vous prions d'agréer, cher Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Ernst & Young SA

Amaury Bonnaire  
Directeur Exécutif

Stéphanie Chaumier  
Senior Manager

## 1. Description de la Simulation

Vous avez réalisé une simulation sur Excel afin de montrer l'impact de la modification de la structure tarifaire TARMED sur la structure de coûts de MV SANTE ARTeMED Rhodanie SA, les coûts de cette clinique étant strictement liés à l'activité de chirurgie ambulatoire rémunérée par TARMED.

Cette simulation, établie à partir des états financiers 2016 audités, fait varier les trois paramètres suivants :

- TARMED 1.08 et TARMED en consultation (1.09)
- Valeur du point
- Taux d'utilisation du bloc opératoire (taux d'occupation)

La simulation intègre différents scénarii.

Pour un scénario donné, chacun des trois paramètres ci-dessus est fixé, et le modèle calcule les marges d'EBITDA (« Earnings before interest, taxes, depreciation, and amortization », soit l'excédent brut d'exploitation, exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires).

## 2. Procédures convenues

Dans le cadre de nos travaux, nous avons effectué des procédures de vérification relatives aux données financières sources, ainsi qu'au modèle Excel sur lequel repose la simulation. Ces procédures sont décrites dans le Contrat, et les résultats y afférents sont présentés ci-dessous.

La société a établi sa simulation sur la base d'un case-mix (voir annexe) qui concorde avec les données provenant du système de gestion Opale.

D'après le Management, la capacité totale de l'infrastructure du bloc est de 3'680 heures (46 semaines \* 8 heures \* 2 blocs \* 5 jours). Nous comprenons qu'un taux d'occupation de 70% a été appliqué, pour une durée d'intervention moyenne de 40 minutes.

Les données financières sources pour l'année 2016 ont pu être recoupées aux informations comptables de la société, provenant du système de gestion Opale, et concordant avec les états financiers audités.

Les honoraires médecins, achats de matériel et médicaments ainsi que les honoraires de gestion ont notamment été modélisés de manière à pouvoir établir une simulation sur l'évolution de la nomenclature TARMED.

Nous avons fait une revue arithmétique et logique du modèle Excel et n'avons pas identifié d'erreur. De plus, les hypothèses prises pour la modélisation ont été documentées, et nous semblent plausibles.

### 3. Résultats de la Simulation

Le tableau ci-dessous présente les résultats de la simulation pour chaque scénario :

Scénario	Tarmed	Valeur du point	Taux d'occupation	Honoraires médecins / intervention (base 100)	Marge d'EBITDA
Scénario 1	1.08	0.96	70%	96	23.2%
Scénario 2	1.09	0.96	70%	38	6.2%
Scénario 3	1.08	1.00	70%	100	24.5%
Scénario 4	1.09	1.00	70%	40	7.8%
Scénario 5	1.08	0.82	70%	82	18.1%
Scénario 6	1.09	0.82	70%	33	0.1%

Les différents scénarii sont présentés en annexe de ce Mémo.

### 4. Limitations

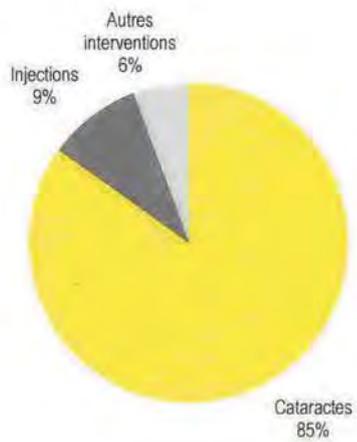
Ce Mémo est destiné exclusivement à MV Santé Management SA et aux Tiers décrits dans notre Contrat, et ne peut être diffusé sans notre autorisation écrite préalable. Nos procédures de vérification ne constituent pas un audit, un examen, une compilation et dès lors nous ne fournissons pas d'opinion concernant une quelconque information financière revue par nos soins.

Annexe :

- Simulation établie par MV Santé

## MV SANTE ARTeMED Rhodanie SA

### Case-mix - Volume de prestations par service



Source : Information du Management

## MV SANTE ARTeMED Rhodanie SA

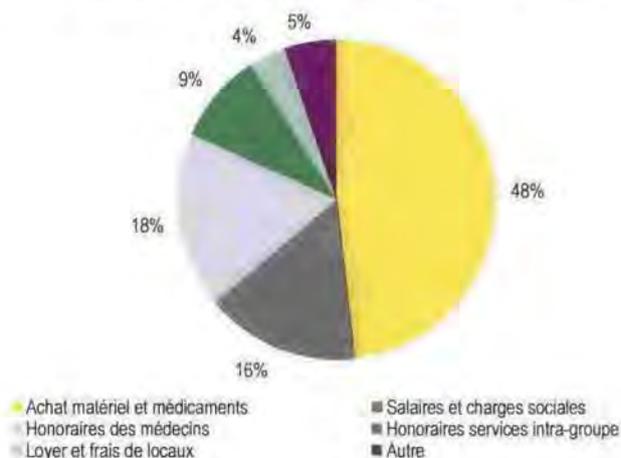
### Simulations - Valeur de point à 0.96

Rhodanie	Scénario 1	Scénario 2
<b>Hypothèses</b>		
Tarmed	1.08	1.09
Nombre d'opérations	3,864	3,864
Taux d'occupation	70%	70%
<b>Résultat de la situation</b>		
Honoraires des médecins (base 100)	96	38
Marge d'EBITDA	23.2%	6.2%

Devise : CHF 000	Scénario 1	% du CA	Scénario 2	% du CA
Prestation Tarmed acte chirurgical	3,152	27.3%	1,411	16.7%
Prestation Tarmed anesthésie	2,380	20.6%	1,686	20.0%
Prestation Tarmed centre	1,356	11.7%	1,050	12.5%
Matériel & médicaments	4,519	39.1%	4,138	49.1%
Participations implants	147	1.3%	147	1.7%
<b>Total chiffre d'affaires (CA)</b>	<b>11,555</b>	<b>100.0%</b>	<b>8,432</b>	<b>100.0%</b>
Honoraires des médecins	(1,606)	-13.9%	(640)	-7.6%
Achat matériel et médicaments	(4,348)	-37.6%	(4,348)	-51.6%
Honoraires services intra-groupe	(831)	-7.2%	(831)	-9.9%
<b>Marge brute d'exploitation</b>	<b>4,770</b>	<b>41.3%</b>	<b>2,613</b>	<b>31.0%</b>
Salaires et charges sociales	(1,413)	-12.2%	(1,413)	-16.8%
Maintenance	(82)	-0.7%	(82)	-1.0%
Loyer et frais de locaux	(341)	-3.0%	(341)	-4.0%
Frais administratifs	(250)	-2.2%	(250)	-3.0%
<b>EBITDA</b>	<b>2,683</b>	<b>23.2%</b>	<b>527</b>	<b>6.2%</b>
Amortissements	(146)	-1.3%	(146)	-1.7%
<b>EBIT</b>	<b>2,537</b>	<b>22.0%</b>	<b>380</b>	<b>4.5%</b>

Source : Information du Management

### Répartition des charges - Tarmed 1.08, valeur du point à 0.96, occupation à 70%



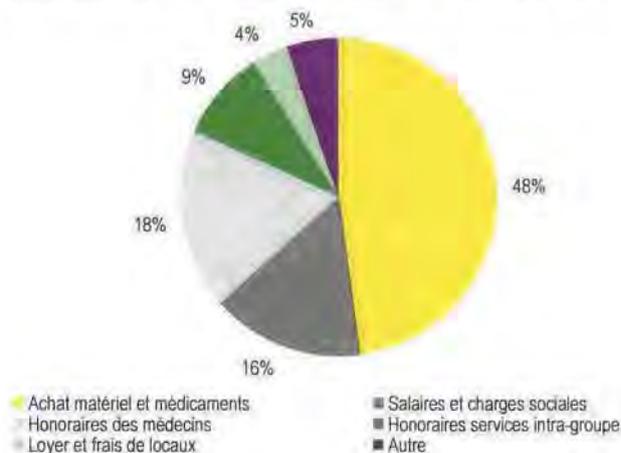
## MV SANTE ARTeMED Rhodanie SA

### Simulations - Valeur de point à 1.00

Rhodanie	Scénario 3	Scénario 4
<b>Hypothèses</b>		
Tarmed	1.08	1.09
Nombre d'opérations	3,864	3,864
Taux d'occupation	70%	70%
<b>Résultat de la simulation</b>		
Honoraires des médecins (base 100)	100	40
Marge d'EBITDA	24.5%	7.8%

Devise : CHF 000	Scénario 3	% du CA	Scénario 4	% du CA
Prestation Tarmed acte chirurgical	3,284	27.7%	1,470	17.1%
Prestation Tarmed anesthésie	2,479	20.9%	1,756	20.4%
Prestation Tarmed centre	1,413	11.9%	1,094	12.7%
Matériel & médicaments	4,519	38.2%	4,138	48.1%
Participations implants	147	1.2%	147	1.7%
<b>Total chiffre d'affaires (CA)</b>	<b>11,842</b>	<b>100.0%</b>	<b>8,605</b>	<b>100.0%</b>
Honoraires des médecins	(1,671)	-14.1%	(665)	-7.7%
Achat matériel et médicaments	(4,348)	-36.7%	(4,348)	-50.5%
Honoraires services intra-groupe	(831)	-7.0%	(831)	-9.7%
<b>Marge brute d'exploitation</b>	<b>4,992</b>	<b>42.2%</b>	<b>2,761</b>	<b>32.1%</b>
Salaires et charges sociales	(1,413)	-11.9%	(1,413)	-16.4%
Maintenance	(82)	-0.7%	(82)	-1.0%
Loyer et frais de locaux	(341)	-2.9%	(341)	-4.0%
Frais administratifs	(250)	-2.1%	(250)	-2.9%
<b>EBITDA</b>	<b>2,905</b>	<b>24.5%</b>	<b>675</b>	<b>7.8%</b>
Amortissements	(146)	-1.2%	(146)	-1.7%
<b>EBIT</b>	<b>2,759</b>	<b>23.3%</b>	<b>528</b>	<b>6.1%</b>

### Répartition des charges - Tarmed 1.08, valeur du point à 1.00, occupation à 70%



## MV SANTE ARTeMED Rhodanie SA

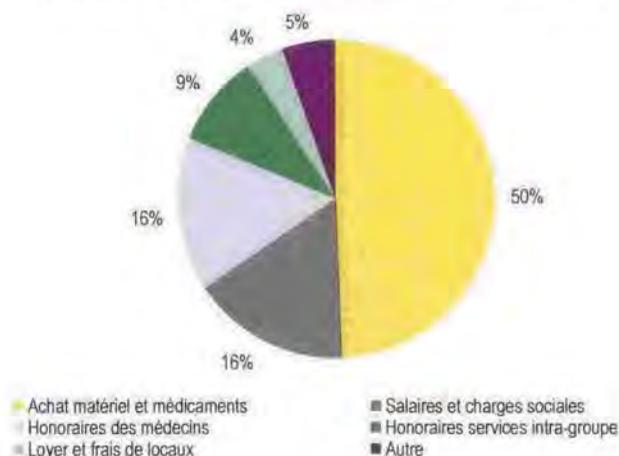
### Simulations - Valeur de point à 0.82

Rhodanie	Scénario 5	Scénario 6
<b>Hypothèses</b>		
Tarmed	1.08	1.09
Nombre d'opérations	3,864	3,864
Taux d'occupation	70%	70%
<b>Résultat de la simulation</b>		
Honoraires des médecins (base 100)	82	33
Marge d'EBITDA	18.1%	0.1%

Devise : CHF 000	Scénario 5	% du CA	Scénario 6	% du CA
Prestation Tarmed acte chirurgical	2,693	25.5%	1,205	15.4%
Prestation Tarmed anesthésie	2,033	19.3%	1,440	18.4%
Prestation Tarmed centre	1,159	11.0%	897	11.5%
Matériel & médicaments	4,519	42.8%	4,138	52.9%
Participations implants	147	1.4%	147	1.9%
<b>Total chiffre d'affaires (CA)</b>	<b>10,550</b>	<b>100.0%</b>	<b>7,827</b>	<b>100.0%</b>
Honoraires des médecins	(1,378)	-13.1%	(554)	-7.1%
Achat matériel et médicaments	(4,348)	-41.2%	(4,348)	-55.6%
Honoraires services intra-groupe	(831)	-7.9%	(831)	-10.6%
<b>Marge brute d'exploitation</b>	<b>3,993</b>	<b>37.8%</b>	<b>2,095</b>	<b>26.8%</b>
Salaires et charges sociales	(1,413)	-13.4%	(1,413)	-18.0%
Maintenance	(82)	-0.8%	(82)	-1.1%
Loyer et frais de locaux	(341)	-3.2%	(341)	-4.4%
Frais administratifs	(250)	-2.4%	(250)	-3.2%
<b>EBITDA</b>	<b>1,906</b>	<b>18.1%</b>	<b>8</b>	<b>0.1%</b>
Amortissements	(146)	-1.4%	(146)	-1.9%
<b>EBIT</b>	<b>1,760</b>	<b>16.7%</b>	<b>(138)</b>	<b>-1.8%</b>

Source : Information du Management

### Répartition des charges - Tarmed 1.08, valeur du point à 0.82, occupation à 70%





Ernst & Young SA  
Route de Chancy 59  
Case postale  
1213 Lancy

Téléphone: +41 58 286 56 56  
Téléfax: +41 58 286 56 57  
www.ey.com/ch

MV SANTE Management SA  
Avenue de Champel 42,  
1206 Genève

Genève, le 21 juin 2017

A l'attention de :  
Milan M. Vuckovic, CEO et administrateur délégué

**OBJET : procédure de consultation sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie**

Effets de la modification de la structure tarifaire sur les règles d'économie d'entreprise pour des centres de chirurgie ambulatoire (CCA)

Cher Monsieur,

En date du 8 juin 2017, MV Santé Management SA (« MV Santé », « Vous », ou « la Société ») nous a confié un mandat d'accompagnement pour l'élaboration d'un document à l'attention de plusieurs tiers, dans le cadre de la nouvelle structure tarifaire TARMED (le « Contrat »). Dans ce contexte, vous avez établi une simulation relative à l'établissement MV SANTE Beaumont SA (la « Simulation ») afin de montrer l'impact sur la modification de la structure tarifaire (voir document en annexe).

Dans le document présent (le « Mémo »), nous décrivons les procédures convenues que nous avons effectuées en relation avec la simulation.

Nous vous prions d'agréer, cher Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Ernst & Young SA

Amaury Bonnaire  
Directeur Exécutif

Stéphanie Chaumier  
Senior Manager

## 1. Description de la Simulation

Vous avez réalisé une simulation sur Excel afin de montrer l'impact de la modification de la structure tarifaire TARMED sur la structure de coûts de MV SANTE Beaumont SA, les coûts de cette clinique étant strictement liés à l'activité de chirurgie ambulatoire rémunérée par TARMED.

Cette simulation, établie à partir des états financiers 2016 audités, fait varier les trois paramètres suivants :

- TARMED 1.08 et TARMED en consultation (1.09)
- Valeur du point
- Taux d'utilisation du bloc opératoire (taux d'occupation)

La simulation intègre différents scénarii.

Pour un scénario donné, chacun des trois paramètres ci-dessus est fixé, et le modèle calcule les marges d'EBITDA (« Earnings before interest, taxes, depreciation, and amortization », soit l'excédent brut d'exploitation, exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires).

## 2. Procédures convenues

Dans le cadre de nos travaux, nous avons effectué des procédures de vérification relatives aux données financières sources, ainsi qu'au modèle Excel sur lequel repose la simulation. Ces procédures sont décrites dans le Contrat, et les résultats y afférents sont présentés ci-dessous.

La société a établi sa simulation sur la base d'un case-mix (voir annexe) qui concorde avec les données provenant du système de gestion Opale.

D'après le Management, la capacité totale de l'infrastructure du bloc est de 14'800 heures (44 semaines \* 10 heures \* 6 blocs \* 5 jours + 8 semaines \* 10 heures \* 4 blocs \* 5 jours). Nous comprenons qu'un taux d'occupation de 70% a été appliqué, pour une durée d'intervention moyenne de 60 minutes.

Les données financières sources pour l'année 2016 ont pu être recoupées aux informations comptables de la société, provenant du système de gestion Opale, et concordant avec les états financiers audités.

Les honoraires médecins, achats de matériel et médicaments ainsi que les honoraires de gestion ont notamment été modélisés de manière à pouvoir établir une simulation sur l'évolution de la nomenclature TARMED.

Nous avons fait une revue arithmétique et logique du modèle Excel et n'avons pas identifié d'erreur.

De plus, les hypothèses prises pour la modélisation ont été documentées, et nous semblent plausibles.

### 3. Résultats de la Simulation

Le tableau ci-dessous présente les résultats de la simulation pour chaque scénario :

Scénario	Tarmed	Valeur du point	Taux d'occupation	Honoraires médecins / intervention (base 100)	Marge d'EBITDA
Scénario 1	1.08	1.00	70%	100	12.6%
Scénario 2	1.09	1.00	70%	69	10.8%
Scénario 3	1.08	0.93	70%	93	9.7%
Scénario 4	1.09	0.93	70%	64	7.4%

Les différents scénarii sont présentés en annexe de ce Mémo.

### 4. Limitations

Ce Mémo est destiné exclusivement à MV Santé Management SA et aux Tiers décrits dans notre Contrat, et ne peut être diffusé sans notre autorisation écrite préalable. Nos procédures de vérification ne constituent pas un audit, un examen, une compilation et dès lors nous ne fournissons pas d'opinion concernant une quelconque information financière revue par nos soins.

Annexe :

- Simulation établie par MV Santé

## MV SANTE Beaumont SA

### Case-mix - Volume de prestations par service - Taux d'occupation de 70%

Spécialités	Répartition du volume	Volume
Service de chirurgie de la main	30%	3,144
Chirurgie de ville*	17%	1,795
Service de chirurgie viscérale	10%	1,050
Service de chirurgie plastique	10%	1,019
Service de dermatologie	8%	873
Service d'orthopédie et de traumatologie	7%	773
Service d'oto-rhino-laryngologie	4%	403
Service de chirurgie vasculaire	3%	330
Service maxilo-faciale	2%	239
Service de gynécologie	2%	226
Service urologie	2%	224
PMU - dentaire	1%	104
Service de chirurgie thoracique	1%	91
Service de neurologie	1%	89
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>10,360</b>

Source : Information du Management

\*La chirurgien externe (cabinet de ville) recouper l'ensemble des services suivants :

chirurgie générale, chirurgie de la main, chirurgie plastique, chirurgie orthopédique, chirurgie dentaire, chirurgie dermatologique, otho-rhino-laryngologie, pédiatrie, urologie.

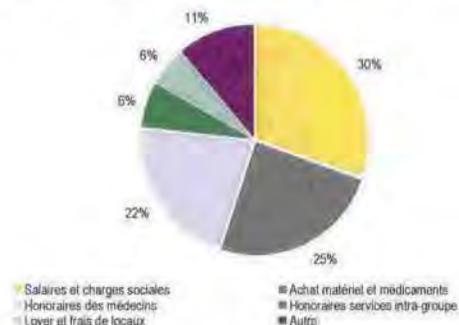
## MV SANTE Beaumont SA

Beaumont	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4
<b>Hypothèses</b>				
Tarmed	1.08	1.09	1.08	1.09
Valeur de point	1.00	1.00	0.93	0.93
Taux d'occupation	70%	70%	70%	70%
<b>Résultat de la simulation</b>				
Service de dermatologie	100	69	93	64
Marge d'EBITDA	12.6%	10.8%	9.7%	7.4%

Devise : CHF 000	Scénario 1	% du CA	Scénario 2	% du CA	Scénario 3	% du CA	Scénario 4	% du CA
<b>Chiffre d'affaires (CA)</b>	<b>23,162</b>	<b>100.0%</b>	<b>20,789</b>	<b>100.0%</b>	<b>21,922</b>	<b>100.0%</b>	<b>19,686</b>	<b>100.0%</b>
Achat matériel et médicaments	(5,037)	-21.7%	(5,037)	-24.2%	(5,037)	-23.0%	(5,037)	-25.6%
Honoraires des médecins	(4,765)	-20.6%	(3,291)	-15.8%	(4,432)	-20.2%	(3,061)	-15.5%
Consommables	(695)	-3.0%	(624)	-3.0%	(658)	-3.0%	(591)	-3.0%
Honoraires services intra-groupe	(1,411)	-6.1%	(1,267)	-6.1%	(1,336)	-6.1%	(1,200)	-6.1%
<b>Marge brute d'exploitation</b>	<b>11,254</b>	<b>48.6%</b>	<b>10,570</b>	<b>50.8%</b>	<b>10,460</b>	<b>47.7%</b>	<b>9,798</b>	<b>49.8%</b>
Salaires et charges sociales	(6,238)	-26.9%	(6,238)	-30.0%	(6,238)	-28.5%	(6,238)	-31.7%
Loyer et frais de locaux	(1,155)	-5.0%	(1,155)	-5.6%	(1,155)	-5.3%	(1,155)	-5.9%
Frais généraux d'exploitation	(343)	-1.5%	(343)	-1.7%	(343)	-1.6%	(343)	-1.7%
Frais d'entretien appareils	(300)	-1.3%	(300)	-1.4%	(300)	-1.4%	(300)	-1.5%
Frais administratifs	(170)	-0.7%	(170)	-0.8%	(170)	-0.8%	(170)	-0.9%
Frais informatique	(114)	-0.5%	(114)	-0.5%	(114)	-0.5%	(114)	-0.6%
Honoraires divers	(15)	-0.1%	(15)	-0.1%	(15)	-0.1%	(15)	-0.1%
<b>EBITDA</b>	<b>2,920</b>	<b>12.6%</b>	<b>2,236</b>	<b>10.8%</b>	<b>2,126</b>	<b>9.7%</b>	<b>1,464</b>	<b>7.4%</b>
Amortissements	(681)	-2.9%	(681)	-3.3%	(681)	-3.1%	(681)	-3.5%
<b>EBIT</b>	<b>2,238</b>	<b>9.7%</b>	<b>1,554</b>	<b>7.5%</b>	<b>1,444</b>	<b>6.6%</b>	<b>782</b>	<b>4.0%</b>

Source : Information du Management

Répartition des charges - Tarmed 1.08, valeur du point à 0.93



## Catalogue des prestations: MV SANTE

MV SANTE

MAINTIEN ET VEILLE DE LA SANTE

### Pansements et bandages

Prestation TARMED	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT01.0030 Bandages confectionnés non durcissants et attelles confectionnées, catégorie I (fait partie des «prestations de base générales»)	prestation liée		2
CT01.0040 Bandages confectionnés non durcissants et attelles confectionnées, catégorie II (fait partie des «prestations de base générales»)	prestation liée		3
CT01.0210 Bandages durcissants (bandages circulaires et attelles), catégorie I	prestation liée		160
CT01.0220 + Supplément pour plâtre de marche lors de bandages durcissants	prestation liée		1
CT01.0250 + Supplément pour bandages durcissants chez l'enfant jusqu'à 7 ans	prestation liée		2
CT01.0260 Bandages durcissants (bandages circulaires et attelles), catégorie II	prestation liée		1103
CT01.0270 Bandages durcissants (bandages circulaires et attelles), catégorie III	prestation liée		49
CT01.0310 Bandages spéciaux: veines, vaisseaux lymphatiques, face, sein	prestation liée		28
CT01.0320 Bandages spéciaux, bandage de doigt fonctionnel	prestation liée		123
CT01.0330 Bandages spéciaux, plâtre nasal	prestation liée		44

### Peau, parties molles

Prestation TARMED	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT04.0010 Examen par le spécialiste en dermatologie	00.30 h	00.00 h	15
CT04.0190 Biopsie-punch de la peau, premier prélèvement	00.32 h	00.00 h	6
CT04.0200 + Biopsie-punch de la peau; par Prélèvement supplémentaire	00.19 h	00.00 h	1
CT04.0210 Curetage de lésions bénignes de la peau, jusqu'à 5 lésions	00.30 h	00.00 h	4
CT04.0220 Curetage de lésions bénignes de la peau, 6 à 10 lésions	00.35 h	00.16 h	1
CT04.0300 Cryochirurgie (N2), tumeurs cutanées bénignes ou précancéreuses, plus de 5 lésions	00.50 h	00.00 h	11
CT04.0350 Cryochirurgie ((N2)) pour tumeurs cutanées malignes dans d'autres régions, plus de 15 mm de diamètre	01.30 h	00.00 h	1
CT04.0360 Electrocautérisation, par lésion, toute méthode	00.39 h	00.00 h	463
CT04.0370 Traitement par laser par le spécialiste, toute méthode au laser, première période de 5 min	00.56 h	00.33 h	25
CT04.0380 + Traitement par laser par le spécialiste, toute méthode au laser, par période de 5 min supplémentaire	00.56 h	00.33 h	24
CT04.0390 + Traitement par laser par le spécialiste, toute méthode au laser, dernière période de 5 min	00.56 h	00.34 h	22
CT04.0510 Ponction thérapeutique lors de processus superficiel ou sous-cutané (hématome, abcès, kyste, bourse, etc.) (fait partie des «prestations de base générales»)	00.52 h	00.00 h	1
CT04.0520 Incision/drainage d'un processus superficiel ou sous-cutané (hématome, abcès, kyste, etc.)	00.55 h	00.00 h	31
CT04.0530 Incision/drainage d'un processus (hématome, abcès, œdème) situé en-dessous du tissu sous-cutané	00.57 h	00.00 h	34
CT04.0540 Excision de lésions cutanées (tumeur, processus inflammatoires, tatouage traumatique, tatouage, zone cicatricielle): visage, cou (nuque non comprise), mains, excision la plus grande inférieure à 2	00.46 h	00.00 h	94
CT04.0541 + Excision de lésions cutanées (tumeur, processus inflammatoires, tatouage traumatique, tatouage, zone cicatricielle): visage, cou (nuque non comprise), mains, excision la plus grande inférieure à 2	01.11 h	00.00 h	32
CT04.0542 + Repositionnement du patient pour excisions multifocales lors de lésions cutanées (tumeur, processus inflammatoires, tatouage traum., tatouage, zone cicatricielle): visage, cou (nuque non comprise).	01.20 h	00.27 h	1
CT04.0550 Excision de lésions cutanées (tumeur, processus inflammatoires, tatouage traumatique, tatouage, zone cicatricielle): visage, cou (nuque non comprise), mains, plus de 2 cm², premiers 2 cm²	00.48 h	00.00 h	56
CT04.0560 + Excision de lésions cutanées (tumeur, processus inflammatoires, tatouage traumatique, tatouage, zone cicatricielle): visage, cou (nuque non comprise), mains, plus de 2 cm², par 2 cm² supplémentaires	01.20 h	00.00 h	22
CT04.0570			74

	<i>+ Supplément pour Excision complémentaire lors de la même intervention</i>	00.52 h	00.00 h	
CT04.0580	Excision de lésions cutanées (tumeur, processus inflammatoires, tatouage traumatique, tatouage, zone cicatricielle): autres régions, excision la plus grande inférieure à 5 cm <sup>2</sup> , première excision	00.40 h	00.09 h	53
CT04.0581	<i>+ Excision de lésions cutanées (tumeur, processus inflammatoires, tatouage traumatique, tatouage, zone cicatricielle): autres régions, excision la plus grande inférieure à 5 cm<sup>2</sup>, par excision</i>	00.48 h	00.00 h	12
CT04.0582	<i>+ Repositionnement du patient pour excisions multifocales lors de lésions cutanées (tumeur, processus inflammatoires, tatouage traumatique, tatouage, zone cicatricielle): autres régions, excision la plus grande inférieure à 5 cm<sup>2</sup></i>	00.25 h	00.00 h	1
CT04.0590	Excision de lésions cutanées (tumeur, processus inflammatoires, tatouage traumatique, tatouage, zone cicatricielle): autres régions, plus de 5 cm <sup>2</sup> , premiers 5 cm <sup>2</sup>	00.51 h	00.00 h	94
CT04.0600	<i>+ Excision de lésions cutanées (tumeur, processus inflammatoires, tatouage, tatouage traumatique, zone cicatricielle): autres régions, plus de 5 cm<sup>2</sup>, par 5 cm<sup>2</sup> supplémentaires</i>	01.15 h	00.00 h	27
CT04.0610	Excision de lésion sous-cutanée: visage, cou (nuque non comprise), mains, jusqu'à 2 cm (diamètre maximal).	00.38 h	00.00 h	293
CT04.0620	<i>+ Majoration en % pour excision d'un hémangiome, d'un lymphangiome caverneux ou d'un neurofibrome confirmés histologiquement: visage, cou (nuque non comprise), mains</i>	00.59 h	00.00 h	17
CT04.0630	Excision de lésion sous-cutanée: visage, cou (nuque non comprise), mains, plus de 2 cm, premiers 2 cm (diamètre maximal)	00.45 h	00.00 h	162
CT04.0640	<i>+ Excision d'une lésion sous-cutanée: visage, cou (nuque non comprise), mains, plus de 2 cm, par 2 cm supplémentaires (diamètre maximal)</i>	00.52 h	00.00 h	60
CT04.0650	<i>+ Suture primaire ou secondaire d'un tendon fétchisseur en dehors du canal digital, par tendon, comme prestation additionnelle</i>	02.12 h	00.09 h	22
CT04.0720	<i>+ Suture tendineuse; comme prestation additionnelle</i>	02.35 h	00.00 h	15
CT04.0730	<i>+ Suture musculaire superficielle; adaptation; comme prestation additionnelle</i>	00.59 h	00.00 h	3
CT04.0740	<i>+ Suture musculaire profonde; adaptation; comme prestation additionnelle</i>	02.19 h	00.00 h	9
CT04.0790	<i>+ Traitement à ciel ouvert d'une plaie des veines périphériques profondes, comme prestation additionnelle</i>	01.19 h	00.00 h	2
CT04.0800	<i>+ Suture d'une branche nerveuse dans la région de la main ou de la face, comme prestation additionnelle</i>	01.48 h	00.00 h	161
CT04.0860	<i>+ Suture d'un tronc nerveux dans la partie distale de l'avant-bras ou de la jambe, comme prestation additionnelle</i>	05.55 h	00.00 h	1
CT04.0870	Excision de lésion sous-cutanée: autres régions, jusqu'à 5 cm (diamètre maximal)	00.43 h	00.00 h	327
CT04.0880	Excision de lésion sous-cutanée: autres régions, plus de 5 cm, premiers 5 cm (diamètre maximal)	00.53 h	00.00 h	153
CT04.0890	<i>+ Excision de lésion sous-cutanée, autres régions, plus de 5 cm, par 3 cm supplémentaires (diamètre maximal)</i>	00.55 h	00.00 h	62
CT04.0900	Excision de corps étranger(s), Cutis et Subcutis, jusqu'à 1 cm de profondeur	00.39 h	00.00 h	14
CT04.0910	<i>+ Supplément pour excision de corps étranger(s), jusqu'à 1 cm de profondeur, visage, cou (nuque non comprise), mains, plante du pied</i>	00.38 h	00.00 h	7
CT04.0920	Excision de corps étranger(s), Cutis et Subcutis, à plus de 1 cm de profondeur	00.43 h	00.00 h	15
CT04.0930	<i>+ Supplément pour excision de corps étranger(s), à plus de 1 cm de profondeur, visage, cou (nuque non comprise), mains, plante du pied</i>	00.42 h	00.00 h	4
CT04.0950	Excision d'ongle, par ongle	00.44 h	00.00 h	25
CT04.0960	Excision cunéiforme du lit unguéal, un côté de l'ongle	00.39 h	00.00 h	35
CT04.0970	Excision cunéiforme du lit unguéal, des deux côtés de l'ongle	00.44 h	00.00 h	19
CT04.0980	Excision de toute la matrice unguéale (doigt, orteil)	00.42 h	00.00 h	13
CT04.1010	Traitement de plaie sans atteinte de structures complexes, visage, cou, mains (nuque et cuir chevelu non compris), premiers 3 cm	00.58 h	00.00 h	52
CT04.1020	<i>+ Traitement de plaie sans atteinte de structures complexes, visage, cou, mains (nuque et cuir chevelu non compris), par 3 cm supplémentaires</i>	00.56 h	00.00 h	20
CT04.1030	Traitement de plaie sans atteinte de structures complexes, autres localisations, premiers 6 cm	01.48 h	01.15 h	4
CT04.1040	<i>+ Traitement de plaie sans atteinte de structures complexes, autres localisations, par 6 cm supplémentaires</i>	02.42 h	00.34 h	1
CT04.1050	Débridement lors de traitement ouvert de plaie, sans atteinte de structures complexes, premiers 4 cm <sup>2</sup>	01.09 h	00.00 h	39
CT04.1060	<i>+ Débridement lors de traitement ouvert de plaie, sans atteinte de structures complexes, par 4 cm<sup>2</sup> supplémentaires</i>	01.16 h	00.00 h	21
CT04.1080	Traitement de plaie au visage, cou, mains (nuque et cuir chevelu non compris), avec atteinte de structures complexes, premiers 3 cm	01.40 h	00.00 h	241
CT04.1090	<i>+ Traitement de plaie au visage, cou, mains (nuque et cuir chevelu non compris), avec atteinte de structures complexes, par 3 cm supplémentaires</i>	02.21 h	00.00 h	24
CT04.1100	Traitement de plaie avec atteinte de structures complexes, autres localisations, premiers 6 cm	05.55 h	00.00 h	1
CT04.1120	Débridement lors de traitement ouvert de plaie, avec atteinte de structures complexes, premiers 4 cm <sup>2</sup>	01.07 h	00.38 h	7
CT04.1130	<i>+ Débridement lors de traitement ouvert de plaie, avec atteinte de structures complexes, par 4 cm<sup>2</sup> supplémentaires</i>	01.24 h	00.26 h	3
CT04.1140	Rincage de plaie par le spécialiste (fait partie des «prestations de base générales»)	00.57 h	00.00 h	4
CT04.1160	Ablation d'agrafes et/ou de matériel de suture (fait partie des «prestations de base générales»)	01.07 h	00.00 h	1

CT04.1210	Fermeture de plaie par greffe ou plastique par lambeau: visage, cou (nuque non comprise), mains, premiers 2 cm²	01.07 h	00.00 h	114
CT04.1220	+ Fermeture de plaie par greffe ou plastique par lambeau: visage, cou (nuque non comprise), mains, par 2 cm² supplémentaires	01.11 h	00.00 h	67
CT04.1230	+ Supplément pour remodelage complexe (oreille; paupière; nez; lèvre) par Plastique par lambeau; après Fermeture de plaie au moyen de greffe ou de Plastique par lambeau	01.19 h	00.00 h	17
CT04.1240	Fermeture de plaie par greffe ou plastique par lambeau, autres régions, premiers 4 cm²	00.48 h	00.00 h	45
CT04.1250	+ Fermeture de plaie par greffe ou plastique par lambeau, autres régions, par 4 cm² supplémentaires	01.16 h	00.00 h	21
CT04.1255	+ Fermeture de plaie par greffe ou plastique par lambeau, autres régions, superficie totale supérieure à 16 cm², par 9 cm² supplémentaires	01.10 h	00.00 h	2
CT04.1260	+ Supplément pour remodelage complexe (seins; organes génitaux externes) par Plastique par lambeau; après Fermeture de plaie au moyen de greffe ou de Plastique par lambeau	01.32 h	00.29 h	2
CT04.1270	Couverture par greffe de peau homologue, hétérologue ou alloplastique: visage, cou (nuque non comprise), mains, organes génitaux, premiers 10 cm²	01.22 h	00.00 h	20
CT04.1280	+ Couverture par greffe de peau homologue, hétérologue ou alloplastique: visage, cou (nuque non comprise), mains, organes génitaux, par 10 cm² supplémentaires	01.54 h	00.00 h	3
CT04.1290	Couverture par greffe de peau alloplastique, hétérologue ou homologue: autres régions, premiers 100 cm²	01.25 h	00.07 h	9
CT04.1300	+ Couverture par greffe alloplastique, hétérologue ou homologue: autres régions, par 100 cm² supplémentaires	01.01 h	00.07 h	1
CT04.1370	Débridement tangentiel ou profond lors de brûlures: visage, cou (nuque non comprise), organes génitaux, mains, premiers 20 cm²	02.40 h	00.00 h	1
CT04.1510	Prélèvement de greffon, peau mince (Thiersch), premiers 200 cm²	01.25 h	00.24 h	19
CT04.1520	+ Prélèvement de greffon, peau mince (Thiersch), par 200 cm² supplémentaires	01.01 h	00.07 h	1
CT04.1530	Prélèvement de greffon, peau totale ou muqueuse totale, premiers 5 cm²	01.20 h	00.00 h	46
CT04.1540	+ Prélèvement de greffon, peau totale ou muqueuse totale, par 5 cm² supplémentaires	01.20 h	00.00 h	21
CT04.1590	Prélèvement de greffe composite peau/muqueuse/tissu sous-cutané/cartilage, premier cm²	01.39 h	00.14 h	2
CT04.1600	+ Prélèvement de greffe composite peau/muqueuse/tissu sous-cutané/cartilage; par cm² supplémentaire	02.24 h	00.29 h	1
CT04.1630	Prélèvement à ciel ouvert d'un greffon de fascia, tissu de glissement, premiers 25 cm²	03.04 h	00.41 h	48
CT04.1650	Prélèvement de greffon tendineux, à l'aide d'un stripper, premier tendon	03.30 h	00.00 h	3
CT04.1660	+ Prélèvement de greffon tendineux, à l'aide d'un stripper, par tendon supplémentaire	03.30 h	00.00 h	1
CT04.1670	Prélèvement de greffon tendineux, sans stripper à tendon, premier tendon	02.06 h	00.00 h	4
CT04.1690	Prélèvement de greffon, veine ou artère, premiers 5 cm	04.05 h	00.00 h	2
CT04.1710	+ Supplément pour préparation microchirurgicale lors d'un prélèvement de greffon, veine ou artère, premiers 5 cm	02.15 h	00.00 h	1
CT04.1730	Prélèvement de greffon, nerf, premiers 5 cm	01.14 h	00.00 h	11
CT04.1750	+ Supplément pour préparation microchirurgicale lors d'un prélèvement de greffon, nerf, premiers 5 cm	03.09 h	00.00 h	2
CT04.1770	Prélèvement de greffon, cartilage, oreilles ou nez	03.10 h	00.41 h	64
CT04.1780	Prélèvement de greffon, cartilage, côte, par cartilage costal ou partie de celui-ci, premier fragment	03.45 h	01.03 h	2
CT04.1800	Prélèvement de greffon osseux, crête iliaque exclue, par abord cutané	02.21 h	00.00 h	15
CT04.1810	Prélèvement de greffon osseux, crête iliaque, par abord cutané	03.18 h	00.22 h	4
CT04.1820	Prélèvement de greffon osseux, calotte crânienne, premiers 3 cm²	01.29 h	00.22 h	1
CT04.1910	Prélèvement d'un lambeau randomisé, visage, cou (nuque non comprise), mains, organes génitaux externes, peau/tissu sous-cutané/fascia, premier cm²	01.04 h	00.00 h	62
CT04.1920	+ Prélèvement d'un lambeau randomisé, visage, cou (nuque non comprise), mains, organes génitaux externes, peau/tissu sous-cutané/fascia, par cm² supplémentaire	01.04 h	00.00 h	42
CT04.1925	+ Prélèvement d'un lambeau randomisé, visage, cou (nuque non comprise), mains, organes génitaux externes, peau/tissu sous-cutané/fascia, superficie total supérieure à 4 cm², par 2 cm² supplémentaires	01.18 h	00.00 h	12
CT04.1940	Prélèvement d'un lambeau randomisé, autres régions, peau/tissu sous-cutané/fascia, premiers 9 cm²	01.17 h	00.31 h	57
CT04.1950	+ Prélèvement d'un lambeau randomisé, autres régions, peau/tissu sous-cutané/fascia, par 9 cm² supplémentaires	01.29 h	00.11 h	18
CT04.1960	Prélèvement d'un lambeau axial, visage, cou (nuque non comprise), mains, organes génitaux, peau/tissu sous-cutané/fascia, premier cm²	02.07 h	00.00 h	13
CT04.1970	+ Prélèvement d'un lambeau axial, visage, cou (nuque non comprise), mains, organes génitaux, peau/tissu sous-cutané/fascia, par cm² supplémentaire	02.05 h	00.00 h	7
CT04.1975	+ Prélèvement d'un lambeau axial, visage, cou (nuque non comprise), mains, organes génitaux externes, peau/tissu sous-cutané/fascia, superficie totale supérieure à 4 cm², par 2 cm² supplémentaires	02.54 h	00.00 h	2
CT04.1980	Prélèvement d'un lambeau axial, autres régions, peau/tissu sous-cutané/fascia, premiers 9 cm²	01.33 h	00.29 h	5
CT04.1990	+ Prélèvement d'un lambeau axial, autres régions, peau/tissu sous-cutané/fascia, par 9 cm² supplémentaires	02.42 h	00.14 h	3

CT04.2110	Prélèvement d'un lambeau, peau/fascia/os, peau/muscle/os, simple	02.45 h	00.20 h	1
CT04.2120	Prélèvement d'un lambeau, peau/fascia/os, peau/muscle/os, difficile	04.18 h	00.33 h	1
CT04.2130	Prélèvement d'un lambeau, tissu de glissement (quel que soit le type), sans préparation du pédicule vasculaire, plus de 5 cm²	01.20 h	00.17 h	12
CT04.2140	Prélèvement d'un lambeau, tissu de glissement (quel que soit le type), avec préparation du pédicule vasculaire en vue d'un transfert chirurgical libre, toute taille	ND	00.32 h	1
CT04.2160	Prélèvement d'un lambeau, doigt, orteil, fragment d'orteil pour transfert chirurgical libre	ND	01.00 h	1
CT04.2210	Mesh d'une greffe de peau mince	01.31 h	00.07 h	9
CT04.2260	Lambeau, précoupage, section, par 5 cm	01.11 h	00.19 h	3
CT04.2270	Préparation de fragments de cartilage (émincé)	03.20 h	00.27 h	1
CT04.2280	Ajustage d'un fragment de cartilage ou d'os	03.06 h	00.36 h	19
CT04.2290	Modelage de cartilage ou d'os, dos du nez, greffon en L	03.19 h	00.31 h	19
CT04.2300	Modelage de cartilage ou d'os, squelette de l'oreille	01.59 h	00.22 h	1
CT04.2310	Correction de lambeau, dégraissage, remodelage	01.36 h	00.15 h	9
CT04.2410	Correction de cicatrice ou de tissu mou, avec fermeture primaire, visage, cou (nuque non comprise), mains, organes génitaux, premiers 2 cm.	00.57 h	00.00 h	34
CT04.2420	+ Correction de cicatrice ou de tissu mou, avec fermeture primaire, visage, cou (nuque non comprise), mains, organes génitaux, par 2 cm supplémentaires	01.04 h	00.00 h	19
CT04.2430	Correction de cicatrice ou de tissu mou, avec fermeture primaire, autres régions, premiers 5 cm	01.10 h	00.09 h	94
CT04.2440	+ Correction de cicatrice ou de tissu mou, avec fermeture primaire, autres régions, par 5 cm supplémentaires	01.26 h	00.25 h	52
CT04.2450	Correction de cicatrice ou de tissu mou, par lambeau local, visage, cou (nuque non comprise), mains, organes génitaux, premier cm	01.20 h	00.21 h	36
CT04.2460	+ Correction de cicatrice ou de tissu mou; par lambeau local; visage; cou (nuque non comprise); mains; organes génitaux; par cm supplémentaire	01.15 h	00.20 h	31
CT04.2470	Correction de cicatrice ou de tissu mou, par lambeau local, autres régions, premiers 5 cm	01.19 h	00.38 h	100
CT04.2480	+ Correction de cicatrice ou de tissu mou, par lambeau local, autres régions, par 5 cm supplémentaires	01.20 h	00.19 h	79
CT04.2510	Mise en place d'un lambeau libre microchirurgical au visage, dans la région cervicale, à la main ou la tête	ND	00.20 h	1
CT04.2560	Réimplantation d'un doigt, avec ou sans raccourcissement	03.05 h	00.00 h	1
CT04.2720	Mise en place d'un expanseur tissulaire, visage, cou (nuque non comprise), mains, organes génitaux, plus de 9 cm², comme prestation exclusive	01.49 h	00.44 h	1
CT04.2750	Ablation d'un expanseur, sans contre-incision	01.26 h	00.40 h	2
CT04.2820	+ Fermeture d'un diastasis des grands droits et/ou renforcement de la paroi musculaire abdominale	02.45 h	01.19 h	1
CT04.2830	Dermolipéctomie de l'abdomen avec transposition de l'ombilic	03.13 h	01.48 h	2
CT04.2900	Dermolipéctomie d'un bras	01.25 h	01.04 h	1
CT04.2920	Lipospiration (liposuction), toute méthode, une région	01.12 h	00.10 h	4
CT04.2930	Lipospiration (liposuction), toute méthode, plus d'une région, première région	01.32 h	01.02 h	2
CT04.2940	+ Lipospiration (liposuction), toute méthode, plus d'une région, par région supplémentaire	01.32 h	01.02 h	2
CT04.3140	Plastie de paupière, première paupière	04.22 h	00.24 h	1
CT04.3150	+ Plastie de paupière; deuxième paupière	04.22 h	00.24 h	1
CT04.3230	Intervention palliative en cas de paralysie faciale, plastie partielle temporo-naso-labiale par bandelette de fascia	01.46 h	00.00 h	1

### Système nerveux central et périphérique, Colonne vertébrale

Prestation TARMED	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT05.0030			3
Status neurologique B: examen sommaire et partiel du système nerveux par le spécialiste	01.30 h	00.34 h	
CT05.0100			1
Ponction lombaire	01.34 h	00.22 h	
CT05.0130			1
Injection de toxine botulinique dans des muscles périphériques, par muscle	00.42 h	00.09 h	
CT05.2340			16
Mise en place périmédullaire d'électrodes épidurales et stimulation-test	01.01 h	00.00 h	

CT05.2350				6
	+ Implantation d'un stimulateur après stimulation-test périmédullaire par électrodes épidurales			
CT05.2410	Décompression et neurolyse du nerf médian et/ou cubital (tunnel carpien ou loge de Guyon), comme prestation exclusive	00.44 h	00.00 h	626
CT05.2420	Décompression et neurolyse du nerf tibial dans le tunnel tarsal, comme prestation exclusive	00.36 h	00.00 h	7
CT05.2430	Décompression et neurolyse du nerf radial lors de syndrome du pronateur ou du supinateur, comme prestation exclusive	01.04 h	00.50 h	4
CT05.2440	Décompression et neurolyse du nerf cubital dans le sillon, comme prestation exclusive	01.12 h	00.00 h	24
CT05.2450	Décompression et neurolyse du nerf cubital et ventralisation, comme prestation exclusive	01.11 h	00.00 h	38
CT05.2460	Décompression et neurolyse des nerfs médian, cubital, musculo-cutané (branche motrice et sensible) dans la région du bras, comme prestation exclusive	01.20 h	00.21 h	8
CT05.2470	Décompression et neurolyse du nerf radial dans la région du bras, voie d'abord unique, comme prestation exclusive	00.56 h	00.00 h	5
CT05.2480	Décompression et neurolyse du nerf radial dans la région du bras, double voie d'abord, comme prestation exclusive	02.35 h	00.39 h	1
CT05.2520	Décompression et neurolyse du nerf sus-scapulaire, voie d'abord unique, comme prestation exclusive	02.01 h	01.11 h	10
CT05.2540	Décompression et neurolyse du nerf ilio-hypogastrique ou ilio-inguinal, comme prestation exclusive	01.20 h	00.50 h	6
CT05.2550	Décompression et neurolyse du nerf fémoral dans la région de la cuisse, comme prestation exclusive	01.27 h	00.22 h	3
CT05.2560	Décompression et neurolyse du nerf saphène dans la région de la cuisse, comme prestation exclusive	01.37 h	00.26 h	8
CT05.2570	Décompression et neurolyse du nerf cutané fémoral latéral, comme prestation exclusive	01.14 h	00.39 h	5
CT05.2580	Décompression et neurolyse du nerf péronier dans la région du genou, comme prestation exclusive	01.37 h	00.24 h	6
CT05.2590	Décompression et neurolyse du nerf péronier dans la région de la jambe, comme prestation exclusive	01.11 h	00.16 h	8
CT05.2730	Suture d'une branche nerveuse dans la région de la main ou crânio-maxillo-faciale, comme prestation exclusive	01.02 h	00.00 h	37
CT05.2740	Suture d'un tronc nerveux dans la partie distale de l'avant-bras ou de la jambe, comme prestation exclusive	01.30 h	00.00 h	6
CT05.2750	Suture d'un tronc nerveux dans la région de l'avant-bras proximal ou du coude, de la jambe proximale ou du genou, du bras et de la cuisse, comme prestation exclusive	02.34 h	00.00 h	1
CT05.2810		ND	00.37 h	1
	+ Supplément pour neurotisation par le nerf accessoire; le nerf hypoglosse ou les nerfs moteurs du plexus cervical			
CT05.2910	Dénervation articulaire du poignet, partielle (2 voies d'abord), comme prestation exclusive	ND	00.17 h	5
CT05.2920	Dénervation articulaire du poignet, complète (3 voies d'abord), comme prestation exclusive	01.40 h	00.00 h	4
CT05.2930	Excision d'un neurome, comme prestation exclusive	01.36 h	00.00 h	31
CT05.2940	Excision d'une tumeur endoneurale, comme prestation exclusive	01.07 h	00.19 h	13
CT06.0580	Fenestration, hémilaminectomie ou laminotomie unilatérale, un segment, région lombaire, procédure neurochirurgicale	01.24 h	00.19 h	64
CT06.0600	Fenestration, hémilaminectomie ou laminotomie bilatérale, un segment, région lombaire, procédure neurochirurgicale	02.10 h	00.36 h	1
CT06.0620	Fenestration, hémilaminectomie ou laminotomie unilatérale, un segment, région sacrée, procédure neurochirurgicale	01.30 h	00.36 h	3
CT06.0420		02.24 h	00.44 h	1
	+ Supplément par segment supplémentaire, lors de Fenestration; hémilaminectomie ou laminotomie unilatérale; région cervicale/thoracique/lombaire ou sacrée			
CT06.0430		03.34 h	00.44 h	2
	+ Majoration en % pour réopération après fenestration, hémilaminectomie ou laminotomie			
CT06.0450		02.22 h	00.34 h	11
	+ Décompression racine nerveuse par facettotomie et/ou foraminotomie, lors de fenestration, d'hémilaminectomie ou de laminotomie, par segment			
CT06.0460		02.14 h	00.29 h	33
	+ Décompression de racine nerveuse par discectomie, y compris l'ablation de fragments libres, lors de fenestration, d'hémilaminectomie ou de laminotomie, par segment			
CT06.2170	Ablation chirurgicale/changement de pile d'une électrode périurale/d'un système antalgique, comme prestation exclusive	02.10 h	00.39 h	3
		01.00 h	00.00 h	

## Os de la face, région frontale

Prestation TARMED			Nombre de patient	
CT07.0160	Réduction fermée d'une fracture latérale de l'étage moyen (os malaire et/ou arcade zygomatique)	00.47 h	00.34 h	6
CT07.0180	Réduction ouverte d'une fracture du plancher de l'orbite (blow-in/blow-out)	01.09 h	01.03 h	1
CT07.0240		01.11 h	00.36 h	2
	+ Ostéosynthèse latérale de l'étage moyen (rebord orbitaire externe et/ou os malaire et/ou arcade zygomatique) lors de réduction ouverte de fracture, par côté			
CT07.0310		01.10 h	00.34 h	29
	(*) Ablation de matériel d'ostéosynthèse au niveau des os de la face et de la région frontale			
CT07.0320	Réduction ouverte d'une fracture latérale de la face (os malaire et/ou arcade zygomatique)	01.05 h	00.26 h	9
CT07.0430				23

CT07.0440	Réduction ouverte unilatérale d'une fracture mandibulaire, toute voie d'abord	01.05 h	00.34 h	7
	+ Supplément pour ostéosynthèse lors de réduction ouverte d'une fracture mandibulaire, par côté	01.15 h	00.31 h	
CT07.0480	Réduction ouverte bilatérale d'une fracture mandibulaire, toute voie d'abord	01.48 h	00.29 h	5
CT07.0490	Réduction fermée d'une fracture condylienne ou capitale	00.56 h	00.15 h	2
CT07.0710	Fermeture secondaire osseuse lors de fente palatine, première ou deuxième séance	01.26 h	00.31 h	10
CT07.0720	Correction secondaire des tissus mous en cas de fente palatine	01.38 h	00.52 h	1
CT07.0770	Correction secondaire de fente labiale lors de fente labio-maxillo-palatine	01.29 h	00.22 h	1
CT07.0810	Allongement ou plastie de la columelle lors de chirurgie secondaire des fentes	01.45 h	00.29 h	2
CT07.0820	Correction d'un orifice narinaire lors de chirurgie secondaire des fentes	02.00 h	00.29 h	4
CT07.0840	Correction de la pointe du nez lors de chirurgie secondaire des fentes	02.24 h	00.35 h	1
CT07.0920	Ostéotomie bilatérale du procès alvéolaire de la mandibule	01.10 h	00.38 h	2
CT07.0940	Ostéotomie bilatérale du menton ou du rebord basilaire de la mâchoire sans interruption de la continuité	01.45 h	00.52 h	2
CT07.0990	+ Supplément pour ostéosynthèse ou fixateur externe/distracteur lors d'une ostéotomie de la mandibule, par côté	01.45 h	00.52 h	2
CT07.1020	+ Ostéosynthèse ou crânio-fixateur externe/distracteur; étage inférieur de la face; par côté	02.08 h	01.06 h	2
CT07.1030	Ostéotomie bilatérale du procès alvéolaire du maxillaire	02.00 h	00.58 h	2
CT07.1210	Traitement d'une dent ectopique située en dehors du procès alvéolaire, toute voie d'abord	01.12 h	00.40 h	3
CT07.1220	Traitement d'un kyste osseux situé en dehors du procès alvéolaire ou dans les parties molles de la cavité buccale, toute voie d'abord, comme prestation exclusive	01.05 h	00.25 h	1
CT07.1230	Traitement d'un kyste osseux au voisinage des cavités pansinusales, de la branche montante ou du corps de la mandibule, toute voie d'abord, comme prestation exclusive	01.04 h	00.34 h	9
CT07.1240	Réséction segmentaire d'une tumeur osseuse de la région maxillo-faciale, jusqu'à 3 cm, comme prestation exclusive	01.12 h	00.14 h	1
CT07.1260	Réséction segmentaire d'une tumeur osseuse de la région maxillo-faciale, plus de 3 cm, comme prestation exclusive	02.25 h	01.15 h	1
CT07.1300	Curetage d'un foyer d'ostéomyélite de la région maxillo-faciale	01.15 h	00.36 h	3
CT07.1510	Reconstruction des contours de la face, comme prestation exclusive	01.07 h	00.29 h	6
CT07.1520	Reconstruction des contours par greffe osseuse lors de déficit osseux sans interruption de continuité, comme prestation exclusive	01.11 h	00.54 h	1
CT07.1630	Arthroscopie de l'articulation temporo-mandibulaire	00.45 h	00.39 h	27
CT07.1650	Exstirpation du disque, condylectomie et/ou remodelage de l'articulation temporo-mandibulaire, comme prestation exclusive	01.59 h	01.28 h	1
CT07.1670	Plastie ligamentaire ou butée précondylienne de l'articulation temporo-mandibulaire, comme prestation exclusive	01.27 h	01.05 h	2
CT07.1810	Chirurgie préprothétique: plastie d'augmentation de l'os alvéolaire, toute méthode, par mâchoire, comme prestation exclusive	01.49 h	00.53 h	4
CT07.1820	+ Ostéosynthèse lors de chirurgie préprothétique de la mandibule; par côté	01.51 h	01.41 h	2
CT07.1960	Canthopexie interne ou externe, toute méthode, premier ligament	00.57 h	00.00 h	2
CT07.2070	Exstérèse d'une tumeur de l'orbite, comme prestation exclusive	02.05 h	00.49 h	1

## Ophtalmologie

Prestation TARMED	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT08.0650	00.54 h	00.00 h	3
Sondage unilatéral des voies lacrymales			
CT08.0670	00.44 h	00.00 h	2
Sondage bilatéral des voies lacrymales			
CT08.0680	00.47 h	00.00 h	2
Intervention sur les points lacrymaux, par point lacrymal			
CT08.0690	02.15 h	00.41 h	7
Mise en place unilatérale d'une sonde bicanaliculaire des voies lacrymales			
CT08.0700	02.11 h	00.44 h	3
Mise en place bilatérale d'une sonde bicanaliculaire des voies lacrymales			
CT08.0710	00.36 h	00.00 h	2
Intervention sur les points lacrymaux, par point lacrymal			
CT08.0720	01.14 h	00.00 h	1
Mise en place bilatérale d'une sonde canaliculo-nasale des voies lacrymales			
CT08.0750	00.39 h	00.00 h	5
Dacryocystectomie			

CT08.0760				17
	Dacro-cysto-rhinotomie ou lacro-rhinotomie ou conjonctivo-rhinotomie	01.49 h	00.34 h	
CT08.0820	Extraction de corps étranger(s) de la conjonctive avec incision, par oeil	01.12 h	00.00 h	1
CT08.0850	Suture conjonctivale superficielle, jusqu'à 1 quadrant, comme prestation exclusive	00.50 h	00.00 h	2
CT08.0870	+ Révision élargie de la sclère lors de suture conjonctivale	00.50 h	00.00 h	2
CT08.0890	Excision d'une tumeur conjonctivale avec suture, avec ou sans lambeau de glissement	00.46 h	00.00 h	6
CT08.0900	+ Platie libre avec muqueuse après excision d'une tumeur conjonctivale	00.46 h	00.00 h	4
CT08.1270	Ponction de la chambre antérieure, diagnostique ou thérapeutique, par côté	00.08 h	00.00 h	2
CT08.1430	Injection ou ponction sous-conjonctivale, par côté	00.17 h	00.00 h	1
CT08.1640	Excision d'une tumeur palpébrale bénigne, jusqu'à 5 mm, première lésion	00.25 h	00.00 h	34
CT08.1650	+ Excision d'une tumeur palpébrale bénigne, jusqu'à 5 mm, par lésion supplémentaire	00.28 h	00.00 h	6
CT08.1660	Excision d'une tumeur palpébrale, plus de 5 mm ou maligne, avec ou sans fermeture primaire de la plaie	00.30 h	00.00 h	57
CT08.1670	+ Excision avec contrôle histologique durant la même séance qu'une excision de tumeur palpébrale	01.03 h	00.00 h	1
CT08.1680	+ Fermeture du bord de paupière après excision d'une tumeur palpébrale	00.49 h	00.00 h	4
CT08.1720	Blépharorrhaphie (tarsorrhaphie) unilatérale	00.24 h	00.00 h	1
CT08.1760	Cure d'ectropion par sutures éversantes, première paupière	00.45 h	00.00 h	4
CT08.1780	Cure d'ectropion par raccourcissement du bord de la paupière, première paupière	00.50 h	00.00 h	7
CT08.1790	+ Cure d'ectropion par raccourcissement du bord de la paupière, autre paupière	01.14 h	00.00 h	3
CT08.1820	Cure d'entropion par sutures éversantes, première paupière	00.34 h	00.00 h	1
CT08.1840	Cure d'entropion avec raccourcissement du bord de la paupière, première paupière	00.30 h	00.00 h	1
CT08.1860	Correction unilatérale - lors d'éversion ou d'inversion du point lacrymal - par raccourcissement du rétracteur de la paupière inférieure	00.26 h	00.00 h	1
CT08.1920	Opération unilatérale du ptosis (selon Fasanella-Servat)	01.10 h	00.31 h	1
CT08.1950	+ Autres mesures lors d'opération de ptosis, par mesure	01.43 h	00.00 h	1
CT08.1960	Opération bilatérale de ptosis par raccourcissement du levateur, toute méthode	01.16 h	00.00 h	2
CT08.1980	Opération bilatérale de ptosis par suspension au muscle frontal, toute méthode	01.27 h	ND	1
CT08.1990	Plastie pour blépharochalasis, première paupière	00.55 h	00.00 h	20
CT08.2000	+ Plastie pour blépharochalasis; autre paupière	00.55 h	00.00 h	17
CT08.2010	+ Autres mesures lors de Plastie pour blépharochalasis; par mesure	00.49 h	00.00 h	9
CT08.2020	Reconstruction palpébrale partielle, jusqu'aux 2/3 de la longueur de paupière, première paupière	00.38 h	00.00 h	4
CT08.2050	Reconstruction palpébrale totale, de plus des 2/3 de la longueur de la paupière, première paupière	00.49 h	00.00 h	1
CT08.2070	Intervention plastique sur le ligament canthal, comme prestation exclusive	01.20 h	00.00 h	3
CT08.2220	Suture de la sclère, y compris révision	00.29 h	00.00 h	2
CT08.2260	Excision d'un pterygion	00.27 h	00.00 h	14
CT08.2270	+ Transplantation conjonctivale libre lors de l'excision d'un pterygion	00.13 h	00.00 h	1
CT08.2360	Excision d'une suture après kératoplastie ou d'autres sutures étendues du globe oculaire	00.14 h	00.00 h	21
CT08.2510	Iridectomie ou corepexie chirurgicale, comme prestation exclusive	00.28 h	00.00 h	2
CT08.2560	Cyclo-cryocoagulation transconjonctivale transcon	00.40 h	00.00 h	1
CT08.2570	Trabéculotomie ou trabéculotomie ou goniotomie ou cyclodalyse chirurgicale	00.39 h	00.00 h	1
CT08.2580	+ Sclérectomie postérieure lors de trabéculotomie	00.39 h	00.00 h	1
CT08.2760	Extraction du cristallin ou phaco-émulsification, y compris implantation d'une lentille artificielle et mise en place d'un anneau capsulaire	00.35 h	00.00 h	795
CT08.2770	+ Saturation de l'anneau Filtering lors d'extraction du cristallin ou phaco-émulsification	00.50 h	00.00 h	1
CT08.2780	+ Implantation d'une lentille (n'existe plus des TARMED 1.09, inclus dans 08.2760)	00.15 h	00.00 h	794

CT08.2790	+ Opération de glaucome ou révision du volet de filtration lors d'extraction du cristallin ou phaco-émulsification	02.17 h	08.00 h	2
CT08.2810	+ Pupillotomie ou mise en place de rétracteurs à iris en cas de myosis lors d'extraction du cristallin ou phacoémulsification	01.30 h	00.00 h	1
CT08.2820	+ Mise en place d'un anneau (n'existe plus dans TARMED 1.09)	00.57 h	00.00 h	12
CT08.2850	Implantation secondaire d'une lentille artificielle dans la chambre antérieure, comme prestation exclusive	00.36 h	00.00 h	2
CT08.2860	+ Vitrectomie antérieure lors d'implantation secondaire d'une lentille artificielle dans la chambre antérieure	00.47 h	00.00 h	6
CT08.2870	Implantation secondaire d'une lentille artificielle dans la chambre postérieure avec fixation par suture	00.49 h	00.00 h	3
CT08.2880	+ Vitrectomie antérieure lors d'implantation secondaire d'une lentille artificielle dans la chambre postérieure	01.03 h	00.00 h	1
CT08.2890	Reposition d'une lentille artificielle subluxée sans fixation par suture	00.31 h	00.00 h	4
CT08.2910	Reposition d'une lentille artificielle entièrement luxée dans le corps vitré, avec ou sans fixation par suture	00.50 h	00.14 h	2
CT08.2920	Révision de plaie après opération de la cataracte, comme prestation exclusive	00.30 h	00.00 h	8
CT08.2930	+ vitrectomie antérieure lors de Révision après opération de la cataracte	00.37 h	00.00 h	2
CT08.3210	Vitrectomie au travers de la pars plana, comme prestation exclusive	00.57 h	00.09 h	6
CT08.3250	+Peeling de membranes et/ou ablation de proliférations vasculaires au travers de la pars plana	01.07 h	00.29 h	4
CT08.3260	+ Endodiathermie des vaisseaux lors de vitrectomie au travers de la pars plana	01.07 h	00.39 h	1
CT08.3270	+ Tamponnement intérieur (air, gaz, liquides) lors de vitrectomie au travers de la pars plana	01.07 h	00.29 h	4
CT08.3280	+ Coagulation-ondolaser de la rétine lors de vitrectomie au travers de la pars plana	01.06 h	00.19 h	1
CT08.3310	+ Rétinopexie lors de vitrectomie au travers de la pars plana	01.07 h	00.39 h	1
CT08.3320	Rincage du corps vitré après vitrectomie préalable	00.48 h	00.00 h	2
CT08.3330	Biopsie du corps vitré pour diagnostic cytologique et/ou injection intravitréenne	00.10 h	00.00 h	473
CT08.3410	Opération de strabisme, muscles droits, premier muscle	01.30 h	00.29 h	44
CT08.3420	+ Opération de strabisme, muscles droits, par muscle supplémentaire	01.38 h	00.29 h	33
CT08.3430	+ Myopexie (Faden) lors d'opér	02.08 h	00.29 h	3
CT08.3440	+ Réintervention après opération de strabisme, par muscle	01.32 h	00.24 h	8
CT08.3450	Opération de strabisme, muscle oblique supérieur, grand oblique, par muscle	01.50 h	00.16 h	2
CT08.3460	Opération de strabisme, muscle oblique supérieur, grand oblique, par muscle	01.30 h	00.24 h	1

### Oreille, organe de l'équilibre, nerf facial, Nez et sinus

Prestation TARMED	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT09.0010			
Examen par le spécialiste en (ORL)	02.37 h	01.47 h	1
CT09.0110			
Biopsie du conduit auditif externe, sans optique	03.17 h	00.20 h	1
CT09.0120			
Examen de l'oreille au microscope, par côté	03.22 h	00.47 h	6
CT09.0140			
+ Biopsie(s) du conduit auditif externe ou de l'oreille moyenne lors d'examen au microscope, par côté	02.14 h	01.23 h	2
CT09.0930			
Nettoyage difficile du conduit auditif externe à l'aide du microscope, par côté	01.04 h	00.32 h	12
CT09.0940			
+ Supplément pour nettoyage difficile du conduit auditif externe à l'aide du microscope chez l'enfant jusqu'à 7 ans, par côté	01.03 h	00.27 h	4
CT09.0960			
Excision d'une néoplasie bénigne du conduit auditif externe, toute méthode, par lésion	02.30 h	01.00 h	1
CT09.1010			
Reconstruction du conduit auditif externe lors de sténose post-inflammatoire	02.31 h	00.49 h	6
CT09.1020			
Méatoplastie lors d'exostoses du conduit auditif externe	03.09 h	00.40 h	6
CT09.1105			
Paracentèse chez l'adulte au-dessus de 16 ans, par côté, comme prestation exclusive	00.32 h	00.46 h	6
CT09.1106			
+ Nettoyage transtympanique de l'oreille moyenne lors de paracentèse, chez l'adulte au-dessus de 16 ans, par côté	00.32 h	00.46 h	6
CT09.1107			
+ Mise en place d'un drain transtympanique chez l'adulte au-dessus de 16 ans, par côté	00.32 h	00.46 h	6
CT09.1110			
			31

Paracentèse chez l'enfant/l'adolescent jusqu'à 16 ans, par côté, comme prestation exclusive		00.35 h	00.24 h	
CT09.1120				34
	+ Nettoyage transtympanique de l'oreille moyenne lors de paracentèse chez l'enfant/l'adolescent jusqu'à 16 ans, par côté	00.46 h	00.24 h	
CT09.1130				21
	+ Mise en place d'un drain transtympanique chez l'enfant/l'adolescent jusqu'à 16 ans, par côté	00.39 h	00.19 h	
CT09.1135				18
	+ Adénoïdectomie	00.38 h	00.00 h	
CT09.1140				5
	(+) Paracentèse chez l'enfant/l'adolescent jusqu'à 16 ans, par côté, comme prestation additionnelle	00.50 h	00.22 h	
CT09.1170				8
Tympantomie exploratrice ou intervention de contrôle sur l'oreille moyenne		03.18 h	00.51 h	
CT09.1190				3
	+ Lyse d'adhérences de l'oreille moyenne lors d'une tympantomie exploratrice	03.35 h	00.52 h	
CT09.1200				5
Tympanoplastie (myringoplastie) en cas de perforation, jusqu'à 1 quadrant, sans modifications mésotympaniques		02.23 h	00.29 h	
CT09.1210				3
	+ Antrotomie de la mastoïde lors de tympanoplastie	03.55 h	00.49 h	
CT09.1220				3
	+ Mastoïdectomie lors de tympanoplastie	02.43 h	00.33 h	
CT09.1230				4
	+ Tympantomie postérieure ou épitympantomie lors de tympanoplastie	03.38 h	00.37 h	
CT09.1240				8
Tympanoplastie (myringoplastie) en cas de perforation, plus de 1 quadrant ou lors de modifications mésotympaniques		03.01 h	01.06 h	
CT09.1250				38
Tympanoplastie lors d'une perforation subtotale ou totale, lors d'atélectasie de l'oreille moyenne ou lors de tympanosclérose		03.16 h	00.36 h	
CT09.1260				15
	+ Ossiculoplastie lors d'une tympanoplastie	03.24 h	00.38 h	
CT09.1310				1
Traitement chirurgical d'appendices cutanés préauriculaires congénitaux, par côté		00.43 h	00.24 h	
CT09.1320				4
Excision d'une fistule préauriculaire		01.09 h	00.29 h	
CT09.1330				1
	+ Traitement d'une récurrence de fistule préauriculaire	03.51 h	00.20 h	
CT09.1340				1
	+ Exposition du nerf facial lors de l'excision d'une fistule préauriculaire	03.51 h	00.20 h	
CT09.1370				1
Réduction du pavillon auriculaire par excision d'au plus un tiers du pavillon, par côté		00.58 h	00.44 h	
CT09.1380				1
Résection du pavillon auriculaire		01.59 h	00.22 h	
CT09.1390				8
	Otoplastie pour oreille décollée, toute méthode, par côté	02.14 h	00.16 h	
CT09.1450				3
Reconstruction après lésion traumatique du pavillon auriculaire, jusqu'à un tiers du pavillon		01.29 h	00.29 h	
CT09.1460				1
Reconstruction après lésion traumatique du pavillon auriculaire, plus d'un tiers du pavillon		01.59 h	00.22 h	
CT09.1540				1
Mastoidectomie, comme prestation exclusive		01.37 h	00.29 h	
CT09.1550				4
Intervention de contrôle sur l'oreille moyenne lors de récurrence, comme prestation exclusive		03.42 h	00.58 h	
CT09.1590				3
Evidement pétromastoldien radical, comme prestation exclusive		03.21 h	00.57 h	
CT09.1620				3
	+ Supplément pour tympanoplastie lors d'évidement pétromastoldien radical	03.21 h	00.57 h	
CT09.1750				2
Décompression du nerf facial au niveau de l'os temporal, comme prestation exclusive		01.13 h	01.23 h	
CT10.0040				1
Biopsie(s) nasale(s) sans optique		01.16 h	00.59 h	
CT10.0050				20
Endoscopie nasale bilatérale, avec optique		01.21 h	00.32 h	
CT10.0060				1
	+ Biopsie(s) nasale(s) lors d'endoscopie nasale, avec optique	01.02 h	00.34 h	
CT10.0080				5
Sinoscopie maxillaire, par côté		01.21 h	00.39 h	
CT10.0100				2
	+ Mise en place d'un drainage transnasal du sinus maxillaire	02.50 h	00.39 h	
CT10.0120				1
Réduction fermée d'une fracture nasale fermée		01.30 h	00.00 h	
CT10.0160				1
Réduction fermée d'une fracture nasale ouverte		00.26 h	00.29 h	
CT10.0170				1
	+ Réduction d'une fracture du septum lors de réduction fermée d'une fracture nasale ouverte	00.26 h	00.29 h	
CT10.0210				20
Rhinoplastie ouverte, comme prestation exclusive		03.21 h	00.35 h	
CT10.0220				17
	+ Rhinoplastie; tissus mous	03.20 h	00.38 h	
CT10.0230				19
	+ Rhinoplastie; cartilage	03.20 h	00.38 h	
CT10.0240				17
	+ Rhinoplastie; os	03.21 h	00.38 h	
CT10.0250				20
	+ Rhinoplastie; septum	03.21 h	00.35 h	

CT10.0260	+ Révision de Rhinoplastie	02.51 h	00.32 h	16
CT10.0270	Rhinoplastie fermée, comme prestation exclusive	02.11 h	00.31 h	30
CT10.0280	+ Rhinoplastie; tissus mous	02.11 h	00.31 h	21
CT10.0290	+ Rhinoplastie; cartilage	02.01 h	00.31 h	27
CT10.0300	+ Rhinoplastie; os	02.01 h	00.31 h	27
CT10.0310	+ Rhinoplastie; septum	02.11 h	00.31 h	27
CT10.0320	Reconstruction après perte de substance nasale (cutanée et sous-cutanée), toute méthode	03.10 h	00.21 h	3
CT10.0350	Correction unilatérale du vestibule du nez	01.02 h	00.58 h	1
CT10.0360	Correction bilatérale du vestibule du nez	00.59 h	00.00 h	2
CT10.0370	Rallongement ou plastic de la columelle	02.27 h	00.30 h	1
CT10.0390	Correction unilatérale de sténoses du vestibule nasal	00.54 h	00.00 h	4
CT10.0400	Correction bilatérale de sténoses du vestibule nasal	01.41 h	00.37 h	4
CT10.0440	Ablation d'une fistule ou d'un kyste du nez	01.00 h	00.19 h	102
CT10.0510	Septoplastie	01.58 h	00.39 h	7
CT10.0520	+ Fermeture plastique de perforation du septum lors de septoplastie	02.04 h	00.29 h	20
CT10.0530	+ Révision de septorhinoplastie	01.45 h	00.44 h	4
CT10.0540	Septorhinoplastie post-traumatique ou après destruction sur infection	01.42 h	00.51 h	1
CT10.0660	Traitement bilatéral de synéchies endonasales	01.02 h	01.13 h	1
CT10.0690	Hémostase en cas d'épistaxis, par coagulation endonasale de l'artère sphénoptatine ou de l'artère ethmoïdale antérieure/postérieure, sous guidage endoscopique ou microscopique	01.02 h	01.13 h	8
CT10.0700	Nettoyage endoscopique du nez et des cavités sinusales, par côté	00.53 h	01.01 h	1
CT10.0730	Tamponnement postérieur bilaté	00.46 h	00.14 h	7
CT10.0740	Polypectomie endonasale, par côté	01.11 h	00.43 h	18
CT10.0750	Interventions sur les cornets du nez (sauf conchotomie), par côté	02.12 h	00.31 h	2
CT10.0760	Conchotomie unilatérale	02.16 h	00.33 h	12
CT10.0770	Conchotomie bilatérale	01.10 h	00.32 h	2
CT10.0820	Ouverture transvestibulaire ostéoplastique du sinus maxillaire	02.18 h	00.36 h	7
CT10.0860	Fenestration transnasale unilatérale du sinus maxillaire au méat inférieur ou moyen, comme prestation exclusive	01.48 h	00.39 h	4
CT10.0870	Fenestration transnasale bilatérale du sinus maxillaire au méat inférieur ou moyen, comme prestation exclusive	01.08 h	00.14 h	1
CT10.0880	Fermeture plastique d'une fistule oro-nasale, comme prestation exclusive	01.05 h	00.28 h	2
CT10.0900	(+) Tamponnement d'un sinus maxillaire, comme prestation additionnelle	01.12 h	00.15 h	1
CT10.0940	Ouverture ostéoplastique unilatérale d'un sinus frontal par voie externe	02.55 h	00.45 h	1
CT10.1000	Intervention transnasale unilatérale sur le sinus sphénoïdal, endoscopique ou microchirurgicale, comme prestation exclusive	01.29 h	00.48 h	1
CT10.1010	Intervention transnasale bilatérale sur le sinus sphénoïdal, endoscopique ou microchirurgicale, comme prestation exclusive	02.02 h	00.29 h	22
CT10.1020	Infundibulotomie, par côté	01.51 h	00.32 h	25
CT10.1030	+ Fenestration du sinus maxillaire lors d'infundibulotomie, par côté	02.12 h	00.34 h	2
CT10.1040	+ Majoration en % pour révision après infundibulotomie, par côté	02.41 h	00.48 h	2
CT10.1050	+ Majoration en % pour tumeurs malignes des cavités sinusales lors d'infundibulotomie, par côté	02.41 h	00.48 h	9
CT10.1060	+ Ethmoïdectomie antérieure partielle lors d'infundibulotomie, par côté	01.49 h	00.29 h	11
CT10.1070	+ Ethmoïdectomie postérieure ou sphénoïdectomie lors d'infundibulotomie, par côté	01.51 h	00.34 h	10
CT10.1080	+ Fronto-ethmoïdectomie lors d'infundibulotomie, par côté	02.30 h	00.45 h	2
CT10.1090	+ Drainage du sinus frontal lors d'infundibulotomie, par côté	02.50 h	00.39 h	

CT10.1100	+ Sphénoïdectomie, par côté	02.50 h	01.01 h	6
CT10.1110	Infundibulotomie bilatérale	02.12 h	00.37 h	12
CT10.1210	Excision transfaciale de tumeurs bénignes des fosses nasales et des cavités sinusales	02.41 h	00.37 h	4

### Bouche, cavité buccale et glande salivaire

Prestation TARMED		Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT11.0020	Biopsie(s) dans la cavité buccale			3
CT11.0130	Traitement de plaie ou de perte de substance (muqueuse et musculature) de la cavité buccale, langue comprise, jusqu'à 2 cm de longueur			1
CT11.0230	Cautérisation d'une lésion bén			2
CT11.0250	Excision d'une tumeur bénigne dans la cavité buccale, jusqu'à 2 cm			5
CT11.0470	Excision d'une lésion bénigne des lèvres, à l'exclusion de pures tumeurs cutanées, jusqu'à 1 cm			1
CT11.0500	Exérèse d'une lésion maligne d			1
CT11.0620	Glossectomie partielle			1
CT11.0720	Exérèse d'une lithiase située			2
CT11.0740	Ablation d'une glande sous-mandibulaire ou sublinguale lors de sialolithiase, tumeur bénigne ou inflammation chronique			1
CT11.0770	Parotidectomie superficielle lors de tumeur bénigne			2

### Pharynx, Larynx et trachée

Prestation TARMED		Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT12.0020	Epipharyngoscopie, avec optique, toute voie d'abord			3
CT12.0140	Adénoïdectomie, comme prestation exclusive			10
CT12.0160	Tonsillectomie, toute méthode			5
CT12.0190	Adénotonsillectomie, toute mét			1
CT12.0410	Comblement de la paroi postérieure du pharynx lors d'insuffisance vélopharyngée			1
CT13.0020	Pharyngolaryngoscopie directe, toute méthode			5
CT13.0040	+ Exérèse de lésions superficielles lors d'une pharyngolaryngoscopie directe, par côté			4

### Parties molles du cou, glandes thyroïde et parathyroïde

Prestation TARMED		Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT14.0110	Excision d'un kyste médian ou latéral ou d'une fistule médiane du cou			1
CT14.0120	+ Supplément pour révision après Excision de kyste médian ou latéral ou de fistule médiane du cou			1
CT14.0290	Cervicodomie exploratrice, comme prestation exclusive			1
CT14.0291	Thyroïdectomie totale unilatérale			1
CT14.0340	Thyroïdectomie totale bilatérale			1

### Traitement chirurgical du coeur et des vaisseaux

Prestation TARMED		Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT18.0040	Artériotomie comme voie d'abord pour un geste vasculaire interventionnel			2
CT18.0060	(*) Angioplastie transluminale peropératoire, comme prestation additionnelle			9
CT18.0620				9

Traitement à ciel ouvert d'une plaie des artères périphériques (extrémités), comme prestation exclusive		
CT18.0910		30
Biopsie(s) d'une artère, comme prestation exclusive		
CT18.0970		1
Embolectomie ou thrombectomie artérielle, par abord cubital		
CT18.1050		1
Endartérectomie à ciel ouvert, au niveau du bras		
CT18.1160		1
Reconstruction à ciel ouvert des voies artérielles au niveau poplité		
CT18.1320		2
Fermeture d'une fistule artério-veineuse périphérique		
CT18.1530		1
Incision d'une phlébite, première incision		
CT18.1550		5
Ligature(s) unilatérale(s) de veines perforantes, comme prestation exclusive		
CT18.1560		1
Ligature(s) bilatérale(s) de veines perforantes, comme prestation exclusive		
CT18.1570		45
Phlébectomie au crochet, excision d'ectasies, les premiers 10 cm		
CT18.1580		40
	+ Phlébectomie au crochet, excision d'ectasies, par 10 cm supplémentaires	
CT18.1590		33
Stripping pour varices de la veine saphène interne, premier côté		
CT18.1600		26
	+ Ligatures de veines perforantes	
CT18.1610		12
	+ Stripping pour varices de la veine saphène interne; second côté	
CT18.1620		3
Stripping pour varices de la veine saphène externe, premier côté		
CT18.1630		1
	+ Stripping pour varices de la veine saphène externe; second côté	
CT18.1640		1
Stripping de la veine saphène externe et interne, premier côté		
CT18.1660		13
Crossectomie isolée unilatérale		
CT18.1680		1
Recrossectomie isolée unilatérale de la veine saphène interne		
CT18.1690		2
Recrossectomie isolée bilatérale de la veine saphène interne		
CT18.1710		1
Plastie veineuse aux extrémités		
CT18.1920		3
Mise en place d'un shunt artério-veineux, simple fistule		
CT18.1940		3
Révision d'un shunt artério-veineux		

### Diagnostic et traitement non chirurgical du tractus gastro-intestinal

Prestation TARMED	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT19.0060			3
Pose d'une sonde gastrique par le spécialiste			
CT19.0070			3
	+ Supplément pour pose d'une s		
CT19.0410			9
Endoscopie gastro-intestinale			
CT19.1010			21
Coloscopie totale			
CT19.1020			9
	+ Endoscopie de l'iléon terminal lors d'une coloscopie		
CT19.1040			2
	+ Biopsie(s) à l'aide d'une pince lors d'une coloscopie, jusqu'à 5 prélèvements		
CT19.1430			1
	+ Biopsie(s) à l'aide d'une pince lors d'une rectoscopie ou d'une sigmoidoscopie		
CT19.1480			2
	+ Ablation de polypes pédiculés lors d'une rectoscopie ou d'une sigmoidoscopie, par polype		
CT19.1490			1
	+ Ablation de polypes sessiles ne dépassant pas 1 cm de diamètre lors d'une rectoscopie ou d'une sigmoidoscopie, par polype		
CT19.1500			2
	+ Ablation de polypes sessiles de plus de 1 cm de diamètre lors d'une rectoscopie ou d'une sigmoidoscopie, par polype		
CT19.1530			68
Rectoscopie rigide			
CT19.1610			226
Anuscopie			
CT19.1630			22
	+ Biopsie(s) à l'aide d'une pince lors d'une anuscopie		
CT19.1650			3
	+ Ablation de polypes lors d'une anuscopie, toute méthode		
CT19.1660			1
	+ Traitement d'hémorroïdes lor		

Traitement chirurgical du tractus gastro-intestinal

Prestation TARMEC	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT20.0110 Laparoscopie (thérapeutique), abord pour interventions laparoscopiques et exploration			106
CT20.0120 + Supplément pour laparoscopie ou pelviscopie (mini-laparotomie) ouverte			64
CT20.0130 + Cholecystectomie laparoscopique			15
CT20.0180 + Traitement chirurgical laparoscopique d'une hernie inguinale ou fémorale, pré- ou transpéritonéale, par côté			59
CT20.0260 Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'enfant jusqu'à 7 ans			49
CT20.0270 + Supplément pour réopration, avec ou sans filet, après traitement chirurgical de hernie inguinale			11
CT20.0280 Traitement chirurgical bilatéral de hernie inguinale chez l'enfant jusqu'à 7 ans			14
CT20.0290 Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez la fillette de 7 à 16 ans			3
CT20.0300 Traitement chirurgical bilatéral de hernie inguinale chez la fillette de 7 à 16 ans			2
CT20.0310 Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez le garçon de 7 à 16 ans			17
CT20.0320 Traitement chirurgical bilatéral de hernie inguinale chez le garçon de 7 à 16 ans			3
CT20.0330 Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'adulte de plus de 16 ans, technique sans tension			63
CT20.0340 Traitement chirurgical bilatéral de hernie inguinale chez l'adulte de plus de 16 ans, technique sans tension			11
CT20.0350 Traitement chirurgical unilatéral de hernie inguinale chez l'adulte de plus de 16 ans, toute méthode (excepté technique sans tension)			4
CT20.0360 Traitement chirurgical bilatéral de hernie inguinale chez l'adulte de plus de 16 ans, toute méthode (excepté technique sans tension)			2
CT20.0400 + Supplément pour réopration, avec ou sans filet, après traitement chirurgical de hernie fémorale			4
CT20.0460 Traitement chirurgical unilatéral de hernie fémorale chez l'adulte de plus de 16 ans, technique sans tension			2
CT20.0470 Traitement chirurgical bilatéral de hernie fémorale chez l'adulte de plus de 16 ans, technique sans tension			1
CT20.0480 Traitement chirurgical unilatéral de hernie fémorale chez l'adulte de plus de 16 ans, toute méthode (excepté technique sans tension)			1
CT20.0490 Traitement chirurgical bilatéral de hernie fémorale chez l'adulte de plus de 16 ans, toute méthode (excepté technique sans tension)			2
CT20.0500 Traitement chirurgical de hernie ombilicale			59
CT20.0510 + Supplément pour réopration après traitement chirurgical de hernie ombilicale			3
CT20.0540 Traitement chirurgical de hernie épigastrique			14
CT20.0550 + Supplément pour pose de filet lors de traitement chirurgical de hernie épigastrique			3
CT20.0560 Autres hernies abdominales, y compris hernies incisionnelles (longueur + largeur), jusqu'à 5 cm			18
CT20.0570 + Supplément pour implantation de matériel prothétique en cas de hernie incisionnelle			17
CT20.0580 Autres hernies abdominales, y compris hernies incisionnelles (longueur + largeur), de 6 à 15 cm			2
CT20.0590 Autres hernies abdominales, y compris hernies incisionnelles (longueur + largeur), plus de 15 cm			7
CT20.0620 Laparotomie, comme voie d'abord			1
CT20.0890 Adhésiolyse, section de brides, brides vélaenteuses diffuses, comme prestation exclusive (hormis la voie d'abord)			1
CT20.1310 Appendicectomie, toute méthode, comme prestation exclusive			3
CT20.1740 Fermeture d'iléostomie ou de colostomie			1
CT20.1820 Cure de prolapsus du rectum, abord périméal, comme prestation de chirurgie rectale exclusive			3
CT20.1920 Excision de tumeur rectale par			1
CT20.1940 Excision de tumeur rectale, transanale, comme prestation de chirurgie rectale exclusive			9
CT20.2010 Intervention chirurgicale pour abcès périnéal, supralévatorien, incision-drainage			3
CT20.2020			10

Intervention chirurgicale pour abcès périanal, infralevatorien, incision-drainage	
CT20.2030	74
Traitement chirurgical de fistule anale	
CT20.2040	41
	+ Supplément pour traitement chirurgical de fistule anale trans- ou suprasphinctérienne
CT20.2060	1
Traitement chirurgical d'un réseau de fistules anorectales ou anorectovaginales étendus, abord périméridien	
CT20.2070	59
Cure de prolapsus anal	
CT20.2080	41
Sphinctérotomie anale	
CT20.2100	1
Sphinctéroplastie anale lors d'incontinence, sphinctérorraphie	
CT20.2120	38
Excision de fissure anale	
CT20.2130	48
Excision de marisques, toute méthode	
CT20.2140	62
Ablation de condyomes acuminés	
CT20.2220	24
Cure chirurgicale d'hémorroïdes, excision de noyau hémorroïdaire, par noyau	
CT20.2230	4
	+ Cure chirurgicale d'hémorroïdes, excision de noyau hémorroïdaire, par noyau supplémentaire
CT20.2240	79
Cure chirurgicale d'hémorroïdes, hémorroïdectomie radicale	
CT20.2830	75
Excision radicale de kyste sacro-coecygen	

### Diagnostic et traitement des reins et des voies urinaires ainsi que des organes génitaux masculins

Prestation TARME-D	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de veille	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT21.0010			27
Sondage vésical diagnostique			
CT21.0020			114
Sondage vésical diagnostique ou thérapeutique, chez la femme ou la jeune fille de plus de 16 ans, par le spécialiste			
CT21.0030			1
Sondage vésical diagnostique ou thérapeutique, chez l'enfant ou l'adolescent(e) jusqu'à 16 ans, par le spécialiste			
CT21.0040			39
Instillation et/ou lavage vésical			
CT21.0310			16
Cystoscopie ou urétrocystoscopie			
CT21.0320			15
	+ Endoscopie diagnostique lors d'une cystoscopie ou d'une urétrocystoscopie		
CT21.0330			1
	+ Biopsie(s) lors d'une cystoscopie ou d'une urétrocystoscopie		
CT21.0350			2
	+ Ablation de lithiasé(s) ou de corps étranger(s) lors d'une cystoscopie ou d'une urétrocystoscopie, quel que soit le		
CT21.0370			1
	+ Mise en place d'un drain J-J		
CT21.0380			2
	+ Sondage urétéral unilatéral lors d'une cystoscopie ou d'une urétrocystoscopie		
CT21.0390			3
	+ Sondage urétéral bilatéral lors d'une cystoscopie ou d'une urétrocystoscopie		
CT21.0410			8
Cystoscopie ou urétrocystoscopie			
CT21.0420			8
	+ Endoscopie diagnostique lors d'une cystoscopie ou d'une urétrocystoscopie		
CT21.0450			1
	+ Ablation de lithiasé(s) ou de corps étranger(s) lors d'une cystoscopie ou d'une urétrocystoscopie, quel que soit le nombre		
CT21.0460			9
Cystoscopie ou urétrocystoscopie chez l'enfant ou l'adolescent(e) jusqu'à 16 ans			
CT21.0510			1
Urétroscopie rétrograde, unilatérale			
CT21.0520			1
	+ Urétroscopie ou cystoscopie diagnostique lors d'une urétroscopie		
CT21.0530			7
	+ Endoscopie diagnostique lors d'une urétroscopie rétrograde, par côté		
CT21.0570			1
	+ Dilatation urétérale lors d'		
CT21.0580			1
	+ Extraction de lithiasé(s) ou de corps étranger(s) ou push-back lors d'une urétroscopie rétrograde, quel que soit le		
CT21.0610			1
	+ Tuteur urétéral lors d'une urétroscopie rétrograde, par côté		
CT21.1720			3
Réséction ou incision transurétrale			
CT21.1730			1
Réséction transurétrale de tumeur			
CT21.1790			3
Correction chirurgicale de reflux vésico-urétéral par voie transurétrale, d'un côté			

CT21.1800	Correction chirurgicale de reflux vésico-urétral par voie transurétrale, des deux côtés	3
CT21.2040	Dilatation du col vésical, toute méthode, comme prestation exclusive	1
CT21.2120	Ponction à l'aiguille fine ou biopsie de la prostate, toute voie d'abord	4
CT21.2130	Biopsie à l'aiguille de la vésicule séminale	2
CT21.2180	Prostatectomie transurétrale, toute méthode	9
CT21.2210	Urétrotomie interne	21
CT21.2320	Traitement d'une fistule urétrale antérieure	3
CT21.2380	Traitement d'un diverticule urétral chez la femme	1
CT21.2420	Reconstruction du méat lors de sténose acquise	10
CT21.2530	Opération pour incontinence par voie endo-urétrale, dépôts para-urétraux	3
CT21.2630	Injection dans les corps caverneux	1
CT21.2650	Biopsie ouverte du pénis	1
CT21.2660	Adhésiolyse du prépuce	6
CT21.2670	Frénulotomie ou frénuloplastie, comme prestation exclusive	23
CT21.2680	Circuncision, toute méthode	194
CT21.2690	Intervention pour paraphimosis	2
CT21.2700	Traitement d'un traumatisme pénien avec lésion des structures profondes, de l'urètre, des corps caverneux ou des vaisseaux	1
CT21.2710	Correction chirurgicale d'une déviation pénienne	18
CT21.2720	Ablation de chorde	15
CT21.2780	Mise en place d'une prothèse pénienne hydraulique	5
CT21.2790	Ablation ou changement d'une prothèse pénienne	3
CT21.2830	Traitement chirurgical d'un hypospadias antérieur (glandulaire, pénien) en un temps	17
CT21.2920	Biopsie testiculaire ouverte,	1
CT21.2930	<i>(*) Biopsie testiculaire ouverte, comme prestation additionnelle</i>	2
CT21.2940	Traitement d'une lésion testiculaire	4
CT21.2950	Orchidectomie inguinale ou scrotale unilatérale	23
CT21.2970	Orchidectomie sous-capsulaire unilatérale	1
CT21.3000	Mise en place d'une prothèse testiculaire, d'un côté, comme prestation exclusive	1
CT21.3020	<i>(*) Mise en place d'une prothèse testiculaire, par côté, comme prestation additionnelle</i>	14
CT21.3060	Traitement chirurgical d'hydrocèle testiculaire, d'un côté	41
CT21.3070	Traitement chirurgical d'hydrocèle testiculaire, des deux côtés	4
CT21.3080	Traitement chirurgical de spermatocele, d'un côté	7
CT21.3090	Traitement chirurgical de spermatocele, des deux côtés	2
CT21.3100	Traitement chirurgical de torsion testiculaire ou de torsion d'une hydatide de Morgagni	1
CT21.3130	Traitement chirurgical de cryptorchidie, chez l'adolescent et l'adulte à partir de 7 ans, d'un côté	18
CT21.3135	Traitement chirurgical de cryptorchidie, chez l'enfant jusqu'à 7 ans, d'un côté	38
CT21.3140	Traitement chirurgical de cryptorchidie, chez l'adolescent et l'adulte à partir de 7 ans, des deux côtés	4
CT21.3145	Traitement chirurgical de cryptorchidie, chez l'enfant jusqu'à 7 ans, des deux côtés	6
CT21.3150	Traitement chirurgical ouvert de varicocele (ligature de la veine spermatique), d'un côté	16
CT21.3160	Traitement chirurgical ouvert de varicocele (ligature de la veine spermatique), des deux côtés	5

Prestation TARMED	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT22.0030 Consultation gynécologique spéciale par le spécialiste, par période de 5 min			76
CT22.0040 Consultation de stérilité pour la femme par le spécialiste en gynécologie, par période de 5 min			5
CT22.0050 Examen au spéculum			1
CT22.0060 + Prélèvement de sécrétions vaginales pour analyse et examen bactériologique			1
CT22.0070 + Prélèvements pour examen cytologique			2
CT22.0090 Colposcopie			89
CT22.0100 + Biopsie sous colposcopie			10
CT22.0310 Laparoscopie ou pelviscopie gynécologique diagnostique			1
CT22.0320 + Supplément pour pose et fixation d'un set de perfusion intra-utérin et/ou d'instrument de guidage			1
CT22.0360 Laparoscopie ou pelviscopie gynécologique, thérapeutique			17
CT22.0370 + Supplément pour pose et fixation d'un set de perfusion intra-utérin et/ou d'instrument de guidage			13
CT22.0380 + Supplément pour biopsie lors d'une laparoscopie ou d'une pelviscopie gynécologique			11
CT22.0390 + Supplément pour adhésiolyse d'adhérences charnues lors d'une laparoscopie ou d'une pelviscopie gynécologique			9
CT22.0400 + Supplément pour adhésiolyse d'adhérences étendues lors d'une laparoscopie ou d'une pelviscopie gynécologique			4
CT22.0420 + Supplément pour traitement de l'endométriose, stades I et II, lors d'une laparoscopie ou d'une pelviscopie gynécologique, toute méthode			9
CT22.0430 + Supplément pour traitement de l'endométriose, stades III et IV, lors d'une laparoscopie ou d'une pelviscopie gynécologique, toute méthode			4
CT22.0450 + Supplément pour ponction de kyste ou kystotomie lors d'une laparoscopie ou d'une pelviscopie gynécologique			4
CT22.0460 + Supplément pour chromopertubation lors d'une laparoscopie ou d'une pelviscopie gynécologique			9
CT22.0470 + Supplément pour tumorectomie lors d'une laparoscopie ou d'une pelviscopie gynécologique			5
CT22.0530 + Supplément pour lavage thérapeutique lors d'une laparoscopie ou d'une pelviscopie gynécologique			13
CT22.0605 Hystéropie diagnostique, sans curetage (également hystéropie au cabinet médical)			15
CT22.0635 + Biopsie(s) lors d'une hystéropie			2
CT22.0645 Hystéropie avec curetage et/ou biopsie(s)			89
CT22.0650 + Résection de formations polypoides tumorales lors d'une hystéropie			56
CT22.0655 + Destruction chirurgicale de l'endomètre (sous contrôle visuel)			27
CT22.0665 + Destruction non chirurgicale de l'endomètre (sans contrôle visuel)			1
CT22.0670 + Résection de tumeurs lors d'une hystéropie, polypes exceptés, par tumeur			18
CT22.0680 + Section d'un septum lors d'une hystéropie			4
CT22.0685 Destruction non chirurgicale de l'endomètre (sans contrôle visuel), technique en deux temps			1
CT22.0710 Résection de lèvres hypertroph			3
CT22.0730 Plastie de l'introitus vaginal, toute méthode			10
CT22.0750 Incision, excision ou marsupialisation d'une glande ou d'un kyste de Bartholin			4
CT22.0860 Prélèvement pour biopsie du vagin, par biopsie			4
CT22.0910 Utilisation du laser à but gynécologique (vulve, vagin, exocel), par période de 5 min			12
CT22.1030 Conisation du col, toute méthode			114
CT22.1150 Pose, changement ou retrait d'un (DIU)			18
CT22.1160 Bloc cervical (anesthésie de conduction)			60
CT22.1210 Curetage-biopsie ou aspiration diagnostique de l'endomètre			3
CT22.1220			10

Curetage explorateur fractionné	
CT22.1240	3
Curetage évacuateur lors d'un avortement spontané incomplet après une interruption de grossesse induite par médicament	
CT22.1250	71
Curetage évacuateur lors de missed abortion ou d'une interruption de grossesse chirurgicale jusqu'à la 12e semaine (comprise)	
CT22.1260	3
Curetage évacuateur après la 12e semaine/Traitement chirurgical de la rétention du placenta après la naissance (curetage complémentaire)	
CT22.1290	69
Maturation cervicale et/ou manipulation avant curetage évacuateur de l'utérus	
CT22.1570	1
Traitement chirurgical des annexes, toute méthode, par côté	
CT22.1680	1
Plastie tubaire ouverte ou par voie laparoscopique, avec refertilisation, par côté	
CT22.1710	8
Cure de prolapsus et colporrhaphie postérieure, comme prestation exclusive	
CT22.1720	3
	<i>(+) Cure de prolapsus et colporrhaphie postérieure, comme prestation additionnelle</i>
CT22.1730	1
Cure de prolapsus, colporrhaphie antérieure et plastie du trigone, comme prestation exclusive	
CT22.1760	1
	<i>(+) Cure de prolapsus, colporrhaphie antérieure et postérieure, plastie du trigone et des releveurs, comme prestation additionnelle</i>
CT22.1770	5
Correction d'incontinence urinaire par voie vaginale au moyen d'une bandelette, comme prestation exclusive	
CT22.1775	6
Correction d'incontinence urinaire par voie vaginale au moyen d'une bandelette TVT (Tension free Vaginal Tape), comme prestation exclusive	
CT22.1780	6
	<i>(+) Correction d'incontinence</i>
CT22.1810	1
Réparation de défaut paravagin	
CT22.1820	1
	<i>(+) Réparation de défaut paravaginal, comme prestation additionnelle</i>

### Diagnostic et traitement des seins

Prestation TARMED	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT23.0110			3
Biopsie excision au niveau du sein, abord direct			
CT23.0120			2
Biopsie excision au niveau du sein, abord indirect			
CT23.0130			4
Tumorectomie, lumpectomie ou quadrantectomie du sein			
CT23.0160			1
Mastectomie unilatérale sous cutanée en cas de gynécomastie, comme prestation exclusive			
CT23.0180			2
Mastectomie bilatérale sous-cutanée en cas de gynécomastie, comme prestation exclusive			
CT23.0320			4
Mastopexie unilatérale			
CT23.0330			4
Mastopexie bilatérale			
CT23.0340			7
Mastopexie unilatérale périaréolaire			
CT23.0350			2
Mastopexie bilatérale périaréolaire			
CT23.0360			2
Plastie mammaire de réduction unilatérale			
CT23.0370			6
Plastie mammaire de réduction bilatérale			
CT23.0420			1
Plastie mammaire d'augmentation sous-musculaire bilatérale			
CT23.0490			2
Changement de prothèse mammaire (explantation) unilatéral			
CT23.0500			2
Changement de prothèse mammaire (explantation) bilatéral			
CT23.0530			1
Capsulectomie totale d'une prothèse mammaire unilatérale			
CT23.0540			2
Capsulectomie totale d'une prothèse mammaire bilatérale			
CT23.0550			46
Reconstruction ou correction unilatérale de la PAM (plaque aréolo-mamelonnaire) par GPT (greffe de peau totale)			
CT23.0560			56
	<i>+ Reconstruction ou correction du mamelon lors de reconstruction ou de correction de l'aréole</i>		
CT23.0570			14
Reconstruction ou correction bilatérale de la PAM (plaque aréolo-mamelonnaire) par GPT (greffe de peau totale)			

### Diagnostic et traitement de l'appareil locomoteur

Prestation TARMED	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
-------------------	--	------------------------------------	---------------------------------

CT24.0010	Examen par le spécialiste en orthopédie ou en chirurgie	421
CT24.0030	Biopsie musculaire ouverte	57
CT24.0050	Suture musculaire profonde, adaptation, comme prestation exclusive	2
CT24.0120	Ponction articulaire (y compris kyste articulaire et para-articulaire), doigt, orteil, par articulation	50
CT24.0130	Ponction articulaire (y compris kyste articulaire et para-articulaire), épaule, coude, genou, articulation tibio-astragalienne	60
CT24.0140	Ponction articulaire (y compris kyste articulaire et para-articulaire), articulation sacro-iliaque, hanche, carpe et tarse, articulation sous-astragalienne	76
CT24.0170	Mobilisation articulaire sous anesthésie, par articulation	1
CT24.0180	Ponction d'une bourse, toute localisation	4
CT24.0190	Ablation de broches percutanées ou de fixateur externe au niveau de la ceinture scapulo-humérale, à l'extrémité supérieure et sur le sternum ou les côtes	8
CT24.0200	Ablation de broches percutanées ou de fixateur externe, région du bassin ou membre inférieur	3
CT24.0210	Ablation de matériel d'ostéosynthèse, à moins qu'elle ne fasse l'objet d'une autre position tarifaire	140
CT24.0220	Exploration et élaboration du plan thérapeutique par le spécialiste en chirurgie de la main lors d'une lésion fraîche et complexe d'un membre supérieur, par côté	30
CT24.0230	Exploration et élaboration du plan thérapeutique par le spécialiste en chirurgie de la main lors d'une lésion fraîche et complexe d'un doigt	100
CT24.0240	+ Exploration et élaboration du plan thérapeutique par le spécialiste en chirurgie de la main lors d'une lésion fraîche et complexe d'un doigt, par doigt supplémentaire	2
CT24.0260	+ Suture primaire ou secondaire de tendon fléchisseur dans le canal digital, par tendon, comme prestation additionnelle	64
CT24.0270	+ Suture primaire ou secondaire de tendon extenseur, doigts, dos de la main et avant-bras, par tendon, comme prestation additionnelle	30
CT24.0310	+ Traitement à ciel ouvert d'une plaie des vaisseaux artériels périphériques, comme prestation additionnelle	80
CT24.0320	+ Supplément par suture nerveuse supplémentaire lors de la suture d'un tronc nerveux dans la partie distale de l'avant-bras ou de la jambe, par la même voie d'abord	3
CT24.0430	Réduction ouverte d'une fracture de la clavicule par ostéosynthèse, toute méthode	4
CT24.0480	Arthrotomie de l'articulation acromio-claviculaire ou sterno-claviculaire	46
CT24.0490	+ Résection partielle de la clavicule lors d'arthrotomie acromio-claviculaire ou sterno-claviculaire	42
CT24.0530	Ablation de matériel d'ostéosynthèse sur la clavicule	30
CT24.0550	Ablation d'exostose(s) de l'omoplate, comme prestation exclusive	1
CT24.0580	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'omoplate	1
CT24.0590	Excision, séquestrectomie ou curetage en cas d'ostéomyélite de la clavicule, de l'omoplate ou de l'humérus proximal	1
CT24.0600	+ Mise en place d'un transplant osseux lors d'excision, de séquestrectomie ou de curetage en cas d'ostéomyélite de la clavicule, de l'omoplate ou de l'humérus proximal	1
CT24.0710	Arthroscopie de l'épaule	90
CT24.0720	+ Biopsie(s) par arthroscopie de l'épaule	1
CT24.0730	+ Synovectomie partielle ou résection du bourrelet glénoïdien par arthroscopie de l'épaule	41
CT24.0740	+ Synovectomie subtotale ou débridement en cas d'infection, par arthroscopie de l'épaule	4
CT24.0750	+ Décompression de l'espace sous-acromial ou acromioplastie par arthroscopie de l'épaule	64
CT24.0760	+ Fixation du bourrelet glénoïdien par arthroscopie de l'épaule	18
CT24.0770	+ Plastie capsulo-ligamentaire en cas d'instabilité unidirectionnelle, par arthroscopie de l'épaule	13
CT24.0780	+ Plastie capsulo-ligamentaire en cas d'instabilité multidirectionnelle, par arthroscopie de l'épaule	1
CT24.0790	+ Suture ou plastie de la coiffe des rotateurs, par arthroscopie de l'épaule	36
CT24.0800	Ablation ouverte de calcifications péri-articulaires de l'épaule, comme prestation exclusive	1
CT24.0820	Arthrotomie de l'épaule	5
CT24.0840	Traitement ouvert et suture lors de rupture de la coiffe des rotateurs, sans réinsertion transosseuse	5
CT24.0860	+ Acromioplastie et/ou section ou résection du ligament coraco-acromial lors de traitement d'une rupture de la coiffe des rotateurs	5
CT24.0870	Opération de reconstruction lors de rupture de la coiffe des rotateurs, avec réinsertion transosseuse	4
CT24.0880	Ténodèse ou opération de reconstruction du muscle long biceps, proximal, comme prestation exclusive	1

CT24.0890		34
	(+) <i>Ténodèse ou opération de reconstruction en cas d'instabilité du tendon du long biceps, comme prestation additionnelle</i>	
CT24.0910	Réduction ouverte d'une luxation de l'épaule avec suture capsulo-ligamentaire	1
CT24.0930	+ <i>Refixation tendineuse lors de traitement d'une luxation de l'épaule avec réduction ouverte et suture capsulo-ligamentaire, par tendon</i>	1
CT24.1160	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture de la tête humérale	1
CT24.1230	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture diaphysaire de l'humérus	2
CT24.1410	Ablation d'exostose(s) de l'humérus ou du coude, comme prestation exclusive	2
CT24.1420	Excision d'une tumeur osseuse	1
CT24.1440	Excision d'une tumeur osseuse ou d'un kyste de l'humérus, de la diaphyse ou de la métaphyse, avec atteinte articulaire	1
CT24.1620	Réduction fermée d'une fracture complexe du coude	1
CT24.1630	Réduction ouverte d'une fracture complexe du coude, plaque et vissage	1
CT24.1650	Traitement de cal vicieux ou de pseudarthrose après fracture complexe du coude, comme prestation exclusive	1
CT24.1660	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture complexe du coude	2
CT24.1750	Arthrotomie du coude	1
CT24.1860	Plastie tendineuse dans la région du coude, toute méthode, comme prestation exclusive	3
CT24.1880	Traitement opératoire de base d'une épicondylite, comme prestation exclusive	5
CT24.1890	+ <i>Intervention complémentaire de toute nature lors d'opération pour épicondylite</i>	2
CT24.1900	Opération lors d'épitrôchléite, comme prestation exclusive	2
CT24.1930	Réséction d'une bourse dans la région du coude, comme prestation exclusive	9
CT24.2140	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture proximale du cubitus	13
CT24.2170	Ostéosynthèse ou traitement d'une fracture diaphysaire du radius ou du cubitus, extra-articulaire, par ostéosynthèse (cerclage, vissage ou plaques)	106
CT24.2180	Traitement de cal vicieux ou de pseudarthrose après fracture du radius ou du cubitus, toute méthode, comme prestation exclusive	6
CT24.2190	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de l'avant-bras, vis, plaque ou cerclage	94
CT24.2210	Ostéotomie correctrice ou ostéotomie cunéiforme simple du radius et/ou du cubitus, y compris ostéosynthèse, un plan	8
CT24.2220	Ostéotomie correctrice du radius et/ou du cubitus, plusieurs plans	4
CT24.2240	Ablation d'exostoses ou d'ostéophytes, doigts, métacarpiens, os du carpe, avant-bras, première articulation, comme prestation exclusive	11
CT24.2250	+ <i>Ablation d'exostoses ou d'ostéophytes, doigts, métacarpiens, os du carpe, avant-bras, chaque articulation supplémentaire</i>	1
CT24.2270	Traitement chirurgical d'une tumeur osseuse par énucléation, région avant-bras et main, comme prestation exclusive	1
CT24.2280	Traitement chirurgical d'une tumeur osseuse par réséction tumorale en bloc, région avant-bras et main, comme prestation exclusive	2
CT24.2290	Plastie tendineuse de raccourcissement ou d'allongement, région avant-bras ou main, premier tendon	6
CT24.2300	+ <i>Plastie tendineuse de raccourcissement ou d'allongement, région avant-bras ou main, pour chaque tendon supplémentaire par la même voie d'abord</i>	2
CT24.2320	Transposition ou transfert tendineux dans la région de l'avant-bras ou de la main, premier tendon	21
CT24.2330	+ <i>Transposition ou transfert tendineux dans la région de l'avant-bras ou de la main, par tendon supplémentaire, même voie d'abord</i>	2
CT24.2340	+ <i>Transposition ou transfert tendineux dans la région de l'avant-bras ou de la main, par tendon supplémentaire, avec voie d'abord séparée du même côté</i>	3
CT24.2350	Grefte des tendons fléchisseurs ou reconstruction à l'aide d'implant dans la région de l'avant-bras ou de la main, technique en un ou deux temps, par tendon	1
CT24.2360	Grefte des tendons extenseurs ou reconstruction à l'aide d'implant dans la région de l'avant-bras ou de la main, technique en un ou deux temps, par tendon	5
CT24.2370	Ténolyse et/ou synovectomie des tendons extenseurs, région avant-bras ou carpe, premier tendon, comme prestation exclusive	20
CT24.2380	+ <i>Ténolyse et/ou synovectomie des tendons extenseurs, région avant-bras ou carpe, chaque tendon supplémentaire</i>	13
CT24.2390	Fasciotomie décompressive en cas de syndrome des loges, région de l'avant-bras, comme prestation exclusive	2
CT24.2400	Suture primaire ou secondaire de tendon extenseur, doigts, dos de la main et avant-bras, par tendon, comme prestation exclusive	12
CT24.2410	Traitement d'une fracture et/ou luxation, réduction fermée avec fixation externe, poignet, os du carpe, radius distal ou cubitus distal	11
CT24.2420	Embrochage percutané d'une fracture et luxation, doigt, métacarpe	109

CT24.2430		96
CT24.2440	Traitement d'une fracture d'un métacarpien par cerclage, vissage ou plaques	27
CT24.2450	Traitement d'une fracture d'un os du carpe par cerclage, vissage ou plaques	153
CT24.2460	Traitement d'une fracture distale du radius et/ou du cubitus, intra-articulaire, par cerclage, vissage ou plaques	10
CT24.2470	Traitement de cal vicieux ou de pseudarthrose après fracture de doigt ou de métacarpien, toute méthode, comme prestation exclusive	9
CT24.2480	Traitement de cal vicieux ou de pseudarthrose après fracture d'os du carpe, toute méthode, comme prestation exclusive	88
CT24.2490	Ablation de matériel d'ostéosynthèse de la main ou de la région digitale, vis, plaque ou cerclage	21
CT24.2500	Arthroscopie diagnostique du poignet	10
CT24.2510	+ Supplément pour petite intervention arthroscopique au poignet	2
CT24.2610	+ Supplément pour grande intervention arthroscopique au poignet	2
CT24.2630	Osiéotomie correctrice de phalange proximale, moyenne ou distale ou de métacarpien, premier os	1
CT24.2640	Réséction d'os pisiforme ou sésamoïde de la main, pseudarthrose de l'os crochu	10
CT24.2650	Traitement chirurgical d'une tumeur osseuse par enucléation, doigt ou métacarpien, comme prestation exclusive	7
CT24.2660	Arthrotomie dans la région du poignet (radio-carpienne, médio-carpienne, radio-cubitale), comme prestation exclusive	40
CT24.2670	Arthroplastie prothétique de l'articulation trapézo-métacarpienne, plastic d'interposition ou technique de suspension, toute méthode	5
CT24.2680	Arthroplastie prothétique du poignet (substitution d'os du carpe) ou d'une plastic d'interposition	4
CT24.2690	Arthroplastie du poignet par revascularisation d'un os du carpe	6
CT24.2700	Arthroplastie prothétique totale du poignet	2
CT24.2710	Arthrodèse de l'articulation trapézo-métacarpienne	13
CT24.2730	Arthrodèse complète ou partielle du carpe et/ou de l'articulation radio-cubitale distale	5
CT24.2740	Réséction d'un rayon au niveau du métacarpe, par rayon	1
CT24.2810	Correction des parties molles et/ou préparation pour recouvrement secondaire d'un moignon après amputation, région de l'avant-bras ou de la main	1
CT24.2910	Pouce, reconstruction du pli interdigital, lambeau local, comme prestation exclusive	1
CT24.2970	Reconstruction de doigt par transplantation microvasculaire libre d'un orteil	1
CT24.3110	Approfondissement de plis interdigitaux, comme prestation exclusive	29
CT24.3120	Traitement de phlegmon de la gaine des tendons du canal digital et de la paume de la main	5
CT24.3130	Suture primaire ou secondaire d'un tendon fléchisseur en dehors du canal digital, par tendon, comme prestation exclusive	2
CT24.3140	+ Suture primaire ou secondaire d'un tendon fléchisseur en dehors du canal digital, par tendon supplémentaire	5
CT24.3150	Ténodèse dans la région de la main, premier tendon, comme prestation exclusive	3
CT24.3160	+ Ténodèse dans la région de la main, par tendon ou bandelette de tendon supplémentaire	26
CT24.3170	Section de la coulisse des extenseurs 1 et 2 sur la face dorsale du poignet	85
CT24.3180	Ténolyse et/ou synovectomie des tendons fléchisseurs, doigts et paume de la main, premier rayon, comme prestation exclusive	13
CT24.3190	+ Ténolyse et/ou synovectomie des tendons fléchisseurs, doigts et paume de la main, par rayon supplémentaire	2
CT24.3200	Traitement chirurgical d'une tumeur osseuse par enucléation, région avant-bras et main, comme prestation exclusive	188
CT24.3210	Intervention avec section ouverte sur les poulies, par doigt, comme prestation exclusive	3
CT24.3220	Intervention sur les poulies, reconstruction à l'aide de greffon, par doigt, comme prestation exclusive	3
CT24.3230	Aponévrotomie lors de la maladie de Dupuytren, toute méthode	30
CT24.3240	Aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, de la paume de la main jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne.	11
CT24.3245	+ Supplément pour extension jusqu'à l'articulation (IPP) lors d'une aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, par rayon	3
CT24.3246	Aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, à partir de l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'à l'articulation IPP, un rayon digital	2
CT24.3250	+ Majoration pour aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, à partir de l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'à l'articulation IPP, par rayon digital supplémentaire	2
CT24.3250	+ Majoration en % pour réopération ou intervention suivante lors d'une aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren	2

CT24.3260		11
	+ <i>Supplément pour extension jusqu'à l'articulation (IPD), lors d'une aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, par rayon</i>	
CT24.3265	Aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, à partir de l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'à l'articulation IPD, un rayon digital	2
CT24.3266		1
	+ <i>Majoration pour aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren, à partir de l'articulation métacarpo-phalangienne jusqu'à l'articulation IPD, par rayon digital supplémentaire</i>	
CT24.3267		5
	+ <i>Majoration pour fermeture de la plaie par plasties locales avec lambeaux lors d'une aponévrectomie en cas de maladie de Dupuytren</i>	
CT24.3280		54
	Excision d'un kyste arthro-synovial du poignet, comme prestation exclusive	
CT24.3290		19
	Synovectomie étendue du poignet, premier compartiment, comme prestation exclusive	
CT24.3310		32
	Suture primaire et secondaire de ligament et/ou capsule, articulation métacarpo-phalangienne du pouce	
CT24.3320		12
	Suture primaire et secondaire de ligament et/ou capsule, poignet ou articulation trapézo-métacarpienne	
CT24.3330		1
	Plastie capsulo-ligamentaire à l'aide de greffon, articulation métacarpo-phalangienne du pouce	
CT24.3350		5
	Plastie capsulo-ligamentaire à l'aide de greffon, poignet	
CT24.3410		16
	Reduction fermée d'une fracture et/ou luxation digitale avec fixation externe, par rayon digital	
CT24.3420		60
	Ostéosynthèse/traitement d'une fracture de doigt (cerclage, vissage ou plaques), toute méthode, un doigt	
CT24.3430		2
	+ <i>Ostéosynthèse ou traitement d'une fracture d'un doigt par ostéosynthèse, par doigt supplémentaire</i>	
CT24.3440		8
	Arthrodèse des articulations digitales, une articulation, comme prestation exclusive	
CT24.3450		2
	Arthrodèse des articulations digitales, une articulation, comme prestation exclusive	
CT24.3460		3
	Arthroplastie d'un doigt, toute méthode, une articulation	
CT24.3470		2
	+ <i>Arthroplastie d'un doigt, toute méthode, chaque articulation supplémentaire</i>	
CT24.3480		21
	Arthrodèse d'une articulation digitale, une articulation	
CT24.3490		3
	+ <i>Arthrodèse d'une articulation digitale, chaque articulation suivante</i>	
CT24.3500		8
	Amputation au niveau du doigt lors d'un traitement en urgence, un doigt	
CT24.3510		2
	+ <i>Amputation au niveau du doigt lors d'un traitement en urgence, par doigt supplémentaire</i>	
CT24.3520		11
	Amputation au niveau du doigt, intervention élective, par doigt	
CT24.3530		9
	Correction des parties molles et/ou préparation pour recouvrement secondaire d'un moignon après amputation, région digitale, un doigt	
CT24.3540		1
	+ <i>Correction des parties molles et/ou préparation pour recouvrement secondaire d'un moignon après amputation, région digitale, par doigt supplémentaire</i>	
CT24.3610		4
	Traitement de panaris, par doigt	
CT24.3620		17
	Traitement d'ostéite ou d'arthrite septique interphalangienne distale, un doigt	
CT24.3630		3
	+ <i>Traitement d'ostéite ou d'arthrite septique interphalangienne distale, par doigt supplémentaire</i>	
CT24.3640		1
	Traitement de phlegmon de la gaine des tendons du canal digital, incision et drainage, un doigt	
CT24.3660		1
	Traitement de phlegmon de la gaine des tendons du canal digital, avec ouverture du canal dans sa totalité et drainage, un doigt	
CT24.3680		47
	Ténolyse et/ou synovectomie des tendons fléchisseurs, un doigt, comme prestation exclusive	
CT24.3690		7
	+ <i>Ténolyse et/ou synovectomie des tendons fléchisseurs, par doigt supplémentaire</i>	
CT24.3700		16
	Ténolyse et/ou synovectomie des tendons extenseurs, région digitale, un doigt, comme prestation exclusive	
CT24.3720		66
	Excision d'un kyste arthro-synovial et/ou synovectomie partielle localisée, articulations des doigts, comme prestation exclusive	
CT24.3730		5
	Suture primaire et secondaire de ligament et/ou de capsule, articulations des doigts ((MP)/(IPP)/(IPD)), par articulation, comme prestation exclusive	
CT24.3760		15
	Suture primaire ou secondaire de tendon fléchisseur dans le canal digital, quel qu'il soit, comme prestation exclusive	
CT24.3770		4
	+ <i>Suture primaire ou secondaire de tendon fléchisseur dans le canal digital, chaque tendon supplémentaire</i>	
CT24.4740		2
	Excision d'une bourse dans la région de la hanche, superficielle ou profonde, comme prestation exclusive	
CT24.5060		2
	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture du col fémoral	
CT24.5120		1
	Ablation de matériel d'ostéose	
CT24.5220		3
	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture diaphysaire du fémur	
CT24.5350		7
	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture distale du fémur	

CT24.5470	Epiphysiodèse distale du fémur ou proximale du tibia, par épiphyse, comme prestation exclusive	2
CT24.5490	Ablation d'extosiose(s) extra-articulaire(s) du fémur, du genou ou du tibia proximal, comme prestation exclusive	3
CT24.5500	Réséction d'une tumeur osseuse, d'un foyer d'ostéomyélite chronique du fémur, du genou ou du tibia proximal, sans atteinte articulaire	1
CT24.5610	<b>Arthroscopie du genou</b>	287
CT24.5615	+ Résection d'un kyste articulaire ou tendineux ou d'une bourse profonde ou superficielle dans la région du genou, comme prestation additionnelle	5
CT24.5620	+ Ablation de corps libres lors d'une arthroscopie du genou	104
CT24.5630	+ Résection d'une plica lors d'une arthroscopie du genou	55
CT24.5640	+ Synovectomie subtotale en cas d'arthrose lors d'une arthroscopie du genou	117
CT24.5650	+ Synovectomie subtotale postinfectieuse ou lors de polyarthrite, lors d'une arthroscopie du genou	3
CT24.5660	+ Section de l'aillon rotulien	25
CT24.5680	+ Excision d'ostéophytes et/ou notchplasty lors d'une arthroscopie du genou	52
CT24.5690	+ Mise en place d'un lavage-drainage lors d'une arthroscopie du genou	156
CT24.5700	+ Toilette méniscale lors d'une arthroscopie d'un genou	16
CT24.5710	+ Résection partielle ou totale de ménisque interne ou externe lors d'une arthroscopie du genou, par ménisque	209
CT24.5720	+ Résection partielle ou totale d'un ménisque discorde ou d'un kyste méniscal interne ou externe lors d'une arthroscopie du genou	6
CT24.5730	+ Suture de ménisque interne ou externe lors d'une arthroscopie du genou	5
CT24.5735	+ Microfracture ou forage(s) de Prillie	11
CT24.5740	+ Traitement d'une ostéochondrose disséquante lors d'une arthroscopie du genou, fixation du séquestre	5
CT24.5750	+ Traitement d'une ostéochondrose disséquante par plastie lors d'une arthroscopie du genou	14
CT24.5770	+ Traitement d'une rupture du ligament croisé antérieur par suture et/ou réinsertion transosseuse ainsi que plastie d'augmentation, lors d'une arthroscopie du genou, toute méthode	2
CT24.5780	+ Traitement d'une rupture du ligament croisé antérieur par plastie autologue lors d'une arthroscopie du genou, toute	8
CT24.5790	+ Traitement d'une rupture du ligament croisé antérieur par remplacement alloplastique lors d'une arthroscopie du genou, toute méthode	18
CT24.5860	+ Ablation de matériel d'ostéosynthèse lors d'une arthroscopie du genou	2
CT24.5910	<b>Arthrotomie du genou</b>	3
CT24.6150	+ Plastie ligamentaire extra-articulaire, autologue ou alloplastique, appareil capsulo-ligamentaire externe, lors d'une arthrotomie du genou, toute méthode	1
CT24.6210	<b>Arthroplastie du genou, prothèse</b>	1
CT24.6390	Traitement d'une fracture de la rotule, vis, agrafes, cerclage ou embrochage	1
CT24.6420	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture de la rotule	9
CT24.6440	Traitement d'une luxation récidivante et/ou habituelle de la rotule, plastie des parties molles, toute méthode	1
CT24.6460	Traitement d'une luxation récidivante et/ou habituelle de la rotule, translation de la tubérosité tibiale	1
CT24.6470	Traitement d'une luxation récidivante et/ou habituelle de la rotule, ostéotomie correctrice de l'articulation femororotulienne, toute méthode	2
CT24.6510	Réséction d'une bourse dans la région du genou, superficielle, comme prestation exclusive	3
CT24.6520	Réséction d'un kyste articulaire, d'un kyste tendineux ou d'une bourse profonde dans la région du genou, comme prestation exclusive	8
CT24.6670	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture du plateau tibial	22
CT24.6730	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture diaphysaire du tibia	20
CT24.6790	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture diaphysaire du péroné	7
CT24.6850	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture diaphysaire du tibia et du péroné	1
CT24.6910	Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture distale intra-articulaire du tibia (pilon)	1
CT24.7020	Ostéotomie correctrice diaphysaire du tibia - du même côté	10
CT24.7120	Ténotomie du tendon d'Achille, toute méthode, comme prestation exclusive	1
CT24.7130		8

Suture et/ou plastie du tendon d'Achille, toute méthode, comme prestation exclusive	
CT24.7140	1
Ténolyse du tendon d'Achille, comme prestation exclusive	
CT24.7170	2
Ténolyse de tendons à la jambe, un ou plusieurs tendon(s), comme prestation exclusive	
CT24.7180	1
Traitement ouvert d'une luxation de tendon(s) péronier(s), toute méthode, comme prestation exclusive	
CT24.7320	1
Réduction ouverte d'une fracture de la malléole interne, plaque, vis, agrafes, cerclage ou embranchage	
CT24.7340	33
Ablation du matériel d'ostéosynthèse après fracture de la malléole interne	
CT24.7360	4
Réduction ouverte et ostéosynthèse d'une fracture de la malléole externe, toute méthode	
CT24.7390	66
Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture de la malléole externe	
CT24.7550	1
Suture ligamentaire médiale de la cheville, toute méthode, un ou plusieurs ligaments, comme prestation exclusive	
CT24.7560	9
Plastie ligamentaire latérale de la cheville, toute méthode, un ou plusieurs ligaments, comme prestation exclusive	
CT24.7610	32
Arthroscopie de la cheville (articulation tibiio-astragalienne ou sous-astragalienne), une articulation	
CT24.7620	17
	+ Ablation de corps libres lors d'une arthroscopie de la cheville
CT24.7640	19
	+ Synovectomie lors d'une arthroscopie de la cheville, subtotale
CT24.7650	14
	+ Ablation d'ostéophytes ou d'exostoses lors d'une arthroscopie de la cheville
CT24.7670	1
Arthroscopie de la cheville, les deux articulations	
CT24.7710	3
Arthrotomie de la cheville, comme prestation exclusive	
CT24.7740	1
	+ Ablation de corps libres lors d'une arthrotomie de la cheville, toute indication
CT24.7980	13
Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture du calcaneum	
CT24.8010	1
Traitement de cal vicieux ou de pseudarthrose après fracture de l'astragale, comme prestation exclusive	
CT24.8020	2
Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture de l'astragale	
CT24.8070	6
Ablation de matériel d'ostéosynthèse après une ou plusieurs fractures des os du tarse	
CT24.8100	4
Réduction ouverte d'une fracture métatarsienne, plaque, vis, agrafes, cerclage ou embranchage, une fracture	
CT24.8140	17
Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture métatarsienne, quel que soit le nombre	
CT24.8160	2
Réduction ouverte d'une fracture d'orteil (gros orteil inclus), plaque, vis, agrafes, cerclage, embranchage ou fixateur externe, un orteil	
CT24.8190	3
Ablation de matériel d'ostéosynthèse après fracture d'orteil (gros orteil inclus)	
CT24.8310	30
Cure d'orteil en marteau, débridage ou résection de tête, un orteil	
CT24.8320	8
	+ Cure d'orteil en marteau, débridage ou résection de tête, par orteil supplémentaire
CT24.8330	14
	+ Transfert ou allongement de tendon lors de traitement d'orteil en marteau, par orteil
CT24.8340	2
	+ Plastie cutanée pour création d'une syndactylie lors d'une intervention pour orteil en marteau
CT24.8350	14
Transfert ou allongement de tendon lors de traitement d'orteil en marteau, un orteil	
CT24.8360	11
	+ Transfert ou allongement de tendon lors de traitement d'orteil en marteau, par orteil supplémentaire
CT24.8410	9
Opération d'hallux valgus, résection de l'exostose	
CT24.8420	1
Opération d'hallux valgus, arthroplastie par résection	
CT24.8440	67
Opération d'hallux valgus, ostéotomie métatarsienne, toute méthode	
CT24.8460	12
	(*) Ostéotomie métatarsienne ou du cunéiforme ou arthrolyse de Lisfranc I, toute méthode, lors d'une opération d'hallux valgus, comme prestation additionnelle
CT24.8470	5
Opération d'hallux valgus, ostéotomie de la phalange basale	
CT24.8480	42
	(*) Ostéotomie de la phalange basale du premier orteil (simple ou double) lors d'une opération d'hallux valgus, comme prestation additionnelle
CT24.8510	5
Arthrolyse(s) dans la région de l'arrière-pied ou du métatarse; articulation de Chopart, de Lisfranc, tarse avec arthrolyse(s) partielle(s) du métatarse, comme prestation exclusive	
CT24.8520	4
	+ Plastie tendineuse lors d'arthrolyses de la région du pied, par tendon
CT24.8540	17
Résection d'os accessoires, d'exostoses et d'ostéophytes dans la région de la cheville et du pied, comme prestation exclusive	
CT24.8550	4
	(*) Résection d'os accessoires, d'exostoses et d'ostéophytes dans la région de la cheville et du pied, comme prestation additionnelle
CT24.8560	2

Résection d'une synostose ou coalition dans la région de la cheville et du pied, comme prestation exclusive		
CT24.8620		18
(*) Traitement opératoire de déformations du pied, parties molles, comme prestation additionnelle		
CT24.8640		39
Ostéotomie correctrice dans la région du pied, métatarses, hallux valgus exclu, premier métatarsien		
CT24.8650		25
+ Ostéotomie correctrice de la région des métatarses, hallux valgus exclu, chaque métatarsien supplémentaire		
CT24.8660		14
Ostéotomie correctrice dans la région des orteils, un orteil		
CT24.8670		5
+ Ostéotomie correctrice dans la région des orteils, par orteil supplémentaire		
CT24.8720		1
Résection de tête métatarsienne, première tête métatarsienne		
CT24.8730		1
+ Résection de tête métatarsienne, par tête métatarsienne supplémentaire		
CT24.8740		1
Sesamoidectomie du pied, comme prestation exclusive		
CT24.8750		13
Arthrotomie de l'articulation tarso-métatarsienne ou métatarso-phalangienne, comme prestation exclusive		
CT24.8760		13
Arthrotomie d'une articulation interphalangienne, une articulation, comme prestation exclusive		
CT24.8770		1
+ Arthrotomie d'une articulation interphalangienne, par articulation supplémentaire		
CT24.8780		8
Arthrodèse métatarso-phalangienne, une articulation, comme prestation exclusive		
CT24.8790		22
Arthrodèse interphalangienne (orteils), première articulation, comme prestation exclusive		
CT24.8800		4
+ Arthrodèse interphalangienne (orteils), chaque articulation supplémentaire		
CT24.8820		1
+ Supplément pour traitement de récurrence après fasciectomie de l'aponévrose plantaire		
CT24.8840		1
Fasciectomie de l'aponévrose plantaire, toute méthode, 4 ou 5 rayons digitaux, comme prestation exclusive		
CT24.8850		31
Ténotomie dans la région du pied, toute méthode, par tendon, comme prestation exclusive		
CT24.8860		2
Suture tendineuse dans la région du pied, extenseurs, premier tendon, comme prestation exclusive		
CT24.8900		5
Allongement tendineux dans la région du pied, un tendon, comme prestation exclusive		
CT24.8910		2
+ Allongement tendineux dans la région du pied, par tendon supplémentaire		
CT24.8930		8
Transfert tendineux au pied, un tendon		
CT24.8940		1
+ Transfert tendineux au pied, par tendon supplémentaire		
CT24.8950		13
Résection d'un kyste synovial dans la région du pied (gaine tendineuse ou kyste articulaire), comme prestation exclusive		
CT24.8960		1
+ Supplément pour traitement d'une récurrence de kyste synovial du pied		
CT24.9010		1
Intervention pour panaris d'orteil ou panaris sous-cutané		
CT24.9020		4
Intervention pour panaris d'orteil, osseux ou articulaire		
CT24.9120		1
Amputation, membre inférieur, amputation d'orteil, un orteil		

### Ganglions lymphatiques, voies lymphatiques

Prestation TARMEC	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT26.0010			1
Excision d'un ganglion lymphatique cervical, comme prestation exclusive			
CT26.0070			2
Evidement ganglionnaire sélectif, niveau 1 à 3 (supra-omo-hyoïdien), par côté, comme prestation exclusive			
CT26.0210			7
Excision d'un ganglion lymphatique axillaire, comme prestation exclusive			
CT26.0220			3
Excision de plusieurs ganglions lymphatiques axillaires, par côté, comme prestation exclusive			
CT26.0310			55
Excision d'un ganglion lymphatique inguinal, comme prestation exclusive			
CT26.0320			3
Excision de plusieurs ganglions lymphatiques inguinaux, d'un côté, comme prestation exclusive			
CT26.0430			1
(*) Lymphadénectomie para-aortique ou rétro-péritonéale radicale, comme prestation additionnelle			
CT26.0610			1
Excision d'une lésion du système lymphatique, comme prestation exclusive			
CT29.1030			7
Anesthésie au niveau du plexus cervico-brachial, de l'épaule, du bras ou de la main, toute voie d'abord			

## Traitement de la douleur

Prestation TARMEP	Temps indicatif occupation de salle d'OP	Temps indicatif en salle de réveil	Nombre de patient (03.16-04.17)
CT29.1060			53
<i>Anesthésie de nerfs périphériques au niveau du carpe, premier nerf</i>			
CT29.1070			8
<i>+ Anesthésie de nerfs périphériques au niveau du carpe, par nerf supplémentaire</i>			
CT29.1080			1
<i>Anesthésie de nerfs intercostaux, toute voie d'abord, premier nerf</i>			
CT29.1100			9
<i>Anesthésie des nerfs des extrémités inférieures, toute voie d'abord</i>			
CT29.1110			1
<i>Anesthésie du nerf honteux, toute voie d'abord</i>			
CT29.2000			265
<i>Traitement et examen orienté vers le problème par le médecin spécialiste avec AFC (thérapie de la douleur, par période de 5 min</i>			
CT29.2010			519
<i>Injection diagnostique/thérapeutique articulation intervertébrale, première articulation</i>			
CT29.2020			446
<i>+ Injection diagnostique/thérapeutique articulation intervertébrale, par articulation supplémentaire</i>			
CT29.2080			2
<i>Injection diagnostique/thérapeutique du disque, par disque</i>			
CT29.2090			52
<i>(+)% supplément pour diagnostic/interventions dans les zones cervicale et thoracique</i>			
CT29.2160			1
<i>Injection diagnostique/thérapeutique de la région bassin, jambe, pied dans le plexus lombaire/plexus sacré, tous les accès</i>			
Total général			20861

AmiL	GP	<del>AKV</del>	GeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NfP
DG						MT
SjP						StoM
KCM	20. Juni 2017					At Chem
Kamp						LMS
Inl						Str
RM						15. Chem
P + Q	I + S	GStr	MGP	Lst	AKV	AUV

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
 Herr Bundesrat Alain Berset  
 Inselgasse 1  
 3003 Bern

**Direktion**  
 Direktor der Stiftung und  
 Vorsitzender der Spitalleitung  
**Guido Bucher**  
 Telefon 071 243 76 01  
 guido.bucher@kispisg.ch  
 www.kispisg.ch

19. Juni 2017

**Stellungnahme zum Tarifeingriff in den ambulanten Arzttarif TARMED 1.09\_BR**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Bezugnehmend auf unsere bereits eingereichte Stellungnahme gelangen wir im Rahmen der im Titel erwähnten Vernehmlassung noch einmal an Sie.

Mit der laufenden Revision der Tarifstruktur TARMED möchte der Bundesrat drei Ziele erreichen:

1. Erhöhung der Sachgerechtigkeit, wobei gleichzeitig auch die Grundversorger gegenüber den Spezialisten bessergestellt werden sollen;
2. Erhöhung der Transparenz, wobei mit einer verbesserten Kostenwahrheit auch die Kostenentwicklung gebremst werden soll;
3. Reduktion von Fehlanreizen.

Die Allianz Kinderspitäler der Schweiz (AllKidS) kann sich mit diesen Zielsetzungen identifizieren. AllKidS hat deshalb auch stets konstruktiv an einer Neugestaltung der Tarifstruktur mitgearbeitet. Die von uns mitgetragene Tarifrevision ats-tms wurde von H+ dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zeitgerecht eingereicht. Leider wurde dieser Vorschlag nicht berücksichtigt.

Die Vorlage des Bundesrates trägt für die Kinderspitäler nicht zur Zielerreichung bei, da sie von falschen Annahmen ausgeht, die einer Überprüfung in der Praxis nicht standhalten. So kann das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei vielen Tarifpositionen die effektiven (finanziellen) Folgen selbst nicht einmal klar beziffern resp. deren Auswirkungen einschätzen. Die beabsichtigte Revision droht namentlich in den Kinderspitälern grossen Schaden anzurichten. Es fehlt damit die sachgerechte und betriebswirtschaftliche Bemessung, wie sie das KVG fordert.



**Die Massnahmen für die ambulante spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin sind nicht sachgerecht.**

Kinder- und Jugendmedizin ist eine ambulante spezialisierte Medizin. In den drei selbständigen Kinderspitälern (Ostschweizer Kinderspital OKS, Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB, Universitätskinderspital Zürich) stehen den rund 300'000 ambulanten Fällen lediglich 18'000 stationäre Fälle gegenüber. 95 Prozent der Behandlungen entfallen auf die ambulante Medizin, womit sie der Grundversorgung zuzurechnen sind.

Die spezialisierte ambulante Kinder- und Jugendmedizin findet fast ausschliesslich in den Kinderspitälern statt und ist keine «20-Minuten-Medizin», sondern in höchstem Masse anspruchsvoll und aufwendig. Beratungen, Massnahmen und Prozeduren beanspruchen bei Kindern und Jugendlichen massiv mehr Zeit als bei Erwachsenen. Exemplarisch haben wir diesem Schreiben ein typisches Fallbeispiel beigelegt, aus dem ersichtlich ist, warum die ambulante Kindermedizin mehr Zeit beansprucht als die Behandlung von Erwachsenen (siehe Anhang 1). Eine Zeitbeschränkung pro Konsultation auf 20 Minuten gefährdet die qualitativ hochstehende Behandlung und Betreuung von Kindern und wird ihren Bedürfnissen und denen ihrer Eltern nicht gerecht.

Zudem sind Kinder gerade in den ersten Lebensjahren häufig krank (bis zu zehnmal pro Jahr). Typischerweise werden angeborene Krankheiten oft erst bei zeitlich wiederkehrenden Konsultationen festgestellt. Die Zahl der Untersuchungen auf drei pro Quartal zu beschränken, ist deshalb nicht sachgerecht. Auch chronisch kranke Kinder müssen sehr engmaschig medizinisch betreut werden, um eine qualitativ gute Behandlung zu gewährleisten und um Spätschäden zu verhindern.

Durch die Kombination der Abwertung der ärztlichen Leistung und der Einführung von Limitationen wird die spitalambulante Kinder- und Jugendmedizin in Kinderspitälern doppelt bestraft.

**Die Massnahmen tragen nicht zur Transparenz und Kostenwahrheit bei.**

Die personalintensive, spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin findet aufgrund der geringen Fallzahlen und der hohen Investitionskosten in altersgerechte Apparaturen fast ausschliesslich in den Kinderspitälern statt. Schon heute arbeiten die verschiedenen Kinderspitäler schweizweit deshalb sehr eng und effizient zusammen.

Die Kostendeckung im ambulanten Bereich ist in den drei eigenständigen Kinderspitälern bereits mit dem Tarifeingriff 1.08.00\_BR auf unter 80 Prozent gesunken. Mit der Senkung der technischen Leistungen ist der Kostendeckungsgrad dann sogar auf 70 Prozent zurückgegangen. Mit dem nun geplanten Tarifeingriff des Bundesrates sinkt der Kostendeckungsgrad nochmals, und zwar auf rund 65 Prozent.

Im Weiteren ist die geplante Limitation der ärztlichen Leistung in Abwesenheit unsachgerecht. Sie führt in den Kinderspitälern zu grossen, nicht mehr verrechenbaren Leistungszeiten, die eine seriöse Vorarbeit zum Beispiel bei seltenen Krankheiten oder bei interdisziplinären Abklärungen verunmöglichen. Solche Abklärungen dauern in der Regel über 60-120 Minuten.

Die folgende Grafik zeigt, dass der grösste Teil der spitalambulant Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in Kinderspitälern weit mehr als 20 Minuten beansprucht. Die durchschnittliche Behandlungszeit liegt bei 34 Minuten.



Abb. 1: Konsultationen OKS 2016 nach Minuten

### Die Auswirkungen des Tarifeingriffs des Bundesrates

In den drei eigenständigen Kinderspitälern würde aufgrund des Tarifeingriffs die bereits massive Unterdeckung im ambulanten Bereich nochmals grösser. Diese Unterdeckung kann nicht wie bei anderen Spitälern aus Überdeckungen bei Halbprivat- und Privatpatienten quersubventioniert werden. Längerfristig wäre mit dem Tarifeingriff des Bundesrates die Versorgungssicherheit bei der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin gefährdet.

Zudem stellt der Tarifeingriff des Bundesrates die fachgerechte und hochspezialisierte ambulante Medizin in den Kinderspitälern in Frage.

### Die Forderungen des OKS

Wir fordern deshalb bei der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung folgende Änderungen für die Kinderspitäler:

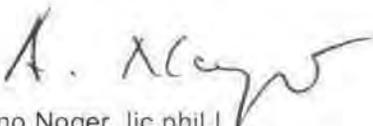
1. Die **Limitationen der Minutagen** (00.0020, 00.0410, 00.0420, 00.0430, 00.0440, 03.0010, 04.0010, 07.0010, 09.0010, 22.0010, 24.0010, 00.0050) sowie die Limitationen bei **Leistungen in Abwesenheit des Patienten (00.0141ff)** ist für Kinderspitäler zu streichen.
2. Die Position 00.0015 (TARMED-Zuschlagsposition) ist in den Kinderspitälern weiterhin verrechenbar.

Insgesamt zählen wir darauf, sehr geehrter Herr Bundesrat, dass die Limitierung der Dauer der Konsultationen sowie die Limitierung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten für Kinderspitäler fallen gelassen werden. Damit anerkennt der Bundesrat die in der ambulanten spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin erbrachten, qualitativ hochstehenden Leistungen als sach- und fachgerechten Beitrag für die Zukunft unserer Gesellschaft, der sich nachhaltig und positiv auswirkt und der deshalb seinen Wert hat. Hierfür sind die von uns geforderten Korrekturen im TARMED zwingend. Mit dem durch den Bundesrat vorgesehenen Tarifeingriff würde in den Kinderspitälern eine «Sparübung» auf dem Buckel der kranken Kinder und Jugendlichen vorgenommen, die neue Fehlansätze legt statt sie zu reduzieren und deren langfristige Folgekosten die Gesellschaft teuer zu stehen kommen.

Freundliche Grüsse

**Stiftung Ostschweizer Kinderspital**  
Stiftungsrat

Direktion

  
Arno Noger, lic.phil.I  
Präsident des Stiftungsrats

  
Guido Bucher  
Direktor der Stiftung Ostschweizer Kinderspital  
Vorsitzender der Spitalleitung

## Anhang 1

### Typisches Beispiel aus der Neuropädiatrie

#### Zuweisung durch Kinderarzt: Kind mit unklarer Muskelschwäche

Vorbereitung: **5 Min**

Abholen aus dem Wartezimmer, wiegen, messen, Blutdruck **5 Minuten**

Ausführliche Anamnese und Untersuchung je nach Kooperation **85 Minuten**

Besprechung der Befunde und wie weiter:

Erklären der Differentialdiagnose, erklären des weiteren Vorgehens: **15 Minuten**

Consent für genetische Untersuchung: **5 Minuten**

Blutentnahme verordnen, Rezept für PT, Rezept: **5 Minuten**

Verabschieden, vereinbaren wann nächste Kontrolle **5 Minuten**

Brief diktieren: **10 Minuten**, Korrektur **5 Minuten**

Telefonat Kinderarzt: **10 Minuten**

Beantwortung Anfrage der Patienteltern per email: **10 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 115 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 40 min**

Nach 6-12 Wochen Erhalt Resultat der Genetik

Diagnose: Morbus Duchenne:

Erklären der Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Standards of care, Stand der Forschung, IV Anmeldung, Vernetzung mit Sozialdienst, Muskelgesellschaft **60 Minuten**

Anmeldung Echokardiographie **5 min**

Abklärung der Trägerinnenschaft der Mutter: Brief an Krankenkasse für Kostengutsprache **10 min**

Brief inkl. Kostengutsprache: Anfrage für Genetik: **15 Minuten** (Diktat, Korrektur, Unterschrift)

→ **Ärztliche Konsultation: 60 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 30 min**

1 Woche später: nochmaliges Gespräch **30 Minuten** zur Beantwortung der inzwischen aufgetauchten Fragen

Beantwortung Rückfrage der Physiotherapeutin bezüglich Behandlungsschwerpunkten: **10 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 30 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 10 min**

Nächste Kontrolle nach 2 Monaten zum Beginn der Steroidtherapie:

Konsultation: Zwischenanamnese, Fragen beantworten, Untersuchung mindestens **25 Minuten** inklusive Score für motorische Funktion

Erklären der Wirkung, Nebenwirkung von Kortison, Erklären der Studienlage bezüglich Effekt und Darreichungsregime: **15 Minuten**

Brief: Diktat, Korrektur, Unterschrift: **15 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 40 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 15 min**

Ein typischer neuropädiatrischer Patientenfall binnen 2 Monate:

→ **Ärztliche Konsultation: 345 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 95 min**

→ **9 ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten**

## EINSCHREIBEN

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

Elektronische Zustellung an [abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch) und  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Olten, 21. Juni 2017  
Seite 1 von 6

## Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung; SR 832.102.5

### Stellungnahme zur Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Gegründet 1994, sind die Pallas Kliniken bis heute eine Familienunternehmung mit rund 350 Mitarbeitenden. An mittlerweile 14 Standorten in der deutschsprachigen Schweiz bieten wir hauptsächlich Behandlungen in den Bereichen Ophthalmologie/Ophthalmochirurgie, Dermatologie/Venerologie, Phlebologie, Plastische Chirurgie und weiteren Disziplinen an. Die Pallas Klinik Olten ist Listenspital mit entsprechendem Leistungsauftrag im Kanton Solothurn und Ausbildungsklinik Typ B in der Ophthalmologie. Das Unternehmen zählt zu den grösseren Arbeitgebern in Olten und ist – im Gegensatz zu den meisten öffentlichen Spitälern und Zentren – ordentlich steuerpflichtig.

Das TARMED-Tarifwerk bedarf einer Revision, dies ist auch aus unserer Sicht unbestritten. Wir haben uns intensiv mit den vorgeschlagenen Änderungen auseinandergesetzt. Die Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung ist ein sehr hohes Ziel unseres Hauses. Verschiedene Marktteilnehmer zählen unsere Gruppe zu den kostengünstigsten ambulanten Leistungserbringern. Dies ist z.B. auch belegt durch die seit Jahren schweizweit günstigsten Pauschal-Tarifverträge für Katarakt-Eingriffe. Trotz dieser Tatsache und den damit verbundenen, schon seit Jahren umgesetzten effizienten Prozessen, trifft uns die die TARMED-Revision massiv.

Wie unsere Berechnungen zeigen, müssen die Pallas Kliniken mit einem Umsatzrückgang von rund -12 bis -15% des Gesamtertrags rechnen. Dies führt in unserem Unternehmen unmittelbar zu einer existenzbedrohenden Verlustsituation, da die Kosten nicht in diesem Ausmass gekürzt werden können.

.....  
**Pallas Kliniken AG**  
Louis Giroud-Strasse 20/26  
4600 Olten  
Schweiz

Zentrale +41 58 335 00 00  
Telefax +41 58 335 34 19

[info@pallas-kliniken.ch](mailto:info@pallas-kliniken.ch)  
[www.pallas-kliniken.ch](http://www.pallas-kliniken.ch)  
.....

Nachfolgend tabellarisch die uns betreffenden, wesentlichsten Kürzungen:

- |  |      |
|--|------|
| • Intravitreale Injektion (Applikation eines Medikamentes direkt ins Auge)<br>neu 123, statt 595 Taxpunkte | -79% |
| • Keratoplastik, perforierend (Hornhaut-Transplantation)<br>neu 587, heute 1'496 Taxpunkte                 | -61% |
| • Vitrektomie via pars plana (Netzhautoperation),<br>neu 1'105, heute 2'736 Taxpunkte                      | -60% |
| • Extractio lentis/Phakoemulsifikation (Katarakt-Operation),<br>neu 210, heute 469 Taxpunkte               | -55% |
| • Venenplastik, Extremitäten (Krampfadern-Operation),<br>neu 3'069, heute 5'628 Taxpunkte                  | -46% |
| • Schieloperation (Operation am Augenmuskel),<br>neu 403, heute 683 Taxpunkte                              | -41% |
| • Tenolyse u/o Synoviektomie (Handoperation),<br>neu 404, heute 593 Taxpunkte                              | -32% |
| • Conchotomie (Nasenoperation),<br>neu 347, heute 460 Taxpunkte  | -25% |

Olten, 21. Juni 2017  
Seite 2 von 6

Ausnahmslos alle durch uns ambulant erbrachte chirurgische Behandlungen, also Eingriffe, werden gekürzt; im Minimum um -10% bei technischen Leistungen. Das Vorgehen zur Kürzung muss teilweise als „Prinzip Rasenmäher“ bezeichnet werden: Ganze TARMED-Unterkapitel wurden mit einem einheitlichen Satz gekürzt, ungeachtet, was darin für Einzelleistungen enthalten sind. Was dies im konkreten bedeutet zeigt das Beispiel der Schieloperation für Kinder (Pos. 08.3410 und 08.3420) auf:

- Dieser sehr oft bei Kindern notwendige Eingriff bedingt für den Chirurgen viel Erfahrung, ein Höchstmass an Konzentration und Fingerfertigkeit. Der Eingriff dauert i.d.R. 60 – 90 Minuten und bedarf oft einer Vollnarkose.
- Schon im heutigen TARMED war die Vergütung für derartige Eingriffe kaum kostendeckend. Im neuen Tarifentwurf wurde die entsprechende Leistung nochmals um -41% gekürzt (Summe Pos. 08.3410 + 08.3420).
- Kein Leistungserbringer wird diesen Eingriff unter diesen neuen Umständen kostendeckend erbringen können. Als Konsequenz davon wird diese Leistung dann wohl kaum mehr erbracht werden.
- Dagegen werden konservative Leistungen in der Ophthalmologie besser gestellt, so dass das Diagnostizieren des Schielens beim Kind besser honoriert ist als das Operieren.
- Wer soll die schielenden Kinder in Zukunft operieren, wenn der Operateur weniger an der Operation verdient, als wenn er das Schielen diagnostiziert?

.....  
**Pallas Kliniken AG**  
Louis Giroud-Strasse 20/26  
4600 Olten  
Schwyz

Zentrale +41 58 335 00 00  
Telefax +41 58 335 34 19

info@pallas-kliniken.ch  
www.pallas-kliniken.ch  
.....

Wir lehnen die Anpassung der Tarifstruktur TARMED nicht nur in den Details, sondern auch aus grundsätzlichen Gründen ab. Die Revision

- ist nicht sachgerecht,
- setzt falsche Anreize,
- führt zu Engpässen in der ambulanten chirurgischen Grundversorgung und
- letztlich zu einer Zweiklassen-Medizin.

Die wesentlichsten Argumente zusammengefasst dazu im Folgenden:

## 1. Ambulant vor stationär gefährdet

Es ist heute das gemeinsame Verständnis der öffentlichen und privaten Spitäler, dass bereits heute ambulante operative Eingriffe nicht kostendeckend bei guter Qualität erbracht werden können. Die meisten Spitäler würden gemäss ihren zertifizierten Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung einen um mind. 10% höheren Taxpunktwert verglichen mit dem Status Quo, um ambulanten operative Eingriffe kostendeckend erbringen zu können.

Der neue Tarif reduziert die Abgeltung systematisch noch einmal deutlich. Die bereits heute bestehenden massiven Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Entschädigungen für gleiche Leistungen vergrössert sich noch mehr, wie folgendes Beispiel zeigt:

Unterschiedliche Vergütung eines Eingriffs an der Netzhaut und/oder am Glaskörper (Vitrektomie) infolge Netzhautablösung oder Glaskörperblutung:

- stationär, 2 Nächte allgemeine Abteilung<sup>1</sup>: CHF 9'650.00
- ambulant NEU<sup>2</sup>: CHF 3'991.70

Für CHF 3'991.70 kann kein Leistungserbringer diese komplexe Operation kostendeckend erbringen. Weil kein Leistungserbringer auf Dauer verlustbringend arbeiten kann, wird es automatisch zu einer selektiven Ausdünnung des ambulanten Angebots kommen. Die Leistungserbringer werden gezwungen sein, ambulante, komplexe und/oder aufwändige Behandlungen möglichst zu vermeiden. Eingriffe werden nur noch im Notfall vorgenommen, oder erst dann, wenn die Morbidität des Patienten eine stationäre Aufnahme erlaubt. Der angestrebte und im Grundsatz richtige Prinzip „ambulant vor stationär“ wird durch diese TARMED-Revision gefährdet. Die von PWC berechneten CHF 1 Milliarde Einsparungen<sup>3</sup> werden nicht erreicht werden können. Dafür wird die Qualität der ambulanten Versorgung gefährdet.

---

<sup>1</sup> DRG-Code C17Z gemäss SwissDRG 2.0, Kostengewicht 0.965 bei Base Rate CHF 10'000 (Annahme für dieses Beispiel)

<sup>2</sup> Summe der Einzelleistungen für einen Eingriff rund um Hauptleistung 08.3210 (Vitrektomie via pars plana) inkl. Anästhesie, spital-technische Leistungen und notwendige Medikamente und OP-Material

<sup>3</sup> PWC-Publikation „Ambulant vor stationär – Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen“; Ph. Sommer, P. Schwendener; August 2016

Die Ambulantisierung erfordert von Spitälern einen grossen Umstellungsaufwand und stellt diese vor grosse Herausforderung. Die Ambulantisierung erlaubt aber auch die Nutzung medizinischer Fortschritte sowohl zum Wohle der Patienten als auch zur Senkung der Gesundheitskosten. Diese Entwicklung ist aus gesundheitspolitischen Gründen zu priorisieren und nicht mit einem unüberlegten Eingriff zu gefährden.

## 2. Gefahr der Zweiklassenmedizin

Bei einer selektiven Ausdünnung des Angebotes im ambulanten Bereich wie oben beschrieben wird es für die Patienten zu Wartezeiten kommen. Damit sind die Tore offen für Anbieter, die Vermögenden und Zusatzversicherten eine rasche und qualitativ optimierte, ambulante Behandlung zu Selbstzahlerpreisen anbieten werden.

Dieser (hoffentlich) ungewollte Effekt der TARMED-Revision wird fraglos zu Lasten der sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen gehen und bedeutet die Zweiklassenmedizin staatlich zu erzwingen.

## 3. Berechnungsgrundlage intransparent, medizinisch und betriebswirtschaftlich ungerechtfertigte Kürzungen, Tarifierungen nicht sachgerecht

Wie das BAG auf Anfrage erklärt, wurde bei der Erarbeitung der Tarifierung wie folgt vorgegangen:

- Die Tarifierung basiert praktisch ausschliesslich auf Eingaben und Vorgaben von Krankenversicherern;
- Tarifpositionen wurden einzeln oder in Gruppen mit einem einheitlichen Prozentsatz gekürzt, wobei aber die entsprechende Grundlage nicht transparent dargelegt werden konnte;
- Bei gewissen Positionen wurde anscheinend eine Plausibilisierung mit dem deutschen „Einheitlichen Bewertungsmaßstab – EBM“ vorgenommen. Ob der EBM strukturell bzw. wertmässig überhaupt für eine Plausibilisierung geeignet ist, und welche Leistungen genau plausibilisiert wurden, konnte nicht beantwortet werden;
- Es wurden keine praktischen Experimente oder reale Messungen durchgeführt, um die Kürzungen von Minuten, Belegungszeiten, Berichtzeiten, Leistungen im engeren Sinn etc. zu plausibilisieren;
- Es wurde nicht geprüft oder plausibilisiert, ob die gekürzten Behandlungen oder Operationen (als Summe aller dazugehörenden Einzelleistungen) tatsächlich kostendeckend erbracht werden können.

Die Kürzungen bei Minuten, die Mengen- und die Zeitlimitationen sind weder betriebswirtschaftlich und schon gar nicht medizinisch plausibilisiert oder begründet. Diese Vorgehensweise ist völlig intransparent und kann nicht als sachgerecht bezeichnet werden. Damit ist diese Vorgehensweise gesetzeswidrig, wie dies erstinstanzlich auch gerichtlich bereits für den ersten bundesrätlichen Tarifierungseingriff festgestellt worden ist. Der Bundesrat läuft damit Gefahr einen zweiten widerrechtlichen Tarifierungseingriff zu verordnen und ein Scherbenhaufen von

Partikularinteressen zu hinterlassen, statt einen Neustart in der Gesundheitspolitik durch Neuverhandlungen des TARMEDs unter der Führung des Bundesrates zu lancieren.

#### 4. Gefährdung von Aus- und Weiterbildungstätigkeit, Gefährdung der Attraktivität des Arztberufes

Die Pallas Kliniken bilden seit Jahren konservative Augenärzte und Augenchirurgen aus. Die vorgenommenen Limitationen wirken sich wie eine Rationierung der medizinischen Leistung aus. Für Spitäler mit Aus- und Weiterbildungstätigkeit wirkt sich dies negativ aus. Die Ausbildung von Assistenzärzten, die Einführung in die Prozesse, die Überwachung derer Tätigkeit, die notwendige spezielle Dokumentation usw. lässt sich mit der vorgeschlagenen Vergütung nicht mehr nachvollziehen. Die kantonale Kostenbeteiligung an den Ausbildungskosten, z.Zt. CHF 14'000.- pro Arzt p.a. können dies nicht kompensieren. Ausbildungsspitäler laufen Gefahr, als unwirtschaftlich qualifiziert zu werden oder in der Ausbildung auszuscheiden.

Als Konsequenz davon wird die Aus- und Weiterbildungstätigkeit gefährdet. Ausbildungsplätze müssen aus Kostengründen limitiert werden. Der Arztberuf verliert zusätzlich an Attraktivität. Wenn sich kurzfristig Effizienzverbesserungen bzw. Kostensenkungen einstellen, so werden diese langfristig durch Kostensteigerungen und Qualitätsverluste überkompensiert. Es wird an gut ausgebildetem Nachwuchs fehlen, schon heute eines der drängendsten Probleme im Schweizer Gesundheitswesen.

#### 5. Neuer Tarif geht vorwiegend gegen die Spitäler

Die Spitäler (durch den Spitalverband H+) hiessen vor einem Jahr in ihrer Urabstimmung das neue Tarifwerk „ats-tms“ gut. Die Krankenversicherer hatten sich aus den Verhandlungen mit den Spitälern abgemeldet. Mit der angedrohten Tarifanpassung stellt sich nun der Bundesrat einseitig auf die Seite der Krankenkassen und verordnet den Spitälern eine intransparente Radikalkur. Die Mehrzahl der Kürzungen betrifft die chirurgischen Behandlungen. Hingegen wurden die konservativen Praxis-Leistungen insbesondere auch der Spezialärzte kaum tangiert oder teilweise sogar verbessert, d.h. deren Einkommen erhöht. Mit dieser Revision würde der Bundesrat nicht ungerechtfertigte Einkommen der Praxisärzte senken, sondern die Spitäler massiv finanziell schädigen. Was das Ziel dieses Vorganges ist verschliesst sich uns vollständig.

#### Verlust der Attraktivität des Arztberufes

Generell vermag die Schweiz nicht genügend Ärztinnen und Ärzte auszubilden. Ausnahmslos jedes Spital kämpft um Fachspezialisten und muss diese im Ausland rekrutieren. Unter den gesetzten Umständen wird es zweifellos schwieriger, ausländische Fachkräfte zu rekrutieren. Als Folge davon wird die Versorgung in der Schweiz qualitativ und quantitativ gefährdet sein.

Olten, 21. Juni 2017  
Seite 5 von 6

.....  
**Pallas Kliniken AG**  
Louis Giroud-Strasse 20/26  
4600 Olten  
Schweiz

Zentrale +41 58 335 00 00  
Telefax +41 58 335 34 19

info@pallas-kliniken.ch  
www.pallas-kliniken.ch  
.....

Nachdem der Tarif das konservativ Behandeln und Diagnostizieren besser entschädigt, als das Operieren, werden die Ärztinnen und Ärzte das Spital verlassen und ihre eigenen Praxen eröffnen. Sie verdienen mit weniger Risiko und Arbeit besseres Geld. Es ist für die Spitäler unmöglich ihren operativen Ärztinnen und Ärzten zu erklären, weshalb sie im Spital und mit chirurgischer Tätigkeit und 24 Stunden Dienst weniger verdienen sollen, als mit einer rein konservativen Praxis.

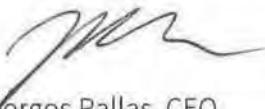
## 6. Fazit

Der Tarifeingriff ist für Spitäler existenzbedrohend. Um zu überleben, werden wir als Pallas Kliniken umfangreiche Umstrukturierungen vornehmen müssen. Dies kann zu einer selektiven Ausdünnung des Angebotes führen. Für den Kanton Solothurn und den Kanton Aargau bedeutet dies, dass gewisse Versorgungslücken in der Augenheilkunde entstehen könnten.

Wir anerkennen zwar, dass in der ambulanten Gesundheitsversorgung Ineffizienzen bestehen und gewisse Eingriffe heute zu hoch tarifiert sind. Eine Tarifierpassung kann und soll diesbezüglich auch zu einer notwendigen Strukturbereinigung führen. Die vorliegende Anpassung des Tarifs ist aber der vollständig falsche Weg und ist deswegen abzulehnen. Es ist am Bundesrat seinen Führungsanspruch wahrzunehmen, nicht aber durch das Diktat des neuen Tarifs, sondern durch Führung der Parteien zu einem einvernehmlichen neuen Tarifvertrag.

Die Pallas Kliniken haben in der Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungen sehr gute Erfahrungen mit ambulanten Fallpauschalen gemacht. Ähnlich dem DRG-System setzen ambulante Fallpauschalen den Anreiz, die Leistungen effizient zu erbringen. Umsetzungen in diese Richtung sind zielgerichteter als die willkürlichen Kürzungen gemäss geplanter TARMED-Revision. Die Pallas Kliniken hat schon in der Vergangenheit entsprechende Eingaben via Fachgremien und -verbände aktiv unterstützt. Die Konzepte sind im BAG vorhanden, darauf sollte aufgebaut werden.

Hochachtungsvoll



Georgos Pallas, CEO  
lic. oec. HSG / eidg. dipl. Spitalexperte

Olten, 21. Juni 2017  
Seite 6 von 6

.....  
**Pallas Kliniken AG**  
Louis Giroud-Strasse 20/26  
4600 Olten  
Schweiz

Zentrale +41 58 335 00 00  
Telefax +41 58 335 34 19

info@pallas-kliniken.ch  
www.pallas-kliniken.ch  
.....

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 Be-

handlungsqualität 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 neue 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 Versichererfragen 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 sub-spezialisierte 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 patientenzentrierten Versorgung. Betroffen wären vor allem Eltern mit chronisch kranken Kindern. Gera-

de 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	Pflegfachfrau	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 Blutzucker-verläufe 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	Dauer	Spezialisierte Pflege Diabetesberatung	Dauer	Pflegefachfrau	Dauer
	Spritzstellen am Bauch, Beinen, Vibrationssinn, Füße)		4) Beratung bezüglich Sondersituationen			
Konsultation Blutentnahme	Blutentnahme durch Arzt	5-15' *	Hilfe bei Blutentnahme (bei kleinen oder sehr ängstlichen Kindern)	5-15' *	Hilfe bei Blutentnahme	5-15' *
Nach Konsultation <b>IN ABWESENHEIT DES PATIENTEN</b>	Visieren aller Laborwerte im System Telefonische Mitteilung der Blutresultate an Eltern Überweisung an Ernährungsberatung oder weitere Spezialisten Diktat Jahresbericht Anträge oder Verlaufsberichte an Krankenkassen Bestätigungen an Lehrerschaft, Lehrmeister, Sporttrainer, Motorfahrzeugkontrolle, Militär	Variabel je nach Notwendigkeit 15-45'	Instruktion von Lehrpersonen, Betreuungspersonen in Kindertagesstätten, Heimen, etc. Telefonisch oder vor Ort	15'-45'		
Zwischen Konsultationen <b>IN ABWESENHEIT DES PATIENTEN</b>	Schriftliche Beratung bzw. Anpassung der Insulinverordnung aufgrund gemailter Blutzuckerdaten (Analyse - neue Verordnung-Dokumentation in KG) <b>Verhindert zusätzliche Konsultationen und damit Absenzen in Schule (Patient) und Arbeit (Eltern)</b>	15-20' <b>1-2 monatlich</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 ausgestaffierten 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 zusammenzustrichen, 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 dieselbige, 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 TARMED 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 Spitalern 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 Dilation, 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 erkennt, 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 Notfallereignisse 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 verharrt 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 therapielevanten 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 anschlies-

senden 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 Langzeiteinrichtungen. Dazu ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflege und Arzt unabdingbar. Aber die interdisziplinäre und interprofessionelle Arbeit wird durch die Limitationen und die veraltete Abbildung 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.



Polyclinique  
Médicale  
Universitaire

Direction  
Rue du Bugnon 44  
CH-1011 Lausanne

**EINGEGANGEN**

12. Juni 2017

Registratur GS EDI

**HUG** Hôpitaux  
Universitaires  
Genève

Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4  
CH-1211 Genève 4

AmtL	GP	AKV	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
<del>DS</del>	12. Juni 2017					MT
SpD						BiM
KOM						AS Chem
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P + O						I + S

Monsieur le Conseiller fédéral  
Alain Berset  
Chef du Département fédéral de l'intérieur  
Inselgasse 1  
CH-3003 Berne

Lausanne, le 9 juin 2017

### Révision de la structure tarifaire ambulatoire

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nos deux institutions sont des centres universitaires de formation en médecine interne générale et de référence en matière de santé communautaire. Nous formons une centaine de médecins par année destinés à s'installer comme médecin de famille. Nos positions sur le nouveau tarif TARCO sont convergentes et nous souhaitons vous les communiquer par un courrier commun.

Nous avons pris connaissance de la volonté du Conseil fédéral de proposer le « concept général TARmed COnsensus » pour la poursuite de la révision tarifaire ambulatoire et que celui-ci soit la référence pour 2018.

Si nous relevons avec satisfaction une légère revalorisation des actes de base pour la médecine interne générale, d'autres mesures vont à l'encontre d'une bonne prise en charge pour certaines catégories de patients. Nous pensons notamment à ceux qui sont polymorbides ou allophones.

La limitation à 20 minutes pour une consultation générale par l'introduction d'une quantité maximale à la position tarifaire « 00.0020 consultation supplémentaire par 5 min » est à nos yeux contreproductive. Il en est de même avec la limitation à six fois de la position « 00.0141 étude de dossier, en l'absence du patient par 5 min » sur une durée de trois mois.

En effet, ces restrictions ne sont pas réalistes et engendreraient des conséquences potentiellement graves pour la prise en charge de nos patients. Les consultations des patients polymorbides seraient fractionnées et généreraient des retards dans leurs prises en charge. Une limitation de la durée des consultations aura tendance, au lieu d'un bon examen clinique, à engendrer des recours à des examens de laboratoire ou d'imagerie médicale supplémentaires, faute de temps de réflexion. De plus, les problèmes complexes exigent des explications approfondies au sujet des thérapies préconisées, afin que le patient adhère aux traitements. Cette patientèle nécessite également une coordination d'avis de plusieurs spécialistes, qui se réalise bien souvent hors des consultations. Nous relevons également que de plus en plus de médecins de ville se dessaisissent des patients complexes et nous demandent de les prendre en charge.

Avec une limitation de la consultation de base et de l'étude du dossier en l'absence du patient, nous pourrions assister à une détérioration de la qualité de leurs prises en charge.

Quant aux patients allophones, une prise en charge en 20 minutes avec un interprète est tout simplement impossible. En 2016, 10 à 20% des consultations de médecine générale nécessitaient l'accompagnement d'un traducteur.

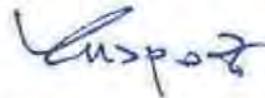
La révision tarifaire doit correspondre à la charge de travail nécessaire sur le terrain pour accomplir des soins adéquats et efficaces pour les patients polymorbides. Ainsi, nous demandons la suppression de la limitation de la durée des consultations à 20 minutes, en retirant la quantité maximale de la position 00.0020, ainsi que la suppression de la limitation à six fois de la position « 00.0141 étude de dossier, en l'absence du patient par 5 min » sur une durée de trois mois.

Nous sommes prêts à travailler avec votre office pour trouver les critères de polymorbidité et envisager un monitoring de cette problématique.

Recevez, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations les plus respectueuses.



Prof. Jacques Cornuz  
Directeur PMU



Prof. Jean-Michel Gaspoz  
Médecin-chef du Service de  
médecine de premier recours

Copies :

- Mme Sandra Schneider, OFSP, Unité de direction assurance maladie et accidents, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern
- M. Pierre-Yves Maillard, Chef du département de la santé et de l'action sociale (DSAS), BAP, Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne
- M. Mauro Poggia, Conseiller d'Etat chargé du département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS), Rue de l'Hôtel de Ville 14, CP 3952, 1211 Genève 3
- M. Bertrand Levrat, Directeur général des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14

**EINGEGANGEN**  
23. Mai 2017  
Registatur GS EDI

AmtL	GP	<del>AKV</del>	OeG	VS	R	DM	
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP	
<del>DP</del>	<b>23. Mai 2017</b>					MT	
SpD						BioM	
KOM						AS Chem	
Kamp						LMS	
Int						Str	
RM						15	Chem
P+O						I+S	GStr

Monsieur le Conseiller fédéral  
**Alain Berset**  
Chef du Département Fédéral de l'Intérieur  
Inselgasse 1  
3003 Berne

Penthalaz, le 19 mai 2017

**Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie : réponse à la consultation**

Monsieur le Conseiller fédéral,

Dans le cadre de la procédure de consultation citée sous rubrique, nous vous adressons ci-dessous nos remarques et observations qui concernent plus particulièrement les modifications tarifaires engendrées par la volonté de supprimer les suppléments d'urgence.

**Remarques préliminaires**

Notre organisation est mise en place afin d'accueillir, sans rendez-vous préalable et sur des plages horaires étendues, un nombre important de patients. Nous avons ainsi pour but de répondre à une demande toujours plus forte de personnes qui ne disposent pas d'un médecin de famille ou pour prendre en charge les patients nécessitant une consultation pressante.

Notre centre médical regroupe 4 médecins ; il emploie 6 collaborateurs et offre des places de formation reconnue pour le personnel soignant. Il est ouvert tous les jours de l'année, de 08 :00 à 19 :30 en semaine , de 08 :00 à 17 :00 les samedis et de 09h00 à 15h00 dimanches et jours fériés. Nous avons ainsi dispensé près de 3000 consultations ambulatoires en urgence en 2016.

Cette organisation nous permet notamment de prendre en charge les patients en dehors des heures de travail, soit le matin tôt, durant les pauses de midi, en fin de journée ou en soirée. Or, les cabinets de ville ne sont pas à même de prendre en charge les patients durant ces périodes. Notre activité permet en outre de pallier la raréfaction des médecins de 1<sup>er</sup> recours.

Pour pouvoir accueillir nos patients dans de bonnes conditions et sans que les temps d'attente soient trop importants (nos standards visent une prise en charge dans les 30 min), nous avons adapté nos locaux, en nombre et en spécificité, à des flux de patients importants et nos équipements techniques diversifiés permettent des prises en charge complexes.

Ces caractéristiques, ainsi que les plages d'ouverture étendues, génèrent des coûts d'exploitation supplémentaires conséquents, que les cabinets de ville n'ont pas à supporter et qui sont rémunérés à l'heure actuelle par les positions tarifaires 00.2510 et suivantes, lorsque les conditions d'application sont remplies.

Nous précisons que notre organisation n'est pas habilitée à facturer le supplément d'urgence (position tarifaire 35.0610) que les hôpitaux reconnus d'utilité publique peuvent mettre à charge de l'assurance obligatoire.

### **La suppression des suppléments d'urgence et ses conséquences**

La suppression pure et simple des suppléments d'urgence met en péril le modèle et la structure économique de notre organisation, dans la mesure où les frais supplémentaires que nous devons assumer pour délivrer nos prestations ne seront plus couverts. Il est dès lors certain que nous devons revoir notre offre, soit en limitant nos heures d'ouvertures, soit en diminuant le nombre de patients accueillis. Ces modifications auront pour conséquence potentielle de conduire à la réduction de l'effectif de nos collaborateurs.

De surcroît, la modification envisagée du TARMED est prévue pour entrer en vigueur au début de 2018. Ce laps de temps est totalement insuffisant pour nous permettre de nous adapter dans des conditions adéquates, notamment du fait qu'il s'agira de revoir nos structures et de procéder à d'éventuels licenciements dans le respect des règles légales.

Enfin, nous attirons expressément votre attention sur la détérioration de la prise en charge globale des patients que des mesures de redimensionnement auront pour conséquence, tout particulièrement du fait que les structures d'urgence des hôpitaux publics ou parapublics ne sont pas équipées et dotées pour accueillir le flux conséquent de patients que ce redimensionnement ne manquerait pas de diriger vers eux.

## Conclusions

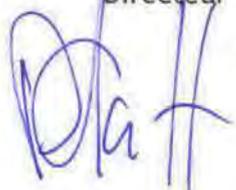
Nous nous opposons à la modification des dispositions comprenant la désignation « Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence » et à l'interdiction faite aux institutions visées à l'article 36a LAMal de les facturer.

A titre subsidiaire, nous demandons, si cette mesure devait être maintenue, qu'une nouvelle position tarifaire soit introduite afin de permettre aux centres médicaux organisés pour prendre en charge des patients sans rendez-vous et sur des plages horaires élargies de facturer un supplément.

\* \* \*

Nous vous remercions par avance de prendre en compte nos observations et vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de notre haute considération.

Policlinique de la Venoge  
Polivenoge Sarl.

Denis Matti  
Directeur  


Pascale Dias  
Administratrice  


AmtL	GP	<del>AUV</del>	DeG	VS	R	DM	
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP	
<del>AG</del>	23. Mai 2017					MT	
SpD						BioM	
KOM						AS/Chem	
Kamp						LMS	
Int						Str	
RM						15	Chem
P + O						I+S	GStr



**EINGEGANGEN**  
23. Mai 2017  
Registratur GS EDI

Monsieur le Conseiller fédéral  
Alain Berset  
Chef du Département Fédéral de l'Intérieur  
Inselgasse 1  
3003 Berne

Crissier, le 19 mai 2017

## Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie : réponse à la consultation

Monsieur le Conseiller fédéral,

Dans le cadre de la procédure de consultation citée sous rubrique, nous vous adressons ci-dessous nos remarques et observations qui concernent plus particulièrement les modifications tarifaires engendrées par la volonté de supprimer les suppléments d'urgence.

### Remarques préliminaires

Notre organisation est mise en place afin d'accueillir, sans rendez-vous préalable et sur des plages horaires étendues, un nombre important de patients. Nous avons ainsi pour but de répondre à une demande toujours plus forte de personnes qui ne disposent pas d'un médecin de famille ou pour prendre en charge les patients nécessitant une consultation pressante.

Notre centre médical regroupe 6 médecins ; il emploie 15 collaborateurs et offre des places de formation reconnue pour personnel soignant. Il est ouvert tous les jours de l'année, de 08 :00 à 19 :30 en semaine , de 08 :00 à 17 :00 les samedis et de 09h00 à 15h00 dimanches et jours fériés. Nous avons ainsi dispensé près de 7000 consultations ambulatoires en urgence en 2016.

Cette organisation nous permet notamment de prendre en charge les patients en dehors des heures de travail, soit le matin tôt, durant les pauses de midi, en fin de journée ou en soirée. Or, les cabinets de ville ne sont pas à même de prendre en charge les patients durant ces périodes. Notre activité permet en outre de pallier la raréfaction des médecins de 1<sup>er</sup> recours.

Pour pouvoir accueillir nos patients dans de bonnes conditions et sans que les temps d'attente soient trop importants (nos standards visent une prise en charge dans les 30 minutes), nous avons adapté nos locaux, en nombre et en spécificité, à des flux de patients importants et nos équipements techniques diversifiés permettent des prises en charge complexes.

Ces caractéristiques, ainsi que les plages d'ouverture étendues, génèrent des coûts d'exploitation supplémentaires conséquents, que les cabinets de ville n'ont pas à supporter et qui sont rémunérés à l'heure actuelle par les positions tarifaires 00.2510 et suivantes, lorsque les conditions d'application sont remplies.

Nous précisons que notre organisation n'est pas habilitée à facturer le supplément d'urgence (position tarifaire 35.0610) que les hôpitaux reconnus d'utilité publique peuvent mettre à charge de l'assurance obligatoire.

### **La suppression des suppléments d'urgence et ses conséquences**

La suppression pure et simple des suppléments d'urgence met en péril le modèle et la structure économique de notre organisation, dans la mesure où les frais supplémentaires que nous devons assumer pour délivrer nos prestations ne seront plus couverts. Il est dès lors certain que nous devons revoir notre offre, soit en limitant nos heures d'ouvertures, soit en diminuant le nombre de patients accueillis. Ces modifications auront pour conséquence potentielle de conduire à la réduction de l'effectif de nos collaborateurs.

De surcroît, la modification envisagée du TARMED est prévue pour entrer en vigueur au début de 2018. Ce laps de temps est totalement insuffisant pour nous permettre de nous adapter dans des conditions adéquates, notamment du fait qu'il s'agira de revoir nos structures et de procéder à d'éventuels licenciements dans le respect des règles légales.

Enfin, nous attirons expressément votre attention sur la détérioration de la prise en charge globale des patients que des mesures de redimensionnement auront pour conséquence, tout particulièrement du fait que les structures d'urgence des hôpitaux publics ou parapublics ne sont pas équipées et dotées pour accueillir le flux conséquent de patients que ce redimensionnement ne manquerait pas de diriger vers eux.

## Conclusions

Nous nous opposons à la modification des dispositions comprenant la désignation « Indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence » et à l'interdiction faite aux institutions visées à l'article 36a LAMal de les facturer.

A titre subsidiaire, nous demandons, si cette mesure devait être maintenue, qu'une nouvelle position tarifaire soit introduite afin de permettre aux centres médicaux organisés pour prendre en charge des patients sans rendez-vous et sur des plages horaires élargies de facturer un supplément

\* \* \*

Nous vous remercions par avance de prendre en compte nos observations et vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de notre haute considération.

Policlinique Nord-Sud



Denis Matti  
Directeur

AmtL	GP	<del>KUV</del>	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG	<b>12. Juni 2017</b>					MT
SpD						BioM
KOM						AS Chem
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P + O						I + S

### EINSCHREIBEN

Bundesamt für Gesundheit BAG  
 Direktionsbereich Kranken- und  
 Unfallversicherung  
 Abteilung Leistungen  
 CH-3003 Bern

## Stellungnahme der Schweizer Klinikdirektoren

Bern, 8. Juni 2017

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset, sehr geehrte Damen und Herren

Die Direktoren aller Kliniken für Dermatologie und Venerologie in der Schweiz appellieren dringlich an den Bundesrat, nicht durch überstürzte und unsachgerechte Massnahmen im geplanten Tarifeingriff falsche Anreize zu setzen und damit die qualitativ hochstehende dermatologische Versorgung der Bevölkerung in der Schweiz und gleichzeitig die Aus- und Weiterbildung des Nachwuchses zu gefährden.

Als Chefärzte der Dermatologischen Kliniken sind wir wegen den vorhersehbaren Konsequenzen Ihres geplanten Tarifeingriffes sehr besorgt. Der Eingriff hat äusserst relevante Konsequenzen, die Sie in Ihrem Amt als direkter Verantwortungsträger nicht nur ganz genau kennen, sondern zudem auch nicht unterschätzen sollten.

Grosse Sorgen bereiten vor allem drei Vorhaben: die Abwertung der Tarifposition „Untersuchung durch den Facharzt“, die Abwertung der ambulanten chirurgischen Positionen und die Begrenzung der Konsultationszeit.

Die Gleichstellung der „**Untersuchung durch den Facharzt**“ mit der Konsultation entwertet das zentrale und wichtigste Element des Fachgebietes Dermatologie und wird als Konsequenz die Versorgung der Bevölkerung in Gefahr bringen.

Es ist zunächst einmal vorauszusehen, dass die Abwertung dieser Tarifposition dazu führt, dass weniger Ganzkörper-Hautuntersuchungen gemacht werden. Da die Schweiz mittlerweile das Land mit der weltweit zweithöchsten Hautkrebsrate ist, wird dies die Krebsprävention deutlich verschlechtern und langfristig die Gesundheitskosten und Mortalität erhöhen. Zudem verunmöglicht die besagte Abwertung eine kostendeckende ambulante dermatologische Versorgung an unseren Kliniken, was die Aus- und Weiterbildung der Ärzte massiv gefährden wird.

Die fehlende Kostendeckung im ambulanten Bereich hat weitere ernste Folgen. Einerseits wird eine Volumenverschiebung nach stationär erfolgen, womit Sie die kostensparende nationale Strategie „ambulant vor stationär“ gefährden. Andererseits erwarten wir die Entwicklung einer Zweiklassenmedizin.

Als Folge des Tarifeingriffes wird sich nicht nur die Diagnose von Hautkrebs verzögern, sondern auch deren Therapie. Die massive **Tarifsenkung bei den hautchirurgischen Eingriffen** wird die Zugänglichkeit und die Qualität dieser Eingriffe verschlechtern. Hauttumoren sind bereits jetzt die häufigsten Krebsarten überhaupt und nehmen um 8% jährlich zu. Sie sind damit ein ernst zu nehmendes sozioökonomisches und gesundheitspolitisches Problem. Eine verzögerte Behandlung führt zu mehr Kosten, da nicht nur grösser operiert werden muss, sondern auch teure Krebstherapien eingesetzt werden. Auch hier ist als Folge des Tarifeingriffes eine kostentreibende Verlagerung in die Spitäler zu erwarten.

Zusätzlich trifft die **Begrenzung der Konsultationszeit** die dermatologischen Ambulatorien sehr stark. Eine verantwortbare Betreuung von komplexen Patienten wird damit verunmöglicht. Unter dieser Massnahme werden v.a. schwer kranke, chronisch kranke, alte Patienten und Kinder leiden. Bei begrenzter Konsultationszeit wird die Behandlung von mehreren Diagnosen beim selben Patienten fraktioniert werden.

Für die Versorgungssicherheit der Bevölkerung, insbesondere der schwer und chronisch Kranken, zur Verhinderung einer Zweiklassenmedizin und für die zielführende Strategie „ambulant vor stationär“ empfehlen wir dringend, die „Untersuchung durch den Facharzt“ als Handlungsleistung zu belassen, ambulante chirurgische Leistungen kostengerecht zu entschädigen und keine Einschränkung der Konsultationszeiten einzuführen.

Wir bedanken uns für Ihre umsichtige Prüfung und stehen für weitere Erläuterungen oder Fragen gerne persönlich zur Verfügung.

Literatur:

(1) Kingsley-Loxo et al J Am Acad Dermatol 2015;72:651-5.

Prof. Dr. med. Wolf-Henning Boehncke  
Service de Dermatologie et Vénérologie  
Hôpitaux Universitaires de Genève HUG, 1211 Genève 14  
[wolf-henning.boehncke@hcuge.ch](mailto:wolf-henning.boehncke@hcuge.ch) / 022 372 94 21

Prof. Dr. med. Christoph Brand  
Luzerner Kantonsspital  
Abteilung Dermatologie  
Spitalstrasse  
6000 Luzern  
[christoph.brand@luks.ch](mailto:christoph.brand@luks.ch) / 041 205 52 25

Prof. Dr. med. Luca Borradori  
Universitätsklinik für Dermatologie  
Inselspital, Poliklinik  
Freiburgstrasse, Eingang 14, 3010 Bern  
[luca.borradori@insel.ch](mailto:luca.borradori@insel.ch) / 031 632 22 88

PD Dr. Dr. Antonio Cozzio  
Klinik für Dermatologie  
Venerologie und Allergologie  
Kantonsspital St. Gallen  
9007 St. Gallen  
[antonio.cozzio@kssg.ch](mailto:antonio.cozzio@kssg.ch) / 071 494 20 30

Prof. Dr. med. Lars French  
Dermatologische Universitätsklinik USZ  
Gloriastrasse 31, 8091 Zürich  
[lars.french@usz.ch](mailto:lars.french@usz.ch) / 044 255 25 50

Prof. Dr. med. Stefan Lautenschlager  
Dermatologisches Ambulatorium  
Stadtspital Triemli  
Herman-Greulich-Strasse 70  
8004 Zürich  
[stephan.lautenschlager@triemli.stzh.ch](mailto:stephan.lautenschlager@triemli.stzh.ch) / 044 416 32 20

Prof. Dr. méd. Michel Gillet  
Service de Dermatologie et Vénérologie  
Hopital Universitaire de Lausanne CHUV  
Avenue de Beaumont 29  
1011 Lausanne  
[michel.gillet@chuv.ch](mailto:michel.gillet@chuv.ch) / 021 314 03 50

Dr. med. Carlo Mainetti  
Dermatologia Ente Ospedaliero Cantonale  
Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli  
6500 Bellinzona  
Ospedale Beata Vergine  
6850 Mendrisio  
[info@carlomainetti.ch](mailto:info@carlomainetti.ch) / 091 811 86 82

Prof. Dr. med. Peter Itin  
Dermatologische Universitätsklinik und Poliklinik Basel  
Petersgraben 4, 4031 Basel  
[peter.itin@usb.ch](mailto:peter.itin@usb.ch) / 061 265 40 84

Dr. med. Markus Streit  
Kantonsspital Aarau, Dermatologie  
KSA am Bahnhof  
Bahnhofplatz 3c  
5001 Aarau  
[markus.streit@ksa.ch](mailto:markus.streit@ksa.ch) / 062 838 69 52

**Von:** Golay Yann <y.golay@curaviva.ch>  
**Gesendet:** Mittwoch, 21. Juni 2017 15:59  
**An:** \_BAG-Abteilung Leistungen  
**Cc:** Strebel Eva; Höchli Daniel  
**Betreff:** Vernehmlassung über TARMED  
**Anlagen:** VA\_CVCH\_und\_senesuisse\_zu\_Tarmed\_d.pdf;  
VA\_CVCH\_und\_senesuisse\_zu\_Tarmed\_d\_oU.docx;  
VA\_CVCH\_und\_senesuisse\_zu\_Tarmed\_f.pdf;  
VA\_CVCH\_und\_senesuisse\_zu\_Tarmed\_f\_oU.docx

Sehr geehrte Damen und Herren

In der Beilage finden Sie die Vernehmlassungsantwort (dt./fr.) des nationalen Dachverbandes CURAVIVA Schweiz im Rahmen der Konsultation über die Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung.

Auch möchte CURAVIVA Schweiz Ihnen mitteilen, dass er die Vernehmlassungsantwort vom Verband insieme in diesem Rahmen unterstützt.

Für allfällige Rückfragen stehe ich Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Yann Golay Trechsel

Geschäftsbereich Kommunikation

Verantwortlicher Public Affairs/Responsable Public Affairs

Telefon direkt: 0041 31 385 33 36

E-Mail direkt: [y.golay@curaviva.ch](mailto:y.golay@curaviva.ch)

---

**CURAVIVA.CH**

VERBAND HEIME UND SOZIALE INSTITUTIONEN SCHWEIZ  
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSE  
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI  
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS

Zieglerstrasse 53, Postfach 1003

CH-3000 Bern 14

Telefon: 0041 31 385 33 33

Fax: 0041 31 385 33 34

E-Mail: [info@curaviva.ch](mailto:info@curaviva.ch)

Webseite: [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch)



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

Bern, 21. Juni 2017

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

### **Vernehmlassungsantwort von CURAVIVA Schweiz und senesuisse**

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

Als Branchen- und Institutionenverband mit arbeitgeberpolitischer Ausrichtung vertritt CURAVIVA Schweiz die Interessen seiner Mitgliederinstitutionen aus den Bereichen Menschen im Alter, Erwachsene Menschen mit Behinderung sowie Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. Dem nationalen Dachverband CURAVIVA Schweiz sind alle Schweizer Kantone sowie das Fürstentum Lichtenstein angeschlossen. Insgesamt vertritt CURAVIVA Schweiz über 2600 Institutionen mit über 120 000 Plätzen, in welchen rund 130'000 Mitarbeitende beschäftigt sind.

Der Verband senesuisse ist ein Zusammenschluss wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen der Schweiz, dem über 400 Mitgliederheime in der Deutschschweiz und der Romandie mit über 20'000 Pflegeplätzen und 30'000 Beschäftigten angeschlossen sind. In seiner Funktion als Arbeitgeberverband und als Vertreter der wirtschaftlich denkenden Alters- und Pflegeheime setzt sich senesuisse für wirtschaftliche und deregulierende Lösungen in allen Bereichen ein und engagiert sich gegen ständig steigende Bürokratie und zusätzlichen Administrativaufwand im Gesundheitswesen.

Grundsätzlich unterstützen CURAVIVA Schweiz und senesuisse eine Überarbeitung des veralteten TARMED, wobei aus unserer Sicht eine Lösung zwischen den betroffenen Vertragspartnern zu bevorzugen wäre. Nachdem diese gescheitert ist verstehen CURAVIVA Schweiz und senesuisse aber das bundesrätliche Vorgehen zur Festlegung nötiger Änderungen.

CURAVIVA Schweiz und senesuisse begrüßen die Absicht des Bundesrats, mit den Tarifanpassungen die ärztlichen Grundleistungen aufzuwerten und die Entgelte für spezialisierte Leistungen zu reduzieren, die dank des medizinischen Fortschritts effizienter erbracht werden können als früher. Diese Anpassungen müssen sich aber an den tatsächlichen Gegebenheiten und vor allem an den tatsächlichen Patientenbedürfnissen orientieren und dürfen nicht bloss auf Kostensenkung fokussieren. Besonders bei ärztlichen Leistungen für in Pflege-Institutionen und Institutionen für Menschen mit Behinderung (nachfolgend Institutionen genannt)

wohnhafte Patienten sind deshalb Ausnahmen in den unterbreiteten Leistungskürzungen zu schaffen: Die neu vorgesehenen Limitierungen der ärztlichen Konsultationen sind für Patienten in Institutionen nicht situationsgerecht, sie hätten negative Auswirkungen. Deshalb sind Bewohnerinnen und Bewohner von diesen für sie unpassenden Beschränkungen auszunehmen.

CURAVIVA Schweiz und senesuisse unterbreiten Ihnen die vorliegende Vernehmlassungsantwort im Rahmen des entsprechenden Vernehmlassungsverfahrens zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung. Beide Dachverbände nehmen Stellung zu ausgewählten Aspekten der Verordnung, die ausschliesslich die TARMED betreffen, und bitten Sie höflich, die vorliegende Eingabe zu prüfen und zu berücksichtigen. Zur parallelen Festlegung der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen nehmen CURAVIVA Schweiz und senesuisse keine Stellung.

Für die Patientinnen und Patienten in Institutionen ist die Sicherstellung der Versorgungssicherheit bezüglich hausärztlicher Leistungen von grosser Wichtigkeit: Die Institutionen sind gemäss Art. 39 Abs. 1 KVG verpflichtet, eine ausreichende ärztliche Betreuung zu gewährleisten. Diese ist infolge des wachsenden Hausärztemangels bereits heute teilweise und künftig stark gefährdet. Wenn wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche ärztliche Leistungen für Patientinnen und Patienten in Institutionen wegen einer mangelhaften TARMED-Struktur nicht mehr in adäquatem Umfang erbracht werden können, gefährdet das die Versorgungssicherheit nachhaltig. Hausärztemangel sowie mangelhafte TARMED-Struktur bergen die Gefahr, dass Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten nach einem Institutionseintritt nicht mehr behandeln wollen. Dies führt dazu, dass diese Patientinnen und Patienten vermehrt hospitalisiert werden müssen, was die Gesundheitskosten unnötig in die Höhe treibt.

**In der vorliegenden Vernehmlassungsantwort schlagen die Dachverbände CURAVIVA Schweiz und senesuisse gezielte Verbesserungen vor, um eine wirksamere medizinische Behandlung von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, welche Pflegeleistungen zulasten der OKP in einer Institution erhalten.**

## 1. Allgemeine Betrachtungen

Die Tarifstrukturen des TARMED sind auf die Behandlung ambulanter Patientinnen und Patienten zugeschnitten, die ihre Ärztin oder Arzt persönlich aufsuchen oder von dieser oder diesem besucht werden. Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner in Institutionen sind – öfter in hohem Mass – auf medizinische und therapeutische Pflege in einem breiten Sinn angewiesen. Ihre Behandlung erfolgt unter völlig anderen Voraussetzungen als diejenige, die für 'ordentliche' ambulante Patientinnen und Patienten gelten: Für die medizinische Versorgung der Patientinnen und -patienten spielt die enge interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegenden, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzten eine unentbehrliche Rolle. In besonderem Mass trifft dies für Menschen mit einer mittel- bis hochgradigen demenziellen Erkrankung sowie für Menschen mit kognitiver und psychischer Behinderungen zu. Hinzu kommt, dass bei dieser besonderen Kategorie von Patientinnen und Patienten die Angehörigen gemäss den Regeln des Erwachsenenschutzrechts in der Regel miteinbezogen werden müssen.

Viele ärztliche Leistungen zugunsten von Patientinnen und -patienten in Institutionen erfolgen deswegen nicht infolge einer gewöhnlichen bilateralen Konsultation mit den Patientinnen oder den Patienten, sondern im Rahmen von einer interprofessionellen Besprechung mit dem zuständigen Behandlungsteam.

CURAVIVA Schweiz und senesuisse melden sich zu Wort im Rahmen der vorliegenden Vernehmlassung, weil es auf Basis der Vernehmlassungsunterlagen deutlich erkennbar ist, dass

ärztliche Leistungen für pflegebedürftige Bewohnende in Institutionen rationiert und gefährdet werden.

Bereits heute haben Institutionen grösste Schwierigkeiten, die nötigen Ärzte zur medizinischen und therapeutischen Versorgung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner zu erhalten. Besonders extrem ist der Engpass bei geriatrisch und gerontopsychiatrisch ausgebildeten Fachleuten. Deshalb sollte unter keinen Umständen auch noch die Möglichkeit zur Abrechnung der dringend benötigten Leistungen eingeschränkt werden, was für diese Fachrichtung zusätzlich negative Auswirkungen und damit abstossende Wirkung hätte.

Institutionen betreuen und pflegen Bewohnerinnen und Bewohner, welche oft multimorbid, funktionell erheblich eingeschränkt und gesundheitlich in einem labilen Gleichgewicht sind. Deswegen können sie nicht mehr zu Hause bleiben. Diese besondere Situation bedingt engmaschige medizinische Kontrollen und eine regelmässige ärztliche Überwachung, um auf die teilweise rasch wechselnden gesundheitlichen Probleme der betroffenen Patientinnen und Patienten rechtzeitig eingehen zu können. Dies macht auch Sinn – medizinisch sowie gesundheitspolitisch: Klinische Beurteilungen aufgrund körperlichen Untersuchungen mit einem vorausschauenden Behandlungsplan können viele unnötige, teure und belastende Hospitalisierungen in einem Akutspital vermeiden.

Darüber hinaus weisen solche medizinischen Behandlungen oft ein weiteres Merkmal auf: Schon eine einfache Beratung ist bei multimorbiden, betagten Menschen sowie Menschen mit Behinderung zeitaufwändiger als bei jüngeren Erwachsenen. Sie wird nicht nur durch kognitive Einschränkungen, sondern auch durch beeinträchtigte Sinnesorgane und eingeschränkte Beweglichkeit erschwert.

Die meisten Patientinnen und Patienten in Institutionen versterben auch dort. Daher macht es bezüglich der Lebensqualität, aber auch im Rahmen der Gesundheitskosten Sinn, dass eine Hospitalisierung in der Sterbephase vermieden werden kann. Dafür braucht es jedoch eine interdisziplinäre Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie den Austausch mit den Angehörigen.

Im Rahmen der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020 wurde im Handlungsfeld Lebensqualität einen grossen Handlungsbedarf zugunsten der koordinierten Versorgung für die Patientengruppe (Hoch)betagte, multimorbide Menschen identifiziert. Dies insbesondere an der Schnittstelle zwischen Heim und Spital. Auch die Entwicklung einer Strategie zur Langzeitpflege ist Thema in der Strategie Gesundheit2020. Die Herausforderungen für die Langzeitpflege und den entsprechenden Handlungsbedarf wurden vom Bundesrat am 25. Mai 2016 bekräftigt. Dazu braucht es eine gute ärztliche Versorgung in Institutionen.

Ein Handlungsfeld der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019 des Bundesrates ist die Schaffung von qualitativ hochstehenden und bedarfsgerechten Angeboten sowie die Sicherstellung der Finanzierung von bedarfsgerechten Leistungen. Dazu gehört die Nutzung von Synergien mit den Massnahmen zu einer verbesserten koordinierten Versorgung.

Der Bericht vom BAG und der GDK vom November 2016 über «Erreichte Resultate 2014–2016 und Prioritäten 2017–2019» der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019 hält auf Seite 32 fest: «Die Weiterentwicklung der Versorgungsprozesse und der Angebote im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung hat zum Ziel, die Lebensqualität und die Würde von Menschen mit einer Demenzerkrankung gerade auch in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung bis hin zum Tod zu wahren». Damit eine gute Versorgung entlang des ganzen Krankheitsverlaufs, auch in der Langzeitinstitution, gewährleistet werden kann, ist eine funktionierende interdisziplinäre

Zusammenarbeit zwischen Pflege und Arzt unabdingbar. Dazu führt der Bericht zu recht fort: «Die Zugänglichkeit solcher Angebote bedingt ausreichend finanzielle Mittel. Dies betrifft einerseits auf Seiten der Betroffenen die finanzielle Tragbarkeit von Entlastungsangeboten respektive der Versorgungskosten (Aufenthalt, Betreuung und Pflege).»

Aus diesen Gründen muss eine geeignete Tarifstruktur für ärztliche Leistungen zur Behandlung von an Demenz erkrankten Menschen vorgesehen werden. Eine nationale Strategie besteht nur aus leeren Worten, wenn Instrumente wie die TARMED nicht konsequent angewendet werden können, damit sie tatsächlich durchgreift.

## 2. Erwägungen zu besonderen Punkten der Vorlage

### 2.1. Zu den Positionen 00.0143 und 00.0144 Besprechungen mit Angehörigen, Therapeutinnen und Therapeuten und dem Pflegeteam

CURAVIVA Schweiz und senesuisse begrüßen die Einführung von spezifischen Positionen für Besprechungen mit Angehörigen, Therapeutinnen und Therapeuten und dem Pflegeteam. Wie im obenstehenden Punkt 1 ausgeführt, beinhalten diese Positionen einen wesentlichen Teil der ärztlichen Tätigkeit in Institutionen.

Gleichzeitig äussern CURAVIVA Schweiz und senesuisse einen klaren Vorbehalt im Zusammenhang mit der vorgesehenen Limitation auf fünf Besprechungen dieser Art pro drei Monate: Eine so niedrige Grenze wird dem tatsächlichen Bedarf in den Institutionen absolut nicht gerecht. Sie verhindert die Abrechnung einer adäquaten medizinischen und therapeutischen Betreuung von Bewohnenden zu Lasten der Krankenversicherer.

Vielmehr sollte die Limitation für Patientinnen und Patienten aufgehoben werden, sofern die Betroffenen gleichzeitig Pflegeleistungen in einer Institution abrechnen. Dies würde eine pragmatische Handhabung der Positionen 00.0143 und 00.0144 ermöglichen.

**CURAVIVA Schweiz und senesuisse beantragen die Aufhebung der Limitation auf den Positionen 00.0143 und insbesondere 00.0144 für Patientinnen und -patienten, welche Pflegeleistungen zulasten der OKP in einer Institution erhalten.**

### 2.2. Zu den Positionen 00.0415 und 00.0425 Untersuchung durch die Fachärztin/den Facharzt

Viele medizinisch instabile Situationen können bei Patientinnen und Patienten in Institutionen dank wiederholten klinischen Untersuchungen geklärt werden. Diese müssen mit einer Verlaufsbeobachtung über einige Tage verbunden sein. Dies ermöglicht eine adäquate Behandlung ohne Spitaleinweisung oder aufwändige apparative Untersuchungen.

Die Rationierung der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit an und mit Patientinnen und Patienten in Institutionen setzt im Gegensatz dazu völlig falsche Anreize, weg von einer vernünftigen Menschenmedizin hin zu einer teuren technisch ausgerichteten fünf-Minuten-Medizin. Dies entspricht in keiner Weise den realen Bedürfnissen von Patientinnen und -patienten und beeinträchtigt die Effektivität der medizinischen und therapeutischen Versorgung zugunsten dieser Menschen.

Die Limitation auf sechsmal pro drei Monate wird dem realen Bedarf nicht gerecht: Diese Begrenzung verhindert die korrekte Abrechnung einer adäquaten medizinischen und therapeutischen Betreuung von Patientinnen und -patienten zulasten der Krankenversicherer.

Zur Förderung einer unbürokratischen und möglichst realitätsnahen Umsetzung sollte im Gegenteil eine generelle Aufhebung dieser Limitation geprüft werden.

**CURAVIVA Schweiz und senesuisse beantragen die Streichung der Limitation auf den Positionen 00.0415 und 00.0425 für Patientinnen und Patienten, welche Pflegeleistungen zulasten der OKP in einer Institution erhalten – oder aber für alle Patientinnen und Patienten.**

### 2.3. Zur Position 00.0020 Konsultationszuschlag

Konsultationen bei Heimpatientinnen und -patienten sind zeitaufwändig, weil sie öfter multimorbide Situationen betreffen. Auch bei Menschen mit Behinderung können Konsultationen zeitaufwändig sein. Die vorgesehene Limitation auf zweimal pro Sitzung wird dem effektiven Bedarf nicht gerecht: Sie verhindert die korrekte Abrechnung einer adäquaten medizinischen Betreuung der betroffenen Patientinnen und -patienten zu Lasten der Krankenversicherer.

Die Limitation der Position 00.0020 hat negative Konsequenzen für die Beurteilung der Situation von Patientinnen und -patienten: Unter diesen Bedingungen kann keine angemessene Beurteilung und keine Konzilien zu gerontopsychiatrischen Fragen, besonders zu herausforderndem Verhalten, erfolgen. Diese Limitation ist aber auch dem Anspruch der Patientinnen und -patienten auf Information über ihren gesundheitlichen Zustand in vielen Fällen nicht gerecht: Die Betroffenen sind oft mit einem komplexen Krankheitsbild konfrontiert – und haben oft begrenzte kognitive Fähigkeiten, was ihr Verständnis der medizinischen Situation erschwert. Deshalb stellt die Limitation in vielen Fällen einen Vorstoss gegen die Informationspflicht der Ärztinnen und Ärzte dar.

In der Handhabung wäre die Streichung der Limitation für Patientinnen und Patienten am einfachsten, welche gleichzeitig Pflegeleistungen in einer Institution abrechnen.

**CURAVIVA Schweiz und senesuisse beantragen, dass die vorgesehene Limitation auf zweimal pro Sitzung in der Position 00.0020 aufgehoben wird für Patientinnen und Patienten, welche Pflegeleistungen zulasten der OKP in einer Institution erhalten.**

### 2.4. Zur Position 00.0510 Beratung durch die Fachärztin/den Facharzt

Aufgrund der häufigen Einschränkungen der Sinnesorgane, des Bewegungsapparates und akzentuiert durch allfällige Kognitionsstörungen dauern Beratungen bei Patientinnen und Patienten in Institutionen deutlich länger als bei Menschen ohne besondere Bedürfnisse. Aus den gleichen Gründen müssen diese Beratungen oft mehrmals für die gleiche Problematik vorgenommen werden.

Die vorgesehene Limitation auf sechsmal pro drei Monate wird dem tatsächlichen Bedarf absolut nicht gerecht. Sie verhindert die Abrechnung einer adäquaten medizinischen und therapeutischen Betreuung der Patientinnen und Patienten zu Lasten der Krankenversicherer.

**CURAVIVA Schweiz und senesuisse beantragen die Streichung der vorgesehenen Limitation der Position 00.510 für Patientinnen und Patienten, welche Pflegeleistungen zulasten der OKP in einer Institution erhalten.**

## 2.5. Zur Position 02.01 Psychiatrische Diagnostik und Therapie

Die Senkung des Dignitätsfaktors für die Psychiatrie führt zu erheblichen Leistungssenkungen im Bereich der konsiliarischen Beratungen, welche die Aufrechterhaltung von notwendigen Angeboten massiv gefährden.

Die Einführung eines einheitlichen Dignitätsfaktors von 0.968 für alle ärztlichen Leistungen würde die TP AL für Positionen mit einer höheren quantitativen Dignität als FMH5 entsprechend deutlich reduzieren.

Die Versorgungssicherheit und eine adäquate medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten in Institutionen sind durch die geplanten Änderungen gefährdet. Als Folge der Anstrengungen, komplexe Krankheiten effektiv abzubilden, haben psychiatrische Konsilien in Institutionen in den vergangenen Jahren an Bedeutung und Wichtigkeit gewonnen. Auch wird versucht, möglichst effiziente medizinische Massnahmen zu ergreifen, und auf den Einsatz von kostenintensiven Massnahmen zu verzichten, welche auf somatische Symptome fokussieren.

**CURAVIVA Schweiz und senesuisse beantragen die Rückgängigmachung der vorgesehenen Senkung des Dignitätsfaktors in der Position 02.01 für Patientinnen und Patienten, welche Pflegeleistungen zulasten der OKP in einer Institution erhalten.**

Die Verbände CURAVIVA Schweiz und senesuisse bedanken sich für die ernsthafte Prüfung und Berücksichtigung der oben aufgeführten Standpunkte.

Mit freundlichen Grüssen



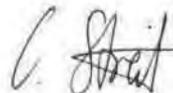
Marco Borsotti  
Vorsitzender der Fachkonferenz  
Menschen im Alter von CURAVIVA Schweiz



Clovis Défago  
Präsident von senesuisse



Dr. Daniel Höchli  
Direktor von CURAVIVA Schweiz



Christian Streit  
Geschäftsführer von senesuisse

---

Bei Rückfragen zur vorliegenden Vernehmlassungsantwort wenden Sie sich bitte an:  
Herrn Yann Golay Trechsel  
Verantwortlicher Public Affairs von CURAVIVA Schweiz  
E-Mail: [y.golay@curaviva.ch](mailto:y.golay@curaviva.ch)  
Tel: 031 385 33 36

Office fédéral de la santé publique  
Unité de direction Assurance maladie et  
accidents  
Division Prestations  
3003 Berne

Berne, le 21 juin 2017

## **Consultation concernant la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance maladie**

### **Prise de position de CURAVIVA Suisse et de senesuisse**

Monsieur le conseiller fédéral, Mesdames, Messieurs,

Association au service des institutions et des employeurs de la branche, CURAVIVA Suisse représente les intérêts des homes et institutions sociales destinées aux personnes âgées, aux adultes avec handicap ainsi qu'aux enfants et adolescents ayant des besoins spécifiques. L'ensemble des cantons suisses ainsi que la Principauté du Liechtenstein sont rattachés à l'association faîtière nationale CURAVIVA Suisse. Dans l'ensemble, CURAVIVA Suisse représente quelque 2600 institutions qui offrent plus de 120 000 places et emploient environ 130 000 personnes.

senesuisse est une association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées à laquelle 400 homes sont affiliés en Suisse alémanique et en Suisse romande, ce qui représente 20'000 places de soins et 30'000 emplois. En tant qu'association des employeurs et représentante des établissements de soins pour les personnes âgées senesuisse s'engage pour des solutions économiques et dérégulées dans tous les domaines ; senesuisse s'engage aussi contre une bureaucratie envahissante et contre des tâches administratives supplémentaires toujours plus nombreuses dans le secteur de la santé.

CURAVIVA Suisse et senesuisse soutiennent le principe d'un remaniement de la structure TARMED, aujourd'hui obsolète. Une solution tenant compte des intérêts des partenaires tarifaires serait à privilégier, mais, après l'échec d'une telle solution, CURAVIVA Suisse et senesuisse souscrivent à la procédure engagée par le Conseil fédéral, qui vise à mettre en place les modifications nécessaires.

CURAVIVA Suisse et senesuisse saluent l'intention du Conseil fédéral de revaloriser les prestations médicales de base par le biais des adaptations tarifaires proposées et de réduire le dédommagement de certaines prestations spécifiques qui, grâce à des avancées de la technique médicale, peuvent être apportées de façon plus efficiente que par le passé. Ces adaptations doivent toutefois être répondre à des situations réelles et surtout aux besoins effectifs des patients ; elles ne doivent pas viser uniquement une baisse des coûts. Il faut en particulier penser

aux prestations médicales en faveur de résidents d'établissements médicosociaux pour personnes âgées ainsi que pour personnes avec handicap (ci-après : « EMS ») et autoriser des exceptions à la structure uniforme dans le cadre de la limitation des prestations ; la nouvelle limitation prévue des consultations médicales n'est pas adaptée aux besoins des résidents d'EMS, et elle aurait des conséquences graves. Il faut donc l'exclure pour ce qui les concerne.

CURAVIVA Suisse et senesuisse vous adressent la présente prise de position dans le cadre de la procédure de consultation concernant la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance maladie. Ces associations faitières prennent position sur certains aspects de l'ordonnance qui concernent exclusivement TARMED, et vous prient de bien vouloir prendre en considération le contenu de ce document CURAVIVA Suisse et senesuisse ne prennent pas position dans le cadre de la fixation concomitante de la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie.

Pour les patientes et les patients en EMS, la garantie de l'octroi de soins revêt une importance capitale en ce qui concerne les prestations des médecins de famille : en vertu de l'art. 39 al. 1 LAMal, les EMS sont tenus d'offrir une prise en charge médicale suffisante. En raison de la pénurie grandissante de médecins de famille, cette obligation est cependant aujourd'hui déjà et demain plus encore menacée. Si des prestations médicales efficaces, appropriées et économiques ne peuvent plus être apportées dans une mesure adéquate aux patientes et aux patients en EMS en raison d'une structure TARMED déficiente, cela met en danger de façon durable la sécurité de l'approvisionnement médical. Pénurie de médecins de famille et déficiences de la structure TARMED présentent le risque que les médecins de famille ne veuillent plus prendre en charge leurs patients si ceux-ci sont admis dans un EMS. Ce qui entraîne des hospitalisations plus fréquentes des intéressés, contribuant de façon malvenue à l'augmentation des coûts de la santé.

**Dans la présente prise de position, les associations faitières CURAVIVA Suisse et senesuisse proposent des améliorations ciblées afin de garantir un traitement médical plus efficace des patientes et des patients qui bénéficient de prestations médicales à la charge de l'OKP dans un EMS.**

## 1. Considérations générales

Les structures tarifaires du TARMED sont adaptées au traitement ambulatoire des patients qui se rendent personnellement chez leur médecin ou reçoivent sa visite. La plupart des pensionnaires des EMS dépendent, souvent dans une large mesure, de soins médicaux et thérapeutiques au sens large. Leur traitement se déroule dans des conditions totalement différentes de celles qui s'appliquent aux patients ambulatoires « ordinaires » : une étroite collaboration interprofessionnelle entre le personnel soignant, les thérapeutes et le corps médical joue un rôle essentiel dans le traitement médical des patients résidant en EMS. Cela est particulièrement vrai pour les personnes atteintes de troubles démentiels modérés à graves, ainsi que pour les personnes souffrant de handicaps cognitifs et psychiques. A cela s'ajoute le fait qu'il est généralement nécessaire de prendre en compte la famille de cette catégorie spécifique de patients, conformément aux dispositions du droit de la protection de l'adulte.

Nombre de prestations médicales sont prodiguées aux patients résidant en EMS non pas à l'issue d'une consultation bilatérale ordinaire avec le patient, mais dans le cadre d'une réunion interprofessionnelle avec le personnel soignant compétent.

CURAVIVA Suisse et senesuisse prennent la parole dans le cadre de la présente consultation, car il ressort clairement des documents pertinents que les prestations médicales en faveur des

résidentes et résidents d'EMS qui nécessitent des soins risquent d'être rationnées et mises en danger.

Aujourd'hui déjà, les EMS rencontrent de grosses difficultés à trouver les médecins nécessaires à la prise en charge médicale et thérapeutique de leurs résidentes et résidents. Le goulet d'étranglement est particulièrement étroit en ce qui concerne les spécialistes en gériatrie et en psychiatrie gériatrique. De ce fait, la faculté de facturer les prestations nécessaires de façon urgente ne saurait en aucun cas être restreinte, car cela aurait des effets négatifs supplémentaires sur cette branche d'activités et, au final, de funestes conséquences.

Les EMS accompagnent et soignent des personnes souvent atteintes de pathologies multiples, sérieusement limitées dans leurs fonctions et ayant une santé fragile, raisons pour lesquelles elles ne peuvent demeurer à la maison. Cette situation particulière requiert des contrôles médicaux fréquents et un suivi régulier pour le traitement sans délai de problèmes de santé qui, chez cette catégorie de patients, sont susceptibles de s'aggraver rapidement. Cette mesure est logique tant sur le plan médical que pour des motifs de santé publique: une évaluation clinique basée sur un examen corporel et un plan de traitement basé sur de bonnes anticipations peuvent éviter de nombreux séjours inutiles, coûteux et pénibles en hôpital de soins aigus.

Ce genre de traitement médical se distingue en outre par une caractéristique supplémentaire: une simple consultation prend souvent beaucoup plus de temps pour une personne âgée souffrant de pathologies multiples ainsi que pour les personnes avec handicap que pour un jeune adulte. Cette consultation se trouve en effet gênée non seulement par les déficiences cognitives du patient, mais également par la détérioration de ses facultés sensorielles et sa mobilité réduite.

La plupart des patients admis dans un EMS y décèdent également. Il paraît donc logique de pouvoir éviter une hospitalisation en fin de vie, tant par égards pour la qualité de vie qu'afin de ne pas engendrer des coûts inutiles. Cela nécessite toutefois une prise en charge interdisciplinaire des patients, ainsi que de leurs proches.

Dans le domaine d'action «qualité de vie», la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral a identifié un besoin urgent d'intervenir en faveur de la coordination des soins dispensés au groupe de patients comprenant les personnes âgées et très âgées souffrant de pathologies multiples, et ce notamment à l'interface entre EMS et hôpitaux. Le développement d'une stratégie de soins de longue durée constitue également un thème prioritaire de Santé2020. Le Conseil fédéral a réaffirmé le 25 mai 2016 les défis auxquels sont confrontés les soins de longue durée et la nécessité d'agir qui en résulte. A cette fin, il est nécessaire de proposer des soins médicaux de qualité dans les EMS.

Un champ d'action de la Stratégie nationale 2014-2019 du Conseil fédéral en matière de démence est axé sur la création d'offres adaptées au besoin, c'est à dire la mise en place de capacités de soins de qualité et adaptées au besoin, ainsi que sur la garantie du financement des prestations adéquates. Y appartient l'utilisation de synergies avec les mesures visant à mieux coordonner les soins.

Le rapport de novembre 2016 de l'OFSP et de la CDS sur les «Résultats acquis 2014–2016 et priorités 2017–2019» de la Stratégie nationale 2014-2019 en matière de démences affirme en page 32: «Le développement des processus de la prise en charge et des offres de soins et d'accompagnement de longue durée a pour but de préserver la qualité de vie et la dignité des personnes atteintes de démence, même à un stade avancé de la maladie et ce, jusqu'à leur mort». Afin de pouvoir garantir des soins de qualité durant toute la maladie, une bonne collaboration interdisciplinaire entre les soins et la médecine est indispensable. A ce propos, le rapport ajoute: «L'accessibilité à de telles offres nécessite des moyens financiers suffisants. Cela suppose, d'une

part, que la charge financière des offres de décharge et les coûts du séjour, de la prise en charge (accompagnement et soins) dans les institutions de soins et de l'accompagnement de longue durée soient supportables par les personnes concernées.»

Pour ces motifs, il est nécessaire de prévoir une structure tarifaire adéquate pour les prestations médicales liées au traitement des personnes atteintes de démence. Une stratégie nationale ne représente guère plus que de belles paroles si des outils tels que TARMED ne peuvent être appliqués de manière cohérente afin que celle-ci prenne effets.

## 2. Considérations sur des points spécifiques du projet

### 2.1. Au sujet des positions 00.0143 et 00.0144

#### Discussions entre les proches, les thérapeutes et le personnel soignant

CURAVIVA Suisse et senesuisse saluent l'introduction de positions spécifiques se rapportant au dialogue entre les proches du patient, les thérapeutes et le personnel soignant. Comme indiqué au point 1 ci-dessus, ces positions comprennent une part importante de l'activité médicale conduite dans les EMS.

Néanmoins, CURAVIVA Suisse et senesuisse émettent une réserve claire en ce qui concerne la limitation prévue à cinq entrevues de ce type sur une période de trois mois: une limite si basse ne répond absolument pas aux besoins réels dans les EMS. Elle empêche la facturation d'un traitement médical et thérapeutique adéquat à la charge de l'assurance maladie des patientes et des patients résidant en EMS.

Cette limitation devrait au contraire être levée pour les patients qui nécessitent des prestations de soins dans un EMS. Cela permettrait une gestion pragmatique des positions 00.0143 et 00.0144.

**CURAVIVA Suisse et senesuisse demandent la levée de la limitation sur les positions 00.0143 et en particulier 00.0144 pour les patientes et les patients qui bénéficient de prestations médicales à la charge de l'AOS dans un EMS.**

### 2.2. Au sujet des positions 00.0415 et 00.0425

#### Examen par un-e spécialiste

Les examens cliniques répétés de patients en EMS permettent de résoudre de nombreuses situations médicales instables. Ces examens doivent s'accompagner d'un suivi de l'évolution sur plusieurs jours, ce qui permet un traitement adéquat sans passer par l'hospitalisation ni des examens lourds à l'aide d'appareils.

En revanche, le rationnement de la pratique médicale vis-à-vis des patients en EMS crée de fausses incitations qui éloignent d'une pratique médicale raisonnable centrée sur l'être humain, au profit d'une médecine minutée, coûteuse et axée sur la technique. Un tel scénario ne répond pas aux besoins réels des patientes et des patients résidant en EMS et porte atteinte à l'effectivité des soins médicaux et thérapeutique de cette catégorie de patients.

Une limitation à six consultations sur une période de trois mois ne répond absolument pas aux besoins réels: Elle empêche l'octroi de traitements médicaux et thérapeutiques adéquats à la charge de l'assurance maladie en faveur de patientes et de patients résidant en EMS.

Afin de favoriser une mise en œuvre non bureaucratique et aussi proche de la réalité que possible, une levée générale de cette limitation devrait au contraire être examinée.

**CURAVIVA Suisse et senesuisse demandent la suppression de la limitation sur les positions 00.0415 et 00.0425 pour les patientes et les patients qui bénéficient de prestations médicales à la charge de l'AOS dans un EMS, voire pour l'ensemble des patients.**

### **2.3. Au sujet de la position 00.0020 Supplément de consultation**

Les consultations prennent davantage de temps pour les patients résidant en EMS, car ils souffrent souvent de pathologies multiples. Dans les EMS pour personnes avec handicap également, les consultations peuvent nécessiter beaucoup de temps. La limitation prévue à deux fois par séance ne répond pas aux besoins réels: elle entrave au contraire l'octroi de traitements médicaux adéquats à la charge de l'assurance maladie en faveur de patientes et de patients résidant en EMS.

La limitation de la position 00.0020 entraîne des conséquences négatives pour l'évaluation de la situation des patients résidant en EMS, car il est impossible de procéder à une évaluation appropriée dans ces conditions. Et cette limitation n'est dans bien des cas pas non plus compatible avec le droit des patientes et des patients en EMS d'être informés sur leur état de santé: les intéressés sont souvent confrontés à des signes cliniques complexes, alors même qu'ils ne disposent que de capacités cognitives limitées, ce qui ne facilite pas leur compréhension de la situation médicale. De ce fait, la limitation constitue souvent une atteinte au devoir d'informer du médecin.

Le plus simple serait de supprimer cette limitation pour des patientes et des patients résidant en EMS et nécessitant des prestations de soins à la charge de l'assurance maladie.

**CURAVIVA Suisse et senesuisse demandent que la limitation prévue à deux fois par séance sur la position 00.0020 soit levée pour les patientes et les patients qui bénéficient de prestations médicales à la charge de l'AOS dans un EMS.**

### **2.4. Au sujet de la position 00.0510 Consultation d'un-e spécialiste**

En raison des troubles sensoriels, moteurs, voire cognitifs, qui affectent fréquemment les patients résidant en EMS, leurs consultations médicales durent beaucoup plus longtemps que celles des personnes sans besoins particuliers. Ces difficultés expliquent également le fait que ces patients consultent souvent à plusieurs reprises pour le même problème.

La limitation prévue à six consultations sur une période de trois mois ne répond absolument pas aux besoins réels. Elle empêche l'octroi de traitements médicaux adéquats à la charge de l'assurance maladie en faveur de patientes et de patients résidant en EMS.

**CURAVIVA Suisse et senesuisse demandent la suppression de la limitation prévue de la position 00.510 pour les patientes et les patients qui bénéficient de prestations médicales à la charge de l'AOS dans un EMS.**

## 2.5. Au sujet de la position 02.01 Diagnostic et thérapie psychiatriques

L'abaissement de la valeur intrinsèque en psychiatrie entraîne de sensibles diminutions de prestations en matière de soins, lesquelles mettent en danger le maintien d'offres nécessaires.

L'introduction d'un facteur de valeur intrinsèque de 0,968 pour l'ensemble des prestations médicales réduirait sensiblement, de façon correspondante, le PM pts pour les positions affichant une valeur intrinsèque supérieure à FMH5.

La sécurité de l'approvisionnement médical et un approvisionnement médical adéquat des patientes et des patients en EMS sont mis en danger par les modifications prévues. En conséquence d'efforts visant à rendre compte de façon effective de situations médicales complexes les consultations psychiatriques ont gagné en signification et en importance dans les EMS, au cours des années écoulées. On tente en outre plus couramment de prendre des mesures médicales efficaces et de renoncer à mettre en œuvre des mesures coûteuses focalisant sur les symptômes somatiques.

**CURAVIVA Suisse et senesuisse requièrent l'annulation de l'abaissement prévu de la valeur intrinsèque prévue à la position 00.510 pour les patientes et les patients qui bénéficient de prestations médicales à la charge de l'AOS dans un EMS.**

L'association faîtière nationale CURAVIVA Suisse vous remercie de bien vouloir examiner soigneusement et prendre en compte les points de vue exposés ci-dessus.

Veuillez trouver ici nos cordiales salutations



Marco Borsotti  
Président de la Conférence spécialisée  
personnes âgées de CURAVIVA Suisse



Clovis Défago  
Président de senesuisse



Dr Daniel Höchli  
Directeur de CURAVIVA Suisse



Christian Streit  
Directeur de senesuisse

Veuillez adresser toute éventuelle question relative à la présente prise de position à:  
monsieur Yann Golay Trechsel  
responsable Public Affairs de CURAVIVA Suisse  
E-mail: [y.golay@curaviva.ch](mailto:y.golay@curaviva.ch)  
Tél.: 031 385 33 36

Herrn Bundesrat Alain Berset  
Vorsteher Eidg. Departement des Innern (EDI)  
Eingereicht beim Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung  
Abteilung Leistungen  
3003 Bern

Bern, 13. Juni 2017

## **Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung: Vernehmlassungsverfahren zum bundesrätlichen Änderungsvorschlag**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset  
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nutzen wir die Möglichkeit, Ihnen die Auswirkungen der Änderungsvorschläge zur oben erwähnten Verordnung aus Sicht des Vereins **Swiss Memory Clinics SMC** (Dachorganisation der schweizerischen interdisziplinären Demenzambulatorien) darlegen zu können.

Das Ziel unserer Vereinsgründung im Jahr 2008 war es, die Diagnose- und Behandlungsqualität bei Demenzerkrankungen schweizweit auf hohem Qualitätsniveau zu etablieren. Entsprechend dieser Zielsetzung wurden damals erste formale Qualitätsstandards entwickelt, zu deren Einhaltung sich die SMC-Mitglieder verpflichtet haben. Darüber hinaus sollte die Vernetzung der Memory Clinics die Informations- und Wissensvermittlung begünstigen sowie die Interdisziplinarität fördern, was bis heute in erfreulichem Masse gelungen ist.

Der aktuelle Schwerpunkt der Vereinsarbeit liegt bei der aktiven Beteiligung an der Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019. Unser Verein ist hier im Projektlead 3.1 („Auf- und Ausbau regionaler und vernetzter Kompetenzzentren für Diagnostik“). Im Fokus steht dabei die interdisziplinäre und interprofessionelle Erarbeitung von inhaltlichen Qualitätsstandards der Demenzabklärung in der Schweiz (12 Kapitel), insbesondere der Frühdiagnostik an den Memory Clinics.

Diese umfangreiche, aufgrund der frühen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten aber kosten- und ressourcensparende (Früh-)Diagnostik an den schweizerischen Memory Clinics wird durch den vorgeschlagenen Tarifeingriff des Bundesrates nun leider in Frage gestellt. Dies durch diverse Limitationen auf Zeittarifen (pro 3 Monate und/oder pro Konsultation), welche die etablierten und durch die Qualitätsstandards bestätigten Abklärungsabläufe verunmöglichen.

Zur Illustration sei hier ein üblicher Abklärungsablauf skizziert:

1. Aktenstudium der eingehenden Berichte und Zeugnisse (die oft sehr umfangreich sind, da die Patienten bereits zuvor verschiedene Abklärungen ohne klare Diagnosestellung bzw. -vermittlung gehabt haben)
2. Erhebung der Anamnese, häufig Rücksprache mit mehreren Angehörigen, Ärzten, Sozialdiensten, Arbeitgebern, Versicherungen u.a.
3. Die eigentliche Diagnostik: medizinische Untersuchungen, neuropsychologische Testung, Bildgebungsverfahren, evtl. Liquoruntersuchung u.a.
4. Interdisziplinäres/-professionelles Diagnose-Board (= Diagnosefindungs-Konferenz, Rücksprache auch mit anderen Ärzten, die ergänzende Abklärungen durchgeführt haben, z.B. PET, MRI u.a.)
5. Ausführliches Gespräch mit Betroffenen und/oder Nahestehenden zur Diagnosevermittlung und Beratung
6. Danach folgen oft weitere Rücksprachen mit Arbeitgebern, Versicherungen, Pro Infirmis, Alzheimervereinigung, weiteren Angehörigen, Spitex, KESB, Rechtsmedizinischem Institut (Fahreignung) u.a. Oft erfolgt die Kommunikation auch via E-Mail.
7. Weitere Gespräche mit Patienten und Angehörigen.
8. Weitere Verlaufskontrollen, dabei z.B. Kontaktaufnahme mit Pflegeinstitutionen, Behörden u.a.

Aus diesen Ausführungen sollte hervorgehen, dass die geplante zeitliche Limitierung verschiedener Abrechnungspositionen (insbesondere der «Leistungen in Abwesenheit») die von Patienten, Angehörigen und Pflegenden erwünschte Behandlungs- und Koordinationsfunktion der Memory Clinics tarifarisch nicht korrekt abbilden lässt. Dies würde im Widerspruch stehen zur Leistungspflicht nach Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV. Zu erwähnen gilt es auch, dass die Planung und Koordination sowie das Aufbieten der Betroffenen und Angehörigen mit einem massiv vermehrten Zeitaufwand verbunden ist, der in der üblichen technischen Leistung bereits jetzt nicht ausreichend abgedeckt ist.

Wir bitten Sie deshalb eindringlich, den Anliegen der Memory Clinics und anderer in der Demenzdiagnostik und -betreuung engagierten Ärzte und Psychologen gerecht zu werden.

Die detaillierten Ausführungen mit den beanstandeten Änderungsvorschlägen finden Sie in den **Vernehmlassungsantworten der involvierten Fachgesellschaften:**

- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG
- Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie SGAP
- Schweizerische Neurologische Gesellschaft SNG



Dr. med. Markus Bürge  
Präsident Swiss Memory Clinics



Dr. med. Dan Georgescu  
Vizepräsident Swiss Memory Clinics

Kopie an:

- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG
- Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und –psychotherapie SGAP
- Schweizerische Neurologische Gesellschaft SNG
- Schweizerische Alzheimervereinigung



Hôpital du Valais  
Spital Wallis



SMVS / VSÄG  
Société Médicale du Valais  
Walliser Ärztegesellschaft

1

Herr Bundesrat Alain Berset  
Herr Direktor Pascal Strupler  
Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern  
[Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch](mailto:Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch)

Sitten, den 20 Juni 2017

**Gemeinsame Stellungnahme des Spital Wallis HVS und der Walliser Ärztesgesellschaft VSÄG zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung betreffend der Verrechnung der Inkonvenienzpauschale**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,  
Sehr geehrter Herr Direktor des BAG,  
Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen eingeladen, zur Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung Stellung zu beziehen.

Mit diesem Schreiben erlauben wir uns, Sie direkt auf die einschneidenden Folgen der Anpassungen bei der Verrechnung des Notfallzuschlags (Inkonvenienzpauschale) für die Einrichtungen gemäss Artikel 36a KVG aufmerksam zu machen.

Nach einer mehrere Jahre dauernden Vorbereitungs- und Verhandlungsphase konnte, dank einer initialen staatlichen Anstossfinanzierung durch den Kanton Wallis, im Februar 2014 im Oberwallis eine erste gemeinsame überregionale hausärztliche Notfallpraxis in Betrieb genommen werden.

Im entsprechenden Leistungsvertrag zwischen dem Walliser Ärzteverband (WAeV) (=heutige VSÄG) im Namen der Oberwalliser Ärztesgesellschaft (OWAeG) und dem Spital Wallis im Namen des Spitalzentrum Oberwallis (SZO) werden die Ziele und der Leistungsauftrag für den Betrieb einer hausärztlichen Notfallpraxis im Spitalzentrum Oberwallis, Standort Visp (**HANOW = Hausarzt-Notfall Oberwallis**) definiert. Dieser Leistungsvertrag wurde vom Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur (DGSK) des Kantons Wallis eingesehen und angenommen.

Mit der Schaffung dieser Struktur wurden die vorher bestehenden drei hausärztlichen Notfalldienstkreise im Oberwallis durch **einen einzigen Notfalldienstkreis Oberwallis** sowie die Schaffung einer **hausärztlichen Notfallpraxis am Spitalstandort Visp ersetzt**. Diese Neuorganisation bietet erhebliche Vorteile für alle involvierten Parteien.



Hôpital du Valais  
Spital Wallis



SMVS / VSÄG  
Société Médicale du Valais  
Walliser Ärztegesellschaft

2

Für die Ärzteschaft sind dies gemäss Zielvereinbarung (gemäss Artikel 1 des Leistungsvertrags):

- **Möglichkeit einer effizienteren Patientenversorgung**
- Verminderung der Anzahl zu leistender Notfalldiensttage und damit Steigerung der Attraktivität des Hausarztberufs
- Ausbildungsmöglichkeit für Assistenzärzte
- Einfachere Rekrutierung von Assistenzärzten für den Hausarztberuf, um so dem Mangel an Hausärzten entgegenzuwirken
- Höhere Attraktivität des Berufs für Teilzeitbeschäftigte (u.a. Frauen)
- Schaffung einer Win-Win-Situation für alle Beteiligten: Bevölkerung, Touristen, Ärzteschaft und Spital Wallis
- **Beitrag zu einer Eindämmung der Gesundheitskosten im Wallis**

Für das Spital Wallis bietet die neue Organisation folgende Vorteile:

- **Optimierung der Grundversorgung bei Notfällen durch zeitnahe, direkte Unterstützungsmöglichkeit durch Spezialisten**
- Verminderung der Wartezeiten auf der Notfallaufnahme des Spitals und höhere Patientenzufriedenheit
- Weiterdelegation nicht lebensbedrohlicher Notfälle an die hausärztliche Notfallpraxis
- Wissenstransfer unter den Ärzten aus dem stationären und ambulanten Sektor
- Weitererhaltung des Standards für die Patientenversorgung
- Engere Zusammenarbeit zwischen Spital und freipraktizierenden Ärzten, was zu einer optimierten Ressourcennutzung führt
- **Globale Kostensenkung im Bereich der Notfallbetreuung**

Aus dem initialen ‚Pilotprojekt HANOW‘ ist mittlerweile eine nicht mehr wegdenkbare zentrale Struktur in der Patientenversorgung des Oberwallis geworden, die die überregionale Zusammenarbeit im ganzen Oberwallis massiv verbessert hat. Aus unserer Sicht wurden sowohl für den Patienten, die involvierte Ärzteschaft, des Spital Wallis sowie auch für den Kanton Wallis die definierten Ziele erreicht. Aus finanzieller Sicht ist der HANOW nun im 4. Jahr knapp selbsttragend. Im Gegensatz zu ‚Walk-In-Praxen‘ in Städten muss berücksichtigt werden, dass verschiedene Faktoren gewollt und ungewollt dazu führen, dass die HANOW keine ‚Goldgrube‘ ist und auch nie als solche gedacht war:

1. Mit einer Einwohnerzahl von knapp 70'000 für das ganze Oberwallis können wir nicht mit städtischen Strukturen verglichen werden, die auf bedeutend kleinerem Raum mehr als doppelt so viele Einwohner beherbergen.
2. Im Oberwallis sind viele Patienten traditioneller Weise ihrem Hausarzt enger verbunden, als dies in städtischen Gebieten der Fall ist. Die Patienten werden primär und prioritär auch in Notfallsituationen durch ihre Hausärzte versorgt, insofern dies zu den Praxisöffnungszeiten (mit teils Überstunden) möglich ist. Dies reduziert bereits die Bereitschaft der Patienten, spontan eine Notfalleinrichtung zu konsultieren, was zu einer tieferen Zahl von Konsultationen führt.



Hôpital du Valais  
Spital Wallis



SMVS / VSÄG  
Société Médicale du Valais  
Walliser Ärztegesellschaft

3

3. Die Notfälle, die sich nicht spontan im Spital/HANOW vorstellen, werden über die kantonale Notfallnummer triagiert (ärztliche Leitstelle Telefon 0900 144 033). D.h.: Fälle, bei denen durch eine telefonische Beratung oder die Ausstellung eines Rezeptes eine notfallmässige Arztkonsultation vermieden werden kann, kommen gar nicht erst auf den HANOW. Nicht lebensbedrohliche Notfälle, die wirklich eine ärztliche Untersuchung brauchen, werden an den HANOW zugewiesen, wenn sie genügend mobil sind. Ansonsten werden sie an den hintergrunddienstleistenden Hausarzt vermittelt, der seit der HANOW-Gründung ein geographisch sehr weitläufiges Gebiet versorgt und deshalb auf eine wirklich effiziente Triage angewiesen ist.
4. Es wurde bewusst auf eine aggressive Werbung für den HANOW verzichtet, um keine ‚Pseudo-Notfälle‘ zu generieren. Die Bevölkerung wird durch Routine-Informationen zu den Notfallstrukturen in der Presse und auf den Webseiten des Spitals und der Ärztesgesellschaft entsprechend informiert.

Da der Betrieb der HANOW sich als reiner Dienstleistungsbetrieb versteht, der den bestehenden Bedarf adäquat abdecken soll, ohne ‚künstlich‘ Notfälle zu produzieren und demzufolge auch keine gewinnorientierte Organisation ist, erfüllt er seinen Grundversorgungsauftrag im Sinne einer möglichst global kosteneffizienten Patientenbetreuung optimal. **Allerdings spielt in diesem Setting die Fakturierung der Notfall- und Inkonvenienz Pauschalen finanziell entsprechend eine wichtige Rolle, stellt diese doch ca. 30% der Einnahmen sicher.**

Der von Ihnen vorgeschlagene Tarifeingriff gefährdet sicher ungewollt das Überleben dieser Hausarzt-Notfall-Struktur, die zurzeit aus den oben genannten Gründen nur knapp kostendeckend betrieben werden kann. Es gilt an dieser Stelle zu erwähnen, dass die involvierten Hausärzte keine Angestellte des Spital Wallis sind, sondern als Selbstständigerwerbende im HANOW tätig sind.

Da der HANOW sinniger Weise keine anderen Einkommen als die Notfallbehandlungen generieren kann, wäre die von allen Seiten als vorbildlich taxierte Einrichtung HANOW finanziell nicht mehr tragbar.

- Eine aktive Suche/Generierung von Patienten scheint uns aus rationalen und ethischen Gründen nicht vertretbar.
- Die hart erarbeitete gemeinsame überregionale Struktur müsste aufgelöst werden mit der Konsequenz, dass die hausärztliche Notfallbetreuung ausserhalb der Sprechstundenzeiten nicht praktisch flächendeckend mehr im Oberwallis angeboten werden könnte.
- Der Spitalnotfall würde wieder durch sogenannte ‚Bagatell-Notfälle‘ überlastet, was eine effiziente Nutzung der teuren Infrastruktur verunmöglichen würde.
- Interessante Teaching-optionen und der interdisziplinäre und interprofessionelle Austausch würden einen massiven Rückschritt erleiden, obwohl gerade diese Ansätze gesundheitspolitisch zurzeit grossgeschrieben werden!

Wir denken nicht, dass es die Absicht Ihres Tarifeingriffs sein könnte, eine partnerschaftlich aufgebaute und geführte Struktur, die für eine effiziente und kostenoptimierte Notfallversorgung einer ganzen peripheren Region aufgebaut wurde, nun an die Wand zu fahren, obwohl sie perfekt der schweizweit angestrebten gesundheitspolitischen Strategien und dem regionalen Bedürfnis entspricht.



Hôpital du Valais  
Spital Wallis



SMVS / VSÄG  
Société Médicale du Valais  
Walliser Ärztegesellschaft

4

Wir denken, dass es zumindest für den HANOW und andere ihm entsprechende Strukturen möglich sein müsste, die Notfall/Inkonvenienz-Pauschalen abzurechnen oder dass zumindest eine neue gleichwertige Taxe eingeführt werden müsste, die die Finanzierungslücken verhindern würde.

**Wir denken, dass der HANOW folgende Eigenheiten hat, die ihn von einer sogenannten ‚Walk-In-Praxis‘ unterscheidet und deshalb von einer Streichung der Taxe ausgenommen sein müsste:**

- Es handelt sich um eine Struktur, die einem regionalen/überregionalen Grundversorgungsauftrag zur Abdeckung der Notfallversorgung der Bevölkerung entspricht. Der Dienst im Rahmen der HANOW ist im Rahmen der Berufsausübungsbewilligung obligatorisch und wird übergeordnet durch das Notfallreglement der Oberwalliser und Walliser Ärztegesellschaft geregelt, im Zusammenspiel mit ergänzenden Dienstformen (wie telefonische Triage an der Leitzentrale z.B.).
- Der HANOW ersetzt vorhergehende traditionelle Notfalldienststrukturen und stellt keine neue oder zusätzliche konkurrenz- oder gewinnorientierte Struktur dar.
- Der HANOW wird in Zusammenarbeit mit Hausärzten der Region geführt – operativ und strategisch.
- Die Hausärzte arbeiten im HANOW eigenverantwortlich (als Selbständigerwerbende) – müssen sich jedoch mit der ‚Inkonvenienz‘ abfinden, dass sie nicht in den ihnen geläufigen eigenen Strukturen, sondern in einer ‚fremden‘ Praxis arbeiten, wo sie mit fremdem, wechselndem Personal und einem strukturspezifischen Computerprogramm konfrontiert werden.
- Der HANOW ermöglicht eine optimierte Nutzung der Spitalnotfallstrukturen der Region.
- Der Wegfall der bisherigen Notfall/Inkonvenienzpauschalen ermöglicht es nicht, den HANOW wirtschaftlich selbsttragend zu finanzieren.

Wir hoffen, dass Sie diese wichtige, die Grundversorgung im Oberwallis stark betreffende Problematik im Rahmen der von Ihnen geplanten Tarifintervention entsprechend würdigen und berücksichtigen werden.

Wir stehen Ihnen, sehr geehrter Herr Bundesrat Berset, sehr geehrter Herr Strupler, werte Damen und Herren für Fragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dominique Arlettaz  
Präsident des Verwaltungsrates HVS

Prof. Eric Bonvin  
Generaldirektor HVS

Dr. med. Monique Lenky Hagen  
Präsidentin Walliser Ärztegesellschaft  
Executive MBA focus healthcare

**Kopie**

Frau Staatsrätin Esther Waeber-Kalbermatten, Vorsteherin des Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur, Kanton Wallis

SMVS: Route de Vissigen 70 - 1950 Sitten • Tel. 027 203 60 40 • smvs@hin.ch • www.smvs.ch

Spital Wallis - Verwaltungsrat: Avenue du Grand-Champsec 86, case postale 696, 1951 Sitten • www.hopitalvs.ch



AmtL	GP	<del>KUV</del>	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG	<b>20. Juni 2017</b>					MT
SpD						BioM
KOM						AS/Cher
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P+O						2
	I+S	GStr	MGP	Lst	AKV	

**Onkologie Zentrum**  
Zertifiziert nach ISO 9001:2008

**Sekretariat**  
R. Jost | E. Blewald | J. Hofer | N. Mändli | N. Widmer  
Tel. +41 (0)44 922 30 00  
Fax +41 (0)44 922 30 05  
onkologie@spitalmaennedorf.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

Männedorf, 13. Juni 2017/rja

## Stellungnahme zur geplanten Tarifierrevision TARCO zum Tarifsystem der medizinischen Onkologie

### 1. Executive summary

Im Rahmen des bundesrätlichen Eingriffes zur Tarifierrevision TARCO wird den Betroffenen die Möglichkeit zu einer Stellungnahme im Rahmen der «Vernehmlassung Tarifieringriff» gegeben. Unbestritten ist die Besorgnis um die steigenden Gesundheitskosten in der Schweiz und nachvollziehbar ist der Wunsch nach einer Tarifierrevision.

Schwerst kranke, an einer Tumorerkrankung leidende Patientinnen und Patienten erfordern eine höhere Behandlungsintensität.

Im Tarifsystem abzubilden ist dies mit höherer Limite bei der Abrechnung von Leistungen in Abwesenheit für Fachärzten Onkologie, durch Beratungen von Pflegefachpersonen spezialisiert in Onkologiepflege/Palliative Care, durch zwei neue Positionen «Vorbereitung Tumorboard durch den Onkologen» & «Teilnahme am Tumorboard durch den Facharzt Onkologie» und durch eine Tarifposition «Benutzung Behandlungsraum Onkologie».

### 2. Stellungnahme

#### 2.1. Leistungen in Abwesenheit für schwerkranke, an einer Tumorerkrankung leidende Patienten

Mit der Einführung des stationären Abrechnungssystems DRG ist die Aufenthaltsdauer für onkologische Patienten in der Schweiz stetig gesunken. Viele vormals während des stationären Aufenthaltes durchgeführte Massnahmen zur Abklärung, Beratung und Betreuung dieser schwerkranken Menschen und ihrer Angehörigen sind in den ambulanten Bereich verlagert worden.

Speziell führt dies zu Anfragen per Telefon und per E-Mail und zu Folge-Aufträgen in Abwesenheit des Patienten, um die so entstandenen Defizite auffangen zu können. Den Anforderungen seitens dieser besonders vulnerablen Patientengruppe muss im Tarifsystem Rechnung getragen werden. Die Limitation bei der Abrechnung von Leistungen in Abwesenheit muss für Fachärzten Onkologie höher angesetzt werden als bei anderen, nicht in solch komplexe Betreuungssituationen involvierten Ärzten.

Beratungen durch Pflegefachpersonen spezialisiert in Onkologiepflege/Palliative Care muss gewährleistet sein.

Fast alle neueren Medikamente, können nur nach einer Kostengutsprache eingesetzt werden. Auch die dafür notwendige Zeit ist bei der Tarifierrevision zu berücksichtigen.



## 2.2. Tarifposition Tumorboard

Im Rahmen der Ziele der nationalen Strategie gegen Krebs (NSK) wird eine integrierte Versorgung an krebserkrankter Patienten in der Schweiz gefordert. Das Tumorboardkonzept ist dabei schweizweit von den nationalen Leistungserbringerorganisationen als verbindlich anerkannt worden.

An einem Tumorboard werden die für die interprofessionelle und interdisziplinäre Behandlung wichtigen Entscheide durch die involvierte Spezialistinnen und Spezialisten festgelegt.

Das neue Tarifsystem muss damit zwei neue Positionen beinhalten:

- «Vorbereitung Tumorboard durch den Onkologen» und
- «Teilnahme am Tumorboard durch den Facharzt Onkologie».

## 2.3. Tarifposition Behandlungsraum Onkologie

Die Verabreichung von Chemotherapien ist in einem speziell dafür ausgerichteten Behandlungsraum notwendig. Diese Behandlungen erfordern hohe Investitionen in Bezug auf die Ausstattung und Arbeitsplatzsicherheit, insbesondere am Laminar-Flow (gemäss SUVA-Richtlinien).

Aufgrund der hohen fachlichen Qualifikation des dafür speziell ausgebildeten Pflegepersonals sind auch die Personalkosten hoch.

Die Behandlung der häufig schwerstkranken Patienten ist wegen medizinischen Problemen zudem gekennzeichnet durch unerwartete, kurzfristige Ausfällen, womit eine optimale Raumbellegung nie zu 100% gewährleistet ist.

Diese Aspekte müssen in einer speziellen Tarifposition «Benutzung Behandlungsraum Onkologie» abgebildet werden.

Zusammenfassend anerkennen wir die Bemühungen des BAG zu dieser Tarmed-Revision. Wir sind aber der Meinung, dass die obenstehenden Tarifpositionen im Fachbereich Medizinische Onkologie zur Behandlung dieser äusserst vulnerablen Patientengruppe angepasst resp. ergänzt werden soll.

Wir danken Ihnen für diese Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

**Spital Männedorf**

Dr. med. Adrian Dubs  
Leitender Arzt Onkologie

Dr. med. Cornelia Dröge  
Leitende Ärztin Onkologie

Dr. med. Andreas Hochstrasser  
Leitender Arzt Onkologie

Kopien:

Schweizerische Gesellschaft für med. Onkologie SGMO, c/o Promedicus, Bahnhofplatz 4, 8001 Zürich  
(per E-Mail: [sgmo@promedicus.ch](mailto:sgmo@promedicus.ch))

FMH Generalsekretariat, Elfenstrasse 18, Postfach 300, 3000 Bern 15 (per E-Mail:  
[tarife.ambulant@fmh.ch](mailto:tarife.ambulant@fmh.ch))



### Einschreiben

Herrn  
Bundesrat Alain Berset  
Vorsteher des Eidgenössischen  
Departements des Inneren  
Inselgasse 1  
CH- 3003 Bern

AmtL	GP	StU	DeSt	VS	R	DM	
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP	
DG	21. Juni 2017					MT	
SpU						BioM	
KOM						St.Öem	
Kamp						LMS	
Inf						Str	
RM						15	Chem
P + O						I + S	GStr

Dr. med. Christoph Stüssi  
Chefarzt  
Dr. med. Bernd Erkert  
Leitender Arzt/ CA-Stv.  
Dr. med. Anita Müller  
Leitende Ärztin  
Dr. med. Peter Salfeld  
Leitender Arzt

Telefon +41 (0)71 686 21 65  
Telefax +41 (0)71 686 21 66  
christoph.stuessi@stgag.ch

Münsterlingen, 18.6.2017

### Stellungnahme zur Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung - Eingriff des Bundesrates in die TARMED-Tarifstruktur

Mit dem erneuten Tarifeingriff des Bundesrates werden die transparent ausgewiesenen Kosten der äusserst effizient erbrachten Leistungen der Kinderspitäler und Kinderkliniken für die ambulante, besonders die ambulante spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie nicht betriebswirtschaftlich bemessen und nicht sachgerecht abgebildet.

Die damit verbundenen finanziellen Einbussen sind für die ambulante Kinder- und Jugendmedizin in den Spitäler und damit die Kinderspitäler und Kinderkliniken selbst existenzbedrohend und katastrophal.

Die flächendeckende qualitativ hochstehende Versorgung der Kinder und Jugendlichen wäre dadurch nicht mehr gewährleistet. Die Folgekosten für die Gesellschaft würden enorm hoch.

Das zur Vernehmlassung unterbreitete Tarifregelwerk degradiert die spezialärztliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen finanziell derart, dass sie nicht mehr betriebswirtschaftlich adaequat aufrecht erhalten werden könnte. Für kranke Kinder und Jugendliche sind die vorgesehenen Sparübungen zweckfremd. Die langfristigen Folgekosten sind leider nicht ohne weiteres berechenbar, dürften die Gesellschaft aber sehr teuer zu stehen kommen. Die Investition in eine exzellente Kinder- und Jugendmedizin ist eine ausgezeichnete Investition in die Zukunft unserer Gesellschaft. Hier zu sparen führt mittel- und langfristig zum Gegenteil. Die Folgekosten für ein Kind, das wegen mangelnder Versorgung zeitlebens behindert ist oder nie arbeitsfähig wird, sind enorm.

#### **Zeit-Limitationen bei Konsultationen**

Die vorgesehenen Zeitlimitationen sind in der spitalambulanten Versorgung nicht einzuhalten und damit nicht sachgerecht. Nur rund 1-5 % der Konsultationen würden zeitlich korrekt vergütet.

**Wir fordern daher die Aufhebung der Zeitlimitationen auf die Konsultationen für das spital-ambulante Setting in Kinderspitälern und Kinderkliniken.**

## **Umwandlung der Handlungsleistungen „Untersuchung durch den Facharzt“ in Zeitleistungen und Limitation der Untersuchungen pro Quartal**

Kinder sind gerade in den ersten Lebensjahren häufig krank, im Durchschnitt ca. 10 mal pro Jahr, chronisch kranke Kinder zudem noch bedeutend mehr. In den Spitälern finden sich vor allem Kinder ein, bei welchen etwas nicht normal läuft. Eine Untersuchungslimitation auf 3 mal pro Quartal zu beschränken ist widersinnig. Gerade im Wachstum und in der Pubertät müssen Kinder und Jugendliche oft sehr engmaschig medizinisch geführt werden, um Spätschäden zu verhindern.

**Wir fordern eine Aufhebung der Limitationen der Untersuchungen für Kinder und Jugendliche im spitalambulanten Setting von Kinderspitälern und Kinderkliniken.**

### **Zeit-Limitationen ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten**

Die gute Vor- und Nachbereitung, sowie die Vernetzung mit anderen Spezialisten und Hausärzten, sind die Grundvoraussetzungen für eine qualitativ hochstehende Medizin. Dies ist in der spezialärztlichen Kinder- und Jugendmedizin von allergrösster Bedeutung.

**Wir fordern daher die Aufhebung der Zeitlimitationen auf Leistungen in Abwesenheit des Patienten, damit Kinder von gut informierten und gut vorbereiteten Aerzten behandelt werden und Doppelspurigkeiten bei Abklärungen vermieden werden können.**

### **Dignitätsfaktor**

Die Spezialärzte der Kinder- und Jugendmedizin sind fast ausschliesslich in den Kinderspitälern angesiedelt. Die Ausbildung des spezialisierten Kinderarztes läuft stets über einen ersten Facharztstitel mit einer zusätzlichen Weitespezialisierung. Dies verlängert die Ausbildungszeit enorm. Die in den Spitälern angestellten Kinderärzte verdienen schon heute deutlich weniger als ihre Praxiskollegen. Eine weitere Abwertung wird den Anreiz auf eine Subspezialisierung und den Verbleib in einer Klinikstruktur weiter vermindern. Schon heute haben die Kinderspitäler grosse Nachwuchsprobleme im Bereich spezialisierter Kinderärzte. Aktuell erfolgt die Substitution noch über das angrenzende Ausland. Die Abwertung der Spezialärzte durch die Abschaffung der Dignitäten trifft die spezialärztliche Medizin hart. Privatversicherte Kinder sind in der Schweiz die grosse Ausnahme und daher im Gegensatz zur Erwachsenenmedizin keine Vergütungsoption.

**Wir fordern eine Kompensation für die Kinder- und Jugendmedizinisch tätigen Ärzteschaft, um die Nachwuchsprobleme vermindern zu können. Durch eine eigene Dignität Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie / Kinder- und Jugendpsychiatrie kann eine Anpassung dieser Berufsgruppen an andere Berufsgruppen erreicht werden, ohne dass Kinder und Jugendliche künftig vermehrt durch nicht an Kindern ausgebildetes Fachpersonal im Gesundheitswesen versorgt werden.**

### **Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten**

Die Kinderchirurgie zeichnet sich durch kurze Eingriffe in Narkose aus. Dabei sind die ärztliche Vor- und Nachbereitungszeit sehr lange, die Schnitt-Naht-Zeit hingegen sehr kurz. Die Produktivitätsziffer liegt in der Kinderchirurgie bei rund 25-35%. Durch die Anhebung der Produktivitätsziffer ist Kinderchirurgie nicht kostendeckend durchführbar. Dies ist nicht sachgerecht.

**Wir fordern eine sachgerechte Vergütung der Kinderchirurgie. Die Einführung zweier 5-min-Positionen zur Abbildung der ärztlichen Vor- und Nachbereitungszeiten für Kinderchirurgische Eingriffe würde dies ermöglichen.**

### **Kinderradiologie**

Schon heute ist die Kinderradiologie kaum kostenneutral durchführbar. Durch weitere Absenkung der AL und TL wird sie das noch weniger. Während einer CT oder MRI Untersuchung ist die Anwesenheit des Arztes zwingend, um die Schnittführung anzupassen und die Qualität der Aufnahmen zu beurteilen. Ein Kind kann man nicht einfach länger im MRI belassen und nochmals neue Schnitte durchführen. Bei Kindern besteht die Gefahr, dass sie auskühlen. Die Verlängerung der Narkose für eine Untersuchung aufgrund von Abwesenheit des Arztes ist nicht zu rechtfertigen.

**Wir fordern die sachgerechte Leistungsvergütung der kinderradiologischen Eingriffe und Untersuchungen mit Minutagen.  
Nicht-ärztlicher Personalaufwand**

In einer Schweizer Studie konnte nachgewiesen werden, dass in den Kinderspitälern und Kinderkliniken der nicht-ärztliche Personalaufwand 20% höher ist, als er aktuell vergütet wird.

**Wir fordern eine Erhöhung der Technischen Leistungen für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre.**

Mit freundlichen Grüßen  
Kantonsspital Münsterlingen



Dr. med. Christoph Stüssi  
Chefarzt

AmtL	GP	KDW	CoG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG	22. Juni 2017					MT
SpD						Biom
KOM						LS/Cher
Kamp						MS
Int						Str
RM						Cher
P=O						I+S



**Spital Zollikerberg**  
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Trichtenhauserstrasse 2  
CH-8125 Zollikerberg  
Tel. +41 (0)44 397 21 11  
Fax +41 (0)44 397 21 12  
info@spitalzollikerberg.ch  
www.spitalzollikerberg.ch

Eidg. Departement des Innern EDI  
Herrn Bundesrat  
Alain Berset  
Inselgasse 1  
3003 Bern

**Kinder-Permanence**  
**Dr. med. Marion Mönkhoff**  
Chefärztin Neonatologie und Kinder-Permanence  
FMH Pädiatrie, Schwerpunkt Neonatologie  
marion.moenkhoff@spitalzollikerberg.ch  
Tel. +41 (0)44 397 22 25 Sekretariat  
Fax +41 (0)44 397 25 77

Zollikerberg, 20.06.2017

### Stellungnahme zum Tarifeingriff in den ambulanten Arzttarif TARMED 1.09\_BR

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Bezugnehmend auf die im Titel erwähnte Vernehmlassung gelangen wir mit unserer Stellungnahme an Sie.

Mit der laufenden Revision der Tarifstruktur TARMED möchte der Bundesrat drei Ziele erreichen:

1. Erhöhung der Sachgerechtigkeit, wobei gleichzeitig auch die Grundversorger gegenüber den Spezialisten bessergestellt werden sollen;
2. Erhöhung der Transparenz, wobei mit einer verbesserten Kostenwahrheit auch die Kostenentwicklung gebremst werden soll;
3. Reduktion von Fehlanreizen;

Die Leitung unserer Kinder-Permanence kann sich, wie die Allianz Kinderspitäler der Schweiz (AllKidS) mit diesen Zielsetzungen identifizieren.

Die Vorlage des Bundesrates trägt für die Kinder-Permanence, wie für die Kinderspitäler jedoch nicht zur Zielerreichung bei, da sie von – unserer Ansicht nach - falschen Annahmen ausgeht, die einer Überprüfung in der Praxis nicht standhalten. Die beabsichtigte Revision droht nicht nur in den Kinderspitälern grossen Schaden anzurichten, sondern auch in den Kinder-Permanenzen.

Laut KVG sollte die ambulante Medizin kostendeckend sein, dies ist mit der neuen Tarifstruktur nicht möglich.

**Die Massnahmen für die ambulante Kinder- und Jugendmedizin sind nicht sachgerecht und tragen nicht zur Transparenz und Kostenwahrheit bei.**

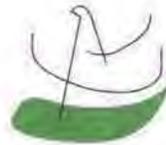
Kinder- und Jugendmedizin ist eine ambulante Medizin. 95 Prozent der Behandlungen in Spitälern entfallen auf die ambulante Medizin, hinzukommen sämtliche ambulanten Konsultationen in kinderärztlichen Praxen, aber in Randzeiten auch in Kinder-Permanenzen.

Die Kinder-Permanenzen sind relativ neu im Kindermedizinischen Gesamtbild. Sie entstanden aus der Notwendigkeit ambulanter Versorgung zu Randzeiten, wenn Kinderarztpraxen geschlossen sind. Diese „Notfall-Praxen“ entlasten Kinder-Spitäler, deren Notfälle sonst überfüllt sind mit Bagatell-notfällen, die fachlich in einer Praxis gut behandelt werden können und keiner stationären Betreuung und auch keiner grösseren Notfall-Abteilung einer Kinderklinik bedürfen. Gleichzeitig entlasten wir Kinderarztpraxen, die bei eng geplanten Sprechstunden keine Zeiten für Bagatell-Notfälle bieten können. Der Bedarf spiegelt sich in den steigenden Konsultationszahlen (bei uns +20% jährlich).

Diese Permanenzen haben aber andere Rahmenbedingungen als Kinderarztpraxen und Spital-angegliederte Notfall-Abteilungen. Im Unterschied zur Praxis benötigt man deutlich mehr Ressourcen. Zu den Vorhalteleistungen zählt, dass aufgrund der täglichen langen Öffnungszeiten – bei uns bis 21 Uhr, auch an Wochenend- und Feiertagen, 365 Tage im Jahr - mehr ärztliches und pflegerisches Personal (Schichtbetrieb) benötigt wird. Diese Kosten entstehen unabhängig davon, wie viele Patienten betreut werden. Zusatzkosten entstehen durch Zuschläge, die zu Randzeiten gezahlt werden müssen. Auch weitere Dienste wie Putz- oder Wartungsarbeiten sind teurer als in einer regulären Praxis, weil sie nachts oder frühmorgens erledigt werden müssen, damit der Tagesbetrieb nicht gestört wird. Uns ist unverständlich, warum bei so viel Mehraufwand die Notfall-Pauschalen – im Gegensatz zur regulären Praxis – nicht mehr bezahlt werden sollen, nur weil man „auf Notfallbetreuung eingestellt ist“.

Unsere Kinder-Permanence führt auch geplante Konsultationen durch wie eine normale Kinderarztpraxis (bei uns ca 25 Prozent der Behandlungen). Dieser Praxisbetrieb ist notwendig, da aus unterschiedlichen Gründen nicht ausschliesslich zu Randzeiten geöffnet werden kann (Rentabilität, Praktikabilität, Arbeitsbedingungen für das Personal etc). Gleichzeitig kann der Praxisbetrieb aber bei Weitem nicht so effizient gestaltet und geplant werden, wie der einer Kinder-arztpraxis - Platz für Notfälle muss immer freigehalten werden. Auch kennen wir die Vorgeschichte der meisten unserer Patienten nicht – bereits um sich ein Bild der Situation zu machen, entstehen oft längere Behandlungszeiten. Hinzu kommt, dass Massnahmen und Prozeduren bei Kindern und Jugendlichen deutlich mehr Zeit beanspruchen als bei Erwachsenen. Eine Zeitbeschränkung pro Konsultation auf 20 Minuten gefährdet die qualitativ hochstehende Behandlung und Betreuung von Kindern und wird ihren Bedürfnissen und denen ihrer Eltern nicht gerecht. Zudem sind Kinder gerade in den ersten Lebensjahren häufig krank (bis zu zehnmal pro Jahr). Die Zahl der Untersuchungen auf drei pro Quartal zu beschränken, ist nicht sachgerecht.

Im Weiteren ist die geplante Limitation der ärztlichen Leistung in Abwesenheit unsachgerecht. Sie führt zu grossen, nicht mehr verrechenbaren Leistungszeiten, die eine seriöse Vorarbeit zum Beispiel bei seltenen Krankheiten oder bei interdisziplinären Abklärungen verunmöglichen.



### **Die Auswirkungen des Tarifeingriffs des Bundesrates**

Der Tarifeingriff des Bundesrates stellt die fachgerechte ambulante Medizin in den Kinder-Permanenzen, ebenso wie in den Kinderspitälern in Frage. Mögliche Folgen sind Verlegungen in den stationären Bereich, die weder im Sinne von Kind und Eltern, noch im Sinne des Kostenbewusstseins sind. Auf lange Sicht gesehen, wäre dies unter dem Strich teurer. Hinzu kommt, dass die ohnehin bereits im Sinne der Arbeitsbedingungen unattraktive Betreuung zu Randzeiten auch finanziell nicht mehr tragbar ist, was das Angebot in diesem Bereich unweigerlich verschlechtern wird.

### **Die Forderungen der Kinder-Permanence**

Wir fordern deshalb bei der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung folgende Änderungen für die Kinder-Permanenzen:

1. Die **Limitationen der Minutagen** (00.0020, 00.0410, 00.0420, 00.0430, 00.0440, 03.0010, 04.0010, 07.0010, 09.0010, 22.0010, 24.0010, 00.0050) sowie die Limitationen bei **Leistungen in Abwesenheit des Patienten (00.0141ff)** ist zu streichen.
2. Die Position **Notfall-Inkonvenienzpauschalen** (00.2510 Notfall-Inkonvenienzpauschale A, Mo-Fr 7-19, Sa 7-12, 00.2520 Notfall-Inkonvenienzpauschale B, Mo-So 19-22, Sa 12-19, So 7-19; 00.2560 Notfall-Inkonvenienzpauschale D /telefonische Konsultation und je nach Öffnungszeiten 00.2540 Notfall-Inkonvenienzpauschale C, Mo-So 22-7; Notfall-Inkonvenienzpauschale E bei telefonischer Konsultation, Mo-So 22-7) **sollte für Kinder-Permanenzen – wie für Kinderarzt-Praxen - verrechenbar sein.**
3. 00.0015 (TARMED-Zuschlagsposition) ist in den Kinderspitälern weiterhin verrechenbar

Insgesamt zählen wir darauf, sehr geehrter Herr Bundesrat, dass die Limitierung der Dauer der Konsultationen und der Leistungen in Abwesenheit des Patienten, sowie die Streichung der Notfallpauschalen für Kinder-Permanenzen fallen gelassen werden. Damit anerkennt der Bundesrat die in der ambulanten Praxisbetreuung zu Randzeiten erbrachten Leistungen als sach- und fachgerechten Beitrag für die Betreuung unserer Kinder, der sich nachhaltig und positiv auswirkt und der deshalb seinen Wert hat. Hierfür sind die von uns geforderten Korrekturen im TARMED zwingend. Mit dem durch den Bundesrat vorgesehenen Tarifeingriff würde in den Kinder-Permanenzen eine «Sparübung» auf dem Rücken der akut erkrankten Kinder und Jugendlichen vorgenommen. Die verminderte Kostendeckung bringt neue Fehlanreize – nämlich die für Patienten und Eltern wichtigen Öffnungszeiten an Randzeiten zu reduzieren und sich auf den schlussendlich besser vergüteten und planbaren Praxisbetrieb zu fokussieren. Betrachtet man dies gemeinsam mit den Verschlechterungen für die ambulanten Bereiche der Spitäler, entsteht voraussichtlich ein Defizit in der Betreuung zu Randzeiten.

Freundliche Grüsse

  
Dr. Marion Mönkhoff  
Chefärztin Kinder-Permanence



Christian Etter  
Stellvertretender Spitaldirektor

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

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

Ihr Zeichen	Ihre Nachricht vom	Dokument	Ihr Ansprechpartner	Datum
		b_2017-06-16 stellungnahme tarifstrukturen	Beat Huwiler Tel.:062 836 40 90 Fax:062 836 40 91 beat.huwiler@vaka.ch	16.06.2017

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

Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 22. März 2017 haben Sie uns zur Stellungnahme zu den Änderungen der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung eingeladen. Dafür danken wir Ihnen.

SWISS REHA, die Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz, repräsentiert die namhaften Schweizer Rehabilitationskliniken aller Fachrichtungen. Diese verfügen zusammen über 2 400 Betten und damit über 50% des gesamtschweizerischen Bettenbestandes im Rehabilitationsbereich.

Die Mitglieder verpflichten sich, sich alle vier Jahre durch eine externe Zertifizierungsstelle auditieren zu lassen. Diese anspruchsvollen und verbindlichen Vorgaben garantieren einerseits eine hohe medizinische Qualität und tragen andererseits zu einer grösstmöglichen Wirtschaftlichkeit bei.

**Stellungnahme SWISS REHA**

Der Arzttarif Tarmed wird seit 2004 angewendet. Es ist unbestritten, dass er nicht mehr zeitgemäss ist und revidiert werden muss. Da sich die Tarifpartner nicht einigen konnten, greift der Bundesrat erneut ein und nimmt Anpassungen am Tarifsystem Tarmed vor. Diese sollen auf den 1. Januar 2018 in Kraft treten. Mit den Anpassungen erhofft er sich mehr Transparenz, weniger Fehlanreize und Einsparungen.

Doch in einem komplexen System führen punktuelle Eingriffe oft zu unerwünschten Ergebnissen. Dies kann auch bei den Korrekturen des Bundesrates am Tarmed und am Physiotherapie-tarif festgestellt werden.



Die beabsichtigten Massnahmen können grob durch drei Elemente charakterisiert werden:

Zuoberst steht eine Entlastung der sozialen Krankenversicherung um 700 Millionen Franken. Gefördert werden soll die Grundversorgung, die auf Hausärzten basiert. Und: Tarifstrukturanpassungen an die neuen medizinischen Verhältnisse finden da statt, wo sie kostensenkende Wirkung versprechen.

Ein so adjustiertes System kommt dem Gesetzesauftrag nicht nach, der eine sachgerechte und betriebswirtschaftlich bemessene Struktur verlangt. Vor allem aber beseitigt es keines der Grundprobleme, auch in der Rehabilitation nicht. Denn es geht von falschen Annahmen aus. In der Konsequenz gefährdet der Eingriff die ambulante Grundversorgung in der Schweiz, vor allem in den Spitälern, obwohl (oder vielleicht gerade weil?) die Kantone ambulante vor stationären Leistungen von den Spitälern fordern.

Hausärzte zu fördern und damit zu meinen, die Grundversorgung zu stärken, ist ein Trugschluss. Es sind die Hausärzte, die darauf hinweisen, dass es sie – vorab in ländlichen Gebieten – in 10 bis 15 Jahren (fast) nicht mehr gibt. Eine aussterbende Spezies tariflich zu fördern, kommt einem verlängerten Sterben in Raten gleich. Vor allem aber: Es riskiert, die notwendigen Mittel für die Sicherstellung der Versorgung der ländlichen Bevölkerung nicht mehr zeitgerecht zur Verfügung stellen zu können.

Diese Mittel würden besser in moderne Gesundheitszentren, interprofessionell und interdisziplinär organisiert, investiert, die oft Spitälern angeschlossen sind und/ oder mit diesen dank neuen Informations- und Kommunikationsmitteln vernetzt sind. Da Rehabilitationskliniken oft in ländlichen Gebieten ihre Standorte aufweisen, sind sie für solche Aufgaben besonders geeignet. Verschiedene Länder haben dies in der Zwischenzeit erkannt, die Schweiz nicht.

Im Gegenteil: Mit den geplanten staatlichen Eingriffen wird so getan, wie wenn ambulante Leistungen in einer Praxis zu erbringen das Gleiche darstelle wie in Spitälern. Doch auch hier sprechen die Fakten eine andere Sprache: Die Aufnahmebereitschaft von Spitälern und Kliniken gilt 365 Tage im Jahr (jedes vierte Jahr sogar noch einen Tag länger) und dies 24 Stunden am Tag und in der Nacht. Es kann nicht wie in der Hausarztpraxis der Telefon-Beantworter eingestellt werden, wenn man genug hat.

Das kümmert offenbar den Bund keinen Deut. Die Spitäler sollen mit der geänderten Tarifstruktur keinen Notfallzuschlag erhalten. Das bedeutet, dass die Abdeckung des 7x24h Dienstes und die besonders aufwändige und zeitlich anspruchsvolle Situation im Notfall nach wie vor nicht entschädigt werden.

Wie wenn dies noch nicht genug wäre, wird mit den vorgesehenen Eingriffen auch verschlafen, dringend notwendige teilstationäre Tarifpositionen in die ambulante Struktur einzubauen. Dies wäre aber dringend geboten, wenn der Bund schon das Anliegen der Kantone zur Substitution stationärer durch ambulante Leistungen unterstützt (indem er sie gewähren lässt). Von diesem nicht behobenen Mangel sind Rehabilitations- und Psychiatrische Kliniken in der Regel besonders betroffen, weil ihre Patientinnen und Patienten dafür besondere Tagesstrukturen benötigen, die in den ambulanten Tarifen nicht abgebildet sind. Offenbar schwebt der Politik „nur“ das Bild der ambulanten Chirurgie vor Augen. Nachhaltige Versorgung sieht aber anders aus, gerade in einer älter werdenden Gesellschaft. Der Stellenwert von Rehabilitation und Psychiatrie steigt.

Durch die erneuten Eingriffe dürfte der schon heute nicht kostendeckende ambulante Tarmed-Tarif noch weiter sinken. Dies wird die Spitäler, die unter hohem Spardruck stehen, dazu veranlassen, das Angebot defizitärer Leistungen zu überprüfen. Patienten werden wieder vermehrt stationär statt ambulant behandelt, obwohl stationäre Behandlungen teurer sind.

Darüber hinaus ist die Tarifstruktur auch nicht gut gemacht. Im Tarif für Physiotherapie beispielsweise fehlt die Tarifierung von heute erbrachten Leistungen.

Dass bei einer Tarifstruktur-Revision gleich auch noch 700 Millionen Franken eingespart werden sollen, entbehrt jeder Logik eines sachgerechten und betriebswirtschaftlich bemessenen Tarifs. Es wirkt im Übrigen auch unglaublich, wenn der Bundesrat der personalintensiven Gesundheitsbranche damit indirekt eine Lohnreduktion verordnet, während im gleichen Zeitraum, also seit 2004, der Bundesrat für sich selbst noch nie eine Lohnreduktion vorgeschlagen hat, der Eidgenössische Preisüberwacher übrigens auch nicht.

Die vorgesehenen Korrekturen führen zu einer verstärkten Verzerrung der Tarifstruktur. Damit wird das Hauptproblem nicht behoben. Art. 43 Abs. 5bis KVG dient der Herstellung einer sachgerechten und betriebswirtschaftlich bemessenen Tarifstruktur, wenn dies die Tarifpartner versäumt haben. Ein Eingriff in eine Tarifstruktur muss somit zwingend auch unterbewertete Leistungsbereiche korrigieren. Auch dies hat der Bundesrat unterlassen.

#### **Fazit**

In der Politik ist gut gemeint oft das Gegenteil von gut gemacht. In den hier beschriebenen Tarifstrukturen kann aber nicht einmal von gut gemeint ausgegangen werden. Die Tarifstruktur-Eingriffe beruhen auf romantischen Vorstellungen zur Förderung der Hausarztmediziner als Grundversorger und verkennen damit die (ländlichen) Versorgungsleistungen der Spitäler und der Rehabilitationskliniken im Besonderen. Darüber hinaus bilden sie die moderne Medizin ungenügend ab und kappen das Budget für eine Gesundheitsversorgung der Zukunft. Nachhaltige Politik sieht anders aus.

Die entsprechenden Vorschläge bedürfen daher einer grundlegenden Überarbeitung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Anforderungen der Sachgerechtigkeit und der betriebswirtschaftlichen Bemessung. Dazu gehört insbesondere auch ein Vorschlag für die Abgeltung teilstationärer Leistungen für Rehabilitation und Psychiatrie.

Wir bitten Sie um Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse

**SWISS REHA**



Willy Oggier  
Präsident



Beat Huwiler  
Geschäftsführer

**EINGEGANGEN**

16. Juni 2017

Registratur GS EDI



Universitäts-Kinderspital beider Basel  
Spitalstrasse 33 | Postfach | 4031 Basel | CH  
T +41 61 704 12 12 | F +41 61 704 12 13  
info@ukbb.ch | www.ukbb.ch

Geschäftsleitung

Marco Fischer  
Vorsitzender der Geschäftsleitung

T +41 61 704 12 12 (Zentrale)  
F +41 61 704 17 08  
marco.fischer@ukbb.ch

**EINSCHREIBEN**

Eidg. Departement des Innern EDI  
Herrn Bundesrat  
Alain Berset  
Inselgasse 1  
3003 Bern

Basel, 13. Juni 2017

**Stellungnahme zum Tarifeingriff in den ambulanten Arztarief TARMED 1.09\_BR**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Bezugnehmend auf unsere bereits eingereichte Stellungnahme gelangen wir im Rahmen der im Titel erwähnten Vernehmlassung noch einmal an Sie.

Mit der laufenden Revision der Tarifstruktur TARMED möchte der Bundesrat drei Ziele erreichen:

1. Erhöhung der Sachgerechtigkeit, wobei gleichzeitig auch die Grundversorger gegenüber den Spezialisten bessergestellt werden sollen;
2. Erhöhung der Transparenz, wobei mit einer verbesserten Kostenwahrheit auch die Kostenentwicklung gebremst werden soll;
3. Reduktion von Fehlanreizen;

Die Allianz Kinderspitäler der Schweiz (AllKidS) kann sich mit diesen Zielsetzungen identifizieren. AllKidS hat deshalb auch stets konstruktiv an einer Neugestaltung der Tarifstruktur mitgearbeitet. Die von uns mitgetragene Tarifrevision ats-tms wurde von H+ dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zeitgerecht eingereicht. Leider wurde dieser Vorschlag nicht berücksichtigt.

Die Vorlage des Bundesrates trägt für die Kinderspitäler nicht zur Zielerreichung bei, da sie von falschen Annahmen ausgeht, die einer Überprüfung in der Praxis nicht standhalten. So kann das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei vielen Tarifpositionen die effektiven (finanziellen) Folgen selbst nicht einmal klar beziffern resp. deren Auswirkungen einschätzen. Die beabsichtigte Revision droht namentlich in den Kinderspitälern grossen Schaden anzurichten. Es fehlt damit die sachgerechte und betriebswirtschaftliche Bemessung, wie sie das KVG fordert.

## **Die Massnahmen für die ambulante spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin sind nicht sachgerecht.**

Kinder- und Jugendmedizin ist eine ambulante spezialisierte Medizin. In den drei selbständigen Kinderspitälern (Ostschweizer Kinderspital OKS, Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB, Universitätskinderspital Zürich) stehen den rund 300'000 ambulanten Fällen lediglich 18'000 stationäre Fälle gegenüber. 95 Prozent der Behandlungen entfallen auf die ambulante Medizin, womit sie der Grundversorgung zuzurechnen sind.

Die spezialisierte ambulante Kinder- und Jugendmedizin findet fast ausschliesslich in den Kinderspitälern statt und ist keine «20-Minuten-Medizin», sondern in höchstem Masse anspruchsvoll und aufwendig. Beratungen, Massnahmen und Prozeduren beanspruchen bei Kindern und Jugendlichen massiv mehr Zeit als bei Erwachsenen. Exemplarisch haben wir diesem Schreiben ein typisches Fallbeispiel beigefügt, aus dem ersichtlich ist, warum die ambulante Kindermedizin mehr Zeit beansprucht als die Behandlung von Erwachsenen (siehe Anhang 1). Eine Zeitbeschränkung pro Konsultation auf 20 Minuten gefährdet die qualitativ hochstehende Behandlung und Betreuung von Kindern und wird ihren Bedürfnissen und denen ihrer Eltern nicht gerecht.

Zudem sind Kinder gerade in den ersten Lebensjahren häufig krank (bis zu zehnmal pro Jahr). Typischerweise werden angeborene Krankheiten oft erst bei zeitlich wiederkehrenden Konsultationen festgestellt. Die Zahl der Untersuchungen auf drei pro Quartal zu beschränken, ist deshalb nicht sachgerecht. Auch chronisch kranke Kinder müssen sehr engmaschig medizinisch betreut werden, um eine qualitativ gute Behandlung zu gewährleisten und um Spätschäden zu verhindern.

Durch die Kombination der Abwertung der ärztlichen Leistung und der Einführung von Limitationen wird die spitalambulante Kinder- und Jugendmedizin in Kinderspitälern doppelt bestraft.

## **Die Massnahmen tragen nicht zur Transparenz und Kostenwahrheit bei.**

Die personalintensive, spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin findet aufgrund der geringen Fallzahlen und der hohen Investitionskosten in altersgerechte Apparaturen fast ausschliesslich in den Kinderspitälern statt. Schon heute arbeiten die verschiedenen Kinderspitäler schweizweit deshalb sehr eng und effizient zusammen.

Die Kostendeckung im ambulanten Bereich ist in den drei eigenständigen Kinderspitälern bereits mit dem Tarifeingriff 1.08.00\_BR auf unter 80 Prozent gesunken. Mit der Senkung der technischen Leistungen ist der Kostendeckungsgrad dann sogar auf 70 Prozent zurückgegangen. Mit dem nun geplanten Tarifeingriff des Bundesrates sinkt der Kostendeckungsgrad nochmals, und zwar auf rund 65 Prozent.

Im Weiteren ist die geplante Limitation der ärztlichen Leistung in Abwesenheit unsachgerecht. Sie führt in den Kinderspitälern zu grossen, nicht mehr verrechenbaren Leistungszeiten, die eine seriöse Vorarbeit zum Beispiel bei seltenen Krankheiten oder bei interdisziplinären Abklärungen verunmöglichen. Solche Abklärungen dauern in der Regel über 60-120 Minuten.

Die folgende Grafik zeigt, dass der grösste Teil der spitalambulanten Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in Kinderspitälern weit mehr als 20 Minuten beansprucht. Die durchschnittliche Behandlungszeit liegt bei 33 Minuten.

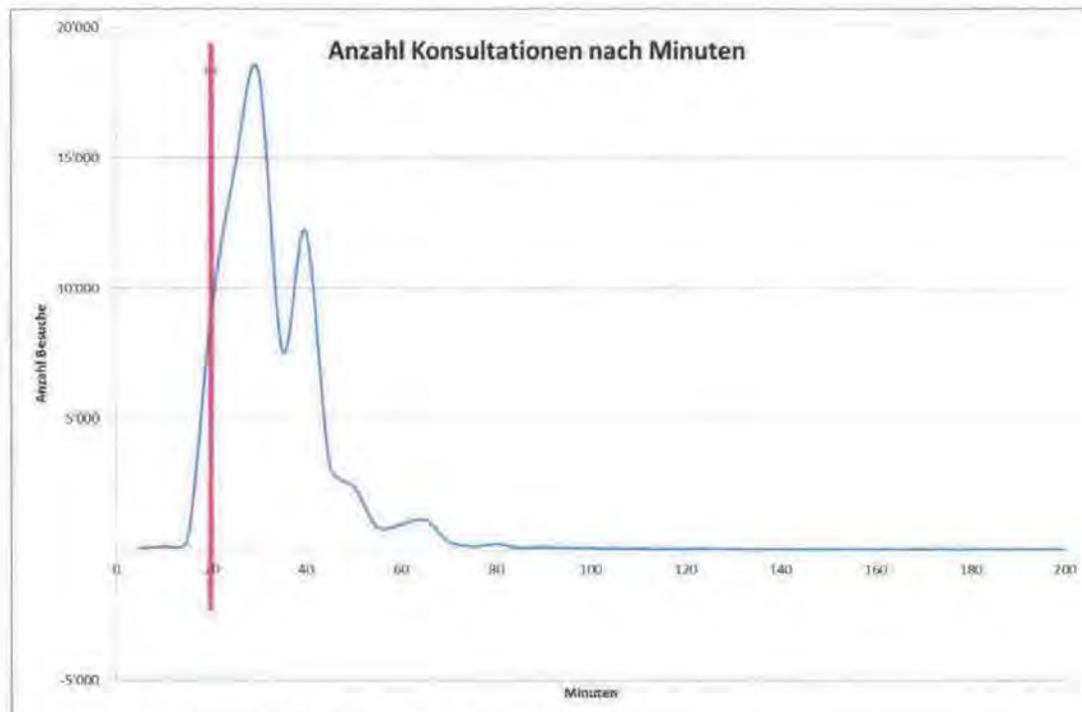


Abb. 1: Konsultationen UKBB 2016 nach Minuten

### Die Auswirkungen des Tarifeingriffs des Bundesrates

In den drei eigenständigen Kinderspitälern würde aufgrund des Tarifeingriffs die bereits massive Unterdeckung im ambulanten Bereich nochmals grösser. Diese Unterdeckung kann nicht wie bei anderen Spitälern aus Überdeckungen bei Halbprivat- und Privatpatienten quersubventioniert werden. Längerfristig wäre mit dem Tarifeingriff des Bundesrates die Versorgungssicherheit bei der spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin gefährdet.

Zudem stellt der Tarifeingriff des Bundesrates die fachgerechte und hochspezialisierte ambulante Medizin in den Kinderspitälern in Frage.

## Die Forderungen des UKBB

Wir fordern deshalb bei der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung folgende Änderungen für die Kinderspitäler:

1. Die **Limitationen der Minutagen** (00.0020, 00.0410, 00.0420, 00.0430, 00.0440, 03.0010, 04.0010, 07.0010, 09.0010, 22.0010, 24.0010, 00.0050) sowie die Limitationen bei **Leistungen in Abwesenheit des Patienten (00.0141ff)** ist für Kinderspitäler zu streichen.
2. Die Position 00.0015 (TARMED-Zuschlagsposition) ist in den Kinderspitälern weiterhin verrechenbar.

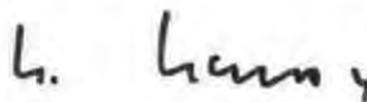
Insgesamt zählen wir darauf, sehr geehrter Herr Bundesrat, dass die Limitierung der Dauer der Konsultationen sowie die Limitierung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten für Kinderspitäler fallen gelassen werden. Damit anerkennt der Bundesrat die in der ambulanten spezialisierten Kinder- und Jugendmedizin erbrachten, qualitativ hochstehenden Leistungen als sach- und fachgerechten Beitrag für die Zukunft unserer Gesellschaft, der sich nachhaltig und positiv auswirkt und der deshalb seinen Wert hat. Hierfür sind die von uns geforderten Korrekturen im TARMED zwingend. Mit dem durch den Bundesrat vorgesehenen Tarifeingriff würde in den Kinderspitälern eine «Sparübung» auf dem Buckel der kranken Kinder und Jugendlichen vorgenommen, die neue Fehlanreize legt statt sie zu reduzieren und deren langfristige Folgekosten die Gesellschaft teuer zu stehen kommen.

Freundliche Grüsse

Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)



Marco Fischer  
Vorsitzender der Geschäftsleitung



Manfred Manser  
Präsident Verwaltungsrat

## Anhang 1

### Typisches Beispiel aus der Neuropädiatrie

#### Zuweisung durch Kinderarzt: Kind mit unklarer Muskelschwäche

Vorbereitung: **5 Min**

Abholen aus dem Wartezimmer, wiegen, messen, Blutdruck **5 Minuten**

Ausführliche Anamnese und Untersuchung je nach Kooperation **85 Minuten**

Besprechung der Befunde und wie weiter:

Erklären der Differentialdiagnose, erklären des weiteren Vorgehens: **15 Minuten**

Consent für genetische Untersuchung: **5 Minuten**

Blutentnahme verordnen, Rezept für PT, Rezept: **5 Minuten**

Verabschieden, vereinbaren wann nächste Kontrolle **5 Minuten**

Brief diktieren: **10 Minuten**, Korrektur **5 Minuten**

Telefonat Kinderarzt: **10 Minuten**

Beantwortung Anfrage der Patientenelementer per email: **10 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 115 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 40 min**

Nach 6-12 Wochen Erhalt Resultat der Genetik

Diagnose: Morbus Duchenne:

Erklären der Diagnose, Therapiemöglichkeiten, Standards of care, Stand der Forschung, IV

Anmeldung, Vernetzung mit Sozialdienst, Muskelgesellschaft **60 Minuten**

Anmeldung Echokardiographie **5 min**

Abklärung der Trägerinnenschaft der Mutter: Brief an Krankenkasse für Kostengutsprache **10 min**

Brief inkl. Kostengutsprache: Anfrage für Genetik: **15 Minuten** (Diktat, Korrektur, Unterschrift)

→ **Ärztliche Konsultation: 60 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 30 min**

1 Woche später: nochmaliges Gespräch **30 Minuten** zur Beantwortung der inzwischen aufgetauchten Fragen

Beantwortung Rückfrage der Physiotherapeutin bezüglich Behandlungsschwerpunkten: **10 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 30 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 10 min**

Nächste Kontrolle nach 2 Monaten zum Beginn der Steroidtherapie:

Konsultation: Zwischenanamnese, Fragen beantworten, Untersuchung mindestens **25 Minuten**

inklusive Score für motorische Funktion

Erklären der Wirkung, Nebenwirkung von Kortison, Erklären der Studienlage bezüglich Effekt und

Darreichungsregime: **15 Minuten**

Brief: Diktat, Korrektur, Unterschrift: **15 Minuten**

→ **Ärztliche Konsultation: 40 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 15 min**

Ein typischer neuropädiatrischer Patientenfall binnen 2 Monate:

→ **Ärztliche Konsultation: 345 min**

→ **Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten: 95 min**

○ **9 ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten**



Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Ort, Datum:	Bern, 21. Juni 2017	Direktwahl:	031 306 93 85
Ansprechpartnerin:	Agnes Nienhaus	E-Mail:	agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Entwurf der Tarifstruktur Tarmed Stellung nehmen zu können. Gerne möchte der Verband Universitäre Medizin Schweiz diese Möglichkeit wahrnehmen und sich im Namen seiner Mitglieder, den grossen universitären Spitalern und medizinischen Fakultäten der Schweiz, zur Vorlage äussern.

### **Unterstützung der Stellungnahmen von H+ und der Aktivkonferenz der Universitätsspitäler**

Die Stellungnahme und die Forderungen von H+ werden vom Verband unimedsuisse vollumfänglich unterstützt. Im Folgenden möchte unimedsuisse vor allem auf die gravierenden Auswirkungen der vorgeschlagenen Tarifierungen auf die universitäre Versorgung eingehen. Für eine technischere Beurteilung der Auswirkungen und konkrete Anpassungsanträge im Sinne einer absoluten Minimalvariante verweisen wir auf die Stellungnahme der H+-Aktivkonferenz der Universitätsspitäler, welche wir ebenfalls vollumfänglich unterstützen, und Ihnen hier nochmals beilegen.

### **Generelle Beurteilung: Tarife müssen den Leistungen entsprechen**

Als Grundsatz soll gelten: Die Tarife entsprechen den realen Leistungen, das heisst, die für eine gute Versorgung notwendigen Leistungen müssen korrekt in den Tarifen abgebildet sein.

Der mit der Tarifierung gewählte Ansatz funktioniert leider in vielen Punkten diametral entgegengesetzt: Die Leistungen sollen sich den Tarifen anpassen. Damit wird nicht nur die Ausrichtung der Leistungserbringung auf finanzielle Überlegungen und damit die Reaktion auf Fehlanreize gefördert, das medizinisch Angemessene tritt in den Hintergrund.

Die Leistungen der universitären Medizin sind von diesen Verzerrungen der Abgeltung besonders betroffen. Die Universitätsspitäler haben als End- und Vollversorger keine Möglichkeit, durch Spezialisierung auf rentable Bereiche ihre Einnahmen zu optimieren. Tarmed bildet heute die Leistungen der universitären Medizin im ambulanten Bereich nur unvollständig ab. Systematisch zu tiefe Tarife bestehen namentlich in mehreren Bereichen, die keinen hohen technischen Anteil haben, wie die Pädiatrie, Allgemeine Innere Medizin, Geriatrie, Psychiatrie und allgemeine Dermatologie. Der vorliegende Entwurf zur Anpassung des Tarmeds verschärft die Situation weiter.

Durch die vorgeschlagenen Tarifierungen würde bei den Universitätsspitälern ein Einnahmefall von CHF 170 Mio. entstehen, der nicht durch Besserstellung unterfinanzierter Bereiche ausgeglichen wird. Dadurch werden wichtige Versorgungsleistungen, die an Universitätsspitälern erbracht werden und einer modernen evidenzbasierten Medizin entsprechen, in Frage gestellt. Des Weiteren führt dies dazu, dass die Mittel für die Weiterentwicklung von unterfinanzierten Bereichen fehlen. Stagnation im universitären Kontext bedeutet jedoch Stagnation der medizinischen Entwicklung im grösseren Kontext, damit verliert die Schweiz den Anschluss an den medizinischen Fortschritt.

*Universitäre Medizin Schweiz fordert:*

- Die Tarifstruktur ist umfassend zu überarbeiten. Bereiche, die nicht kostendeckend abgegolten sind, sind dabei ebenso miteinzubeziehen wie die überfinanzierten Bereiche.

### **Limitation der Konsultationsdauer**

unimedsuisse anerkennt die Absicht des Bundes, Missbräuche mit zu langen Konsultationen zu bekämpfen und die Versorgung effizient zu gestalten. Wir erachten jedoch eine systematische Beschränkung der Konsultationsdauer als problematisch.

Die Beschränkung der Konsultationsdauer auf 20 Minuten ist dabei namentlich im universitären Kontext problematisch, da in den Universitätsspitälern besonders komplexe Fälle auftreten, die einen erhöhten Zeitbedarf für die Anamnese, Behandlung und Betreuung haben. Dies betrifft in besonderem Masse die Pädiatrie, welche zum grossen Teil an den Universitätsspitälern angesiedelt ist und viel Beratung und Begleitung von Kindern und Angehörigen beinhaltet. Erhöhten Zeitbedarf können ebenso Patientinnen und Patienten mit Demenz oder Personen mit ungenügenden Sprachkenntnissen benötigen. Dasselbe gilt auch für Patienten und Patientinnen mit unklarer Diagnose oder seltenen Krankheiten, die zu einem grossen Teil von den Universitätsspitälern versorgt werden und bei denen Konsultationen viele Aspekte von der Diagnose, Behandlung und Beratung für Betroffene und mitbetroffene Angehörige abdecken müssen.

Die Beschränkung der Konsultationsdauer bei Hausarztbesuchen auf 25 Minuten birgt zudem das Risiko, dass schwer erkrankte Personen dadurch nicht mehr zu Hause, sondern im Spital behandelt werden. Auch hier wird sich dies vor allem negativ auf die universitären Spitäler als Endversorger auswirken, da Zuweisende die schweren Fälle vor allem diesen zuweisen. Die Limitation auf Hausarztbesuchen wird entsprechend unnötige Spitalkonsultationen und Hospitalisierungen auslösen und damit Mehrkosten verursachen.

Die Beschränkung der Konsultationsdauer ist auch aus gesundheitspolitischer Sicht störend. So widerspricht sie z.B. der Forderung an die Leistungserbringer, im Rahmen der Behandlung Fragen der Prävention aufzunehmen und die Patientinnen und Patienten im Sinne der Prävention zu beraten. Die vorgeschlagene Limitation widerspricht damit explizit nationalen Programmen und erschwert deren Umsetzung.

*Universitäre Medizin Schweiz fordert:*

- Die systematische Limitation der Konsultationsdauer ist zu streichen.
- Die Missbrauchsbekämpfung zu langer Konsultationen muss auf der Basis konkreter Fälle und Auswertungen vorgenommen werden. Es ist die Aufgabe der Krankenversicherer, Missbräuche aufzudecken, dies darf nicht pauschal geschehen, sondern muss begründet sein.

- Die Aufsichtsbehörden und Krankenversicherer sind aufgefordert, für die Missbrauchsbe-  
kämpfung differenzierte Analysekategorien zu schaffen, nach denen verschiedene Arten von  
Konsultation unterschieden werden können, die Notwendigkeit längerer Konsultationen als  
gerechtfertigt akzeptiert werden (z.B. bei unklarer Diagnostik, komplexen und seltenen Er-  
krankungen, Multimorbidität, Situationen am Lebensende, etc.) und mittels derer Missbrauch  
klarer identifiziert werden kann.

### **Verschärfte Beschränkung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten**

Die Beschränkung der Fakturierung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten steht in keinem Be-  
zug zum klinischen Alltag und entspricht den Anforderungen einer guten Versorgung in keiner Weise.  
Dies gilt in besonderem Masse die Versorgungsleistungen an Universitätsspitalern. Dies hat unter-  
schiedliche Gründe

- Die Universitätsspitaler haben einen hohen Anteil an komplexen Fällen, unklaren Diagnosen oder  
seltenen Krankheiten, die von extern zugewiesen werden. Gerade bei diesen Fällen umfasst die  
Vorbereitung eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Krankengeschichten und Rechercharbei-  
ten zu möglichen Diagnosen, aktuellen Behandlungsoptionen etc. Diese intellektuelle Leistung wird  
in Abwesenheit des Patienten erbracht. Diese Vorbereitungsleistungen sind oft sehr aufwändig. Die  
Universitätsspitaler und unterstützenden Dienste an den Universitätsspitalern (wie z.B. Institute für  
Genetik) tragen einen bedeutenden Anteil dieser Leistungen. Diese werden durch den Tarifeingriff  
in Frage gestellt.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit nimmt angesichts der zunehmenden Spezialisierung und  
Ausdifferenzierung der Medizin weiter zu, sie ist als erfolgsbringendes Modell zur Qualitätsverbes-  
serung anerkannt. So sind nicht nur in der Onkologie Tumorboards ein anerkannter Standard; in  
immer mehr Disziplinen wird die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit zu einer  
medizinischen Notwendigkeit. Gerade die universitäre Medizin weist einen hohen Spezialisierungs-  
grad auf. Gerade bei komplexen Fällen, die häufig an Universitätsspitalern behandelt werden, sind  
interdisziplinäre Fallbesprechungen und die Durchführung entsprechender Boards notwendig. Ge-  
nau dies wird durch die starke Beschränkung auf Leistungen in Abwesenheit des Patienten unter-  
bunden.
- Die vorgeschlagene Beschränkung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten betrifft in beson-  
derem Masse die Koordination von Versorgungsleistungen für Patientinnen und Patienten, wie sie  
heute als notwendiger Bestandteil einer «good practice» anerkannt ist. Dies ist umso störender, als  
diese Koordination in diversen nationalen Programmen und Strategien gefordert wird. Dazu gehört  
das vom Bund geförderte Konzept einer generellen integrierten Versorgung zwischen verschiede-  
nen Leistungserbringern wie auch die Koordinationsleistungen innerhalb des Spitals oder zwischen  
verschiedenen Leistungserbringern bei vulnerablen Patientengruppen (z.B. in der Palliative Care,  
bei seltenen Krankheiten oder in der Geriatrie). Wird die vorgeschlagene Tarifierung umge-  
setzt, werden fortschrittliche Leistungserbringer, welche diesen Konzepten nachkommen, finanziell  
bestraft.

Die Limitation der Leistungen in Abwesenheit des Patienten widerspricht damit klar einer evidenzbasier-  
ten Medizin, hemmt die Entwicklung integrierter und interdisziplinärer Versorgungsmodelle und behin-  
dert damit die gesundheitspolitischen Bestrebungen zugunsten einer integrierten Versorgung. Damit  
wird eine effiziente medizinische Versorgung nicht gefördert sondern verhindert.

unimedsuisse ist der Ansicht, dass eine bessere Erfassung und Abbildung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten anzustreben ist, ohne diese Leistungen generell unter den Verdacht des Missbrauchs zu stellen.

*Universitäre Medizin Schweiz fordert:*

- Die Beschränkungen auf Leistungen in Abwesenheit des Patienten werden gestrichen.
- Für Tumorboards und interdisziplinäre Fallbesprechungen, Koordinationsleistungen bei komplexen Fällen, Palliative Care, seltenen Krankheiten etc., deren Wichtigkeit für Versorgung und Wirtschaftlichkeit bekannt sind, werden spezifische Abrechnungspositionen geschaffen.
- Die Missbrauchsbekämpfung betr. zu hoher Leistungen in Abwesenheit des Patienten muss auf der Basis konkreter Fälle und Auswertungen vorgenommen werden. Es ist die Aufgabe der Krankenversicherer, Missbräuche aufzudecken, dies darf nicht pauschal geschehen, sondern muss begründet werden.
- Die Aufsichtsbehörden und Krankenversicherer sind aufgefordert, für die Missbrauchsbekämpfung differenzierte Analysekategorien zu schaffen, nach denen verschiedene Arten von Fällen unterschieden werden können, eine längere Vorbereitung und erhöhter Koordinationsaufwand als gerechtfertigt akzeptiert werden (z.B. bei unklarer Diagnostik, komplexen und seltenen Erkrankungen, Multimorbidität, Situationen am Lebensende, etc.) und mittels derer Missbrauchsfälle klarer identifiziert werden können.

#### **Folgen für die universitäre Versorgung insgesamt – Schwächung der evidenzbasierten Medizin**

unimedsuisse lehnt die vorgelegten Tarifierungen gemäss obenstehenden Ausführungen als nicht sachgerecht ab. Durch sie werden die spezifischen Leistungen der universitären Versorger namentlich im Bereich der komplexen und seltenen Erkrankungen, in der Beratung der Patientinnen und Patienten, in Konsilien für externe Fachpersonen und in der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit in Frage gestellt, namentlich bei Tumorboards und weiteren interdisziplinären Boards, welche für eine evidenzbasierte Behandlung auf neuestem wissenschaftlichen Stand von zentraler Bedeutung sind. Die Integration innovativer Behandlungsansätze in die Praxis, die eine intensivere Begleitung benötigt, wird gehemmt. Dies führt zu einer Schwächung der evidenzbasierten Medizin im gesamten Versorgungssystem. Die entstehende Lücke zwischen dem Tariffsystem und einer guten Versorgung bewirkt, dass die Qualität der universitären Versorgung und dabei besonders der medizinischen Versorgung von besonders vulnerablen Patientengruppen gefährdet wird.

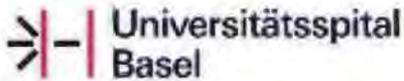
Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen bei der weiteren Bearbeitung der Vorlage und stehen Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Bertrand Levrat  
Präsident Universitäre Medizin Schweiz

Beilage: Stellungnahme der H+ - Aktivkonferenz der Universitätsspitäler



Per Mail an:

Bundesamt für Gesundheit  
 Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung  
 Abteilung Leistungen  
 CH – 3003 Bern

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	DM					
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP					
DG	21. Juni 2017					MT					
SpD						BioM					
KOM						AS Chem					
Kamp						LMS					
Int						Str					
RM						Chem					
P+O						I+S	GStr	MGP	Lst	AKV	AUV

Basel, 20. Juni 2017

**Vernehmlassungsantwort der Universitätsspitaler der Schweiz zu den vom Bundesrat vorgeschlagenen Anpassungen an der Tarifstruktur TARMED (1.09\_BR / 2018)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,  
 sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen bestens für die Gelegenheit zur Stellungnahme und reichen hiermit fristgerecht unsere Überlegungen und Anträge zu den vorgeschlagenen Anpassungen an der Tarifstruktur TARMED ein.

**1 Einleitung**

Die Aktivkonferenz der Schweizerischen Universitätsspitaler vereinigt die Vorsitzenden der Spitalleitungen der fünf grossen Universitätsspitaler und deren Finanzdirektoren (UniFin).

Die Universitätsspitaler verweisen grundsätzlich auf die Vernehmlassungsantwort von H+ Die Spitaler der Schweiz, in welche sich die Universitätsspitaler eingebracht haben. Aufgrund der geplanten, gravierenden Anpassungen an der bisherigen Tarifstruktur sieht sich die Aktivkonferenz jedoch veranlasst, im vorliegenden Schreiben auf die gefährlichsten Anpassungen einzugehen und konkrete Vorschläge anzubringen, um diese zu verhindern oder zumindest abzumildern.

Wir verweisen ausserdem auf die separate Anhörungsantwort der Kinderspitäler. Drei unserer Häuser sind mit ihren Kinderabteilungen direkt mit betroffen, in Zürich und Basel sind die selbständigen Universitätskinderspitäler als unsere Partner in der Kindermedizin massiv betroffen.

**2 Schwerwiegende Konsequenzen für die Patienten**

Faktisch würden die von Ihnen vorgesehenen Anpassungen zu einer **Rationierung von medizinischen Leistungen** führen und zwangsläufig die **Behandlungsqualität senken**, insbesondere für das komplexe, polymorbide Patientenkollektiv von Universitätsspitalern. Die Universitätsspitaler beschränken sich in der vorliegenden Stellungnahme auf drei konkrete Anträge,

mit welchen die **gravierendsten negativen Folgen** des geplanten bundesrätlichen Eingriffs in die Tarifstruktur vermieden werden sollen.

Die Universitätsspitaler weisen dezidiert darauf hin, dass für eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife (siehe Art. 43 Abs. 4 KVG) weitere wichtige Anpassungen an der veralteten Tarifstruktur nötig sind. Bei den geplanten Anpassungen wurden einseitig nur diejenigen Faktoren angepasst, welche eine *Volumen-reduktion* bewirken.

### 3 Gravierendste Eingriffe in die Tarifstruktur

Der geplante Eingriff in die Tarifstruktur ist für Universitätsspitaler finanziell substanziell. Unsere an jedem Haus durchgeführten Simulationen zeigen, dass die geplanten Massnahmen zusammengenommen zu einem geschätzten **Ertragsrückgang von 170 Millionen Schweizer Franken** bei allen fünf Universitätsspitalern führen würden. Somit sind diese Spitaler überdurchschnittlich von den Eingriffen betroffen.

Die geplanten Anpassungen an den *Kostenmodellen* führen zwar zu empfindlichen Ertragsminderungen, haben aber keinen direkten Einfluss auf die Behandlungsabläufe und die Behandlungsqualität. Sie sind daher nicht Bestandteil dieser Vernehmlassungsantwort.

Die Universitätsspitaler nehmen hier nur Stellung zu den geplanten neuen Limitationen, die eine Rationierung der Leistungen bewirken und somit direkt Auswirkungen auf die Behandlung der Patienten haben werden.

Diese Limitierungen stellen die Abgeltung der interdisziplinären und interprofessionellen Behandlung grundsätzlich in Frage und sind versorgungspolitisch von grosser Bedeutung. Heute werden durch die Universitätsspitaler Leistungen in der Grössenordnung von rund CHF 80 Millionen erbracht, die aufgrund der neuen Limitierungen nicht mehr abgerechnet werden könnten. **Die Annahme, dass die Universitätsspitaler bisher für CHF 80 Millionen ineffiziente oder behandlungsunnötige Leistungen erbracht haben entbehrt jeglicher Grundlage.** Im Gegenteil: Für die wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung unserer Patienten ist es enorm wichtig, dass diese Leistungen weiterhin (im ambulanten Bereich) erbracht werden können.

Die Limitation der einzelnen Tarifpositionen bringt die Leistungserbringer in folgendes Dilemma: Der Patient benötigt eine umfassende ihm zugeschnittene Betreuung, welche aber über den TARMED nicht mehr abgegolten wird. Somit bleiben den Leistungserbringern folgende Möglichkeiten:

- Die von den Patienten benötigten und vom Spital erbrachten Leistungen werden nicht abgerechnet.
- Die Behandlung wird auf mehrere Besuche / Visiten aufgesplittet.
- Die Betreuung des Patienten kann nicht in der geforderten Qualität erbracht werden.
- Der Patient wird stationär behandelt.
- Das Leistungsangebot wird gestrichen.

Im nachfolgenden Kapitel gehen wir differenziert auf die beiden Limitierungen mit den gravierendsten Folgen für den Patienten ein.

### 4 Rationierung von Leistungen

Aus Sicht der Universitätsspitaler sind vor allem die beiden nachfolgend aufgeführten Eingriffe in die bestehende Tarifstruktur für die Behandlungsqualität gravierend:

#### Beschränkung der ärztlichen Konsultationszeit

Die ärztliche Konsultation (Tarifziffer 00.0020) soll auf **maximal 20 Minuten limitiert** werden. Diese Zeitvorgabe ist in vielen Fällen viel zu kurz, um die komplexen polymorbiden Patienten mit der erforderlichen Qualität zu diagnostizieren und zu behandeln. In der Vernehmlassungsantwort von H+ Die Spitaler der Schweiz finden Sie entsprechende Praxisbeispiele. Die Universitätsspitaler erlauben sich, im Anhang einige eindrückliche, ganz konkrete Beispiele aus unserem Behandlungsalltag aufzuzeigen.

## Rationierung der ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten

Die ärztliche Leistung in Abwesenheit (bisher Position 00.0140) wird differenziert und neu mit sieben spezifischen Positionen (00.0141 bis 00.0147) abgebildet. Zudem werden diese Leistungen unter sich mittels einer Leistungsgruppe limitiert.

Aus dieser geplanten Anpassung entstehen aus medizinischer Sicht z.B. die beiden nachfolgenden Probleme:

Die interdisziplinäre Besprechung eines Behandlungsfalls durch mehrere, sich gleichzeitig vor Ort befindenden Ärzte im Rahmen von Tumorboards wird nicht mehr abgebildet. Bisher war aufgrund eines Entscheides der PIK (Nr. 08014 vom 11.6.2008) vorgesehen, dass für diese Leistungen die Position 00.0140 angewendet werden kann. Ein Wegfall dieser interdisziplinären Sprechstunden bzw. Beratungen würden zu einer erheblichen Reduktion der Behandlungsqualität führen. Diese multidisziplinären Fallbesprechungen entsprechen in hohem Masse den Anforderungen der KVG Kriterien bezüglich Leistungserbringung: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien). Sie sind ausserdem eine zwingende Vorgabe für eine erfolgreiche Zertifizierung des entsprechenden Zentrums. Diese Vorgabe wurde (und wir empfehlen dem BAG sich bei der Schweizerischen Krebsliga zu erkunden) ausschliesslich aus Qualitätsgründen gemacht.

Die Zeitlimitationen für die Dauer bei der ärztlichen Leistung in Abwesenheit sind wie bei der Konsultation nicht praxiskonform und würden zu einem erheblichen Rückgang der Behandlungsqualität bei schwer kranken Patienten führen.

## 5 Weiterbildungsauftrag

Die Universitätsspitaler erinnern den Bundesrat an ihren Weiterbildungsauftrag, der für die medizinische Versorgung der Schweiz mit hochqualifiziertem medizinischem Personal unabdingbar ist.

Betriebswirtschaftlich betrachtet sind diejenigen Leistungserbringer bevorteilt, welche mit erfahrenen Ärzten arbeiten können, die keine Weiterbildungsleistungen erbringen. Weiterbildung benötigt Zeit und personelle Ressourcen – vor allem auch während den Sprechstunden und bei Leistungen in Abwesenheit der Patienten (Abbildung bisher u.a. über Positionen 00.0020 und 00.0140). Werden die Universitätsspitaler hier übermässig eingeschränkt, wird die Ausbildung von Assistenzärzten an Attraktivität verlieren und sich die Nachwuchsproblematik noch mehr verschärfen.

## 6 Anträge

Die Universitätsspitaler stellen wie einleitend erwähnt und aus oben dargelegten Gründen folgende drei konkrete Anträge:

### Antrag 1

Auf die geplanten **Limitationen** bei der Tariffziffer 00.0020 „Konsultation, jede weiteren 5 Minuten“ soll vollständig verzichtet werden. Falls der Bundesrat trotzdem daran festhält eine Beschränkung einzuführen, soll die Limitation eventualiter auf mindestens 40 Minuten angehoben werden. Auch für die Tarifposition 00.0070 „Besuch“ soll auf Limitationen verzichtet oder eventualiter die Obergrenze auf mindestens 50 Minuten angehoben werden.

### Antrag 2

Eine zusätzliche Position „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ mit der Tariffziffer 00.0148 soll in die Tarifstruktur aufgenommen werden. Die Leistung soll grundsätzlich analog der neuen Leistungen 00.0141 bis 00.0147 tarifiert werden, jedoch ohne Mengenlimitation.

### Antrag 3

Auf die vorgesehene Limitation bei den Leistungen 00.0141 bis 00.0147 (resp. 00.0148) „Leistungen in Abwesenheit des Patienten“ ist zu verzichten da eine Limitation im Einzelfall aus oben genannten

Gründen nicht praktikabel ist und eine besser Überprüfung der WZW-Konformität durch die höhere Differenzierung der Leistung bereits ermöglicht wird.

Die drei Anträge unterstreichen das Ziel einer effizienten Leistungserbringung unter Berücksichtigung der im KVG Gesetz definierten WZW-Kriterien. Limitationen sind aus unserer Sicht nur dort sinnvoll, wo sie die Behandlungsqualität der einzelnen Patienten nicht beeinträchtigen. Wo die Gefahr einer solchen Beeinträchtigung besteht, ist auf Limitationen in der Tarifstruktur aus versorgungspolitischen Gründen zu verzichten. Hier besteht aus unserer Sicht die Pflicht der Krankenversicherer, eine effiziente Leistungserbringung durch geeignete Prüfinstrumente sowohl auf statistischer wie auch auf Einzelfallebene sicherzustellen. Eine Rationierung der Leistungen in bestimmten Zeiträumen ist (insbesondere bei schwer kranken Patienten) weder medizinisch noch betriebswirtschaftliche sinnvoll.

**Die Universitätsspitaler verstehen diese drei Anträge als minimalste und unabdingbare Korrekturen am vorgesehenen bundesrätlichen Eingriff an der vorhandenen Tarifstruktur.**

Weiter verweisen wir auf die Eingaben von H+ Die Spitaler der Schweiz.

Wir danken Ihnen bestens für die Prüfung und Berücksichtigung unserer Anträge.

Für die Unispitaler Schweiz

Dr. med. Werner Kübler, MBA  
Präsident H+ Aktivkonferenz  
Universitätsspitaler Schweiz

Martin Gerber  
Vorsitzender AG UniFin  
Universitätsspitaler Schweiz

**Kopie an:**

- Bundesamt für Gesundheit
- Gesundheitsdirektorenkonferenz
- H+ Die Spitaler der Schweiz

## Anhang mit Praxisbeispielen

### Beschränkung der ärztlichen Konsultationszeit

#### **Längere Konsultationszeiten im Zusammenhang mit komplexen Krankheitsbildern:**

Es ist grundsätzliche Pflicht des Arztes, seinen Patienten über die Erkrankung und die möglichen Behandlungen aufzuklären. Je komplexer das Krankheitsbild umso umfassender und zeitaufwändiger ist die Aufklärung. Wird zudem vom Patienten eine rasche Entscheidung für eine Behandlungsmethode benötigt, verlängert sich die benötigte Zeit nochmals.

#### **Längere Konsultationszeiten im Zusammenhang mit schwierigen psychosozialen Situationen:**

Die Erläuterung einer schweren Diagnose benötigt grundsätzlich ausreichend Zeit, um den Patienten richtig aufzuklären. Bei Patienten in schwierigen psychosozialen Situationen (z.B. Kinder in einer Scheidungssituation, Suchtproblematik, Arbeitslosigkeit, Flüchtlinge etc.) steigert sich dieser Aufwand erneut.

### Rationierung der ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten

#### **Vor- und Nachbereitung des Besuchs:**

Beispielhaft aufzuführen ist die Onkologie, in welcher die Planung der Behandlung grundsätzlich ein sehr ausgedehntes Aktenstudium benötigt. In den meisten Fällen sind Gespräche mit Kollegen anderer Fachrichtungen, das Studium von entsprechenden Guidelines oder Originalliteratur nötig.

#### **Interdisziplinäre Besprechungen:**

Nebst den Tumorboards gibt es immer wieder Situationen, in welchen der behandelnde Arzt die Konsultation mit einer interdisziplinären Besprechung ergänzt, respektive nach der selbigen die Konsultation weiterführt. Dies führt für den Patienten dazu, dass er die Einschätzung mehrerer Fachbereiche konsolidiert an einem Tag erhält, schneller Gewissheit über die Diagnose und Behandlung erhält, und die Behandlung früher starten kann.



Derm C4

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

**Prof. Dr. med. Lars E. French**  
Klinikdirektor

**PD Dr. med. Severin Läuchli**  
Oberarzt m.e.V.  
Leiter Dermatochirurgie

UniversitätsSpital Zürich  
Dermatologische Klinik  
Gloriastrasse 31  
CH-8091 Zürich

Zentrale | + 41 44 255 11 11  
Sekretariat + 41 44 255 25 33  
Op-Saal + 41 44 255 26 89  
Telefax + 41 44 255 89 88  
E-Mail [severin.laeuchli@usz.ch](mailto:severin.laeuchli@usz.ch)  
[www.dermatologie.usz.ch](http://www.dermatologie.usz.ch)

Zürich, 21. Juni 2017

**Stellungnahme zum TARMED-Eingriff per 1.1.2018 in Bezug auf das Fachgebiet  
Dermatologie und Venerologie**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset, sehr geehrte Damen und Herren,

Der Bundesrat hat vorgesehen, per 01.01.2018 zum 2. Mal in die TARMED-Struktur einzugreifen. Diesen Eingriff lehne ich aus mehreren Gründen vollumfänglich ab:

- Er ist nicht sachgemäss: die überproportionale Kürzung der Tarife für Dermatochirurgische Leistungen ist nicht gerechtfertigt, da der Aufwand für diese Leistungen in den letzten Jahren eher zugenommen hat (keine wesentlichen technischen Neuerungen, älteres Patientengut mit mehr Komorbiditäten)
- Er führt zu falschen Anreizen: durch die ungenügende Vergütung ambulanter dermatochirurgischer Leistungen werden Eingriffe vermehrt in den stationären Bereich verschoben, was zu deutlich höheren Kosten führt
- Er wird für Praxen, die vorwiegend dermatochirurgisch tätig sind, aufgrund der überproportionalen Kürzung dieser Tarife mit Umsatzeinbussen bis 30% existentiell bedrohlich



Für die ausführlichere Argumentation verweise ich auf die Stellungnahme unserer Fachgesellschaft SGDVG vom 08.06.2017 und insbesondere der Arbeitsgruppe Dermatochirurgie dieser Fachgesellschaft, welche ich vollumfänglich unterstütze.

Auch das kürzlich publizierte Gerichtsurteil des Luzerner Kantonsgerichts in Bezug auf die Klinik St. Anna, das bereits dem 1. bundesrätlichen Tarifeingriff aus dem Jahre 2014 eine Verletzung des Gebots der Sachgerechtigkeit sowie der betriebswirtschaftlichen Bemessung und somit Gesetzeswidrigkeit attestiert, unterstützt diese Argumentation.

Ich schliesse mich somit den 3 Hauptforderungen der SGDVG an:

- **Die Dermatochirurgie muss angemessen vergütet werden- eine Kürzung dieser Tarife ist nicht akzeptabel.**
- **Der Hautstatus muss eine Handlungsleistung bleiben (und keine Zeitleistung). Er entschädigt für die klinische Erfahrung und die dermatologische Expertise.**
- **Die Konsultationszeit darf nicht eingeschränkt werden.**

Mit bestem Dank für Ihre Kenntnisnahme und freundlichen Grüßen

PD Dr. med. Severin Lächli  
Oberarzt m.e.V., Leiter Dermatochirurgie  
Präsident Arbeitsgruppe Dermatochirurgie der SGDVG



Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung  
Abteilung Leistungen

CH-3003 Bern

Zürich, 12. Juni 2017

AmL	GP	<del>KVV</del>	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG	15. Juni 2017					MT
SpD						BioM
KOM						As.Chem
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P+O						I+B

Prof. Dr. Tanja Krones  
Dr. Settimio Monteverde  
Leitung Klinische Ethik

Direktwahl +41 (0) 44 255 34 70  
ethik@usz.ch

www@usz.ch

Sehr geehrte Damen und Herren,

Aus Sicht der Klinischen Ethik nehmen wir gerne Stellung zur geplanten Tarmed-Revision vom 22.3.2017. Im Rahmen der klinischen Ethik befassen wir uns unter anderem intensiv mit Fragen der Sicherstellung einer medizinischen Betreuung, die auf den Grundsätzen einer bedarfs- und patientenorientierten, nachhaltigen, interprofessionell gestalteten und koordinierten medizinischen Versorgung für alle Patienten basiert. Dies ist nur möglich, wenn die wesentlichen Ziele der Medizin, die Verhinderung eines frühzeitigen Todes, die Prävention, die Behandlung von Kranken und die Leidenslinderung gleichermassen priorisiert werden. Diese Ziele sehen wir sowohl in der Strategie Gesundheit 2020 des Bundes, insbesondere in den Überlegungen zur Koordinierten Versorgung, als auch in den Strategiepapieren der SAMW zu einem nachhaltigen Gesundheitswesen, welches partnerschaftlich und interprofessionell ausgerichtet ist, verankert. Wir waren und sind in verschiedenen Subkommissionen der SAMW für die Erarbeitung und Überarbeitung von medizinethischen Richtlinien, u.a. zu Intensivmedizinischen Massnahmen, Zwangsmassnahmen, Reanimation, Behandlung am Lebensende sowie der ethische Unterstützung in der Medizin der SAMW, als auch in der Task Force des BAG involviert, die aktuell ein Rahmenkonzept für die Implementierung von Advance Care Planning erarbeitet.

Wie im Papier des BAG „Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung zu Recht ausgeführt wird, ist es

„aus Sicht der Prämienzahler (...) wichtig, dass die in einer Tarifstruktur abgebildeten Leistungen wirtschaftlich tarifiert sind, da sonst Fehlanreize entstehen, unnötige medizinische Leistungen erbracht werden, die Kosten weiter steigen und nicht zuletzt auch die Versorgungsqualität schlechter werden wird. Die fehlende Sachgerechtigkeit der heutigen Tarifstruktur wird von den Tarifpartnern im Grundsatz anerkannt. Eine Zielsetzung der vorliegenden Änderungen an der Tarifstruktur muss daher die Wiederherstellung oder zumindest die Verbesserung der Sachgerechtigkeit sein, d.h. dass die Vergütung der verschiedenen Leistungen untereinander in einer angemesseneren Relation steht. Auch muss auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife geachtet werden, d.h. das Primat einer aufwand- und verursachergerechten Entschädigung der Leistungen eingehalten werden. Die durch den Bundesrat angepasste und festgelegte Tarifstruktur muss dem Gebot von Wirtschaftlichkeit und Billigkeit entsprechen“ (BAG, a.a.O., S. 7)

Wir gehen davon aus, dass die weiteren Gebote der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit des KVG ebenfalls durch das Tarmed erfüllt werden sollen.

## **Voraussetzungen für die Erreichung der Zielvorgaben**

Zur Erreichung der genannten Ziele ist es unerlässlich, dass die „sprechende“ Medizin insgesamt gestärkt, besondere Beratungskompetenzen und Leistungen auch ausserhalb von Suchtberatung, gynäkologischer Prävention und Psychotherapie tariflich ausgewiesen, die palliative Grund- und Spezialversorgung durch Hausärzte und interprofessionelle Teams ausgebaut und die hierfür notwendigen komplexen koordinativen Aufgaben sich ebenfalls in der Vergütung der Ärztinnen und Ärzte niederschlagen, die zum Teil auch sinnvoll an weitere Gesundheitsfachpersonen in interprofessionellen Teams delegierbar sind. Um eine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung von hochbetagten, multimorbiden, somatisch und psychisch kranken, behinderten sowie palliativen Patienten zu gewährleisten, bedarf es einer exzellenten interprofessionellen Behandlung und Betreuung, die kurative und palliative Ansätze integriert und die Patientenwünsche durch fachlich exzellente kommunikative Fertigkeiten in individuell tragfähige Behandlungspläne übersetzt. Diese umfassen je nach medizinischer Situation und Wunsch des Patienten auch bestmögliche palliative Versorgungskonzepte im ambulanten Bereich. Eine palliative Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte beinhaltet unter anderem die Herausarbeitung individueller Therapieziele, die Erstellung differenzierter Notfallpläne für Episoden hoher Symptomlast, und bei von Patienten nicht gewünschten Hospitalisationen eine palliative Spezialbehandlung am Ort der Betreuung des Patienten im ambulanten Sektor, d.h. zuhause, im Pflegeheim oder im Hospiz. Um diese Prozesse koordiniert zu begleiten, bedarf es der Implementierung von Advance Care Planning in der Schweiz; das hierfür notwendige Rahmenkonzept wird unter Federführung von Palliative.ch durch die Task Force des BAG aktuell erarbeitet. Dieses Konzept trägt nachweislich dazu bei, die oben genannten Ziele zu erreichen. Dies gilt gleichermassen für eine exzellente Hausarztmedizin generell, sowie eine starke ambulante psychiatrische und Palliativversorgung, die daher einen ebenso grossen Stellenwert erhalten sollten wie interventionelle Verfahren in anderen Spezialgebieten. In dem hoch relevanten, zunehmend wichtigeren Versorgungsbereich der palliativen Versorgung nimmt die Schweiz im internationalen Vergleich für westliche Industrieländer heute einen eher hinteren Rang ein. Der Anteil, welche Menschen in der Schweiz selbst an Gesundheitskosten in den letzten Lebensmonaten leisten müssen, übersteigt die Kosten in den europäischen Nachbarländern teilweise um ein Vielfaches (Krones, Monteverde 2017). Diese Situation führt dazu, dass Patienten in den letzten Tagen ihres Lebens doch ins Spital kommen oder die letzten Tage ihres Lebens im Spital verbringen, obgleich dies nicht ihrem Wunsch entspricht.

## **Notwendige Anpassungen des Tarmed zur Stärkung der „sprechenden Medizin“, der koordinierten Versorgung sowie speziell der Palliative Care**

Nach Durchsicht der vorgeschlagenen Tarmed Revision haben wir grosse Bedenken, dass die gemeinsam als wichtig erkannten gesundheitspolitischen Zielsetzungen durch die neu vorgeschlagene Tarifstruktur adäquat abgebildet werden. Im Gegenteil scheinen uns diese Zielsetzungen durch die Beschränkung zentraler Tarifposten der Sprechenden Medizin eher konterkariert zu werden. Bereits jetzt sind die Tarife für eine fachlich qualifizierte Beratung, Aufklärung und Begleitung im Verhältnis zu anderen medizinischen Interventionen deutlich zu wenig tariflich gewürdigt. Zudem wurden und werden weiter keine Anreize für eine Qualitätsverbesserung der kommunikativen Fertigkeiten gesetzt, sowie besondere

Bedürfnisse, die einen grösseren Effort bei der Erbringung dieser Leistungen erfordern (z.B. für Menschen mit Behinderungen, Sprachbarrieren) nicht berücksichtigt.

Insgesamt findet sich in der gesamten Tarifstruktur kein direkter Ausweis für die Leistungen einer palliativen Grund- oder Spezialbehandlung, die im ambulanten Sektor für schwer kranke und /oder hochbetagte multimorbide Patienten durch interprofessionelle Teams von Haus- und Heimärzten und der spezialisierten Palliative Care erbracht werden. Palliative Behandlungen werden allein für die Versorgung angeborener Herzfehler separat ausgewiesen. Auch gibt es weiterhin keine ausgewiesenen Posten für die Durchführung interprofessioneller Gespräche und Koordinationsaufgaben, ebenso keine Möglichkeit der Abrechenbarkeit für qualifizierte Beratung zu Patientenverfügung/Advance Care Planning als zentralem Themenfeld einer Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, interprofessionelle Teams und betreuende Spezialisten. Die Zeiten für Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, sowie die Vorbesprechung diagnostischer und therapeutischer Eingriffe, die heute als (unterbezahlte) Posten eine Abrechnung auch für Beratungs- und Begleitungsgespräche mit palliativ kranken Patienten ermöglichen, sollen aktuell, wenn die Verfasser dies richtig verstanden haben, im Gegenteil zeitlich stark limitiert werden. Die Beratung des Patienten am Telefon und die Besuche sind zeitlich ebenfalls so limitiert, dass diese Posten der „sprechenden Medizin“ mit Sicherheit den Bedarf an Planung, Koordination und Begleitung von palliativen Patienten nicht decken. Dies gilt gleichermassen für weitere Patienten mit einem besonderen Bedarf, wie Kinder, Patienten mit kognitiven Einschränkungen und psychiatrischen Erkrankungen sowie den Mehrbedarf durch (berufsethisch absolut notwendige) Dolmetscherdienste bei Sprachbarrieren von Patienten. Auch wurde der Posten, der aktuell für die essentiellen Koordinierungsaufgaben verwendet wird, die „Leistung in Abwesenheit des Patienten“ zeitlich limitiert.

Durch eine adäquate Abbildung der ambulanten Leistungen von Hausärzten, Fachärzten, Spitex und Sozialarbeit für Leistungen der Koordination der Versorgung für Patienten mit besonderen Bedürfnissen und für die „sprechende Medizin“ würde durch die Tarmed Struktur der Anreiz gesetzt, die Versorgung tatsächlich umfassend und nachhaltig in dem oben geschilderten Sinne zu verändern.

***Auf der Basis dieser Überlegungen schlagen wir dem BAG daher folgende Änderungen vor:***

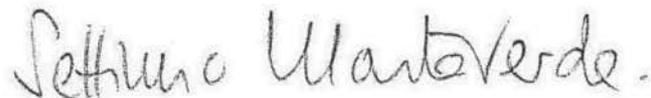
- Möglichkeit einer bedarfsgerechten, zeitlich unlimitierten bzw. deutlich verlängerten Zeit für Beratung durch den Facharzt der Grundversorgung sowie die Telefonberatung für Patienten mit besonderen Bedürfnissen, insbesondere palliative Patienten und Menschen mit kognitiven Einschränkungen und psychischen Erkrankungen
- Erhöhung der abrechenbaren Zeit für Aufklärung zu diagnostischen und therapeutischen Eingriffen, mindestens aber Erhöhung der abrechenbaren Zeit für Patienten mit besonderen Bedürfnissen, insbesondere Kinder und Menschen mit kognitiven Einschränkungen
- Gesonderter Ausweis von Beratungen, die den Zuzug von Dolmetscherdiensten inklusive Gebärdendolmetscher oder von Betreuungspersonen für Menschen mit

Behinderungen erfordern

- Erhöhung der Zeiten für Leistungen in Abwesenheit des Patienten bzw. (aus unserer Sicht zu favorisieren) Ausweis eines Postens für interprofessionelle Gespräche für die Behandlungsplanung von Patienten
- Möglichkeit der Abrechenbarkeit von interprofessionellem Advance Care Planning, hierbei Würdigung von speziell erworbenen Qualifizierungen durch Fachärzte der Grundversorgung und primär betreuende Spezialisten, wie im Rahmenkonzept der Task Force des BAG ausgeführt (aktuell in Vernehmlassung)

Freundliche Grüsse

i.A.



Tanja Krones & Settimio Monteverde

Leitung & Co-Klinische Ethik UniversitätsSpital Zürich

Literatur: Krones, T. / Monteverde, S. (2017). Gute Lebens- und Sterbensqualität – Versorgung und Versorgungslücken von Palliative Care in der Schweiz. *Therapeutische Umschau* 74(1) 805-811.



Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
3003 Bern  
per E-Mail

Zürich, 12. Juni 2017

**Christine Meier Zürcher**  
Leiterin Therapien  
UniversitätsSpital Zürich  
Gloriastrasse 24  
8091 Zürich

Direktwahl: +41 44 255 30 48  
christine.meier@usz.ch

[www.usz.ch](http://www.usz.ch)

## **Stellungnahme zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung vom März 2017 (bezüglich Physiotherapie)**

Diese Verordnung wird durch den Bundesrat erlassen «um das ununterbrochene Bestehen einer einheitlichen Einzelleistungstarifstruktur und somit die Rechtsicherheit der Tarifpartner und die Stabilität der Tarife für die Versicherten zu garantieren» (s. 14 erläuternder Bericht).

### **1. Grundsätzliche Anmerkungen**

- a) Der Bundesrat hält in seinem eigenen erläuternden Bericht fest: «Aufgrund des gesetzlich verankerten Grundsatzes der Tarifautonomie sollte der Bundesrat grundsätzlich **keine komplett neue, noch nie angewandte Tarifstruktur festlegen**» (erläuternder Bericht S. 14)

Genau das aber tut er, in dem er in der vorliegenden Verordnung **statt des bisherigen Einzelleistungstarifs OHNE Zeitangabe neu eine Mischung mit einem Pauschaltarif und einem Einzelleistungstarif MIT Zeitvorgabe** festlegt. Damit legt er eine neue Struktur fest, was gemäss seinen eigenen Vorgaben nicht zulässig ist.

- b) **Die Grundlagen für diesen Entscheid sind nicht nachvollziehbar und widersprechen dem Grundsatz der Sachgerechtigkeit und Billigkeit.**

Wie in eben diesem erläuternden Bericht ausgeführt, musste der Bundesrat tätig werden, gerade weil *sich die Tarifpartner nicht einigen konnten* und dem Bundesrat 2016 unterschiedliche Vorschläge für einen neuen Tarif unterbreitet haben.

Dazu sagt der Bundesrat (S. 14 ebenda) **«Die Anpassungen berücksichtigen soweit möglich die von den Tarifpartnern eingereichten Vorschläge»**. Dies ist in vielfacher Weise nicht der Fall, denn wichtige Inhalte von Seiten physioswiss wurden nicht berücksichtigt (zeitunabhängige Tarifpositionen, Tarifpositionen zur Verrechnung von Berichten, Tarifpositionen für Leistungen in Abwesenheit des Patienten analog TARMED und Ergotherapie Tarif). Hingegen wurden einseitig Eingaben von anderen Tarifakteuren übernommen. Indem der Bundesrat nicht nur die Tarifstruktur definiert, sondern inhaltliche Vorgaben macht, geht er weit über die von ihm selbst definierte Rolle hinaus: **«Die subsidiären Kompetenzen sind so auszulegen, dass der Bundesrat gerade so viel regelt, wie für das Bestehen einer Struktur notwendig ist um den Vorrang der Tarifautonomie so weit wie möglich zu berücksichtigen»** (erläuternder Bericht S. 5). Diesem Anspruch wird die vorliegende Verordnung nicht gerecht, sondern verletzt das oben genannte Prinzip.

c) **Veränderte Tarifstruktur ohne Berücksichtigung der Entwicklungen in den betriebswirtschaftlichen Grundlagen oder des veränderten Umfelds in der Gesundheitsversorgung**

Bei der Tarif-Festsetzung folgt der Bundesrat nach eigenen Aussagen folgenden Grundsätzen: Er erlässt eine Verordnung «...welche in einem generell-abstrakten Sinne die Festlegung eines Einzelleistungstarifs umfasst, in dem der Wert von einzelnen Leistungen in Form von Taxpunkten in einem bestimmten Verhältnis zueinander festgelegt werden. Eine Tarifstruktur muss sachgerecht sein, auf einem kohärenten Tarifmodell beruhen, das sich auf betriebswirtschaftlich bemessene Parametern abstützt, und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit entsprechen» (S. 14, erläuternder Bericht).

Im Gegensatz zur oben genannter Absicht ist **die vorgeschlagene Tarifstruktur weder generell-abstrakt, noch wird aufgezeigt, auf welchen betriebswirtschaftlichen Daten** die Aussagen beruhen. Insbesondere die **inhaltlich** neu eingeführte Sitzungsdauer einer Physiotherapiesitzung lässt sich nicht aus dem bisherigen Tarif ableiten. Die betriebswirtschaftlichen Parameter wurden zwar für den alten Tarif 1997 einmal definiert, aber nie angepasst und tragen in keiner Weise den heutigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen Rechnung.

Als Begründung für die Zeit-Hinterlegung wird «erhöhte Transparenz» angegeben. In den Erläuterungen aber lässt sich ablesen, dass die Zeitvorgabe vor allem als Kostensenkungsmassnahme eingeführt werden soll:

Der Bundesrat vermutet zwar «dass sich die Kostenzunahme auf die Zunahme der ärztlichen Verordnung zurückführen lässt» (Bericht S. 16). Gleichzeitig nimmt er an, dass im bisherigen Tarifmodell «die Physiotherapeutinnen und -therapeuten kürzere Sitzungen abhalten können als es die hinterlegte Dauer vorsieht und trotzdem dieselbe Anzahl Taxpunkte abrechnen».

Ohne dies irgendwo zu belegen wird somit den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten **pauschal unterstellt, dass sie nicht nach den Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit handeln** (WZW nach KVG). Erklärtes Ziel scheint somit nicht - wie der Bundesrat schreibt - «...eine Tarifstruktur, welche sachgerecht ist, auf einem kohärenten Tarifmodell beruht, sich auf betriebswirtschaftlich bemessenen Parametern abstützt und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit entspricht» (Bericht S. 14) zu sein. Vielmehr sagt er selber:

«... trägt die festgelegte Tarifstruktur zur Steigerung der Behandlungsqualität bei und **schränkt gleichzeitig das Potenzial einer Zunahme der Zahl der Konsultationen und des Taxpunktvolumens in diesem Bereich ein**».

Damit **degradiert der Bundesrat die vorgeschlagene Tarifstruktur zu einem Mittel zur Kostenkontrolle respektive Reduktion**.

Nicht einmal die Transparenz wird mit dem neuen Modell erhöht, denn nach wie vor sind die Leistungen, welche für den Patienten in Abwesenheit erbracht werden – und unter anderem auch von den Kostenträgern eingefordert werden – nicht abgebildet und somit auch nicht ausweisbar.

Gerade diese Leistungen wurden sowohl in der Eingabe von H+ wie von physioswiss in ihren Vorschlägen als ausweisbare Tarifpositionen vorgelegt. In der jetzt vorliegenden Verordnung sind sie nicht aufgeführt. Gerade dies wäre aber im Sinne der Transparenz in einer neuen Tarifstruktur dringend nötig (s. Punkt 2 und 4)

Somit sind die Aussagen im erläuternden Bericht (S. 16) nicht nachvollziehbar:

«Die von physioswiss und SVFP sowie im Vertrag zwischen H+ und curafutura vorgesehenen Tarifstrukturen wurden soweit möglich berücksichtigt, sofern sie zur Lösung der erläuterten Probleme beitragen konnten».

## 2. Annahmen zur Produktivität von 83.1 % / tariflich nicht abgebildete Leistungen

In der Verordnung wird eine «**Produktivität**» (= **Arbeit am und für den Patienten oder direkte und indirekte Leistung für den Patienten**) von **83,1% aufgeführt**. Sie trägt «nicht nur der Arbeit der Physiotherapeutinnen und -therapeuten Rechnung, die über eine Tarifposition in der Tarifstruktur direkt abgegolten wird (direkt abrechenbare Arbeitszeit), sondern auch derjenigen, die nicht direkt via Tarifstruktur

abgerechnet werden kann, beispielsweise für Tätigkeiten wie Berichterstellung, Aktenstudium, interdisziplinäre Besprechungen usw. Hier sei auch erwähnt, dass der Katalog der Leistungen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung seit der Einführung der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen nicht geändert hat» (Erläuternder Bericht S. 15).

Im den neu mit einer Zeitlimite versehenen Tarifpositionen sind für Dossier-Führung, Vorbereitung und Wechselzeiten maximal 5 Minuten vorgesehen.

**Dies trägt der Realität in der ambulanten Praxis insbesondere in der Spitalambulanz in keiner Weise Rechnung.**

**Die in den Tarifpositionen vorgesehenen 5 Minuten bilden niemals all die Leistungen ab, die für den Patienten erbracht werden.**

Die enorme Zunahme der Anforderungen an die Qualitätssicherung (Dokumentation, interdisziplinäre Fallbesprechungen, Berichte zuhanden Versicherer etc.) hat inzwischen ein Ausmass angenommen, das **niemals in den postulierten 16.9% «Restzeit» repräsentiert wird, sondern diese Zeit bei weitem übersteigt.** Insbesondere in der Spitalambulanz nehmen multiprofessionelle Besprechungen, Sprechstunden und Fallbesprechungen sowie Angehörigengespräche oder Gespräche mit Sozialarbeitern etc. zu; sie sind unabdingbar in der Behandlung der Patienten. Dies ist auch vor dem Hintergrund der exponentiell zunehmenden (gewollten und medizinisch sinnvollen Verlagerung) von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu sehen.

**Berichte, Qualitätszahlen, Begründungen etc. werden zudem vor allem von den Kostenträgern eingefordert, mit der Begründung, die Leistungspflicht prüfen zu müssen. Dass diese Leistungen, die für den Patienten und nicht zum Selbstzweck erbracht werden, nicht transparent als «Leistungspositionen in Abwesenheit des Patienten» ausgewiesen werden sollen, ist unverständlich.** Dass die erforderliche Weiterbildung, wie auch die Ausbildung mit dem Tarif ebenfalls nicht abgebildet werden können, ist vor dem Hintergrund der zunehmenden Qualitätsanforderungen und des zukünftigen Fachkräftemangels umso bedauerlicher.

Dass vor diesem Hintergrund die von physioswiss und auch H+ vorgeschlagenen Tarifpositionen für Leistungen, welche in Abwesenheit des Patienten erbracht wurden, in der Verordnung nicht übernommen wurden, ist nicht nachvollziehbar. Umso weniger, als die vergleichbaren Leistungen der Ergotherapie in deren Tarif ja vergütet werden.

Der Bundesrat verpasst hier die Chance einer zukunftsorientierten, qualitätssichernden Steuerungsmöglichkeit.

### 3. Ablehnung eines zeitgebundenen Einzelleistungstarifs

Der bisherige Einzelleistungstarif hat sich zwar an einer zeitlichen Vorstellung angelehnt, war aber mit **Recht zeitunabhängig** gestaltet: Genau wie bei einer ärztlichen Konsultation, kann die physiotherapeutische Beurteilung und Behandlung eines Gesundheitsproblems nicht einfach in vorgeschriebenen Zeitkategorien geschehen: **Der Aufwand richtet sich nach dem Problem, dem Ziel, der Intervention und den Ressourcen des Patienten.** Dies liess den Spielraum, dass ein «einfaches» Problem manchmal mit einem höheren Zeitaufwand, ein aufwändiges (komplexes) Problem hingegen in kürzerer Zeit erfasst und behandelt werden konnte.

Dass die Leistung mit einer betriebswirtschaftlich vertretbaren Zeit berechnet und erbracht wird, ist nur schon aus ressourcentechnischen Gründen selbstverständlich. Das im KVG geforderte Handeln nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist Kern jeder Physiotherapieorganisation.

Es besteht ein grosser Ermessensspielraum, wann ein Problem eine «aufwändige» oder «komplexe» Therapie» nötig machte (und mit Tarifposition 7311 in Rechnung gestellt wurde). Dies führte mit der alten Tarifstruktur regelmässig zu Streitigkeiten und aufwändiger Korrespondenz mit den Kostenträgern. Wenn nun wie in der Verordnung (und von gewissen Tarifpartnern) vorgeschlagen einfach jeder Tarifposition eine Zeit zuzuordnen wird, löst dies das oben beschriebene Problem nicht. Im Gegenteil, **es bedeutet einen extremen Eingriff in die Therapiefreiheit, wenn vorgeschrieben wird, wieviel Zeitaufwand bei welchem Problem verrechnet werden kann. Das führt zu Ineffizienz:**

- alle PatientInnen mit Ventilationsstörungen müssten mit 45 Min. behandelt werden, auch wenn sie es nicht benötigen
- die Ärzte werden jedes Mal begründen müssen, warum der Physiotherapeut die Tarifposition

- 7311 bei einer Hemiplegie (chronische Behinderung) abrechnet
- Effiziente Behandlungen auch von komplexen Problemen in der Handtherapie müssen 45 Minuten dauern, damit man sie mit 7311 abrechnen kann (auch wenn manchmal 20 Minuten genügen würden)

Der Situation, dass in der Physiotherapie eine komplexe Therapie nicht immer mit den entsprechenden Diagnosen deckungsgleich ist, sondern bei gleicher Diagnose unterschiedlich im Aufwand und der Intervention sein kann, wird mit dem Zeittarif nicht Rechnung getragen.

Wenn man dies ändern will, müsste grundsätzlich vom Einzelleistungstarif Abstand genommen und zu einem reinen Tarif nach Aufwand übergegangen werden. Dies würde aber eine komplette Abkehr vom bisherigen Tarifmodell bedeuten.

In der jetzigen Verordnung wird eine Mischung der Tarifstruktur eingeführt. Eine Zeitbindung an die Tarifposition bringt weder die geforderte bessere Transparenz noch eine höhere Qualität, sondern ist unwirtschaftlich und bringt mehr administrativen Aufwand.

**Deshalb lehnen wir die Zeitbindung ab.**

#### 4. Kommentare zu einzelnen Tarifpositionen und den Auswirkungen

Ein erklärtes Ziel aller Tarifpartner während der ganzen Verhandlungsphase war, die Tarifpositionen möglichst klar zu definieren und den **Interpretationsspielraum (und damit die Streitigkeiten und den administrativen Aufwand) zu reduzieren**. Dies ist auch das Ziel des Bundesrats: Die Änderungen sollten

«zu einer Verbesserung der Klarheit der Tarifstruktur (führen) und sollten somit die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern erleichtern» (erläuternder Bericht S. 16).

Dies wird mit der neuen Verordnung zum Teil nicht erreicht.

##### 7301

Wie oben dargelegt muss es in der Kompetenz des Physiotherapeuten sein zu definieren, in welcher Zeit er welches Problem beurteilt und behandelt. Weder wird er ohne Not Patienten länger behandeln als nötig, noch soll es ihm verwehrt sein, eine Patientin nur 20 Minuten zu behandeln. Es zählen das Ziel und das Resultat.

- Eine Zeitbindung lehnen wir wie unter 3. begründet ab
- Selbst unter der Annahme von einer postulierten Therapiezeit von 30 Minuten ist es unakzeptabel, **dass in dieser Zeit in max. 5 Minuten auch sämtliche Leistungen für den Patienten erbracht werden sollen: Disposition, Vorbereitung, Dokumentation, Berichte an Versicherer/Ärzte...**
- Vielmehr sollten dafür wie von H+ und physioswiss in der Eingabe begründet **behandlungs- und patientenbezogenen Leistungen in einer Tarifposition abgebildet werden**
- Es muss weiterhin möglich sein, wo sinnvoll, Leistungen in weniger als 25 Minuten zu erbringen und zu verrechnen.
- Ebenso soll der Zuschlag 7351 auch für die Tarifposition 7301 gelten dürfen, denn auch hier kann der Zeitbedarf höher ausfallen ohne dass die Kriterien für 7311 erfüllt sind – zum Beispiel bei Fremdsprachigkeit, oder verminderter Belastbarkeit eines Patienten.

Warum dies nicht gemäss den Vorschlägen in die Verordnung aufgenommen wurde, ist unverständlich. Dass dies in der vom Bundesrat postulierten 16.9% «unproduktiven» Arbeitszeit eines Therapeuten abgebildet sei, ist weder betriebswirtschaftlich nachvollziehbar noch belegt.

##### 7311

Während es kein Problem ist, dass auch die lymphologische Physiotherapie künftig mit 7311 abgerechnet werden soll, ist auch hier die Zeitvorgabe von 45 Min. inkl. Dokumentation ein Problem (s. oben). Die Argumentation ist dieselbe, weshalb wir die Zeitbindung ablehnen.

### 7340

Die medizinische Trainingstherapie ist keine Gruppentherapie, sondern ein von einem Physiotherapeuten überwachtes individuelles Training. Dieses findet nur nach vorangegangener Einzeltherapie und Instruktion (die auch entsprechend als Einzeltherapie 7301 abgerechnet wird) statt.

Wenn neu die Med. Trainingstherapie mit einer **Zeitvorgabe von 15 Minuten als Einzeltherapie** deklariert wird, ist dies **eine völlige Abkehr der bisherigen Struktur und weder therapeutisch noch trainingsmedizinisch sinnvoll. Diese Tarifstruktur lehnen wir daher ab.**

Für Anamnese, Untersuchung, Beurteilung und Instruktion findet die oben erwähnte Einzeltherapie statt. Im Gegensatz zu Fitnesszentren werden die Patienten in der med. Trainingstherapie in der Physiotherapie kontinuierlich begleitet, korrigiert und jederzeit unterstützt und bei Bedarf werden die Übungen angepasst.

### 7351

Während im bestehenden Tarif vor allem die Tarifposition 7311 immer wieder zu aufwändiger Korrespondenz mit den Kostenträgern führte, wird dies nun mit der neuen Position 7351 Standard sein:

- Der Zuschlag kann nur bei den beschriebenen Situationen (s. dort) oder bei der aufgeführten chronischen Behinderung **verrechnet werden. Für letztere muss in jedem Fall «eine ärztliche Begründung vorliegen».**
- Eine chronische Behinderung ist im Normalfall aus der aufgeführten Diagnose ersichtlich und ausreichend definiert (Hemiparese, Ataxie, Skoliose...).
- Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb hier jedes Mal noch eine ärztliche Begründung gefordert werden soll
- Aus der Erfahrung mit der Tarifposition 7311 lässt sich ableiten, dass die Kostenträger bei jeder Verrechnung der Tarifposition 7351 standardmässig eine ärztliche Begründung verlangen werden.
- **Das verlangsamt und verteuert den Therapieprozess, verursacht unnötige – nicht verrechenbare - Kosten und führt letztlich zu einer Unterversorgung dieser Patientinnen (wie schon jetzt, weil komplexe Patientinnen sehr zeitaufwändig sind, was sich nicht mehr verrechnen lässt)**
- Die Position 7351 soll in komplexen Fällen verrechnet werden können. Dazu gehören auch Fremdsprachigkeit, begleitende psychische Erkrankungen usw., welche sich alle in vermehrtem Zeitaufwand niederschlagen. Die Verrechnung der Position 7351 wird für diese Fälle von den Kostenträgern ebenfalls bestritten werden
- Es sollte aber auch möglich sein, diese Position mit der Tarifposition 7301 zu kombinieren, denn wie weiter oben aufgeführt kann auch bei Patienten dieser Kategorie der Zeitaufwand grösser sein als 30 Minuten.

→ **Die Forderung nach teuren ärztlichen Begründungen für chronische Behinderungen ist kontraproduktiv, unwirtschaftlich und wird abgelehnt.**

### Materialabrechnung

Für viele physiotherapeutische Leistungen wird Material benötigt. Wenn dieses zum Beschaffungspreis weiterverrechnet wird, sind Logistik und Lagerungskosten nicht gedeckt. Es ist unmöglich, wirtschaftlich zu handeln, wenn auf dem Material nicht eine minimale Marge verrechnet werden kann.

Wird ein Zuschlag auf das Material verwehrt, bleibt nur der Weg, dass die Patientinnen selber das Material - oft teurer - besorgen müssen. Das geht entweder zu Lasten der oft polymorbiden Patienten oder der Versicherer oder die Patientinnen sind unterversorgt, weil sie das Material nicht bezahlen können. Deshalb muss eine adäquate Vergütung des Materials angestrebt werden, welche Logistik und Lagerung abbildet.

Dies ist mit der neuen Verordnung nicht der Fall.

## 5. Zusammenfassende Bemerkungen

- Mit der Verordnung wird eine Tarifstruktur vorgeschlagen, welche aus einer (neuen) Vermischung eines Einzelleistungstarifes mit einer Pauschale mit Zeithinterlegung besteht
- Eine solche Neuordnung des Tariffinhaltes ist unserer Ansicht nach unzulässig
- Die Eingaben wichtiger Akteure wie physioswiss wurden entgegen den Aussagen praktisch nirgends berücksichtigt
- Die behandlungs- und patientenbezogenen Leistungen wie Dokumentation, Berichtswesen, Abklärungen, interprofessionelle Besprechungen, Sprechstunden, Fallbesprechungen, Angehörigengespräche werden entgegen des Antrags von H+ und physioswiss nicht in entsprechenden Tarifpositionen abgebildet – dies im Gegensatz zu andern Leistungserbringern wie der Ergotherapie
- Die Zeithinterlegung pro Tarifposition bedeutet einen gravierenden inhaltlichen Eingriff in die Tarifstruktur und ist unserer Ansicht nach weder zulässig noch zielführend noch dient sie der Transparenz oder der Qualitätssicherung.
- Sie schränkt im Gegenteil eine effiziente, wirksame und zweckmässige Leistungserbringung ein
- Die neue Tarifposition 7351 wird zu weiteren Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern führen, da für den vermehrten Zeitaufwand eine ärztliche Begründung verlangt werden wird.
- Allgemein sind wir der Ansicht, dass mit der vorgelegten Tarifstruktur wichtige physiotherapeutische Leistungen nicht abgebildet sind.
- Zudem wird die Möglichkeit wirtschaftlich zu handeln massiv eingeschränkt.

Die vorgeschlagene Tarifstruktur bietet eine schlechte Basis für eine Neuausrichtung der Verhandlungen unter den Tarifpartnern. Es ist unklug, die Tarifstruktur als Mittel der Kostenkontrolle oder -senkung zu implementieren. Der Bedarf an Physiotherapieleistungen wird nicht selber geschaffen, sondern folgt der medizinischen und gesundheitspolitischen Entwicklung. Diese geht weg von der stationären hin zur ambulanten Versorgung. Wenn diese nicht mit einem existenzsichernden Tarifwerk für die Physiotherapeuten sichergestellt werden kann, wird die Versorgung der Patienten verschlechtert. Dies vor dem Hintergrund, dass immer mehr Patientinnen mit Co-Morbidität und komplexen Gesundheitsproblemen einen höheren Behandlungsbedarf haben.

Mit einer Verschlechterung der Tarifsituation in der Physiotherapie kann es keine zukunftsorientierte ambulante Versorgung geben, schon gar nicht bei der postulierten Strategie «ambulant vor stationär». Die Physiotherapie könnte hier einen effektiven, kostengünstigen und effizienten Beitrag leisten. Dafür ist aber eine adäquate Tarifsituation notwendig, was mit der vorliegenden Verordnung leider nicht erreicht wird.

Freundliche Grüsse

Leiterinnen Therapie  
Physiotherapie Ergotherapie USZ  
12.06.2017



VDPS/ADPS, Altenbergstrasse 29, 3000 Bern

Herr Bundesrat Alain Berset  
Vorsteher Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)  
Eingereicht beim Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

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

Bern/Zürich, 9. Juni 2017

### **Stellungnahme VDPS zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung**

**Einreichen bis spätestens Dienstag 21. Juni 2017 an [abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir fristgerecht Stellung zur geplanten Version 1.09 von TARMED.

#### **1. Schwer kranke Patientinnen / Patienten werden die Verlierer sein**

Schwer kranke Patientinnen und Patienten haben nachgewiesenermassen einen erhöhten Bedarf an integrierten psychiatrischen Versorgungsangeboten. Darunter gemeint ist die Behandlung durch interprofessionelle Teams, welche in Absprache und Koordination mit dem Behandlungsnetz ein bedarfsgerechtes Behandlungsangebot gewährleisten. Die Finanzierung dieser Behandlungen, die fast ausschliesslich in spitally gebundenen Ambulatorien und Tageskliniken stattfinden, ist schon gemäss heutigem TARMED mangelhaft, wie auch die BAG-Studie 2016 „Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz“ explizit bemängelt hat.

Die per 1.1.2018 für TARMED 1.09 vorgeschlagenen Änderungen verschärfen dieses finanzielle Ungleichgewicht erheblich. Dabei handelt es sich in der Psychiatrie nicht um eine Reduktion eines Handlungstarifes, sondern um die enge Limitierung von Leistungen (Zeittarife) in Abwesenheit bei Ärzten und Psychologen.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Die mit TARMED 1.09 geplante Senkung der verrechenbaren Ärztlichen Leistungen führt auch bei konsiliarischen Untersuchungen, die durch Ärztinnen und Ärzten der Psychiatrischen Kliniken für Patientinnen und Patienten in akutsomatischen Spitälern erbracht werden, zu Problemen. Die fehlende Kostendeckung wird auch hier zu einem Leistungsabbau führen und psychische Erkrankungen an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie“ dürften künftig noch weniger häufig als heute diagnostiziert und behandelt werden. Dies würde in völligem Widerspruch zu den vom BAG in den letzten Monaten lancierten ersten Ansätzen für eine wirksame Verbesserung der koordinierten Versorgung an der Schnittstelle „Akutsomatik – Psychiatrie“ stehen.

**Fazit: Leistungen, welche zwingend in der Behandlung erbracht werden müssen, werden durch TARMED in der Version 1.09 rationiert und ein erheblicher Teil wird nicht mehr vergütet.**

## **2. Befürchtete medizinische Folgen der Reduktion der verrechenbaren Leistungen bei Abwesenheit der Patientinnen und Patienten**

- Fachgerechte psychiatrische Versorgung ist in spitalgebundenen Ambulatorien und Tageskliniken nicht mehr gewährleistet:

Auch wenn nach WZW-Kriterien ein erhöhter Bedarf an integrierter psychiatrischer Versorgung besteht, können die fachlich und rechtlich notwendigen Netzwerk-Leistungen nicht mehr erbracht werden. Dies betrifft in besonderem Masse:

- Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen, bei denen die Kommunikation vorwiegend über die betreuenden Angehörigen und professionellen Pflegefachkräfte läuft.
- Minderjährige Patientinnen und Patienten, bei denen der Einbezug der Erziehungsberechtigten fachlich und rechtlich zwingend ist.
- Schwer erkrankte Patientinnen und Patienten der Sozialpsychiatrie, deren Behandlung nur durch ein koordiniertes Netzwerk (Angehörige, Beistände, Behörden, Hausärzte, etc.) erfolgen kann.

- Fachgerechte Diagnostik und Abklärung ist in spitalgebundenen Ambulatorien und Tageskliniken nicht mehr gewährleistet :

Die Patientinnen / Patienten mit komplexen Krankheitsbildern, welche initial einen erhöhten Abklärungsbedarf (Testauswertungen, Fremdanamnestiche Auskünfte, aufwändiges Aktenstudium und Berichtswesen als Leistung in Abwesenheit) aufweisen, werden nur noch unzureichend abgeklärt.

- Fachgerechte Krisenintervention ist in spitalgebundenen Ambulatorien und Tageskliniken nicht mehr gewährleistet:

Psychologinnen und Psychologen können keine Kriseninterventionen (weder in Anwesenheit noch Abwesenheit der Patientinnen und Patienten) mehr durchführen, da diese Leistungsposition bei dieser Berufsgruppe nicht vorgesehen ist und die Limitation der Leistungen in Abwesenheit dies ebenfalls nicht erlaubt. Es kommt somit gerade in sehr heiklen Behandlungsphasen zu einem Abbruch in der therapeutischen Beziehung, was eine Erhöhung der Suizidrate begünstigen kann.

## **3. Befürchtete wirtschaftliche Auswirkungen der Reduktion der verrechenbaren Leistungen bei Abwesenheit der Patientinnen und Patienten**

Wegen der ungenügenden Finanzierung der genannten ambulanten Leistungen mit TARMED 1.09 muss davon ausgegangen werden, dass

- spitalgebundene Ambulatorien und Tageskliniken von den Kliniken aus wirtschaftlichen Gründen rasch (weiter) abgebaut werden und in der Folge die Behandlung schwer

kranker Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Bedarf an integrierter psychiatrischer Versorgung oder ambulanten Kriseninterventionen zunehmend ablehnen werden.

- o Dies führt zu längeren Wartezeiten bis zu einem möglichen Behandlungsbeginn in Ambulatorien und Tageskliniken sowie zu vermehrten und verlängerten stationären Aufenthalten, was gegen die Grundsätze „ambulant vor stationär“ sowie „balanced care“ für eine zeitgemässe psychiatrische Versorgung und auch gegen die WZW-Kriterien des KVG verstösst.
- o Dies bedeutet weiter, dass die bereits heute hohe Anzahl an Fürsorgerischen Unterbringungen (Zwangseinweisungen) weiter zunehmen wird. Dies ist ethisch und gesellschaftspolitisch äusserst fragwürdig und entspricht ebenfalls nicht einem modernen Behandlungsansatz.

#### 4. Erforderliche Korrekturen für TARMED 1.09

1. Aufhebung der neu geplanten Limitation von Leistungen in Abwesenheit und telephonischen Konsultationen in spitalgebundenen Psychiatrischen Ambulatorien und Psychiatrischen Tageskliniken, weil hier subsidiär zur Behandlung durch niedergelassene Psychiater schwer kranke Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Bedarf an integrierter psychiatrischer Versorgung behandelt werden.
2. Berechtigung für behandelnde Psychologinnen und Psychologen zur Erbringung und Abrechnung der Leistungsposition „Krisenintervention“, damit sie weiterhin ihre Patientinnen und Patienten auch während einer Krise / eines Notfalls behandeln können.

Besten Dank für die Prüfung und für eine angemessene Übernahme dieser Anliegen.

Freundliche Grüsse



Erich Baumann  
Präsident



Peter Schwegler  
Vizepräsident



Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz  
Médecins cadres des hôpitaux suisses  
Quadri medici degli ospedali svizzeri

Per E-Mail und A-Post:

Herr Bundesrat  
Alain Berset  
p.A. Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgerstrasse 165  
3003 Bern

Sekretariat  
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS  
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8  
T +41 (0)31 330 90 01  
F +41 (0)31 330 90 03  
info@vlss.ch  
www.vlss.ch

Bern, 28. April 2017

## **TARMED: Zweiter Tarifeingriff des Bundesrats; Anhörung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) repräsentiert die an den Schweizer Spitalern tätigen Kaderärztinnen und Kaderärzte (Chefärzte und Leitende Ärzte) als Basisorganisation innerhalb der FMH. Der VLSS vertritt somit als Verband Ärztinnen und Ärzte verschiedenster Fachbereiche, welche an unseren Spitalern in verantwortlicher Position tätig sind.

Der Spitalbereich bildet sozusagen das Rückgrat der gesamten Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung. Unsere Mitglieder und ihre Patientinnen und Patienten sind zwar vom Tarifeingriff nur insoweit betroffen, als am Spital ambulante Leistungen erbracht werden. Es wäre aber verfehlt, diesen Bereich isoliert zu betrachten. Die stationären und ambulanten Spitalleistungen basieren auf einer vernetzten Zusammenarbeit mit der vorgelagerten Versorgungsstruktur der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte (Grundversorger und Spezialisten). Dabei ist vom Grundsatz der Verhältnismässigkeit und Subsidiarität der jeweils komplexeren und teureren Versorgungsstrukturen auszugehen. Nur diejenigen Behandlungen, welche nicht (mehr) in der Arztpraxis erfolgen können, bedürfen der ambulanten Spitalinfrastruktur und nur was nicht (mehr) ambulant bewältigt werden kann, ist auf eine stationäre Spitalinfrastruktur angewiesen.

Dieses vernetzte Gesamtsystem der Gesundheitsversorgung kann nur einwandfrei weiter funktionieren, wenn der einzelne Patient, seine ganz spezifischen Bedürfnisse und das Ziel, ihn zu heilen oder wenigstens sein Leid zu mindern, für den behandelnden Arzt weiterhin an erster Stelle stehen. Insoweit sind und bleiben unsere Mitglieder auch im Zeitalter des Kostendrucks, welcher von den Gesunden ausgeübt wird, dem Eid des Hippokrates und den Kranken verpflichtet.

Dementsprechend darf auch der Staat, welcher als Garant der sozialen Krankenversicherung auftritt und die Organisation sowie insbesondere die Finanzierung sicherstellen muss, nicht direkt in das System der medizinischen Gesundheitsversorgung eingreifen, negative Anreize setzen und die sichere Versorgung bestimmter Bevölkerungskreise oder bestimmter Krankheiten gefährden.

Gerade dies steht nun aber mit dem per 1. Januar 2018 geplanten zweiten Tarifeingriff des Bundesrates zur Disposition: Denn wenn quantitative Dignitäten für Spezialisten abgeschafft werden, wenn Produktivitäten von operativen Eingriffen generell erhöht und zusätzlich noch einzelne Minuten reduziert werden, wenn Handlungsleistungen durch limitierte Zeitleistungen ersetzt werden und wenn Zeitleistungen weiter eingeschränkt werden, so kann sich eine teilweise um 30%, 40% oder 50% reduzierte Abgeltung (indem weniger Taxpunkte abgerechnet werden können) erheblich auf einzelne Fachdisziplinen und deren Patientinnen und Patienten auswirken. Die Situation ver-

stärkt sich dabei noch dadurch, dass die technischen Leistungen teilweise bereits im Rahmen des ersten Tarifeingriffs um 8,5% reduziert wurden und nun in gewissen Sparten die Kostensätze erneut um 10% reduziert werden sollen.

Stossend ist dabei vor allem, dass CHF 700 Mio. eingespart werden sollen. Wir wissen nicht, wo der Bundesrat den Auftrag hernimmt, unter dem Deckmantel der angeblichen Wiederherstellung einer Sachgerechtigkeit der eidgenössischen Tarifstruktur hier eine allgemeine Einsparung wie etwa im Medikamentenbereich erzielen zu wollen. Während nämlich zum Beispiel im Rahmen der SL der Bund den Preis der Arzneimittel selber festlegt, so übrigens auch im Rahmen des Erlasses der Analysenliste, gilt im Bereich der KVG-Tarife im Gegenteil das Vertragsprinzip. Die Eingriffskompetenz des Bundes ist subsidiär, weshalb der Bundesrat davon nur im Ausnahmefall bzw. „ultima ratio“ Gebrauch machen sollte<sup>1</sup>. Davon sind wir nun mit dem vorgesehenen zweiten Tarifeingriff schon sehr weit entfernt. Pointiert ausgedrückt, soll mit dem vorgesehenen neuerlichen Tarifeingriff der TARMED endgültig zerrissen und bis zur Unkenntlichkeit umgebaut werden. Von einem gerechten, in sich kohärenten Gesamtsystem kann keine Rede mehr sein. Wieso wurden die CHF 700 Mio. nicht zu Gunsten längstens notwendiger Verbesserungen eingesetzt bzw. wieso wurden bei dieser Gelegenheit keine offensichtlich zu tiefen Tarifpositionen gleichzeitig angehoben? Wir denken dabei u.a. an die generell zu tief tarifierte Kindermedizin und Notfallmedizin, an die Aufhebung der Halbierung der letzten 5 Minuten, an die Tarifierung nichtärztlicher Leistungen in der Arztpraxis, an den Hausarztzuschlag für pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen etc.

Gemäss früheren Berechnungen des Tarifdienstes der FMH, welche dem EDI und dem BAG bekannt sind, verzichtete die ambulant praktizierende Ärzteschaft alleine in den Jahren 2004-2012 auf insgesamt CHF 9,567 Mia. an eigentlich gerechtfertigtem Umsatz. Alleine die über den Tarif nicht abgegoltenen Lohnmehrkosten machten für diesen Zeitraum CHF 2,189 Mia. aus. Es mussten also Umsatz- und entsprechende Lohnmehrkosten in erheblichem Ausmass akzeptiert werden, blieben doch die Taxpunkte und vor allem auch die Taxpunktweite grösstenteils über diesen sehr langen Zeitraum praktisch unverändert. Dies gilt auch für die Jahre ab 2013. Folglich würde allgemein ein riesiger Nachholbedarf bestehen. Wenn sich die Situation mit dem zweiten Tarifeingriff wie geplant weiter verschärft, könnten nun aber zahlreiche Leistungen inskünftig nicht mehr betriebswirtschaftlich rentabel bzw. überhaupt nicht mehr oder nicht mehr dort wo erwünscht erbracht werden<sup>2</sup>.

Dementsprechend sehen wir unausweichlich die folgenden unerwünschten Auswirkungen auf die Gesamtversorgungsstrukturen und auf die Qualität der Behandlungen auf uns zu kommen, sofern der Bundesrat vom geplanten Tarifeingriff nicht grösstenteils wieder Abstand nimmt:

- Die vorgesehenen Tarifeingriffe betreffen nicht nur einige übertarifierte Leistungen einzelner Spezialitäten. Es handelt sich dabei um eine willkürliche generelle Erhöhung der Produktivität und allgemeine Senkung der technischen Leistungen, wobei diese Anpassungen grösstenteils weder betriebswirtschaftlich gerechtfertigt sind, geschweige denn hinsichtlich deren Auswirkungen gerechnet werden konnten, und somit pauschal für alle Spezialisten gelten sollen;
- Als Folge des behördlichen Eingriffs würden die Qualität der spezialärztlichen Behandlung und der Komfort für die Patienten und ihre Angehörigen im ambulanten Bereich sinken. Spezialisten mit eigener Arztpraxis müssten sich fragen, ob es nicht besser wäre, gewisse

---

<sup>1</sup> Nachdem wegen dem Verordnungscharakter weder das Bundesverwaltungsgericht noch das Bundesgericht auf entsprechende Beschwerden gegen den ersten Tarifeingriff eingetreten sind, verzichten wir auf rechtliche Ausführungen zu Art. 43 Abs. 5bis KVG. Es bleibt den Leistungserbringern aber stets unbenommen, im Einzelfall eine Streitigkeit über die Höhe der Tarifierung gemäss WZW zwischen Arzt und Krankenversicherer vor dem dafür zuständigen Schiedsgericht einzuleiten.

<sup>2</sup> Vgl. dazu FN 1.

defizitäre Leistungen in der Arztpraxis inskünftig gar nicht mehr zu erbringen, wobei dabei in erster Linie an ambulante Eingriffe in der Arztpraxis zu denken ist. Damit würde auch an den Spitälern ein tarifarischer Anreiz gesetzt, Leistungen wieder eher stationär anstatt ambulant zu erbringen, weil der letztere, über TARMED abgegoltene Bereich vor allem auch an den Spitälern immer defizitärer wird. Dies im Gegensatz zu den Bemühungen des Bundes und der GDK, dem Grundsatz ambulant vor stationär aus Kostengründen wieder vermehrt zum Durchbruch zu verhelfen;

- Bei ambulanten Eingriffen von kurzer Dauer spielen die Wechselzeiten sowohl für Eingriffe in Narkose wie für solche in Lokal- oder Regionalanästhesie eine entscheidende Rolle. Diese lassen sich bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei älteren multimorbiden Patienten nicht beliebig verkürzen;
- Deshalb wird das gelernte Fachpersonal im Operationssaal durch angelernte Mitarbeiter ersetzt, die Zahl der im Aufwachraum tätigen nichtärztlichen Fachpersonen reduziert und die ärztliche Assistenz abgeschafft werden;
- Mit dem erneuten Tarifeingriff wird sich das Defizit der Spitäler und Kliniken im ambulanten Bereich wie gesagt weiter erhöhen bzw. die von der GDK aufgestellte Zielsetzung, Leistungen am Spital wirtschaftlich zu erbringen, ist je länger je weniger erreichbar;
- Insbesondere Kinderspitäler mit den Disziplinen Pädiatrie, Kinderchirurgie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie werden nur noch hoch defizitär arbeiten können und auf Quersubventionen der öffentlichen Hand angewiesen sein;
- Spezialärzte der operativen Disziplinen mit Kostensätzen ab 65% und mehr des erzielten Umsatzes müssen kurz- und mittelfristig ihre Arztpraxen vielleicht sogar ganz schliessen, wenn viele Leistungen mit 30%, 40% oder 50% tieferen Taxpunkten abgegolten werden, dies bei im Jahr 2018 grösstenteils gleichem Taxpunktwert wie im Jahr 2004;
- In Zukunft werden deshalb nur noch Grundversorgerpraxen bzw. ambulante Gesundheitszentren die gesamte ambulante Grundversorgung der Bevölkerung in der Peripherie wahrnehmen, wobei bei weiter gleichbleibenden oder sinkenden Tarifen auch letztere zunehmend auf Subventionen der öffentlichen Hand angewiesen sein werden, sofern sie wirtschaftlich überleben sollen;
- Stattdessen werden die Spitäler den ambulanten Bereich ausbauen müssen und die spezialärztliche Versorgung wird teilweise nur noch am Spital zu einem wegen der teureren Infrastruktur höheren Preis als in der Arztpraxis des Spezialarztes möglich sein, denn die öffentliche Hand kann nötigenfalls immer noch quersubventionieren und wird dies auch tun müssen, falls dieses Szenario eintreten sollte;
- Der Anreiz für junge Ärztinnen und Ärzte, in die Arztpraxis ausserhalb des Spitals zu wechseln, dürfte nochmals erheblich sinken, falls der zweite Tarifeingriff umgesetzt wird<sup>3</sup>;
- Stattdessen droht nach dem Gesagten eine reine Staatsmedizin mit Grundversorgern als Gatekeeper sowie mit teureren, zentralen Spitalinfrastrukturen und vorwiegend nur noch angestellten Spitalärzten aller Hierarchiestufen, welche im Zweifelsfall eine Lebensstelle als Spitalarzt mit geregelten Arbeitszeiten der Tätigkeit in der Arztpraxis vorziehen;
- Damit wird der Weg für eine auch aus der Sicht der Patientinnen und Patienten kompliziertere Medizin geebnet, mit Dienst nach Vorschrift der Spitalärzte, mit Wartelisten, unter immer höherem Kosten- und Zeitdruck und bei gleichzeitig notwendigen zusätzlichen Qualitätssicherungsmassnahmen.

Als Resultat würde also mit dem Tarifeingriff nur eine kurzfristige Einsparung erzielt, wobei diese aber längerfristig volkswirtschaftlich deutlich höhere Kosten verursachen würde.

Unseres Erachtens ist es noch nicht zu spät für eine Rückbesinnung. Die Politik hat eine Totalrevision des TARMED verlangt, nicht eine Teilrevision der Tarifstruktur TARMED 1.08\_BR. Demzufolge müssen wie gesagt über- und unterbewertete Leistungen umfassend und gleichzeitig korrigiert

---

<sup>3</sup> Vgl. dazu FN 1.

werden. Dies ist nur möglich im Rahmen einer Totalrevision, so wie dies die FMH mit dem Projekt TARCO richtigerweise anstrebt. Wir stellen hier nochmals den Grundsatz der Kostenneutralität in Frage, welcher im KVG keine Stütze findet. Mit einem neuen totalrevidierten Tarif müssten alle Leistungen auf aktuellen Berechnungsgrundlagen fair betriebswirtschaftlich abgegolten werden. Es muss folglich rentabel sein, eine Leistung zu erbringen. Unseres Erachtens liegt die primäre Aufgabe des Bundesrats weiterhin darin, die Tarifpartner im Rahmen der Wiederherstellung der Tarifautonomie zu unterstützen und dafür ausreichend Zeit zur Verfügung zu stellen.

Tarifeingriffe sollten dagegen, wenn überhaupt, nur punktuell<sup>4</sup> erfolgen, die allgemeinen Grundsätze des KVG bzw. WZW nicht über Bord werfen und ohne Auswirkung auf die Versorgungssicherheit bleiben, was leider mit Bezug auf den vorgesehenen zweiten Tarifeingriff gerade nicht zutrifft.

Der Vorschlag ist auch wenig breit abgestützt, werden doch beispielsweise die sehr umfangreichen Vorschläge für eine Neutarifizierung, welche seitens von H+ eingebracht wurden, oder auch andere Vorschläge gar nicht berücksichtigt. Dies bedauern wir sehr und fragen uns, ob hier das rechtliche Gehör nur „pro forma“ gewährt wurde. Zumindest müsste begründet werden, wieso die Tarifvorschläge der einen Versicherer weitgehend berücksichtigt wurden, währenddem andere Ideen und Vorschläge der Leistungserbringer und der anderen Versicherer im Vorschlag des Bundesrats überhaupt keinen Niederschlag gefunden haben. Teilweise erscheint die Vorlage auch als wenig durchdacht. Beispielsweise soll auf Verbrauchsmaterialien und Implantate kein Zuschlag von 10% mehr erhoben werden können. Diese müssen zum durchschnittlichen Einstandspreis weiter verrechnet werden (sic!), was jeglicher betriebswirtschaftlichen Logik entbehrt. Es ist nicht die Aufgabe des Bundesrates, WZW im Rahmen des KVG auszuhebeln, indem für eine notwendige Leistung die Entschädigung auf Null Franken gesetzt wird<sup>5</sup>.

Sie werden sicher verstehen, dass wir uns als Verband aller Kaderärztinnen und Kaderärzte auf die Grundzüge der Vorlage und auf allgemeine Bemerkungen beschränken möchten. Bezüglich der Auswirkungen der Vorlage auf einzelne Positionen im TARMED und auf die entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzte verweisen wir auf die Vernehmlassungen der dafür zuständigen Fachgesellschaften und schliessen uns im Grundsatz deren Forderungen an. Auch zu einzelnen sinnvollen Tarifierpassungen, die wir unterstützen können, äussern wir uns dementsprechend nicht. Es geht uns primär darum, dass die Vorlage insgesamt nicht akzeptabel ist. Die Auswirkungen waren und sind dem Bundesrat vom Ausmass her gar nicht bekannt bzw. können nur ganz grob geschätzt werden, weshalb nun die FMH die mutmasslichen Folgen des Tarifeingriffs für jede einzelne Fachrichtung und für jeden einzelnen Facharzt als Grundlage für eine fundierte Vernehmlassungsantwort selber simulieren muss. Darin liegt unseres Erachtens eine riesige Verschwendung von Ressourcen und es gehen dem Gesundheitswesen damit sicher Mittel verloren, welche anderweitig sinnvoller eingesetzt werden könnten.

Mitunter wird auch verkannt, dass jeder Facharztstitel einen anderen Arztberuf repräsentiert. Dementsprechend können auch die Einkommen teilweise recht unterschiedlich ausfallen. Dies gilt gerade auch für die an den KVG-Spitälern tätigen Kaderärzte und für Belegärzte, welche normalerweise auch Privat- und Halbprivatpatienten behandeln. Dagegen ist grundsätzlich nichts einzuwenden.

Es darf aber nicht sein, dass einzelne Fachärztinnen und Fachärzte wie beispielsweise Kinderärztinnen, Kinderchirurgen und Jugendpsychiater in der Arztpraxis bei voller Auslastung unter das unseres Erachtens „zu tiefe“ Referenzeinkommen fallen und deswegen gar keine Praxis mehr eröffnen oder übernehmen wollen. An ihre Stelle treten dann inländische oder ausländische Investoren,

---

<sup>4</sup> Vgl. dazu FN 1.

<sup>5</sup> Vgl. dazu FN 1.

welche andere Zielsetzungen verfolgen und aus Kostengründen auf die Qualität der ärztlichen Leistung der dort angestellten Ärzte Einfluss nehmen.

Wir bitten Sie um Berücksichtigung unserer Anliegen.

**Der Präsident**



Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad

**Der Geschäftsleiter**



Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

**Kopie z.K.:**

- FMH
- KKA
- Hausärzte Schweiz
- GDK
- H+
- sgv

Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Richterswil, 6.6.2017 / MIDE/bs

Sehr geehrter Bundesrat Berset  
Sehr geehrte Damen und Herren

Bezüglich der von Ihnen vorgesehenen Tarmed-Änderungen ab 1.1.18 möchte ich mich mit grosser Besorgnis mit diesem Schreiben an Sie wenden.

Im Zentrum für Integrative Onkologie am Paracelsus-Spital Richterswil betreuen wir seit vielen Jahren in einer onkologischen Tagesklinik-Struktur krebserkrankte Patienten in allen Krankheitsstadien.

Diese Behandlungen sind v.a. bei fortschreitenden Tumorerkrankungen und dann palliativ-medizinischen Situationen zeitlich sehr aufwendig. Dies liegt einerseits an den sehr komplexen medizinischen Fragestellungen bei Patienten mit existenziell bedrohlichen Erkrankungen mit hohem Gesprächs- und Klärungsbedarf und andererseits hoher fachlicher Expertise eines interdisziplinären Teams, in dem auch regelmässige Meinungen von Kollegen anderer Fachdisziplinen einbezogen werden. Entsprechend betreuungs- und kommunikationsintensiv sind diese Behandlungen.

Die von Ihnen vorgesehenen Änderungen betreffen für diesen Bereich der ambulanten Betreuung chronisch schwerkranker Patienten folgende Punkte:

- die vorgesehene Limitierung der ärztlichen Leistungen sind bei weitem nicht ausreichend, komplexe Situationen wie oben beschrieben in ausreichender Qualität zu gewährleisten, da die abrechenbaren Leistungen bereits nach wenigen Konsultationen erschöpft sind (betroffen sind v.a. die Aufhebung „Limitierung entfällt für elektronisch abrechnende Fachärzte“ für die Positionen 00.0020, 00.0050, 00.0070, 00.0120, 00.0140, 00.0410, 00.0430, 00.0510, 00.0530, 00.0610, 00.1890).

Dadurch resultiert einerseits eine deutliche Qualitätseinbusse für die Patienten, die Folge werden häufigere Hospitalisationen sein. Dabei bemüht sich eine Tagesklinikstruktur gerade dem Grundsatz ambulant vor stationär zu folgen, um kostenintensive Hospitalisationen zu verhindern.

- Die zunehmende digitale Welt macht auch vor diesem Patientengut nicht halt, so dass viele Konsultationen, Beratungen, Abklärungen und Zweitmeinungen elektronisch per e-Mail bearbeitet werden. Da es im Tarmed dafür keine Position gibt, wurden diese Leistungen bislang über die Position 00.0140 abgebildet.

Eine entsprechende Kürzung dieser Position ohne Schaffung einer neuen Tarmed-Ziffer, welche diese Art der Kommunikation abbildet, können die Betreuungsintensität/-qualität in Zukunft nicht mehr aufrecht erhalten werden.

**ZIO Paracelsus-Spital Richterswil**  
Bergstrasse 16  
CH-8805 Richterswil  
Telefon +41 44 787 27 07  
Fax +41 44 787 29 38

www.integrative-onkologie.ch  
info@integrative-onkologie.ch

#### Ärzte

Dr. med. Michael Decker  
Dr. med. Ludger Kreuper  
med. pract. Helmut Knorr  
Dr. med. Boris Hübenthal  
Prof. Dr. med. Kaspar Rhyner  
Prof. Dr. med. Marcus Schuermann

#### Leistungsspektrum

Hämatologie  
Onkologie  
Immuntherapie  
Palliative Care  
Hyperthermie  
Psychoonkologie  
Schmerztherapie  
Komplementärmedizin  
Anthroposophische Medizin

- In der Onkologie sind regelmässige Tumorkonferenzen zur Qualitätssicherung für die Patienten zwingend erforderlich und vorgeschrieben.

In Ermangelung einer entsprechenden Abrechnungsziffer wird diese Leistung ebenfalls für die Tarmed-Position 00.0140 abgebildet. Die Möglichkeit zur Leistungserfassung einer Tumorkonferenz für diese Position wird durch die geplante Tarmed-Revision ebenfalls deutlich eingeschränkt.

- Im Bereich der Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin ist ein ausgesprochen komplexes Spezialwissen erforderlich, welches einen langjährigen Ausbildungsgang erfordert und eine ständige Weiterbildung notwendig macht.

Die Senkung der quantitativen Dignität von bislang 1,086 auf einen einheitlichen Faktor von 0.968 führt zu einer deutlichen und nicht situationsgerechten Senkung der ärztlichen Einkünfte mit diesen Dignitäten.

Aufgrund dieser einschneidenden Veränderungen, welche zu einer deutlichen Qualitätsabnahme für die durch uns betreuten Patienten führen würde, spreche ich mich eindeutig gegen die Änderungen der vorgesehenen Revision aus. Unbestritten ist, dass die im Jahr 2004 eingeführte national einheitliche ambulante Tarifstruktur veraltet und deshalb zu revidieren ist. Wir unterstützen deshalb das von der FMH im Januar 2017 gestartete Revisionsprojekt TARCO.

Mit den besten Grüßen

Dr. med. Michael Decker  
Ärztlicher Leiter  
Zentrum für Integrative Onkologie

**Kopie:**

- FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Frohburgstrasse 15, 4600 Olten;  
tarife.ambulant@fmh.ch

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG  
[Abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:Abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Zürich, 3. Juni 2017

### **Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (TARMED)**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf die Einladung vom 22. März 2017, mit der wir uns angesprochen fühlen, uns am Vernehmlassungsprozess zu beteiligen.

Als Berufsverband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Schweiz ist es uns ein Anliegen, mit unserer Vernehmlassung Kritik an einigen einschneidenden Veränderungen, die insbesondere delegiert arbeitende Psychotherapeut/innen betreffen, zu üben.

Grundsätzlich finden wir die Formulierung in dem von Bundesrat Alain Berset unterzeichneten Begleitschreiben stossend, mit der Anpassung «die Sachgerechtigkeit innerhalb der Tarifstrukturen zu erhöhen, die durch die Tarifstrukturen entstandenen Anreize zur vermehrten oder unsachgemässen Abrechnung gewisser Positionen zu korrigieren». Damit stellen Sie eine Reihe von Berufsstände unter Generalverdacht, was für jegliche beabsichtigte Verordnungsänderung mindestens eine problematische Betrachtungsweise darstellt.

Was die anvisierten Änderungen betrifft, beziehen wir insbesondere für delegiert arbeitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wie folgt Stellung:

- Wir wehren uns gegen die enge Limitierung der Leistungen in Abwesenheit, die die Umfeld- und Vernetzungsarbeit für delegiert arbeitende Psychotherapeut/innen (v.a. für Kinder und Jugendliche, Alterspatienten in der beruflichen Reintegration) zur **unbezahlten Arbeit** degradieren.
- Die vorgesehene Limitierung für die ganze Leistungsgruppe LAP für delegiert arbeitende Psychotherapeut/innen auf 2 Stunden pro 6 Monate ist unseres Erachtens inakzeptabel. Das würde bedeuten, dass **pro Monat genau 20 Minuten vergütet** würden, was eine massive Reduktion um 1 Stunde pro Monat bedeutet.
- Erschwerend kommt hinzu, dass der Bundesrat auch die **Auswertung von psychologischen Tests** zu den Leistungen in Abwesenheit zählen will. Das heisst, dass auch sie unter die 2 Stunden pro 6 Monate fallen würden.

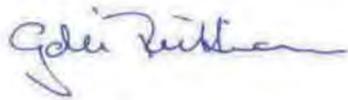
Wir nehmen an, dass wohl niemand im Ernst behaupten würde, dass die delegiert arbeitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu den gut bezahlten Berufsleuten im

Gesundheitswesen zu zählen sind. Es ist deshalb nicht einzusehen, weshalb ihr Einkommen durch die anvisierten Änderungen weiter beschnitten werden soll.

Aus den genannten Gründen ersuchen wir Sie, unsere Einwände bei der Erarbeitung der Verordnung zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen  
und Psychotherapeuten ASP



Gabriela Rüttimann  
Präsidentin



Marianne Roth  
Geschäftsleiterin



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

Stellungnahme zur Verordnungsentwurf vom 21.03.2017 über die  
Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der  
Krankenversicherung

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Die vorgeschlagene Änderung der Tarifposition für intravitreale  
Injektionen (08.3350) erachten wir als problematisch, wie wir nachfolgend  
gerne erläutern.

Intravitreale Injektionen (IVI) mit Anti-VEGF-Präparaten sind die  
Standardtherapie u.a. zur Behandlung der feuchten altersbedingten  
Makuladegeneration (wAMD) und des diabetischen Makulaödems (DME).  
IVI weisen einen hohen klinischen Nutzen auf: Dank der Therapie kann  
die Sehkraft vieler Patienten erhalten oder verbessert werden, und  
Patienten bleiben länger selbständig. Ohne Behandlung führen beide  
Erkrankungen zu schweren Sehbehinderungen.

Der jährliche Bedarf an IVI in der Schweiz ist gross, bedingt durch die  
demografische Entwicklung und die zunehmende Anzahl der Diabetes-  
Patienten. Innerhalb der letzten fünf Jahre hat sich die monatliche Anzahl  
der IVI verdoppelt (Quelle: IMS). Die Behandlungskapazitäten reichen  
zurzeit aus, um den steigenden Bedarf schweizweit abzudecken. Zudem  
ist die Behandlungsqualität in der Schweiz im internationalen Vergleich  
sehr hoch. Die Rate der Infektionen im Auge – eine mögliche  
Komplikation der IVI, die zur Erblindung führen kann – ist in der Schweiz  
4- bis 5-mal tiefer als in den USA (Freiberg et al., 2017).

Die vom Bundesrat vorgeschlagene TARMED-Revision führt zu einer  
starken Abstufung der Vergütung der IVI (Position 08.3350). Die Zahl der

31. Mai 2017

Attila Bartok

Bayer (Schweiz) AG  
Pharmaceuticals  
Grubenstrasse 6  
8045 Zürich  
Switzerland

Tel. +41 44 465 8451  
attila.bartok@bayer.com

Zentrale:  
Tel. +41 44 465 81 11  
Fax +41 44 462 07 54  
www.bayer.ch



Seite 2 von 2

Taxpunkte für ärztliche Leistungen wird um 85% reduziert, die Summe der Taxpunkte um ca. 80%.

Wir befürchten, diese markante und abrupte Senkung in einem Schritt führt zu regionalen Kapazitätsengpässen und zu einer nicht ausreichenden Vergütung der hohen Behandlungsqualität.

Mit den derzeitigen Behandlungsabläufen und einer Taxpunkt-Reduktion von 80% könnten viele Leistungserbringer IVI nicht mehr kostendeckend anbieten, da die Senkung zu drastisch ist und zu abrupt eintritt. Die Leistungserbringer haben zu wenig Zeit, um die Behandlungsabläufe der neuen Tarifstruktur anzupassen. Aus diesem Grund befürchten wir, dass diverse Zentren IVI einstellen und dringend benötigte Behandlungskapazitäten verschwinden würden. Die flächendeckende Versorgung wäre gefährdet, insbesondere vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs.

Aufgrund der gestiegenen Produktivität erachten wir eine Taxpunkt-Reduktion auf ein angemessenes Niveau als gerechtfertigt, solange eine kostendeckende Vergütung der zurzeit hohen Behandlungsqualität gewährleistet bleibt. Wir schlagen eine vertretbare, stufenweise und damit planbare Senkung der Tarifposition über einen Zeitraum von fünf Jahren vor, um einen konstanten Anpassungsdruck auszuüben. Die Leistungserbringer hätten somit die Möglichkeit, ihre Behandlungsabläufe anzupassen. Die notwendige Kapazität sowie hohe Behandlungsqualität blieben erhalten.

Wir bitten Sie diesen Vorschlag zum Wohle der Patientenversorgung zu prüfen.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in black ink, appearing to read "B. Heise".

Barbara Heise  
Geschäftsführerin Bayer (Schweiz) AG  
Landessprecherin der Bayer-Gruppe in  
der Schweiz

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "A. Bartok".

Attila Bartok  
Leiter Business Unit Specialized  
Therapeutics



Föderation  
der Schweizer Psychologinnen  
und Psychologen



Fédération  
Suisse des Psychologues

Federazione  
Svizzera delle Psicologhe  
e degli Psicologi

Choisystrasse 11, 3008 Bern  
T +41 31 388 88 00, F +41 31 388 88 01  
www.psychologie.ch

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)  
Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

Elektronisch eingereicht über:  
abteilung-leistungen@bag.admin.ch und  
dm@bag.admin.ch

Bern, 9. Juni 2017

### **Stellungnahme der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nimmt die FSP im Rahmen der Vernehmlassung der Verordnungsänderung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung zu den Leistungen Stellung, welche psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten betreffen.

Zunächst möchten wir allgemein festhalten, dass in diversen Studien von Bund und Kantonen im Gesundheits- und Sozialwesen immer wieder die Bedeutung der Vernetzung für eine gute Versorgung hervorgehoben wird. Jüngst wurde dies spezifisch für den Bereich von psychisch erkrankten Personen nachgewiesen. So in der Studie BASS zur Versorgungssituation psychisch kranker Personen vom November 2016. Dabei wurde festgestellt, dass die Koordinations- und Vernetzungsarbeiten unterfinanziert sind. Es ist somit nicht nachvollziehbar, weshalb die Leistungen in Abwesenheit, welche genau diese Vernetzung meinen, in der vorgesehenen Weise limitiert werden sollen.

Ebenfalls sehen wir die enge Limitierung dieser Leistungen in Abwesenheit des Patienten in markantem Widerspruch zur Strategie Gesundheit2020 des Bundes. Diese legt ein besonderes Augenmerk auf die berufliche Reintegration von psychisch kranken Menschen und die Behandlung von psychisch auffälligen Kinder- und Jugendlichen wie auch von älteren Menschen (Demenzstrategie des Bundes!). Durch enge Limitierung würde „die sprechende Medizin“ gefährdet.

Es braucht wenig Fantasie, um sich vorzustellen, dass die Einsparungen bei den Leistungen in Abwesenheit in der Psychiatrie zu vermehrten Klinikeinweisungen, längerer Arbeitsunfähigkeit und schlussendlich zu Berentungen und Mehrkosten in den angrenzenden Systemen führen werden.

Und schliesslich möchten wir auf die Bestrebungen der integrierten Versorgung hinweisen, die eben in verschiedenen Kantonen begonnen haben. Sie würden mit diesem Schritt abrupt und definitiv aufgehalten.

Spezifisch sehen wir die Versorgung durch folgende Positionen gefährdet:

- Eingriff Nr. 7: Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte
- Eingriff Nr. 8: Interpretation der Leistungen in Abwesenheit des Patienten präzisieren sowie die jeweilige Limitation anpassen.

### **Eigene Position für Leistung in Abwesenheit und im Auftrag des Versicherers**

Die FSP befürwortet eine Präzisierung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten im Sinne einer transparenteren Abrechnung. Die administrativen Leistungen der behandelnden Psychologinnen und Psychologen sowohl in der Spitalpsychiatrie als auch in der Arztpraxis auf Anforderung der Versicherer nahmen in den letzten Jahren stetig zu. Diese Arbeit soll durch eine eigene Position transparent ausgewiesen werden können.

**Die FSP beantragt daher die Schaffung der zusätzlichen Positionen:**

- **02.0167 Leistungen in Abwesenheit im Auftrag des Versicherers**
- **02.0267 Leistungen in Abwesenheit im Auftrag des Versicherers**

### **Wegentschädigung Home Treatment**

Psychologinnen und Psychologen arbeiten wie Ärzte und Pflegende in Home Treatment Teams, besuchen schwer kranke oder immobile Patientinnen und Patienten zu Hause, gehen zu Arbeitgebergesprächen oder Schulgesprächen vor Ort oder führen Kriseninterventionen vor Ort durch. Zur transparenten Ausweisung der Wegzeit bedarf es wie bei den anderen Berufsgruppen auch einer Position Wegentschädigung.

**Die FSP beantragt für die behandelnden und delegierten PsychologInnen und Psychologen die Positionen:**

- **00.0195 Wegentschädigung, pro 5 Min.**
- **00.0295 Wegentschädigung, pro 5 Min.**

### **Auswirkungen auf die Bezugs- und Umfeldarbeit**

Die Bezugs- und Umfeldarbeit ist ein wichtiges Arbeitsinstrument und eine anerkannte Methode in der psychotherapeutischen Behandlung. Die Halbierung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten bedeutet, dass bei bestimmten Patientengruppen, welche nachgewiesenermassen einen erhöhten Bedarf an integrierten Behandlungsmassnahmen (Einbezug von Angehörigen, dem Behandlungsnetz, den Behörden, dem Arbeitgeber etc.) benötigen, nicht mehr fachgerecht ambulant behandelt werden können. Dies betrifft insbesondere:

- Kinder und Jugendliche
- betagte Patientinnen und Patienten, insbesondere mit Demenzerkrankungen
- schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten
- Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen (Intelligenzminderung)
- PatientInnen, die (noch) im Arbeitsprozess sind und dort fachliche Unterstützung benötigen

Beispielhaft bedeutet diese Kürzung folgendes:

Angehörige und sonstige Bezugspersonen aus dem Behandlungsnetz (Hausarzt, KESB, psychiatrische Spitex, Case Manager, Arbeitgeber, Lehrer, etc.) können nicht fachgerecht in die Behandlung eingebunden werden. Es finden keine Helferkonferenzen statt, Informationen werden nicht weitergegeben und es gibt kein Angebot an Instruktionen und Anleitungen. Dies widerspricht den nationalen und internationalen Behandlungsguidelines. Das fachlich und volkswirtschaftlich als sehr sinnvoll und effizient beurteilte Konzept der integrierten Versorgung kann nicht umgesetzt werden.

Die oben genannten Patientengruppen werden im Rahmen der Rationierung ambulant behandelt und sobald die limitierten Leistungen ausgeschöpft sind, werden sie stationär verlegt. Dies widerspricht dem Grundsatz ambulant vor stationär und ist kostensteigernd.

**Die FSP beantragt die Aufhebung der Limitierung der Leistungen in Abwesenheit, welche der koordinierten Netzwerkarbeit dienen. Dazu zählen:**

- **02.0162 Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten durch den behandelnden Psychologen, pro 5 Min.**
- **02.0163 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den behandelnden Psychologen, pro 5 Min.**
- **02.0164 Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den behandelnden Psychologen, pro 5 Min.**
- **02.0262 Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen, pro 5 Min.**
- **02.0263 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen, pro 5 Min.**
- **02.0264 Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen, pro 5 Min.**

**Auswirkungen auf die Auswertung von Abklärungen und diagnostischen Tests**

Eine präzise Befunderhebung und Diagnostik ist unabdingbar für eine fachlich korrekte Therapieplanung und Behandlung – besonders bei Kindern und Jugendlichen sowie bei betagten Patienten mit Verdacht auf Demenzerkrankung. Die Auswertung von Tests durch die behandelnden Psychologen und Psychotherapeuten fallen im Verordnungseingriff des Bundesrates unter die Limitierung der Leistungen in Abwesenheit. Diese Leistung benötigt einen erheblichen Zeitaufwand und kann durch die Limitierung auf 2 Stunden pro 6 Monate nicht mehr im notwendigen Umfang erbracht werden.

Beispielhaft bedeutet diese Limitierung folgendes:

Komplexe Krankheits- und Störungsbilder werden nicht fachgerecht diagnostiziert. Dies widerspricht den nationalen und internationalen Behandlungsguidelines und führt zu ungenügender Diagnostik und zu (teuren) Fehlbehandlungen.

**Die FSP stellt daher folgenden Änderungsantrag:**

- **Die Limitation auf die Testerhebung durch behandelnde Psychologen und delegierte Psychologen ist bei den Positionen 02.0165 und 02.0265 aufzuheben.**

### **Auswirkungen auf die Behandlung in Notfall- und Krisensituationen**

Psychologinnen und Psychologen behandeln ihre Patientinnen und Patienten auch in Krisensituationen und Notfällen. Gerade in diesen sehr vulnerablen Krankheitsphasen ist die Gewährleistung der Behandlungskontinuität sehr wichtig. Gerät ein Patient oder eine Patientin eines behandelnden Psychologen in eine suizidale Krise oder einen akuten Zustand dauert das Krisen- und Notfallgespräche und die Einleitung der entsprechenden Massnahmen erfahrungsgemäss länger als die maximale Konsultationszeit. Da das Management von Krisen und Notfällen in der Regel über die reguläre Konsultationszeit abgerechnet wird, braucht es entsprechend eine Position Krisenintervention ohne zeitliche Limitation.

Beispielhaft kann eine Limitierung folgendes bedeuten:

Eine Mutter von Kleinkindern wird suizidal. Es erfolgt eine Notfallkonsultation in der Praxis. Nach einem längeren Gespräch wird klar, dass sie hospitalisiert werden muss. Die Klinikeinweisung (Klärung wohin, Anfragen, Einweisungszeugnis, Gespräche mit Angehörigen, wie die Kinderbetreuung gewährleistet wird, erfolgen, der Eintritt muss organisiert werden). In der Praxis ist dies ein mehrstündiges Prozedere.

**Die FSP beantragt daher folgende Positionen:**

- **02.0180 Psychologische Krisenintervention, pro 5 Min.**
- **02.0280 Psychologische Krisenintervention, pro 5 Min.**

**Menge: Position 02.0180 und 02.0280 sind nicht limitiert.**

### **Limitierung auf Telefonate mit den Patienten**

Patientinnen und Patienten, welche aufgrund ihres psychischen Zustandes nicht im Spital oder der Praxis erscheinen können, müssen telefonisch kontaktiert werden können. Die Limitierung der Bezahlung von Telefonaten auf 20 Minuten verhindert eine moderne, effiziente und bedarfsorientierte Behandlung und kann in Extremfällen lebensgefährdend sein.

Beispielhaft bedeutet die Limitierung folgendes:

Schwer kranke Patientinnen und Patienten, welche wegen grossen Ängsten oder einer depressiven Phase nicht aus dem Haus können und keine Termine wahrnehmen, werden unzureichend telefonisch konsultiert. Dies führt zu vermehrten stationären Aufenthalten.

**Die FSP beantragt die Aufhebung der Limitierung für folgende Positionen:**

- **02.0151 Telefonische Konsultation durch den behandelnden Psychologen**
- **02.0261 Telefonische Konsultation durch den delegierten Psychologen**

Psychologische Kriseninterventionen erfolgen im Spital, der Praxis, vor Ort oder per Telefon. Zur transparenten Abgrenzung von regulären telefonischen Konsultationen können die Positionen „Telefonische Krisenkonsultation“ differenziert werden.

**Die FSP beantragt die folgenden Positionen:**

- **02.0151 Telefonische Krisenkonsultation durch den behandelnden Psychologen, pro 5 Min.**
- **02.0261 Telefonische Krisenkonsultation durch den delegierten Psychologen, pro 5 Min.**

**Menge: Positionen 02.0151, 02.0261 sind unlimitiert.**

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP



Yvik Adler  
Präsidentin



Sabine Schläppi  
Geschäftsführerin

Für die Beantwortung von Rückfragen zur Stellungnahme der FSP stehen ihnen Frau Yvik Adler zur Verfügung ([yvik.adler@fsp.psychologie.ch](mailto:yvik.adler@fsp.psychologie.ch), 032 622 40 20)



Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeutinnen  
und Psychotherapeuten

1. Juni 2017

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

**Vernehmlassung zur „Änderung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung“, eröffnet am 22.März 2017: Stellungnahme der Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Gedap**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorstand der Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (GedaP) hat sich mit den zur Diskussion stehenden Vernehmlassungsunterlagen auseinandergesetzt. Im Speziellen beschäftigen uns dabei die Delegierte Psychotherapie betreffende Fragen.

Die GedaP ist der einzige Fachverband der Schweiz, der die Interessen der delegiert arbeitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vertritt. Unser Kerngebiet, die ärztlich delegierte Psychotherapie, fusst auf einer langjährigen, bewährten und erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen ärztlichen, nicht-ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Wir erachten diese Kooperation in der Grundleistungserbringung (OKP) als wesentlich. Da wir keine standespolitischen Interessen vertreten müssen, haben wir uns hauptsächlich auf unsere psychotherapeutische Arbeit und deren Bedingungen konzentriert. Aus dieser Erfahrung heraus erlauben wir uns folgende Anmerkungen zur vorliegenden „Änderung Tarifstrukturen“.

Im Grundsatz schliessen wir uns der Einschätzung des Bundesrates an, wonach die Delegierte Psychotherapie eine Arbeit ist, die in Anwesenheit des Patienten stattfindet.

Gleichwohl können „Leistungen in Abwesenheit des Patienten“ (LAP) in gewissen Fällen behandlungstechnisch notwendig sein. Denken Sie beispielsweise an den Einbezug von Eltern oder anderer Angehörigen für einzelpsychotherapeutische Behandlungen von Kindern oder Jugendlichen. Die Limitierung in diesem Bereich auf zwei Stunden pro Halbjahr kann je nach Fall und Situation zu knapp sein. Aber auch bei erwachsenen Patientinnen und Patienten sind Leistungen in Abwesenheit oder auch telefonische Konsultationen manchmal dringlich und sollten in Hinblick auf Krisensituationen und den damit verbundenen Erfordernissen nicht absolut eingeschränkt werden.

Der Vorstand der GedaP hält es für behandlungstechnisch notwendig, dass solche Fragen im Rahmen des Ermessens der dazu behördlich anerkannten Behandler in Kooperation mit den jeweiligen PatientInnen und gemäss dem konkret vorliegenden psychopathologischen Bedarf entschieden werden können.

Die Idee, wonach psychotherapeutische Behandler Positionen „unbedacht“ (siehe Faktenblatt, S.3) oder „unsachgemäss“ (siehe Brief des Bundesrates vom 22. März 2017) abrechnen und durch äussere Anreizsenkung davon abgebracht werden sollen, erachten wir als undifferenzierte Unterstellung. Sie dürfte, wenn sie so simplifiziert und absolut umgesetzt würde, für einige Behandlungen – vor allem bei akuten Zuständen und in Krisensituationen - destruktive Folgen haben. Wir schlagen deshalb vor, die Limitierungen in den LAP's, aber auch in den telefonischen Konsultationen nicht absolut zu setzen, sondern - gerade im Sinne der Sachgerechtigkeit - offen und/oder verhandelbarer zu gestalten. Denn was als sachgerechter Bedarf angesehen werden muss, ist immer abhängig vom Fall und auch beim einzelnen Fall nicht zu jedem Zeitpunkt der Behandlung gleich. Wenn diese Differenzierungen in der psychotherapeutischen Arbeit nicht mehr adäquat berücksichtigt werden können, ist der Behandlungserfolg unter Umständen grundlegend gefährdet.

Wir möchten zu bedenken geben, dass der bedarfsgerechte, aber auch behandlungstechnisch notwendige Einbezug z.B. von Eltern psychisch kranker Kinder oder Jugendlicher für die Betroffenen etwas ganz anderes bedeutet als eine „unsachgemässe Abrechnung gewisser Positionen“.

Freundliche Grüsse

Für den Vorstand GedaP

Rainer Glauser, lic. phil.  
Präsident

IG eHealth, Amthausgasse 18, 3011 Bern  
Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Herr Alain Berset, Departementsvorsteher  
Inselgasse 1  
3003 Bern  
[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Bern, 19. Juni 2017

**Stellungnahme der IG eHealth zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Die IG eHealth bezieht gerne Stellung als Vertreterin der Healthcare-Industrie zur Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung.

**Einleitung**

Die IG eHealth setzt sich seit ihrer Gründung für die Förderung der Digitalisierung und den möglichst flächendeckenden Einsatz von elektronischen Patientendossiers ein. Diese sind verbunden mit Qualitätssteigerungen bei der Leistungserbringung, Effizienzgewinnen und erhöhen die Patientensicherheit. Wir begrüssen die Umsetzung des Gesetzes und der Verordnungen. Die IG eHealth hat von Anfang an darauf hingewiesen, dass die vom Gesetzgeber gewählte doppelte Freiwilligkeit problematisch ist. Positiv ist aus unserer Sicht, dass ePatientendossiers verpflichtend anzubieten sind im stationären Sektor in Spitälern (ab 2020) sowie Geburtshäusern und Heimen (ab 2022).

Es braucht allerdings eine kritische Masse von aktiv gepflegten Dossiers und von vielen Anwendern im stationären wie auch im ambulanten Sektor, damit sich der Nutzen entfalten kann. Der Gesetzgeber hat die Anschubfinanzierung unterstützt, indem einmalige «Finanzhilfen für den Aufbau und die Zertifizierung von Gemeinschaften und Stammgemeinschaften» gewährt werden. Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung werden primär stationäre Anbieter von der Anschubfinanzierung profitieren. Es ist zu vermuten, dass die maximal zur Verfügung stehenden CHF 30 Mio. ausgeschöpft sein werden bzw. die Frist abgelaufen ist, wenn sich ambulante Anbieter mit Verzögerung an Gemeinschaften anschliessen wollen.

## **Problemstellung**

Problematisch ist nicht die Anschubfinanzierung, sondern generell die Frage der Finanzierung des Regelbetriebs einer (Stamm)-Gemeinschaft.

Unbestritten ist, dass das Führen einer (Stamm)-Gemeinschaft mit zahlreichen Vorgaben verbunden ist, die beträchtliche Kosten verursachen. Rechtlich ungeklärt ist die Frage, wie der Regelbetrieb finanziert werden soll und wie die Aufwände der Gesundheitsfachpersonen abgegolten werden. Der stationäre Sektor wird über DRG abgegolten und die Kantone sind mit mindestens 55 Prozent an der Finanzierung beteiligt. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass im stationären Sektor die Betriebskosten im Rahmen der DRG-Pauschalen und Entgelte integriert werden können.

Ungelöst ist die Finanzierung im ambulanten Bereich. Einerseits gibt es fixe Aufwände (Eröffnen eines Dossiers und vorgängige Informationen des Patienten), die vermutlich über eine Mitgliedschaft der Leistungserbringer in einer (Stamm)-Gemeinschaft gelöst werden. Die Gebühren der Mitgliedschaft können die ambulanten Leistungserbringer nicht direkt weiterverrechnen. Variable Aufwände entstehen beispielsweise für das Führen und die Pflege eines Dossiers. Auch in diesem Bereich fehlt ein entsprechender Tarif. Tarmed basiert auf der Vergütung einzelner Schritte. Handlungen für ein Informationsmanagement, bei dem beispielsweise beim Hausarzt Aufwand entsteht und der Nutzen bei Dritten anfällt (Patienten, Fachärzte, Systemnutzen u.a.), werden im Tarmed nicht abgebildet.

Die IG eHealth hat einerseits Verständnis dafür, dass der Tarif LG-04 bzw. 00.0140 Ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten präzisiert und die Limitationen angepasst werden. Andererseits geht damit genau die Möglichkeit verloren, diesen Tarif für das Führen eines ePatientendossiers zu nutzen.

## **Feststellung**

Die Erfahrung zeigt, dass sich in keinem Land ePatientendossiers bzw. electronic health records ohne finanzielle Beteiligung der öffentlichen Hand durchsetzen konnten. Das Risiko ist beträchtlich, dass in den Anschub finanzierte Mittel für das ePatientendossiers aufgrund der fehlenden Finanzierung des Regelbetriebs wirkungslos verloren gehen, weil der flächendeckende Betrieb nicht zum Tragen kommt.

## **Anliegen der IG eHealth**

Für Aufwände wie das Eröffnen und Führen eines ePatientendossiers, die entweder vorgegeben oder gesundheitspolitisch erwünscht sind, oder Konsultationen die aus der Anwendung des Patientendossiers über Distanz (telemedizinische Leistungen) erbracht werden, sind Tarifpositionen zu schaffen. Diese müssen geeignet sein, «die Kostenrealität der tarifierten Materie, medizinisch richtig, vollständig und ausreichend tätigkeitsdifferenzierend abzubilden sowie eine angemessene Leistungsabgeltung zu gewährleisten» (Eugster 2014).

Aus diesen Gründen schlägt die IG eHealth vor, folgende Tarmed-Positionen zu schaffen:

1. Schaffung einer **Pauschalentschädigung** (z.B. als Voucher-System) für das Eröffnen eines ePatientendossiers inklusive vorgängiger Information der Patientin oder des Patienten gemäss Artikel 15 EPDG  
*Eventualiter:* (Rechts)-Grundlage schaffen, damit alle Gesundheitsfachpersonen den Tarif anwenden können.  
*Begründung:* Das Eröffnen eines Dossiers ist mit Aufwand verbunden, der zu entschädigen ist, zumal ein Systemnutzen entsteht. Das EPDG spricht von «Gesundheitsfachpersonen». Medizinalpersonen sind nur eine Teilmenge davon. Im Prinzip sollte die Leistung aller Gesundheitsfachpersonen abgerechnet werden können.

2. **Prozentualer Zuschlag** auf den Tarifen für Leistungserbringer, welche ePatientendossiers pflegen und führen (Aktualisierung, Bereinigung, Patientenaufklärung). Eventualiter: Der Zuschlag ist befristet zu gewähren, z.B. während drei Jahren, allenfalls kann der Zuschlag degressiv ausgestaltet sein.

*Begründung:* Solange die Hausärzte nicht elektronisch dokumentieren und archivieren, ist das Führen eines ePatientendossiers mit erheblichem Mehraufwand verbunden. Auch bei elektronisch geführten Krankengeschichten entsteht am Anfang ein Mehraufwand. Aus diesem Grund schlägt die IG eHealth vor, den Mehraufwand (befristet) zu entschädigen.

Die IG eHealth ist der Meinung, dass es bei den technischen Leistungen kumulativ keine Anpassungen der Tarife für das Führen eines EPD braucht, da die Aufwände mit den Punkten 1 und 2 abgegolten werden. Alternativ wäre es möglich, neben der Pauschalentschädigung einzig für technische Leistungen einen Zuschlag einzuführen (falls auf einen prozentualen Zuschlag gemäss Punkt 2. verzichtet werden sollte).

Die IG eHealth kann sich zur Höhe der Tarife bzw. Zuschläge nicht äussern. Sie kennt die Aufwände nicht, die bei einer sachgerechten und effizienten Leistungserbringung entstehen.

Die IG eHealth bedankt sich für die Prüfung und die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Mit bestem Dank und freundlichen Grüssen

Im Namen des Vorstandes



Urs Strome  
Präsident IG eHealth



Walter Stüdeli  
Geschäftsführer IG eHealth

#### **Die IG eHealth**

Die Interessengemeinschaft eHealth will die Umsetzung von eHealth in der Schweiz beschleunigen, damit Qualitäts- und Sicherheitslücken in der Behandlung verhindert und administrative Prozesse verbessert werden. Die IG eHealth setzt sich für bessere Rahmenbedingungen von eHealth in der Schweiz ein und leistet fachliche Unterstützung bei der Erarbeitung der gesetzlichen Grundlagen. Die IG ist im steten Dialog mit allen Stakeholdern im Gesundheitswesen. Sie vertritt die Industrie im «Beirat der Umsetzer und User» von eHealthSuisse (ehemals Projektleitungsgremium eHealth Suisse des Bundes und der Kantone), welcher die Strategie eHealth Schweiz umsetzt.

[www.ig-ehealth.ch](http://www.ig-ehealth.ch)



Herr Bundesrat Alain Berset  
Vorsteher Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)  
Eingereicht beim Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

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

Luzern, 19. Juni 2017

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

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Das Netzwerk Case Management Schweiz existiert als nicht gewinnorientierter Verein seit 2004 und positioniert sich als Fachorganisation zum Thema Case Management. Die Mitglieder sind Einzelpersonen und Institutionen aus dem Gesundheit-, Sozial- und Versicherungsbereich sowie verschiedene Arbeitgeber.

Der Verein bezweckt die aktive Förderung des Case Managements, als ein Ansatz der effektiven Koordination, in der Schweiz. Als Fachorganisation verfolgen wir die Entwicklungen um das Thema Case Management und geben Impulse zur fachlichen Orientierung.

Vor diesem Hintergrund nehmen wir die Gelegenheit wahr, uns am Vernehmlassungsverfahren zur Änderung der Verordnung betreffend TARMED zu beteiligen und dazu aus unserer Sichtweise Stellung zu nehmen.

### **1. Allgemeine Stellungnahme**

- Im Rahmen der notwendigen Tarmed-Revision liegen Vorschläge für eine Verordnungsänderung TARMED per 01.01.2018 vor.
- Dazu begrüssen wir die Erhöhung der Transparenz in der Verrechnung von Leistungen «In Abwesenheit des Patienten».
- Wir äussern uns aufgrund unserer Kernkompetenz im Bereich Case Management im Speziellen zu der separaten Tarifposition 00.0140.

## 2. Stellungnahme zur Tarifposition 00.01.40

Wir unterstützen die Aufschlüsselung der Tarifpositionen von Leistungen „In Abwesenheit des Patienten“, denn dies erhöht die Transparenz der Leistungen sowohl für betroffene Patienten und Patientinnen wie auch für Kostenträger.

Insbesondere die Positionen 00.0141 bis 00.0145 enthalten Leistungen, die für die koordinierte Versorgung sehr wichtig sind. Dies kommt vor allem in komplexen Krankheits- und Lebenssituationen zum Tragen, um Komplikationen zu vermeiden und den Informationsfluss mit den am Versorgungsprozess beteiligten Personen oder Institutionen sicherzustellen und Massnahmen im interprofessionellen Team zu abzustimmen.

Aus der Perspektive des Case Managements benötigen Menschen in den unterschiedlichsten Lebensphasen koordinierende Leistungen im Bereich Gesundheit und Soziales. Insbesondere sind hier Menschen mit psychischen und somatischen Leiden im Schul- oder Erwerbsalter zu erwähnen. Das Engagement des Behandlungsteams für die Erhaltung der Schulfähigkeit und der beruflichen Reintegration sind äusserst wichtig.

Zudem bringen die demographische Entwicklung, die Zunahme von chronischen Krankheiten und die steigenden Behandlungsmöglichkeiten mehr koordinative Leistungen mit sich, um Fehl-, Über- oder Unterbehandlungen zu vermeiden. Insbesondere ist hier sicherzustellen, dass Behandlungen überhaupt in den Lebensalltag der Betroffenen integriert werden können.

## 3. Fazit

Mit dem Vorschlag der TARMED Revision wird nun klar definiert, dass Leistungen „in Abwesenheit des Patienten“ nicht für das Erstellen von Gutachten, ärztlichen Zeugnissen und Berichten verwendet werden dürfen. Somit ist in diesem Bereich eine Reduktion der Kosten, bzw. der weiteren Mengenzunahme bereits zu erwarten.

Umso mehr sind allerdings die koordinierenden Leistungen relevant, um eine angemessene Versorgung für mehrfach erkrankte und therapierte Versicherte zu gewährleisten. Je nach vorhandenen Komplexitäten und Instabilitäten variiert ein Versorgungsbedarf von Fall zu Fall.

Deshalb empfehlen wir, die heute hinterlegten Limitationen bei diesen neuen Tarifpositionen nicht zu halbieren, damit diese wichtigen Leistungen zum Wohl der Betroffenen bedarfsgerecht verrechnet werden können. Wir gehen in diesem Bereich nicht von einer Mengenausweitung aus, sondern erhoffen uns eine gesteigerte Sensibilität der Behandler für diese koordinierenden Leistungen zur Optimierung der individuellen Versorgung.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen.



Christine Rex, MSc in Nursing  
Präsidentin Netzwerk Case Management

Eidgenössisches Departement des Innern  
Bundesamt für Gesundheit  
3003 Bern

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

Liebefeld, 15. Juni 2017  
902-87/ FV/MM/18

AmtL	GP	<del>KKV</del>	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NFP
DG						MT
SpD						BioK
KOM	19. Juni 2017					SE O
Kamp						LF
Int						SI
RM						2
P + O	I + S	GStr	MGP	Lst	AKV	A

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

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir die uns von Ihnen gebotene Gelegenheit zur Stellungnahme wahr. Da wir durch die Änderung nicht unmittelbar betroffen sind, beschränken wir unsere Stellungnahme auf generelle Bemerkungen.

### Generelle Bemerkungen zum Entwurf:

Das Krankenversicherungsgesetz basiert für die Tariffestsetzung auf dem Verhandlungsprimat (Art. 46 KVG). D.h. staatliche Eingriffe sollen erst erfolgen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können (Art. 47 KVG). Sinn und Zweck des Verhandlungsprimats ist es, eine für alle Beteiligten akzeptable Lösung zu finden.

Wir stellen fest, dass auf Seiten der Mehrheit der Versicherer vermehrt keine Kompromissbereitschaft mehr herrscht und somit die vom Gesetzgeber erwarteten Win-Win-Lösungen nicht gefunden werden können. Sie verlassen sich vermutlich darauf, dass ein Scheitern der Vertragsverhandlungen zu einem für sie günstigeren Tarif führt. Das wird zukünftige Vertragsverhandlungen zunehmend verunmöglichen. Wir beantragen, dass bei der behördlichen Tariffestsetzung die Verhandlungsbereitschaft der Vertragspartner berücksichtigt wird. Es darf nicht sein, dass derjenige, der die Verhandlungen leichtfertig scheitern lässt oder von Anfang an mit unrealistischen Forderungen verunmöglicht, am Ende dafür belohnt wird. Ziel muss ein konsensualer Vertrag bleiben.

Allenfalls wäre es sinnvoll, dass ein Vertreter des BAG die Vertragsverhandlungen mit dieser Aufsichtsfunktion begleitet. Als Verhandlungsanreiz wäre es gut, wenn eine gesamtschweizerische Tarifstruktur auch mit einer repräsentativen Minderheit der Versicherer festgelegt werden könnte, falls die Mehrheit der Versicherer dem Verhandlungsprimat leichtfertig entzieht.

In diesem Sinne bitten wir Sie, unsere Anliegen zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüssen

  
Fabian Vaucher  
Präsident

  
Marcel Mesnil  
Generalsekretär

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

**Einreichung der Unterlagen als PDF-Version und im Word-Format**

**An den  
Vorsteher des eidgenössischen Departments des Innern EDI**

Kopie:

An die Kantone

An die politischen Parteien

**Vernehmlassung der Vereinigung PULSUS zur  
Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von  
Tarifstrukturen in der Krankenversicherung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,

mit Schreiben vom 22. März 2017 wurden die interessierten Kreise aufgefordert, sich an der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung zu beteiligen.

Unter Einhaltung der Frist vom 21. Juni 2017 senden wir Ihnen hiermit die Vernehmlassung der Organisation PULSUS zu. PULSUS ist eine seit 1993 bestehende Vereinigung freipraktizierender Ärzte und Therapeuten, die sich mit ihren Dachverbandsmitgliedern aus rund 1000 Mitgliedern zusammensetzt.

Mit der Inkraftsetzung der Änderung der Verordnung wird die revisionsbedürftige Tarifstruktur für ärztliche Leistungen nach gescheiterten Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern erneut angepasst. Da es per 1. Januar 2018 keine von allen Tarifpartnern gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur mehr gibt, wird die durch den Bundesrat angepasste Tarifstruktur gleichzeitig als gesamt-schweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen festgelegt.

Die Verordnung zur Tarifstruktur zielt darauf ab, die Sachgerechtigkeit innerhalb der Tarifstrukturen zu erhöhen, die durch die Tarifstruktur entstandenen Reize zur vermehrten oder unsachgemässen Abrechnung gewisser Positionen zu korrigieren sowie die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu dämpfen.

Die Vereinigung PULSUS versteht die Bestrebungen des Bundesrates, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu bremsen. Wir sehen aber zum jetzigen Zeitpunkt keine Notwendigkeit und fürchten die massiven Folgen dieses planwirtschaftlichen Ansatzes.

Wir von der Vereinigung PULSUS geben zu bedenken, dass mit der vorliegenden Verordnung die subsidiären Kompetenzen des Bundesrates markant überschritten werden.

Würden die Änderungen in dieser Form umgesetzt, käme dies in der Realität einem Globalbudget gleich. Eigentlich sind die subsidiären Kompetenzen des Bundesrates so auszulegen, dass der Bundesrat gerade so viel regelt, wie zum Bestehen einer Struktur notwendig ist, um den Vorrang der Tarifautonomie so weit wie möglich zu berücksichtigen. De facto wird mit der vorliegenden Verordnung der Vorrang der Tarifautonomie weitestgehend ausser Kraft gesetzt. Die nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) angestrebte vertragliche wettbewerbliche Gestaltungsvielfalt wird durch die die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates überschreitende Verordnung massiv einschränkt. Im Resultat wird ein **verdecktes Globalbudget** geschaffen. Dies wird zu weitreichenden Strukturveränderungen führen, die die ambulante Versorgungssicherheit der Patienten massiv gefährden wird.

Die Tarifänderungen werden gerechtfertigt, indem die Behauptung aufgestellt wird, dass aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts davon auszugehen sei, dass die in den Berechnungsmodellen hinterlegten Produktivitäten und Minutagen insbesondere bei der Leistungserbringung der Fachärzte nicht mehr korrekt seien. Auch hätten sich die Gerätepreise in den Facharzt Disziplinen seit den 90er Jahren stark verändert. Die meisten Gerätepreise seien deutlich gesunken. Der Bundesrat übersieht jedoch, dass eine Verallgemeinerung in dieser Form nicht sachgerecht ist. Beispielsweise ist seit Einführung des TARMEDs eine dermatoskopische Untersuchung der Haut, bei der lediglich ein Dermatoskop benutzt wird, durch keinen technischen Fortschritt schneller zu erbringen, als in den 90er Jahren. Beispielsweise ist eine Hörtestuntersuchung (Audiogramm), durch keinen technischen Fortschritt schneller zu erbringen, als in den 90er Jahren. Beispielsweise ist eine sorgfältige Darmspiegelung oder Magenspiegelung durch keinen technischen Fortschritt schneller zu erbringen, als in den 90er Jahren. Beispielsweise ist eine eingehende psychiatrische Behandlung nicht schneller zu erbringen oder nicht weniger häufig zu erbringen, als in den 90er Jahren. Der medizinische Fortschritt und der technische Fortschritt haben hingegen vermehrte Innovationen, eine höhere Behandlungsqualität und Behandlungssicherheit im Vergleich zu den 90er Jahren gebracht. Werden die Praxiskosten in den 90er Jahren mit den heutigen Praxiskosten verglichen, stellt man fest, dass der medizinische Fortschritt wesentlich durch eine Digitalisierung (innovative optische und bildgebende Systeme, Informations-Kommunikationstechnologie (ICT), e-Health und durch verbesserte OP-Hygienemassnahmen gekennzeichnet ist. Für diese innovationsgetriebene Fortschritte sind sehr aufwändige und kostentreibende Infrastrukturen oder eine OP I-Infrastrukturen mit hochkomplexen hygienischen Absauganlagen erforderlich. Dies spiegelt sich in den Investitionskosten wieder. Zudem ist mit dem bereits in Kraft getretenen Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) zukünftig mit weiteren Kostensteigerungen zu rechnen. Die Kosten sind heute ein Vielfaches höher als die Kosten in den 90er Jahren. Darüber hinaus sollte nicht unerwähnt bleiben, dass Praxismieten und die Personalkosten (die Hauptkosten in einer Praxis) in diesem Zeitraum um über 50% angestiegen sind.

Aus den oben genannten Gründen ist die generelle Behauptung nicht sachgerecht, dass der medizinische und technische Fortschritt zu einer Veränderung der in den Berechnungsmodellen hinterlegten Produktivitäten und der Minutagen insbesondere bei der Leistungserbringung der Fachärzte geführt habe. Diese Behauptung entbehrt weitestgehend jeglicher Rechtfertigung.

Bis jetzt war das Schweizerische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich durch eine hohe Versorgungssicherheit, keine Wartezeiten auf Termine und hohe Behandlungsqualität geprägt. Im internationalen Vergleich waren der Anteil der Kosten des Gesundheitssystems am Bruttosozialprodukt (Quelle: OECD-Studie, 2015) mit 11.5% in der Schweiz im Vergleich zu 11.1 % in Deutschland vergleichbar, bei deutlich besserer Verfügbarkeit ambulanter ärztlicher Leistungen in der Schweiz. Wenn von rund 70 Mrd. Franken Gesamtausgaben für das Gesundheitssystem jetzt 700 Mio. Franken pro Jahr, also rund 1% pro Jahr, eingespart werden sollen, wird dies für die Patienten spürbare Nachteile haben. Dabei hat der Bundesrat es unterlassen, eine hinreichende Risikofolgenabschätzung durchzuführen. Bereits in anderen Ländern sind ähnliche Gesetzesänderungen, die eindeutig in Richtung eines Globalbudgets gehen, massiv gescheitert und haben zu einer Verknappung ärztlicher Leistungen geführt.

### **Was bedeutet das für die Patienten?**

Der geplante Tarifzwangseingriff wird dramatische Konsequenzen für die Patienten haben und wird den Zugang zu qualitativ hochwertiger Diagnostik und Therapie massiv verschlechtern, die Versorgungsqualität gefährden, eine Zweiklassen-Medizin fördern, eine Rationierung des ärztlichen Gesprächs nach sich ziehen, Entlassungen von Personal zur Folge haben, zu Nachwuchsmangel führen und schliesslich die Gesundheitskosten wegen der Verschlechterung der Behandlungsqualität steigen lassen.

Die Gründe, die gegen die bundesrätliche Vorlage sprechen, stellt die Vereinigung PULSUS im nachfolgenden **PULSUS 9 Punkte-Szenario** vor.

1. Die angestrebten Kostendämpfungen werden nicht erreicht werden, denn die Kosten werden infolge zwangsläufiger Verlagerung von in der Arztpraxis ambulant durchführbaren Behandlungen in den spitalambulantem Bereich der Spitäler anfallen. Das Gegenteil wird der Fall sein: **die Kosten werden steigen**. Patienten mit hoher Morbidität werden nicht mehr heimatnah auf dem Land, sondern heimatfern im Spital sowohl spitalambulant als auch stationär behandelt werden müssen. Denn die mit dem Tarifeingriff verbundenen massiven Einschnitte in die Vergütung chirurgischer Leistungen, wird - wie beispielsweise in Deutschland schon erlebt – dazu führen, dass gut ausgebildete Spezialisten notwendige Operationen nicht anbieten können, weil die mit dem Tarifeingriff verbundene Untervergütung angesichts der hohen Infrastrukturkosten (Personal, OP-Räume, Hygienerichtlinien) nicht mehr sachgerecht ist und unter der betriebswirtschaftlichen Rentabilität liegt. Dies hat zur Folge, dass Wartezeiten bei medizinischen Eingriffen entstehen werden, da die Spitäler eine begrenzte Kapazität für die Erbringung medizinischer Leistungen haben. In Deutschland hat dies dazu geführt, dass dringende, lebenswichtige Melanom-Nachresektionen in einem Zentrumsspital häufig eine Wartezeit von 6 Monaten haben. Die vorgeschlagene Verordnung wird somit Veränderungen bewirken, die sich auf dem Rücken der Patienten bemerkbar machen werden.
2. **Die ambulante Versorgungsqualität und die Versorgungssicherheit wird sich spürbar verschlechtern:**  
Der Kostendruck wird die Ärzte zu einer **5 Minuten-Medizin** zwingen. Ausführliche Gespräche mit Patienten und Angehörigen über onkologische Erkrankungen werden unter den neuen Tarifbedingungen nicht mehr möglich sein. Während bisher die Attraktivität des ärztlichen Berufes in der Schweiz darin bestand, die ärztliche Kunst

im Beratungsgespräch anzuwenden, wird es – wie in Deutschland bei der kassenärztlichen Medizin – zu einer Zeitrationierung kommen. Das Arzt-Patienten-Gespräch in der Schweiz wird so, wie wir es bisher kannten, nicht mehr stattfinden können. Und dies nicht, weil der Arzt nicht will, sondern weil er es sich betriebswirtschaftlich nicht mehr leisten kann.

3. Ein Postulat ist, dass ein Tarif sachgerecht sein muss. Die vorliegende Tarifänderung ist **nicht sachgerecht**. Die Anreize werden somit in die falsche Richtung gelenkt. Die Tarifänderung wird eine Ökonomisierung der Medizin fördern. Dies geht zu Lasten der für eine Arzt-Patient-Beziehung erforderlichen Zeit. Wir Ärzte bedauern, dass dies auf dem Rücken der Patienten ausgetragen wird.
4. **Massenentlassungen von medizinischem Personal** drohen, weil betriebswirtschaftlich bedingte Entlassungen unvermeidbar werden.
5. **Die freie Arztwahl wird indirekt abgeschafft**, denn es wird zu einer Verknappung der Leistungsanbieter und des Leistungsangebotes kommen. Wird das Angebot an frei praktizierenden Ärzten reduziert, hat der Patient nur noch die Behandlung im Spital zur Auswahl, denn ein Praxissterben der freiberuflichen Ärzte wird unvermeidbar sein. Sollten diese Änderungen Wirklichkeit werden, wird die freie Arztwahl nämlich indirekt eingeschränkt werden, indem der gewünschte Arzt womöglich zum gewünschten Zeitpunkt aus Kapazitätsgründen und wirtschaftlichen Zwängen überhaupt nicht mehr zur Verfügung stehen kann.
6. 32,9 Prozent der berufstätigen Ärzte in der Schweiz stammen aus dem Ausland. Die Schweiz ist auf hochqualifiziertes Personal angewiesen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit haben sich aber zwischenzeitlich in den Herkunftsländern markant gebessert. Es wird zu einer **Massenrückwanderung hochqualifizierter Ärzte kommen**. Dadurch wird die **Versorgungssicherheit nicht gestärkt, sondern geschwächt**.
7. Der **Nachwuchsmangel** in den Praxen wird sich verstärken. Der Anreiz für einen Arzt, eine eigene Praxis zu gründen, wird massiv reduziert, da sich das mit der Praxisgründung verbundene unternehmerische Risiko markant erhöhen wird. Insbesondere wird dies die ländliche Versorgungssicherheit betreffen, denn hier herrscht ohnehin jetzt schon eine Unterversorgung an Ärzten. Die Alterspyramide spricht eine klare Sprache. In den nächsten 10 Jahren wird ein grosser Teil der Baby-Boomer-Generation der Ärzte auf dem Land in den Ruhestand gehen. Die Tarifänderungen torpedieren somit die Anstrengungen der Kantone, auf dem Land eine hausärztliche Versorgung sicherzustellen. Die Tarifänderungen sind ein Schlag ins Gesicht für diejenigen, die an einer Sicherstellung der freiberuflichen ärztlichen Praxis auf dem Land interessiert sind. Die vorgeschlagene Tarifänderung wird sich somit fulminant nachteilig für die Patientenversorgung auf dem Lande auswirken und zu **unverrückbaren Schäden in der Versorgungssicherheit** führen.
8. Die vorgeschlagenen Tarifänderungen werden zu einer **Zwei-Klassen Medizin** führen, denn die Ärzte werden unter diesen Rahmenbedingungen nicht mehr in der Lage sein, die hohen Infrastrukturkosten zu zahlen. Die Auswirkungen eines Globalbudgets seien am Beispiel Deutschland erläutert. In den hochpreisigen

Innenstadtlagen in München wird man kaum eine Praxis finden, die Leistungen für obligatorisch versicherte Patienten anbietet. Ein nicht sachgerechter Tarif kann nämlich nicht die Kosten für die Infrastruktur decken. Daher haben überproportional viele Ärzte in den Innenstadtlagen von München ihre kassenärztliche Zulassung zurückgegeben und behandeln dort Privatpatienten aus der ganzen Welt, insbesondere aus Saudi-Arabien. Es besteht die konkrete Gefahr, dass der nicht sachgerechte Tarif in der Schweiz zu einer Zwei-Klassen Medizin führen wird.

9. Ein **Globalbudget** geht immer mit **Leistungskürzungen und Rationierungen** einher. Es gibt kein Land, bei welchem ein Globalbudget eingeführt wurde, ohne dass es zu Rationierungen gekommen ist. PULSUS stellt sich die Frage, **warum** ausgerechnet **in der Schweiz ein Tarifsysteem eingeführt werden soll, dass zu irreparablen Leistungseinschnitten in der Gesundheitsfürsorge der Schweizer Bevölkerung führen wird.**

Die **vorliegenden Änderungen der Verordnung werden zu einem Globalbudget führen**, dass für die Schweizer Bevölkerung eine **unwiderrufliche Schwächung der Versorgungssicherheit** insbesondere auf dem Land nach sich ziehen wird. Die Tarifänderungen werden leider auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden. Spürbar wird dies für die Patienten am eigenen Leibe sein.

Zum Schluss unserer warnenden Stellungnahme erlaube ich mir ein persönliches Wort an Sie zu richten: Japan, Spanien und die Schweiz stehen an der Spitze einer Gruppe von acht OECD-Ländern, in denen die Lebenserwartung heute 82 Jahre übersteigt (Quelle: [www.oecd-ilibrary.org/sites/4256fbca-de/index.html?itemId=/content/summary/](http://www.oecd-ilibrary.org/sites/4256fbca-de/index.html?itemId=/content/summary/)). Die Wahrscheinlichkeit, dass Ihnen im hohen Alter (welches Sie aufgrund der demographischen Berechnungen höchstwahrscheinlich erreichen werden) ein hochqualifizierter, die Landessprache sprechender Facharzt zeitnah zur Verfügung stehen wird, wird bei Realisierung der vorliegenden Verordnung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeiten schwinden.

Daher ist die Vereinigung PULSUS ein vehementer Gegner der Tarifänderungen und ruft die Parteien, Kantone, Fachgesellschaften und Patientenorganisationen auf, sich zum Wohl unserer Schweizer Patientenversorgung und zur Bewahrung der Sicherstellung des Versorgungsauftrags gegen die geplante Verordnung zur Tarifänderung zu solidarisieren.

Für den Vorstand von PULSUS

Prof. Dr. med. Marcus M. Maassen  
Präsident PULSUS

Konradstrasse 6  
8005 Zürich  
Telefon 043 268 04 05  
www.sbap.ch  
info@sbap.ch

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Direktionsbereich Kranken- und  
Unfallversicherung  
Abteilung Leistungen  
CH - 3003 Bern

Zürich, 19. Juni 2017

## **Antwort Vernehmlassungsverfahren TARMED, Tarifeingriff 2017**

### **Bundesrätlicher Eingriff TARMED-Struktur vom 22.03.2017 auf die häufig genutzten Positionen Psychiatrie und Psychotherapie, betreffend delegierte Psychotherapie.**

Sehr geehrter Herr Berset, sehr geehrte Bundesrätinnen, sehr geehrte Bundesräte

Als Vorstandsmitglied des Schweizerischen Berufsverbandes für Angewandte Psychologie SBAP und Psychotherapeutin, gelange ich an Sie beziehend Tarmedanpassung.

Die drei schweizerischen Berufsverbände ASP, FSP und SBAP vertreten gemeinsam breit die Psychologen und Psychotherapeutinnen der Schweiz.

Unsere Mitglieder, insbesondere die delegiert arbeitenden, sind besorgt, wie sie in Folge der Tarifikürzungen zukünftig die psychotherapeutischen Aufgaben für die betroffenen Patienten/ Patientinnen und deren Umfeld qualifiziert leisten können.

Wir sind aus volkswirtschaftlicher-, bildungs- und gesundheitspolitischer Sicht interessiert eine breit abgestützte, weitsichtige Lösung zu finden.

Die neu vorgesehene TARMED-Anpassung würde bedeuten, dass psychisch leidende Menschen, vor allem Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, alte und handlungseingeschränkte Menschen sowie deren Umfeld, noch weniger im System Familie und Umfeld versorgt werden könnten als bisher.

(Dies u.a. in Position 2, Leistungen in Abwesenheit des Patienten, LAP / LG-06: NEU, limitiert auf max. 24x pro 6 Monate, vorher 48x pro 3 Mt. Dies hiesse neu 20 Min. pro Monat anstelle von 80 Min.)

Wir beantragen zumindest den bisherigen Modus (48x pro 3 Mt.) beizubehalten. Dies auch in Anbetracht der vielen Arbeit, die wir ohne Anwesenheit des Patienten zusätzlich leisten.

Es geht hier im Einzelnen um Tarifpositionen und die delegierte Psychotherapie, darüber hinaus im Gesamten um die Gleichstellung der Behandlung von psychischen Erkrankungen gegenüber anderer Erkrankungen durch die Grundversorgung und um die Unterversorgung. (Gesundheitsstrategien 2020 und BASS-Studie).

Wir als psychologische Psychotherapeuten garantieren für unsere Patienten durch unser Grundstudium in Psychologie und Weiterbildungsstudium in Psychotherapie bestes Wissen im Umgang mit psychischem Erleben, Verhalten, Entwicklung, Gesundheit und Krankheit.

Zentral für unsere Aufgaben sind Kommunikation sowie Vertrauens-, Beziehungsgestal-

tung und Behandlungskompetenz. Daraus gestalten sich unsere professionellen Arbeitsinstrumente, wovon eines Vernetzungsarbeit ist.

Für die Qualitätssicherung verpflichten sich psychologische Psychotherapeuten zu Supervision, Intervision, Selbstreflexion, Selbsterfahrung, steter Fortbildung und ethischem Kodex, wie dies die schweizerischen Berufsverbände vorgeben.

Der Tarifeingriff in den Leistungen für den Patienten in dessen Abwesenheit, schränken mehrere der zentralen Arbeitsinstrumente massiv ein, z.B. die systemische Vernetzungsarbeit, die psychodiagnostische Arbeit, Notfallarbeit, den Fachaustausch mit Vor-, Nach- oder Mit-Behandelnden, die Aufgabe im und mit dem Umfeld des Patienten.

Kann nicht genügend im Umfeld des psychisch erkrankten Menschen gearbeitet werden, bedingt dies allenfalls unausweichlich stationäre, teure Aufenthalte mit den entsprechenden Folgen für das Gesundheitsbudget. Stationäre Aufenthalte wiederum erleben betroffene Menschen oft als grossen Eingriff in ihre Selbstbestimmung, wirken sich nicht selten familiär beziehungsbelastend aus und können Ausbildungen und Arbeitsintegration gefährden.

Gewinnbringende und nachhaltige Psychotherapie sollte möglichst früh und schnell greifen. Damit sind die Chancen wesentlich höher, dass sich der psychisch erkrankte Mensch selbstwirksam in die Behandlung einbringen kann und die Behandlung somit kostengünstig bleibt, keine Langzeitfolgen entstehen.

Viele relevante Studien weisen nach, dass durch gute, professionelle psychotherapeutische Beziehung das Vertrauen des Patienten in sich und andere langfristig gestärkt oder wiederhergestellt werden kann, die Mitwirkung im therapeutischen Prozess und die zentrale Arbeit des Patienten an sich selber gelingt. Dazu brauchen wir als Behandelnde die notwendigen Arbeitsinstrumente in sinnvoller Verfügung.

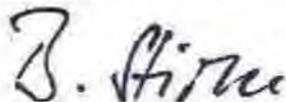
Wir sind von den Kürzungen mehrfach betroffen, waren vorgängig nicht in die Verhandlungen einbezogen. Zudem vermissen wir die betriebswirtschaftliche Herleitung der Abwertung (LAP/LG-06) und fragen Sie nach deren Sachgerechtigkeit.

Dass Bund und Staat im Gesundheitswesen möglichst ökonomisch mit finanziellen Ressourcen umgehen müssen, ist uns bewusst. Wir tragen mit professioneller, engagierter Arbeit dazu bei, indem wir nach wie vor motiviert die Verantwortung für die gelingende Behandlung unserer Patientinnen und Patienten übernehmen. Wir denken gerne mit, wenn es darum geht innovative, qualitätssichernde Lösungen zu suchen. Wir sind erfreut, wenn die Sparübungen nicht auf Kosten der sich bereits oft ausgegrenzt fühlenden psychisch kranken Menschen und deren Umfeld gehen.

Wir sind überzeugt, dass mittel- und langfristig eine bessere Akzeptanz psychischer Leiden, eine qualitativ hochstehende, frühe Behandlung psychischer Erkrankungen, die Selbstkompetenz und die Gesundheit der Betroffenen und deren Umfeld wesentlich stärkt, die Kosten nachhaltig senkt und damit die Volksgesundheit profitiert.

Im Namen des SBAP-Vorstandes und aller Mitglieder danke ich Ihnen allen bestens für die Aufmerksamkeit und Ihr Interesse in dieser Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüssen



Beatrice Stirnimann  
SBAP Vorstandsmitglied



Christoph Adrian Schneider  
SBAP Präsident

Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Kranken- und  
Unfallversicherung  
Abteilung Leistungen

CH – 3003 Bern

Zürich, 31. Mai 2017

### **Stellungnahme des Verbandes spezialisierter Palliative Care Anbieter zur geplanten Tarmed Revision**

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Namen des Verbandes der spezialisierten Palliative Care Anbieter im ambulanten Bereich (SPAC) nehme ich Stellung zur geplanten Tarmed Revision vom 22.3.2017. Die Mitglieder des SPAC sind interdisziplinäre, mobile Teams, die im Kanton Zürich die Hausärzte und Spitexorganisationen bei der palliativen Betreuung von schwer und unheilbar Kranken zu Hause und in den Pflegeheimen unterstützen. Die Leistungen der Pflegenden dieser Teams werden über den Spitex-Tarif mit den Krankenversicherern und gemäss spezifischen Leistungsverträgen über die Gemeinden abgerechnet. Die Leistungen der Ärzt\_innen dieser Teams werden über den Tarmed abgerechnet.

#### **Zusammenfassung**

Die palliative Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden im ambulanten Sektor entspricht dem Wunsch von zwei Dritteln der Schweizer Bevölkerung. Der rasch wechselnde Gesundheitszustand mit komplexen Problemen am Lebensende erfordert ein gut koordiniertes, interdisziplinäres Betreuungsteam. Die Ärzt\_innen dieser Teams müssen einen Grossteil ihrer Leistungen über Tarifpositionen abrechnen, die in Zukunft auch bei elektronischer Abrechnung wieder stark limitiert werden sollen. Dadurch würden für Palliativmediziner im ambulanten und im Pflegeheimbereich Einkommensreduktionen von 20 – 30 % resultieren. Wir beantragen auf die Einführung dieser Limitationen im Palliative Care Bereich zu verzichten und schlagen dafür zwei Optionen vor.

#### **Ambulante Palliative Care von zentraler Bedeutung**

Mobile Palliative Care Teams werden in der Palliative Care Strategie von Bund und Kantonen flächendeckend gefordert. Drei Viertel der Menschen möchten ihre letzte Lebenszeit zu Hause verbringen. In der Schweiz gelingt das aber nicht einmal jedem Fünften. Gut 40 % der Menschen werden wenige Tage vor dem Tod noch notfallmässig in ein Spital eingewiesen und sterben schlussendlich dort<sup>i</sup>. Mit Unterstützung der Grundversorgung durch ein mobiles Palliative Care Team kann Leiden am Lebensende rascher und wirksamer behandelt werden und der Anteil der Patient\_innen, die zu Hause sterben, kann fast verdreifacht werden. Die Hospitalisationen am Lebensende werden mehr als halbiert<sup>iii</sup>. Dadurch können die hohen Kosten im letzten Lebensjahr um bis zu 40 % reduziert werden. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass die Ergänzung der spezialisierten Pflege durch Palliativmediziner eine wesentliche Verbesserung der Symptomkontrolle und eine zusätzliche Reduktion der Hospitalisationsrate bewirken<sup>iv</sup>.

### **Koordinierte und interdisziplinäre Betreuung kaum mehr verrechenbar**

Palliative Care ist vermutlich die interdisziplinärste Betreuungsform im Gesundheitswesen. Die Menschen leiden nicht nur auf physischer, sondern auch auf psychisch und spiritueller Ebene und haben oft gravierende soziale Probleme wegen Arbeitsunfähigkeit, finanziellen Problemen, überlasteten oder fehlenden Angehörigen für die Betreuung zu Hause. Entsprechend sind nicht nur verschiedene Gesundheitsfachleute wie Onkologen, Hausärzte, Pflegefachleute, Physiotherapeuten, Psychologen zur Sicherstellung der Betreuung nötig, sondern auch Seelsorger, Sozialarbeiter, ehrenamtlich Tätige, Freunde, Nachbarn. Der Gesundheitszustand der Betroffenen wechselt innerhalb kurzer Zeit und erfordert immer wieder Evaluationen, Besprechungen mit Patient\_in und Angehörigen, erneute Entscheidungsfindung und Anpassung der Betreuungsziele und Behandlungen auf den verschiedenen Ebenen. Es versteht sich von selbst, dass der Koordinations- und Abstimmungsbedarf extrem hoch ist. Dieser Aufwand kann von ambulant tätigen Ärzten nur über Positionen wie «Leistung in Abwesenheit des Patienten», «Vorbereitung diagnostisch/therapeutische Eingriffe», «spezifische Beratung durch den Facharzt» usw. abgerechnet werden.

Mit dem neuen Tarmed Tarif könnten solche Positionen nur noch limitiert innerhalb von drei Monaten abgerechnet werden. Im höchsten Masse einschneidend wäre die Limitation der Abrechenbarkeit von Leistungen in Abwesenheit des Patienten auf 30 Minuten in drei Monaten. Die durchschnittliche Betreuungsdauer eines palliativen Patienten durch ein spezialisiertes Team beträgt gemäss unseren Auswertungen 72 Tage, also weniger als 3 Monate<sup>v</sup>. In dieser Zeit werden durchschnittlich etwa drei Stunden der genannten Tarifpositionen abgerechnet. Auch die Limitation der Telefonkonsultationen auf 20 Minuten und der Besuche auf 25 Minuten entspricht nicht der Realität und der Komplexität bei palliativen Patient\_innen. Zudem würden die vorgeschlagenen Limitationen gemäss unseren «Warenkorb-Auswertungen» bei ambulant tätigen Palliativmedizinerinnen zu einer Reduktion des Ertrages von 20 – 30 % führen. Der Verdienst eines ambulant tätigen Palliativmediziners bewegt sich heute an der untersten Grenze der Einkommen von Hausärzten. Mit dem neuen Tarif würde die erst zaghaft einsetzende Besetzung der ärztlichen Stellen bei mobilen Palliative-Care-Teams schlagartig abgebrochen. Spezialisierte, ambulante Palliativmedizin könnte nicht mehr angeboten werden.

### **Keine Einführung der Limitationen für Palliative Care**

Wir sehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten, die Finanzierung der ambulanten Palliativmedizin weiterhin zu ermöglichen:

- A: Die Limitationen der Tarife in der Gruppe 2 werden auf 2018 nicht eingeführt, wenn sie bei palliativen Patient\_innen abgerechnet werden.
- B: Die Limitationen der Tarife in der Gruppe 2 werden auf 2018 nicht eingeführt, wenn sie von Palliativmedizinerinnen, d.h. von Ärzten mit FMH Schwerpunkt Palliative Care abgerechnet werden.

Bei Option A stellt sich die Frage, wie palliative Patient\_innen identifiziert werden können. Wir sind der Meinung, dass die Versicherer heute z.B. mit Pharmaceutical Cost Groups (PCG) und DRG Codes auf Spitalrechnungen über genügend Informationen verfügen, um palliative Patienten zu identifizieren. Eine Alternative oder ergänzende Möglichkeit wäre, die Limitationen aufzuheben, sobald bei einem Patienten ein auf advance care planning basierender palliativer Behandlungsplan, resp. Notfallplan interdisziplinär erarbeitet wird<sup>vi vii</sup> (s. Behandlungsplan SO, ACP NOPA Projekt ZH). Selbstverständlich müssten sowohl für advance care planning, als auch für den Notfallplan entsprechende Qualitätskriterien definiert werden. Option B wäre sicher einfacher umzusetzen und einfacher kontrollierbar. Dennoch plädieren wir für Option A. Der Schwerpunkt Palliative Care kann nur mit sehr grossem Aufwand erlangt werden. Hausärzte werden diesen Titel kaum erlangen können. Sie tragen aber die Hauptaufgabe bei der Betreuung palliativer Patienten und müssten daher bei diesen Patienten auch ohne Limitationen abrechnen können. Da Hausärzte durchschnittlich pro Jahr nur ca 10 palliative Patient\_innen in der Endphase ihres Lebens betreuen (1 - 2 % der Hausarztpatient\_innen), wären sie von der Umsatzeinbusse natürlich nie im gleichen Masse betroffen

wie Palliativmediziner, die ausschliesslich palliative Patient\_innen betreuen. Dennoch wäre ganz wichtig, dass die Hausärzte ihre zentrale Rolle bei palliativen Patient\_innen wahrnehmen können und bei dieser Aufgabe auch korrekt vergütet werden.

### Neue Tarifpositionen

Unabhängig von der gewählten Option sollten für Advance Care Planning und Notfallplanung neue Tarifpositionen geschaffen werden.

Ebenfalls von zentraler Bedeutung ist die Schaffung einer Tarifposition für Telekonsultation, gemäss Aufwand pro 5 Minuten abrechenbar. Viele Anfragen von Patient\_innen und Angehörigen, aber auch von Spitexfachleuten kommen heute per e-mail oder über geschützte Internetplattformen an den Arzt. Die Kommunikation auf dem elektronischen Weg hat gegenüber der telefonischen Konsultation wesentliche Vorteile: Die Schriftlichkeit führt zu besserem Verständnis und Nachhaltigkeit. Die Information kann zudem – mit Einverständnis des Patienten - gleichzeitig an alle an der Betreuung Beteiligten weitergeleitet werden. Insbesondere in der Palliative Care ist ein gemeinsamer Wissensstand und Informationsaustausch eine zentrale Voraussetzung für eine gut koordinierte Betreuung. In Zukunft kann mit dem elektronischen Patientendossier der Kommunikationsverlauf automatisch im elektronischen Patientendossier abgelegt werden. Die Einführung einer Tarifposition für Telekonsultation würde die massive Limitation der Leistungen in Abwesenheit des Patienten etwas entschärfen. Denn heute kann die elektronische Form der Patientenberatung und Behandlung fast nur über Position 00.0140 abgerechnet werden.

Wir ersuchen Sie, bei der Umsetzung des neuen Tarmed Tarifes die Anliegen der ambulant tätigen Palliativmediziner zu berücksichtigen. Jeder Mensch in unserem Land wird früher oder später davon profitieren. Wenn bei den genannten Positionen keine Limitationen eingeführt werden, entstehen dadurch nicht Mehrkosten, sondern es werden durch Reduktion der Spitaleinweisungen am Lebensende signifikante Kosteneinsparungen generiert<sup>viii</sup>.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Andreas Weber  
Präsident SPAC

<sup>i</sup> Junker C.. Inventar der Datensituation über Palliative Care. EDI BFS 2012.

<sup>ii</sup> Brumley R. et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of randomized trial of in-home-palliative care. J Am Geriatr Soc 55:993-1000, 2007.

<sup>iii</sup> Kaufmann A.. Leistungsanalyse über das ambulante, spital-basierte Palliative Care Team der GZO Spital Wetzikon AG. Masterarbeit ZHAW 2014.

<sup>iv</sup> Schindler T. (2004). Palliativmedizin im ambulanten Sektor – Bestandesaufnahme und Zukunftsperspektiven. In: Aulbert E., Klaschik E., Schindler T. (Hrsg): Palliativmedizin im ambulanten Sektor. Beiträge zur Palliativmedizin, Band 6. Schattauer, Stuttgart, New York, S. 1-4.

<sup>v</sup> Kaufmann A.. Leistungsanalyse über das ambulante, spital-basierte Palliative Care Team der GZO Spital Wetzikon AG. Masterarbeit ZHAW 2014.

<sup>vi</sup> <http://www.palliative-so.ch/betreuungsplan.html>

<sup>vii</sup> <http://www.pallnetz.ch/p129002980.html>

<sup>viii</sup> Kosteneffektivität von Palliative Care. EDI BAG 2011.



SYSTEMIS

Geschäftsstelle Systemis  
Mühlenplatz 10  
CH-6004 Luzern

Tel. 041 410 66 57  
sekretariat@systemis.ch  
www.systemis.ch

AmtL	GP	<del>AKV</del>	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPF
DG						MT
SpD						Bio
KOM	14. Juni 2017					ASO
Kamp						LM
Int						St
RM						2 Cfr
P+O	I+S	GStr	MGP	Lit	AKV	A

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

Bern, 13. 6. 2017

### Bundesrätlicher TARMED-Tarifeingriff:

1. Beschränkung „Leistung in Abwesenheit“ bei psychiatrischer und delegierter psychotherapeutischer Tätigkeit auf zwei Stunden pro sechs Monate
2. Definition „Familiensetting“ als „drei oder mehr verwandte Personen“

Sehr geehrte Damen und Herren

Unsere Vereinigung für Systemische Therapie und Beratung Systemis möchte ebenfalls Stellung beziehen zum genannten Tarmed-Tarif-Vorschlag.

Unsere Vorstandssitzung ist am 21. Juni. Erlauben Sie uns bitte, eine kleine Fristverlängerung. Wir werden Ihnen unsere Stellungnahme gleich im Anschluss an unsere Sitzung zustellen.

Mit freundlichen Grüssen

Markus Grindat

Präsident Systemis



Systemis | Mühlenplatz 10 | 6004 Luzern

Einschreiben

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Direktionsbereich Kranken- & Unfallversicherung  
Abteilung Leistungen  
3003 Bern

Amtl.	GP	<del>KOV</del>	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG	20. Juni 2017					MT
SpD						BioM
KOM						AS Chem
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P+O						2
	I+S	GStr	MGP	Lst	AKV	AUV

Luzern, 19. Juni 2017

**Bundesrätlicher Tarmed-Tarifeingriff:**

- 1. Beschränkung „Leistung in Abwesenheit“ bei psychiatrischer und delegierter psychotherapeutischer Tätigkeit auf zwei Stunden pro sechs Monate**
- 2. Definition „Familiensetting“ als „drei oder mehr verwandte Personen“**

Sehr geehrte Damen und Herren

Grundsätzlich möchten wir zum Tarmed Tarifeingriff so Stellung nehmen, dass der Bundesrat es verpasst hat, in diesem Zusammenhang endlich das Grundproblem der psychologischen Psychotherapie in der **Grundversicherung** zu lösen, indem er Tarifpositionen einführt, die die selbständige Abrechnung der Psychotherapie ermöglicht. Einerseits begründet durch das neue Psychologieberufegesetz, welches Ausbildung und klinische Praxis der psychologischen Psychotherapie streng regelt und überwacht. Andererseits wird aber auch der Grundsatz gleicher Lohn für gleiche Arbeit verletzt: es ist nicht einsichtig, weshalb per Gesetz geregelte klinische und therapeutische Leistungen nicht gleich entschädigt werden soll. Die psychologische Psychotherapie erbringt die Leistung "Psychotherapie" mit schwer erkrankten Personen qualitativ im mindestens gleichwertigen Standard wie ärztliche TherapeutInnen. Andere Leistungen wie Physiotherapie oder Spitexleistungen, die einen tieferen Aus- & Weiterbildungsstand erfordern können im Gegensatz über die Grundversicherung auf ärztliche Anordnung abgerechnet werden. Wir stellen folglich den Antrag, die psychologische Therapie in der Grundversicherung generell eigenständig zu regeln!

Gleich wohl nehmen wir zum Tarif des hoffentlich nur noch vorübergehend notwendigen Delegationsmodell wie folgt Stellung. Zudem beantragen wir in diesem Sinne den Taif für die PsychiaterInnen anzupassen, vor allem für systemische Fachpersonen, die häufig mit sehr komplexen Störungsbildern (Multiproblem) arbeiten.

1. Als Vereinigung für Systemische Therapie & Beratung Systemis teilen wir die Besorgnis unserer systemischen Fachpersonen Psychiatrie und Psychotherapie bezüglich der Einschränkungen der Positionen „**Leistung in Abwesenheit**“, die wir im Folgenden zusammenfassen:

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit vorbehandelnden und gleichzeitig involvierten Fachstellen (delegierende Psychiaterin, andere medizinische Fachpersonen, KESB, Sozialdienste, Beistandschaften, Erziehungsberatungsstellen, Lehrpersonen etc.) in Form von Aktenstudium, Telefonaten oder gemeinsamen Standortgesprächen (mit Hin- und Rückweg) ist äusserst sinnvoll und effektiv. Die Therapie-Einstiegsphase, die eine umfassende Diagnostik beinhaltet, kann so erheblich abgekürzt werden. Doppelspurigkeiten bei der Behandlung werden vermieden und das Vorgehen kann effizient mit anderen Mitgliedern des Helfersystems koordiniert werden. Mit den neuen Einschränkungen der Position „Leistung in Abwesenheit“ kann diese interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht mehr geleistet werden. Dies wird zu vermehrten Doppelspurigkeiten in der Behandlung und zu Mehrkosten führen.
- Schwer psychisch Kranke und Personen mit eingeschränkter Zurechnungsfähigkeit erfordern erheblich mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit und Zusammenarbeit mit Angehörigen. Psychotherapeutinnen, die auf solche Personengruppen spezialisiert sind, werden mit den Tarmed-Anpassungen systematisch benachteiligt, resp. werden sich in Zukunft vermehrt entscheiden, solche Patienten nicht mehr zu behandeln. Auch dies führt zu einer Zunahme der medizinischen und staatlichen Kosten, da solche Personen infolge vermehrt stationär in der Klinik oder forensisch im Gefängnis anstatt viel kostengünstiger ambulant psychotherapeutisch behandelt würden.
- Leute mit psychischen Störungen und in akuter psychischer Krise sind meist in ihrer Fähigkeit, mit ihrem Umfeld zu kommunizieren, beeinträchtigt. Es ist sinnvoll und effizient, wenn dann vorübergehend wir Psychotherapeuten stellvertretend Gespräche mit Personen aus dem Umfeld führen. Könnten wir dies nicht mehr tun, müssten andere Personen dies übernehmen. Dies ist erschwert, da das soziale Umfeld der psychisch kranken Person mit der Situation meist überfordert ist. Bei suizidalen Krisen und bei Patienten, die zu Gewalt neigen, kann dies lebensgefährlich sein.
- Bei Verdacht auf angeborene Entwicklungsstörungen ist eine umfassende Diagnostik indiziert, um das Therapiekonzept entsprechend an die Möglichkeiten des Patienten anpassen zu können. Die Auswertung von Fragebogen und neuropsychologischer Tests, sowie die Berichterstattung erfordert hier aber erheblich mehr Zeit als die vorgesehenen zwei Stunden! Mit dem neuen Tarmed-System würde vermehrt auf eine der Komplexität der Problematik angepasste Diagnostik verzichtet werden, oder die Patienten würden zur Diagnostik an spezialisierte Institutionen weiterverwiesen. Beides wäre für das medizinische System wiederum mit Mehrkosten verbunden. Dies ist nicht nötig, da wir Psychologinnen dank Studium und Psychotherapieausbildung bezüglich Psychodiagnostik über die nötige fachliche Qualifikation verfügen.

- Es sollte eine Position „Arbeit für den Versicherer“ eingeführt werden. Das Erstellen eines Arztberichts dauert je nach Fragenkatalog eine bis drei Stunden. Häufig werden solche „Arztberichte“ von uns delegiert arbeitenden Psychotherapeutinnen verfasst und dann sowohl von uns als auch von der Ärztin unterschrieben.
- Bei delegierter Psychotherapie ist der Austausch zwischen Psychologin und delegierender Psychiaterin obligatorisch und sinnvoll. Auch dieser müsste in Rechnung gestellt werden dürfen.
- Psychotherapeutische Arbeit bedeutet, sich bei jedem Patienten / jeder Patientin in eine individuelle Lebenssituation, Lebensgeschichte und Erlebniswelt einzudenken. Dies erfordert einen erheblichen zeitlichen Aufwand in Abwesenheit des Patienten. Der Zeitaufwand ist viel grösser als bei medizinischen Leistungen anderer Fachrichtungen! Können wir diese Leistungen nicht in Rechnung stellen, werden verantwortungsvoll arbeitende Psychotherapeuten im Vergleich zu Psychotherapeuten, die vor allem Einkommensoptimierung in den Vordergrund stellen, systematisch benachteiligt. Dies beeinträchtigt die Qualität unserer Arbeit, wodurch die Disziplin „Psychotherapie“ an Glaubwürdigkeit verliert.
- Der Lohn für delegierte Psychotherapie ist im Verhältnis zu Aufwand für Aus- und Weiterbildungen, Verantwortung und Belastung bei der Berufsausübung sowie zum Nutzen für die Gesellschaft gering. Bei weiteren Lohnkürzungen könnte es zu Abwanderung von erfahrenen delegiert arbeitenden Psychotherapeuten in besser bezahlte Branchen kommen. Erschwerend kommt hinzu, dass die psychologische Psychotherapie bis anhin nicht direkt über die Grundversicherung abrechenbar ist, trotz gleichwertiger Qualität wie ärztliche Psychotherapie. Ambulante Psychotherapie würde somit eher von weniger erfahrenen Fachleuten durchgeführt. Dies wäre sicherlich nicht im Sinne der Krankenversicherer und des Gesundheitssystems.

Um für den Staat und für die Krankenversicherer Mehrkosten zu verhindern, empfehlen wir, den Umfang der Position „Leistung in Abwesenheit“ nicht zu kürzen, sondern eher auszuweiten.

2. Der Einbezug von Angehörigen in die Psychotherapie wird durch die vorgesehene **Definition von „Familiensetting“ als „drei oder mehr verwandte Personen“** massiv und auf kontraproduktive Weise eingeschränkt. Die Definition entspricht nicht den gesellschaftlichen und therapeutischen Realitäten:

- Bei der aktuellen Scheidungsrate behandeln wir sehr häufig Personen aus Patchworkfamilien. Hier sollte z.B. auch der Einbezug von Stiefelternanteilen, die de facto Elternfunktion übernehmen, über den Indexpatienten abgerechnet werden können.
- Auch ist es unrealistisch, dass immer mindestens drei Personen anwesend sein müssen. Oft ist es wichtig, dass Angehörige, z.B. Ehepartner, unter vier Augen ohne Beisein der Patientin gesprochen werden dürfen, selbstverständlich in Absprache und im Einverständnis mit der Indexpatientin. Alleinerziehende Elternteile sollten

auch alleine zu einer „Familiensitzung“ erscheinen dürfen. Bei Kindern ist es oft kontraproduktiv, dass das Kind bei Elternsitzungen dabei ist. Generationengrenzen und Hierarchien müssen respektiert werden. Eine Differenzierung zwischen Ein- und Mehrpersonensetting würde nur dann Sinn machen, wenn für das Mehrpersonensetting ein höherer Tarif abgerechnet werden dürfte, weil deren Durchführung anspruchsvoller ist.

- Forschungsergebnisse belegen, dass der regelmässige Einbezug von Angehörigen in die Psychotherapie sinnvoll und effektiv ist. Die Interaktionen zwischen dem Inpatienten und seinen Angehörigen haben einen entscheidenden Einfluss auf den Therapieverlauf. Können diese Interaktionen therapeutisch genutzt und / oder beeinflusst werden, steigen die Chancen für einen positiven Verlauf erheblich. Mit der vorgesehenen Definition ist ein effektives Systemtherapeutisches Arbeiten nicht möglich.
- Familien mit behandlungsbedürftigen Kindern werden stark entlastet, wenn sie nicht immer physisch anwesend sein müssen. Behandlung ist für Familien immer auch Belastung. Wenn ich also immer eine Helferrunde einberufen muss inklusive Familie, wenn ich mit anderen Fachleuten etwas besprechen will, nur damit es verrechenbar wird, dann belaste ich damit auch die Familie (neben höheren Kosten) und mache sie krank anstatt gesund.

Deshalb empfehlen wir, dass auch Gespräche bezüglich des Patienten mit nicht verwandten Angehörigen des Patienten sowie Gespräche mit nur einer oder zwei angehörigen Personen unter der Position „Familiensetting“ abgerechnet werden können.

Wie eingangs geschrieben möchten wir, dass die Psychologische Psychotherapie grundsätzlich über die Grundversicherung gelöst wird.

Ebenso erwarten wir auch, dass durch den Eingriff in die Tarifstruktur jetzt nicht psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen als Nebenwirkung gekürzt werden, weil diese im Bereich der ärztlichen Leistungen sowieso schon am Ende der Einkommensskala eingereiht sind. Im Gegenteil war es ja Absicht des Bundesrates, die Leistungen der Grundversorgung gegenüber den spezialärztlichen "technischen" Leistungen aufzuwerten, respektive anzunähern.

Wir hoffen, dass der Bundesrat und das Bundesamt für Gesundheit auf diese Anliegen eingehen. Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Markus Grindat, Präsident



Vereinigte Schulpsychologinnen  
und Schulpsychologen des Kantons Zürich

Herr Bundesrat Alain Berset  
Vorsteher Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)  
Eingereicht beim Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

AmtL	GP	<del>AKV</del>	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG						MT
SpD						BioM
KOM						AS/Cher
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P+Q	I+S	GSr	MGP	List	AKV	AUV

Zürich, 20. Juni 2017

### **Stellungnahme der Zürcher Schulpsychologinnen und Schulpsychologen zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung**

#### **«Arbeit in Abwesenheit» und «Telefonische Konsultationen»**

Sehr geehrter Herr Berset

Mit grosser Sorge haben wir Kenntnis genommen von der geplanten Einschränkung der Tarifpositionen für «Arbeit in Abwesenheit» und «Telefonische Konsultationen» durch einen Tarifeingriff des Bundesrates.

Als fachliche Partner in der Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychotherapeuten, sowie niedergelassenen Haus- und Kinderärzten, sehen wir den dringend notwendigen, interdisziplinären Austausch durch diese Massnahme stark gefährdet. Im Schnittfeld der pädagogisch-psychologischen und medizinischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen ist eine Koordination der verschiedenen Massnahmen unabdingbar, was regelmässige, mitunter auch einmal zeitintensive Gespräche unter den erwachsenen Bezugspersonen beinhaltet. Eine Beschränkung der Interventionen auf die therapeutische Arbeit mit dem Klienten allein, in diesem Fall dem betroffenen Kind, entspricht in keinsten Weise dem zeitgemässen fachlichen Standard. Dies wäre ineffizient, kontraproduktiv und in gewissen Fällen sogar schädigend. Eine Verlängerung der Behandlungsdauer, ein Leerlauf und damit eine Kostensteigerung bei schulischen und sozialpädagogischen Massnahmen und die Chronifizierung von sich abzeichnenden gravierenden, psychischen Problemen wären die Folgen.

Dies ist weder den jungen Patienten gegenüber ethisch vertretbar noch im Interesse der Kostenträger.

Wir, Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, sind in unserer Arbeit auf den wertvollen, fachlichen Austausch von Fachärzten und -psychologen angewiesen. Gerade bei der geforderten und vielfach auch erfolgreich umgesetzten Integration von Kindern mit komplexen Störungen wie Autismus, ausgeprägtes ADHS, Angststörungen oder Depressionen in Regelklassen sind Beratung und Informationen über den Behandlungsverlauf bei schulexternen Fachleuten Voraussetzung für das Gelingen. Deshalb sind im Zürcher Volksschulgesetz die Standortgespräche mit den beteiligten Fachpersonen verbindlich vorgeschrieben.

Könnten Fachärzte und -psychologen aus Kostengründen nicht mehr daran teilnehmen, würde ein wesentliches Standbein des Integrationskonzeptes wegfallen.

Aus den oben genannten Gründen ersuchen wir Sie deshalb dringend, die Gestaltung der Tarifpositionen nochmals zu überdenken und die besonderen, fachlich legitimierte Gegebenheiten der medizinisch-psychologischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse



Katrin Gossner, VSKZ Co-Präsidentin

Kantonalverband der Zürcher Psychologinnen und Psychologen ZüPP  
Sektion Schulpsychologie VSKZ

Lic. phil. Brigit Baumberger König  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

Delegierte Psychotherapie bei  
Dr. med. Zsuzsanna Csontos  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

AmtL	GP	<del>KUV</del>	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
DG						MT
SpD						BioM
KOM	20. Juni 2017					AS/Cher
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P + O	I + S	GStr	MGP	Lst	AKV	AUV

ZSB Bern  
Zentrum für Systemische Therapie und Beratung  
Villemattstr. 15  
3007 Bern  
Tel. 079 751 59 43  
brigit.baumberger@fsp-hin.ch

**Bundesamt für Gesundheit BAG**  
Direktionsbereich Kranken- und  
Unfallversicherung  
Abteilung Leistungen  
  
3003 Bern

Bern, 12. 6. 2017

EINSCHREIBEN

## Bundesrätlicher TARMED-Tarifeingriff bei delegierter Psychotherapie

1. Beschränkung „Leistung in Abwesenheit“ bei psychiatrischer und delegierter psychotherapeutischer Tätigkeit auf zwei Stunden pro sechs Monate
2. Definition „Familiensetting“ als „drei oder mehr verwandte Personen“

Sehr geehrte Damen und Herren

1. Als delegiert arbeitende Fachpsychologin für Psychotherapie FSP möchte ich mich dem Schreiben von Dr. med. Philipp Hurni, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 10.5.2017 anschliessen. Ich teile seine Besorgnisse bezüglich der Einschränkungen der Positionen „**Leistung in Abwesenheit**“, die ich im Folgenden zusammenfasse und ergänze:

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit vorbehandelnden und gleichzeitig involvierten Fachstellen (andere medizinische Fachpersonen, KESB, Sozialdiensten, Beistandschaften, Erziehungsberatungsstellen, Lehrpersonen etc.) in Form von Aktenstudium, Telefonaten oder gemeinsamen Standortgesprächen (mit Hin- und

Rückweg) ist äusserst sinnvoll und effektiv. Die Therapie - Einstiegsphase, die eine umfassende Diagnostik beinhaltet, kann so erheblich abgekürzt werden. Das Vorgehen kann effizient mit anderen Mitgliedern des Helfersystems koordiniert werden und Doppelspurigkeiten während der Behandlung werden vermieden. Mit den neuen Einschränkungen der Position „Leistung in Abwesenheit“ kann diese interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht mehr geleistet werden. Dies wird zu vermehrten Doppelspurigkeiten in der Behandlung und zu Mehrkosten führen.

- Schwer psychisch Kranke (z.B. Borderlinepatientinnen mit rezidivierenden suizidalen Krisen), Personen mit eingeschränkter Zurechnungsfähigkeit (z.B. Kinder, Personen im hohen Alter, mit psychotischen Beschwerdebildern oder geistig Behinderte) und Patienten mit fehlender oder ambivalenter Therapiemotivation (z.B. Jugendliche, Anorexiepatientinnen, Schulverweigerer, Suchtpatientinnen oder Personen mit Neigung zu Gewalttätigkeit) erfordern erheblich mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit und Zusammenarbeit mit Angehörigen. Psychotherapeutinnen, die auf solche Personengruppen spezialisiert sind, werden mit den Tarmed - Anpassungen systematisch benachteiligt, rsp. werden sich in Zukunft vermehrt entscheiden, solche Patienten nicht mehr zu behandeln. Auch dies führt zu einer Zunahme der medizinischen und staatlichen Kosten, da solche Personen infolge vermehrt stationär in der Klinik oder forensisch im Gefängnis anstatt viel kostengünstiger ambulant psychotherapeutisch behandelt würden.
- Leute mit psychischen Störungen und in akuter Krise sind meist in ihrer Fähigkeit, mit ihrem Umfeld zu kommunizieren, beeinträchtigt. Es ist sinnvoll und effizient, wenn dann vorübergehend wir Psychotherapeuten stellvertretend Gespräche mit Personen aus dem Umfeld führen. Könnten wir dies nicht mehr tun, müssten andere Personen dies übernehmen. Dies ist erschwert, da das soziale Umfeld der psychisch kranken Person mit der Situation meist überfordert ist. Bei suizidalen Krisen und bei Patienten, die zu Gewalt neigen, kann dies lebensgefährlich sein.
- Bei Verdacht auf angeborene Entwicklungsstörungen wie ADHS oder Autismus-Spektrum-Störungen ist eine umfassende Diagnostik indiziert, um das Therapiekonzept entsprechend an die Möglichkeiten der Patientin anpassen zu können. Die Auswertung von Fragebogen und neuropsychologischer Tests, sowie die Berichterstattung erfordert hier aber erheblich mehr Zeit als die vorgesehenen zwei Stunden! Mit dem neuen Tarmed-System würde vermehrt auf eine der Komplexität der Problematik angepasste Diagnostik verzichtet werden, oder die Patienten würden zur Diagnostik an spezialisierte Institutionen weiterverwiesen. Beides wäre für das medizinische System wiederum mit Mehrkosten verbunden. Dies ist nicht nötig, da wir Psychologinnen dank Studium und Psychotherapieausbildung bezüglich Psychodiagnostik über die nötige fachliche Qualifikation verfügen.
- Ich stimme mit Herrn Hurni überein, dass eine Position „Arbeit für den Versicherer“ eingeführt werden sollte. Das Erstellen eines Arztberichts dauert je nach Fragenkatalog eine bis drei Stunden. Häufig werden solche „Arztberichte“ von uns delegiert arbeitenden Psychotherapeutinnen verfasst und dann sowohl von uns als auch von der Ärztin unterschrieben.
- Bei delegierter Psychotherapie ist der Austausch zwischen Psychologin und delegierender Psychiaterin obligatorisch und sinnvoll. Auch dieser müsste in Rechnung gestellt werden dürfen.

- Psychotherapeutische Arbeit bedeutet, sich bei jedem Patienten / jeder Patientin in eine individuelle Lebenssituation, Lebensgeschichte und Erlebniswelt einzudenken. Dies erfordert einen erheblichen zeitlichen Aufwand in Abwesenheit des Patienten. Der Zeitaufwand ist viel grösser als bei medizinischen Leistungen anderer Fachrichtungen! Können wir diese Leistungen nicht in Rechnung stellen, werden verantwortungsvoll arbeitende Psychotherapeuten im Vergleich zu Psychotherapeuten, die vor allem Einkommensoptimierung in den Vordergrund stellen, systematisch benachteiligt. Dies beeinträchtigt die Qualität unserer Arbeit, wodurch die Disziplin „Psychotherapie“ an Glaubwürdigkeit verliert.
- Der Lohn für delegierte Psychotherapie ist im Verhältnis zu Aufwand für Aus- und Weiterbildungen, Verantwortung und Belastung bei der Berufsausübung, sowie zum Nutzen für die Gesellschaft gering. Bei weiteren Lohnkürzungen könnte es zu Abwanderung von erfahrenen delegiert arbeitenden Psychotherapeuten in besser bezahlte Branchen kommen. Erschwerend kommt hinzu, dass die psychologische Psychotherapie bis anhin nicht direkt über die Grundversicherung abrechenbar ist, trotz gleichwertiger Qualität wie ärztliche Psychotherapie. Ambulante Psychotherapie würde somit eher von weniger erfahrenen Fachleuten oder von teureren Psychiatern durchgeführt. Dies wäre sicherlich nicht im Sinne der Krankenversicherer und des Gesundheitssystems.

**Um für den Staat und für die Krankenversicherer Mehrkosten zu verhindern, empfehle ich also dringend, den Umfang der Position „Leistung in Abwesenheit“ nicht zu kürzen, sondern eher auszuweiten.**

2. Der Einbezug von Angehörigen in die Psychotherapie wird durch die vorgesehene **Definition von „Familiensetting“ als „drei oder mehr verwandte Personen“** massiv und auf kontraproduktive Weise eingeschränkt. Die Definition entspricht nicht den gesellschaftlichen und therapeutischen Realitäten:

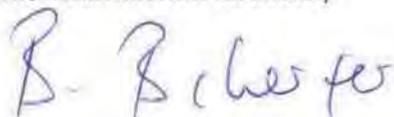
- Bei der aktuellen Scheidungsrate behandeln wir sehr häufig Personen aus Patchworkfamilien. Hier sollte z.B. auch der Einbezug von Stiefelternteilen, die de facto Elternfunktion übernehmen, über den Indexpatienten abgerechnet werden können.
- Auch ist es unrealistisch, dass immer mindestens drei Personen anwesend sein müssen. Oft ist es wichtig, dass Angehörige, z.B. Ehepartner, unter vier Augen ohne Beisein der Patientin gesprochen werden dürfen, selbstverständlich in Absprache und im Einverständnis mit der Indexpatientin. Alleinerziehende Elternteile sollten auch alleine zu einer „Familiensitzung“ erscheinen dürfen. Bei Kindern ist es oft kontraproduktiv, dass das Kind bei Elternsitzungen dabei ist. Generationengrenzen und Hierarchien müssen respektiert werden. Eine Differenzierung zwischen Ein- und Mehrpersonensetting würde nur dann Sinn machen, wenn für das Mehrpersonensetting ein höherer Tarif abgerechnet werden dürfte, weil deren Durchführung anspruchsvoller ist.
- Als systemisch arbeitende Psychotherapeutin kann ich Forschungsergebnisse, die belegen, dass der regelmässige Einbezug von Angehörigen in die Psychotherapie sinnvoll und effektiv ist, bestätigen. Die Interaktionen zwischen dem Indexpatienten

und seinen Angehörigen haben einen entscheidenden Einfluss auf den Therapieverlauf. Können diese Interaktionen therapeutisch genutzt und / oder beeinflusst werden, steigen die Chancen für einen positiven Verlauf erheblich. Mit der vorgesehenen Definition ist ein effektives Systemtherapeutisches Arbeiten nicht möglich.

Deshalb empfehle ich, dass auch Gespräche bezüglich des Patienten mit nicht verwandten Angehörigen des Patienten, sowie Gespräche mit nur einer oder zwei angehörigen Personen unter der Position „Familiensetting“ abgerechnet werden können.

Ich hoffe auf Ihr Verständnis und stehe für weitere Fragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,



Lic. phil. Brigitta Baumberger König  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

Beilage: Kopie des Schreibens von Dr. med. Philipp Hurni, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 10.5.2017

Folgende im Raum Bern tätigen delegiert arbeitenden Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen erklären sich mit dem Inhalt und der Form dieses Schreibens einverstanden und möchten mit ihrer Unterschrift diesem Nachdruck verleihen:



Lic. phil. Leila Baumgartner  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP



Lic. phil. Karin Gfeller Grehl  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP



Lic. phil. Denise Heimberg  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

S. Hostettler

Lic. phil. Susanne Hostettler  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

S. Käch

Lic. phil. Susanne Käch  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

M. Lächler

Dr. phil. Marc Lächler  
Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

H.S. Maeder Lehmann

Lic. phil. Heidi Maeder Lehmann  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

S. Nussbaumer

Dipl. psych. FH, Psychologin SBAP Sven Nussbaumer  
Eidg. anerkannter Psychotherapeut

A. Perales - Wälti

Lic. phil. Andrea Perales - Wälti  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP  
Fachpsychologin für Kinder- und Jugendpsychologie FSP

E. Perrenoud Zirlick

Lic. phil. Esther Perrenoud Zirlick  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

R. Stünzi-Moesch

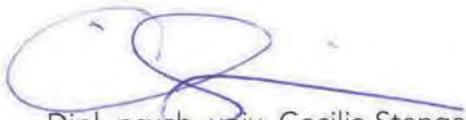
Regula Stünzi-Moesch  
Eidg. anerkannte Psychotherapeutin SBAP, dipl. Paar- und Familientherapeutin Systemis.ch, dipl. Sozialarbeiterin FH

L. Sutter

Lic. phil. Lisa Sutter  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP



Lic. phil. Louise Södermark  
Psychologin FSP



Dipl. psych.-univ. Cecilia Stengard  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP



Lic. phil. Nathalie Weber  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP



Lic. phil. hum. Ulrike Buchkremer  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP



Lic. phil. Cornelia Zuberbühler  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP



M. sc. Fabienne Wicki  
Psychologin FSP

Lic. phil. Selina Brunner  
Psychologin  
S. Brunner

Lic. phil. Esther Hildebrand Hilt  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP  
E. Hildebrand Hilt

Dipl. - Psych. Regul. v. Grünigen Reubke  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

R. v. S. - Reubke



Msc. Tiana Karamitros  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

**Dr. med. Ph. Hurni**  
Facharzt für Psychiatrie  
und Psychotherapie FMH  
Villettefemattstrasse 15  
3007 Bern  
Tel. 0041 31 372 22 66  
0041 79 409 35 18  
[p.hurni@hin.ch](mailto:p.hurni@hin.ch)

17.05.2017

**Bundesamt für Gesundheit BAG**  
Direktionsbereich Kranken- & Unfallversicherung  
Abteilung Leistungen

EINSCHREIBEN

3003 Bern

### **Bundesrätlicher TARMED-Tarifeingriff**

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich erlaube mir als Einzelperson und praxisführender Psychiater im Rahmen des laufenden Vernehmlassungsverfahrens eine Rückmeldung an diejenige Bundesstelle, deren Aufgabe es sei „die öffentliche Gesundheit zu schützen“ und die sich „ einem hohen Ziel verschrieben“ habe, nämlich „dem Wohlergehen der Menschen in diesem Land“ (Zitate Homepage BAG).

Als praktizierender Psychiater bin ich tagtäglich konfrontiert mit denjenigen Menschen in diesem Land, für die Wohlergehen zwar ersehntes Ziel, aber nicht Realität bedeutet. Die neuen bundesrätlichen Tarifeingriffe – ich beziehe mich hier und im Folgenden auf diejenigen, welche mich als Psychiater betreffen, denn nur deren Auswirkungen kann ich beurteilen - haben mich in diesem Zusammenhang erschreckt und auch geärgert. Abgesehen von einer generellen Abwertung meiner Leistungen kann ich nämlich keinerlei nachvollziehbares System erkennen und schon gar nicht eines, das eine wirksame, zweckmässige und schlussendlich auch wirtschaftliche Arbeitsweise für mich als Psychiater fördern könnte. Im Gegenteil erachte ich die Massnahmen in Bezug auf die WZW-Kriterien sogar als kontraproduktiv. Zusammenfassend entsteht bedauerlicherweise der Eindruck, als ob die Massnahmen von einer Stelle vorgeschlagen und beschlossen worden wären, die keinen echten Bezug zur tatsächlichen Realität hat.

Als Praktiker erachte ich es auch als meine Aufgabe, diese essentiellen Informationen an die entscheidenden Stellen rückzumelden. Entsprechend versuche ich im Folgenden, konkrete Auswirkungen der bundesrätlichen Eingriffe aufzuzeigen und beziehe mich dabei im Besonderen auf die vorgesehene verstärkte Limitierung der Tarmed-Position „Leistung in Abwesenheit“.

Schon die bisherige Limitierung empfand ich in der täglichen Praxis immer wieder als nicht zweckmässig und sie entspricht nicht der fachlich sinnvollen Arbeit. Die nun vorgegebene weitergehende Limitierung wird nun aber definitiv dazu führen, dass in vielen Fällen tatsächlich nicht mehr professionell gearbeitet werden kann!

Vor kurzem übernahm ich beispielsweise von einem verstorbenen Kollegen eine knapp 50-jährige Patientin mit langer psychiatrischer Vorgeschichte. Allein die Berichte der einen stationären Einrichtung, die die Patientin in den letzten Jahren betreut hatte, umfassen ein Dossier von gegen hundert A4-Seiten. Die Limitierungen führen dazu, dass es mir gar nicht mehr möglich sein wird, mich über die Aktenlage in einer ausreichenden Art und Weise zu informieren.

Ich frage Sie, wie es möglich sein soll, vor diesem Hintergrund eine verantwortliche und professionelle Behandlung durchzuführen?

Da ich als systemisch denkender und arbeitender Therapeut in meiner Praxis zahlreiche komplexe und vernetzte Fälle behandle, ist ein entsprechender Informationsfluss für meine Arbeit und das fallbezogene Outcome oft entscheidend. Der sogenannten Interprofessionalität wird in der letzten Zeit ja glücklicherweise mehr Beachtung geschenkt und ihre Notwendigkeit vermehrt erkannt. Dies empfinde ich als längst überfällig. Für mich war es schon immer selbstverständlich, mit anderen involvierten und behandelnden Stellen zu kommunizieren um zu informieren, Informationen zu erhalten, zu motivieren und zu koordinieren. Hier liegt meines Erachtens eine bisher noch zu wenig genutzte Ressource, um Behandlungen effizienter und damit wirksamer, zweckmässiger und vor allem schlussendlich auch kostengünstiger zu machen.

Bei vielen meiner Patienten und Patientinnen kommuniziere ich zu diesem Zweck regelmässig mit z.B. Angehörigen, Hausärzten, Spezialärztinnen, delegiert arbeitenden PsychologInnen, Psychiatriepflegern, Spitex-Einrichtungen, Ergo- und weiteren Therapeutinnen, Arbeitgebern, Personalabteilungen, Sozial- und andern Ämtern, Erwachsenen- und Kinderschutzbahörden, Schulen, Wohnheimen, stationären Behandlungseinrichtungen usw.

Können Sie mir sagen, welchen Sinn es macht, wenn diese Kommunikation auf wenige Minuten pro Monat reduziert wird?

Die vorgesehene Limitierung der Leistung in Abwesenheit wird nicht nur dazu führen, dass die Qualität der laufenden Therapien vor allem der schwerer erkrankten Patienten und Patientinnen zwangsläufig sinken wird, sondern es wird für diese auch (noch) schwieriger werden, überhaupt einen Therapieplatz zu finden. Denn Psychiater und Psychiaterinnen werden bei den Anmeldungen vermehrt unkompliziertere und leichter erkrankte Fälle auswählen, da eine bei schwer Erkrankten praktisch immer notwendige sehr umfangreiche „Umgebungsarbeit“ gar nicht mehr entschädigt wird.

Erlauben Sie mir ferner noch eine Anmerkung zur vorgesehenen Differenzierung der Position „Leistung in Abwesenheit“.

Diese Spezifizierung dient sicherlich der Transparenz und der voraussichtliche Mehraufwand bei der Abrechnung scheint sogar vor dem Hintergrund der stetigen Ausweitung der ärztlichen

administrativen Aufgaben (welche bedauerlicherweise zwangsläufig mit der Reduktion der zur Verfügung stehenden Zeit für die eigentliche Kernaufgabe einhergeht) verkraftbar. Wenn aber nicht „fake news“ sondern im Gegensatz dazu die Wirklichkeit abgebildet werden soll, fehlt in der erfolgten Aufsplittung eine wesentliche Position, nämlich die „Arbeit für den Versicherer“! Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um zu erstellende Berichte zur Beantwortung von Fragen der Krankenkassen. Dieser Teil der ärztlichen (Administrations-)Arbeit steigt seit einiger Zeit massiv und hat mittlerweile ein Ausmass erreicht, das meines Erachtens nicht länger fast unentgeltlich geleistet werden kann und soll. Dies umso mehr, als die Anfragen der Versicherungen nicht nur quantitativ stark zunehmen, sondern gleichzeitig qualitativ immer mehr zu wünschen übrig lassen. Die gestellten Fragen spotten zunehmend den WZW-Kriterien, sie wirken standardisiert, automatisiert, sind oft völlig unzweckmässig und auch redundant. Der Aufwand für den Versicherer scheint minim, da der Versand der Fragenkataloge offensichtlich in der Regel aufgrund von voreingestellten Algorithmen erfolgt. Für mich als Psychiater ist die Beantwortung der Fragen aber aufwendig, da psychiatrische und psychotherapeutische Prozesse praktisch immer komplex, mehrschichtig und nichtlinear sind und das Herunterbrechen auf eine leicht verständliche und gleichzeitig korrekte schriftliche Form eine anspruchsvolle Tätigkeit darstellt. Leider kommt dazu noch die zunehmende Erfahrung, dass diese Berichte anscheinend gar nicht wirklich gelesen werden – zumindest nicht von fachkundigen Personen - und so entsteht der Verdacht, dass das überhand nehmende Berichtswesen zunehmend eine Schikane der Versicherer darstellt, um möglicherweise schwerer erkrankte Versicherte loszuwerden.

Müssten Versicherer ärztliche Berichte gemäss Aufwand einigermaßen korrekt entschädigen, wären sie gezwungen, das Berichtswesen effizienter und zweckmässiger zu gestalten. Dies würde Ressourcen für die effektive Therapiearbeit freisetzen und somit zu einer Effizienzsteigerung und damit Kosteneinsparung im Gesundheitswesen führen.

Aus diesen Gründen halte ich die Einführung einer Tarifposition „Leistung für den Versicherer“ für zwingend notwendig.

Zu guter Letzt noch dies:

Die Einkommen der Psychiater liegen am untersten Ende der ärztlichen Einkommensskala, sogar noch deutlich unter denjenigen der Allgemeinpraktiker. Der Nachwuchs an Psychiatern ist dramatisch im Rückgang begriffen, so wird es z.B. in den Kliniken immer schwieriger, offene Stellen überhaupt zu besetzen und das Durchschnittsalter der freipraktizierenden Psychiater bewegt sich immer mehr zum Pensionsalter hin. Ergänzend kann ich Ihnen aus meiner Praxistätigkeit berichten, dass ich einen Grossteil der mich anfragenden Kranken und Hilfesuchenden mangels Kapazität abweisen und an KollegInnen verweisen muss, obwohl ich weiss, dass diese in der gleichen Situation sind.

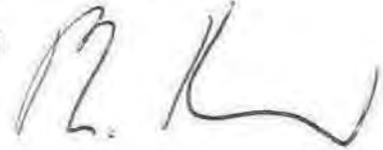
Die Nachfrage übertrifft das Angebot in immer grösserem Ausmass.

Ich bitte Sie, sich zu überlegen, wie ein Tarifeingriff, der eine weitere Einkommenseinbusse für die Psychiater und Psychiaterinnen zur Folge hat, sich auf diese Situation auswirken wird.

Ich hoffe, mit diesem Brief einen Beitrag dazu leisten zu können, dass das Tarifsysteem Tarmed wirksamer, zweckmässiger und nachhaltig wirtschaftlicher gestaltet wird, mit dem Ziel, das Wohlergehen der Menschen in diesem Land zu fördern. Entscheidend ist, dass die „Gestalter“ die dazu unbedingt nötigen Informationen von der Realitäts-Front direkt erhalten. Entsprechend bin ich gerne bereit, Ihnen für diesbezügliche Fragen zur Verfügung zu stehen.

Ich grüsse Sie freundlich

Dr. med. Philipp Hurni



Folgende in der Stadt Bern tätigen Psychiaterinnen und Psychiater erklären sich mit Inhalt und Form dieses Schreibens einverstanden und möchten mit ihrer Unterschrift diesem Nachdruck verleihen:

Dr. med. Zsuzsanna Csontos



Herr Oliver Grehl

Dr. Dashurije Hoti



Dr. med. Jürg Liechti

Med. pract. Christoph Mast

Dr. med. Klemens Menzi

Dr. med. Sandra Schärer

Dr. med. Margrit Studer Dangerfield

Frau Karin Wechsler Meier *med. pract.*

Dr. med. Martin Zbinden

Dr. med. Matthias Golder

Dr. Lucia Gsteiger

Dr. med. Beatrice Hunkeler Bortot

Dr. med. Monique Liechti-Darbella

Herr Marcel Meier *med. pract.*

Dr. med. David Móri

Dr. med. Petra Sorgenfrey

Dr. med. Christoph Thiel

Dr. med. Paul Zamboni

<del>AmL</del>	GP	<del>KLV</del>	OeG	VS	R	DM
DS	Bundesamt für Gesundheit					NPP
<del>AG</del>	06. Juni 2017					MT
SpD						BioM
KOM						A3-Chem
Kamp						LMS
Int						Str
RM						Chem
P+O						15
I+S	GStr	MGP	Lst	AKV	AUV	

EIDGENÖSSISCHE FINANZKONTROLLE  
 CONTRÔLE FÉDÉRAL DES FINANCES  
 CONTROLLO FEDERALE DELLE FINANZE  
 SWISS FEDERAL AUDIT OFFICE



**EINGEGANGEN**

- 6. Juni 2017

Registratur GS EDI

Monsieur le Conseiller fédéral  
 Alain Berset  
 Chef du Département fédéral de l'Intérieur DFI  
 Inselgasse 1  
 3003 Berne

Date 1<sup>er</sup> juin 2017

Votre référence Votre courrier du 31 mars 2017  
 Notre référence 3.0000.301.00008.006 / crla

**TARMED et suivi des recommandations du Contrôle fédéral des finances  
 Prise de position dans le cadre de la consultation**

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous remercions de votre courrier du 31 mars 2017 concernant les mesures proposées pour adapter la structure tarifaire TARMED.

Le Contrôle fédéral des finances (CDF) se réjouit que ce dossier constitue désormais une priorité du DFI. Il estime que les adaptations prévues dans le projet soumis à consultation vont dans la bonne direction. Elles fournissent une réponse à une partie des recommandations formulées dans le rapport du CDF de 2010.

Le CDF soutient la démarche de rectifier les prestations surtarifiées et de réduire les incitations à facturer à tort certaines positions. Il partage l'analyse du DFI sur l'identification des domaines médicaux connaissant des positions surévaluées. Il salue les 13 propositions de modifications des positions tarifaires, tout particulièrement l'augmentation de la productivité dans les unités fonctionnelles opératoires et l'abaissement voire la suppression de certains minutages. Le CDF avait soulevé ces points dans son rapport de 2010.

Le CDF relève toutefois le risque que les spécialistes ne compensent les réductions en augmentant les quantités. Il prend acte de la volonté du DFI de mettre en place un monitoring en précisant les informations et les données que les partenaires tarifaires doivent fournir aux autorités fédérales grâce à une modification d'ordonnance.

Michel Huissoud Monbijoustrasse 45  
 T +41 58 463 10 35 CH-3003 Berne  
 michel.huissoud@efk.admin.ch T +41 58 463 11 11  
 www.cdf.admin.ch F +41 58 463 11 00

Le CDF partage le point de vue du DFI sur le fait qu'une intervention du Conseil fédéral à titre subsidiaire ne peut pas constituer une solution à long terme. Il convient d'examiner les suites données aux initiatives de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national. L'introduction d'une disposition légale obligeant les partenaires tarifaires à remettre aux autorités fédérales leurs données en vue de fixer et d'adapter la structure tarifaire est une nécessité. Cette disposition doit conduire les autorités fédérales à mener davantage d'analyses. Le DFI ne fait cependant pas de lien avec l'état actuel du projet MARS visant à améliorer la qualité des données statistiques du secteur ambulatoire. Une coordination est nécessaire pour exploiter au mieux les données et éviter des doublons.

Le CDF rappelle que sa recommandation relative à la lisibilité des factures TARMED reste un point sur lequel le DFI n'apporte pas de proposition d'amélioration. Il convient notamment de rendre plus transparent les temps de présence facturés. C'est un des points que le patient peut le mieux contrôler et cela peut avoir un effet préventif au niveau du prestataire.

Nous vous prions d'intégrer la position du CDF dans les résultats de la procédure de consultation.

Nous vous remercions une fois encore de votre précieuse collaboration et nous tenons à votre disposition pour de plus amples renseignements.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'expression de notre haute considération.

CONTROLE FEDERAL DES FINANCES

Le directeur



Michel Huissoud

Copie électronique

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

**Von:** Anne Jacquier-Delaloye <anne.jacquier@hevs.ch>  
**Gesendet:** Montag, 12. Juni 2017 13:26  
**An:** \_BAG-Abteilung Leistungen; \_BAG-DM  
**Betreff:** Prise de position HEdS / Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie  
**Anlagen:** Mémo structures tarifaires WORD.docx; Mémo structures tarifaires PDF.pdf

Madame, Monsieur,

Nous saluons le travail effectué dans le cadre de la Modification de l'Ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance maladie.

Porteuse d'une formation Bachelor of Science en physiothérapie, la Haute Ecole de Santé Valais s'est sentie concern e par l'objet cité en marge et se permet de vous transmettre sa prise de position qui porte en particulier sur la valeur du point.

Nous restons à disposition pour toute information complémentaire.

Avec nos meilleurs messages.

HES-SO Valais-Wallis  
Haute Ecole de Santé  
Anne Jacquier-Delaloye  
Directrice

---

Be green, keep it on the screen

## RAPPORT / MEMO

**À :** Office fédéral de la santé publique

**DE :** Anne Jacquier-Delaloye, Directrice Haute Ecole de Santé Valais

**DATE / REF :** 9 juin 2017

**CONCERNE :** Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie : consultation

---

Porteuse d'une formation Bachelor of Science en physiothérapie, la Haute Ecole de Santé Valais s'est sentie concernée par l'objet cité en marge et se permet de vous transmettre sa prise de position qui porte en particulier sur la valeur du point.

Le problème n'est pas la structure tarifaire mais le Taxpunkt (sa valeur) et c'est bien pour cela que le métier se féminise fortement et que de moins en moins de jeunes diplômés envisagent de travailler dans des cabinets privés ou de se mettre à leur compte. Un physiothérapeute traitant 2 patients par heure (2X position 7301 à 48 points, valeur du point en Valais de 88 cts) pourra facturer env. 85 francs par heure. Un physiothérapeute devrait pouvoir facturer le double (150-160.-/h, valeur du point 1.6 et non 0.8). Les frais de personnel administratif, de conciergerie, matériel, loyer etc... ne peuvent être couverts convenablement par de tels tarifs.

La position 7301, la plus usitée, comprend 30 minutes de traitement, ce qui correspond à 48 points. Ceci amène à ce que le physiothérapeute traite 2 patients par heure. Ce critère de temps n'était pas présent dans la dernière structure tarifaire. Quid si le traitement est terminé après 10, 15, 20, 25 minutes ? Faire des actes injustifiés et contra-productifs pour combler le laps de temps restant afin de pouvoir facturer ? Le physiothérapeute est formé au niveau HES en Suisse et est capable de décider de l'arrêt de la thérapie ou non après un moment donné. Un blocage articulaire par exemple peut être traité parfaitement en moins de 30 minutes (cf. les chiropraticiens, médecins manuels...). Un traitement de moins de 30 minutes permet également dans certaines circonstances de ne pas surcharger le patient.

En somme, il s'agirait de supprimer le paramètre temps dans la position 7301 ou de créer des positions au paramètre temps plus court que 30 minutes comme chez d'autres professionnels de la santé (10, 15, 20, 25 min avec 5' suppl. etc...) ou supprimer la remarque liminaire n° 5 où il est mentionné que « Si le temps effectif de thérapie auprès du patient est inférieur au temps attribué à la position moins 5 minutes de préparation et de tenue des dossiers, la séance ne peut pas être facturée ».

Une position tarifaire pour la location de matériel à domicile (kinétec, etc...) devrait également être ajoutée.

Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Pestalozzistrasse 5, CH-8032 Zürich

Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 157  
3097 Liebfeld

Zürich, 21.06.2017  
Iren Bischofberger  
iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch  
Tel. Zentrale +41 43 222 63 00  
Tel. direkt +41 43 222 50 58  
www.kalaidos-gesundheit.ch

---

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

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset, sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir die Gelegenheit wahr, die Verordnung zu geplanten Änderungen im TARMED in zwei Punkten zu kommentieren, dies basierend auf unserer Kernkompetenz im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit v.a. zwischen Pflege und Medizin und auch in der koproduktiven Zusammenarbeit mit Patient/innen und pflegenden Angehörigen.

1. Wir begrüßen die verbesserte Transparenz in der Tarifierung von Leistungen «In Abwesenheit des Patienten» (Tarifposition 00.0140), die nun in mehrere Positionen (v.a. 00.0141 bis 00.0145) aufgeschlüsselt ist. Dies stärkt Leistungen für die koordinierte Versorgung durch verschiedene Professionen. Davon profitieren v.a. Patient/innen und Angehörige in komplexen Krankheits- oder Behinderungssituationen, wenn zahlreiche Personen und Institutionen oft über längere Zeit und an unterschiedlichen Orten am Versorgungsprozess beteiligt sind.

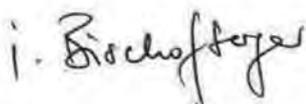
Ebenfalls dienen diese TARMED Positionen den pflegenden Angehörigen, die ihre Nächsten nicht in die Arztpraxis begleiten können, weil sie berufstätig sind und/oder weiter entfernt leben. Aus unseren laufenden F+E Projekten und in regelmässigen Kontakten mit Angehörigen und Betrieben zum Thema „Distance Care-giving“ – so der einschlägige Begriff – kennen wir diese Problematik im Detail (siehe auch <http://blog.careum.ch/distance-caregiving/>). Hier braucht es tarifliche Anreize für die Ärzteschaft, um die Kommunikation mit abwesenden Angehörigen zu fördern.

Allerdings ist es nicht nachvollziehbar, dass diese neu formulierten Positionen – die nun auch gut abgegrenzt sind zu den Leistungen für Gutachten, Ärztezeugnisse und Berichte – mit einer Limitation, bzw. Halbierung der bisherigen Position hinterlegt sind. Die Absprachen mit Fachpersonen und Patient/innen und Angehörigen sind – sollen sie wirksam sein – zeitaufwändig und brauchen entsprechend hinterlegte Zeit.

2. Angesichts der zunehmenden Anzahl Pflegeexpert/innen MScN, die in der pflegeerweiterten ärztlichen Grundversorgung, bzw. in Hausarztpraxen arbeiten, ist es zeitgemäss, dass die Leistungen dieser Pflegeexpert/innen im Auftrag der Ärzteschaft via TARMED abgerechnet werden können. Dies betrifft inbes. die Positionen 00.0010 bis 00.0130.

Wir würden uns freuen, wenn unsere Überlegungen in der TARMED Revision berücksichtigt werden.

Mit freundlichen Grüssen



Prof. Dr. Iren Bischofberger, RN, PhD  
Prorektorin



Prof. Ursina Baumgartner, MScN  
Rektorin



Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung  
Abteilung Leistungen  
CH – 3003 Bern

Zürich, 20.06.2017

### **Stellungnahme zur geplanten Tarmed Revision**

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Namen der Professur für Spiritual Care der Universität Zürich nehme ich Stellung zur geplanten Tarmed Revision vom 22.3.2017. Zum Auftrag der Professur gehört eine praxisbezogene Ausbildung von Medizin- und Theologiestudierenden der Universität Zürich, die Formen von Spiritual Care insbesondere für palliative Situationen vermittelt. Gemäss den *Nationalen Leitlinien Palliative Care* des BAG (2010) zeichnet sich eine gute palliative Versorgung nicht zuletzt auch dadurch aus, dass Menschen in ihrer letzten Lebensphase „in ihren existenziellen, spirituellen und religiösen Bedürfnissen auf der Suche nach Lebenssinn, Lebensdeutung und Lebensvergewisserung sowie bei der Krisenbewältigung“ angemessen begleitet und unterstützt werden (S. 14). Dazu bedarf es neben geeigneten Ausbildungsformen auch günstiger gesundheitspolitischer Rahmenvoraussetzungen.

Zu diesen Rahmenvoraussetzungen gehört insbesondere eine angemessene Vergütung der Unterstützungsaufgaben, die das BAG entsprechend zu internationalen Standards in den zitierten Leitlinien festsetzt. Das Vergütungssystem sollte idealerweise so angelegt sein, dass es Fachpersonen, die in der ambulanten Palliative Care tätig sind, nicht nur möglich ist, die vom BAG vorgegebenen Aufgaben im Rahmen von eigens dafür vorgesehenen Tarifpositionen wahrzunehmen, sondern dass dafür auch ein finanzieller Anreiz besteht.

Die geplante Tarmed Revision versäumt es leider nicht nur, die in diesem Bereich nötigen Verbesserungen der Rahmenbedingungen vorzunehmen, sondern führt ganz im Gegenteil zu einer starken Limitierung der Verrechnungsmöglichkeiten für die genannten Unterstützungsaufgaben. Damit stehen die geplanten Änderungen im Widerspruch zu den Nationalen Leitlinien Palliative Care und der Nationalen Strategie Palliative Care des BAG.

Neben der ethischen und gesundheitspolitischen Problematik einer solchen Limitierung ist die geplante Veränderung auch in ökonomischer Sicht problematisch. Verschiedene Studien zeigen, dass durch eine gute Palliative Care, zu der auch angemessene Formen von Spiritual Care gehört, die Hospitalisationsrate bzw. die Häufigkeit eines Versterbens auf Intensivstationen stark vermindert



werden kann. Das bedeutet gleichzeitig eine starke Senkung der Gesundheitskosten am Lebensende.<sup>1</sup>

Aus den genannten Gründen ersuche ich Sie, die geplante Tarmed Revision in zweierlei Hinsicht zu modifizieren:

1. Bei der Einführung der neuen Limitationen der Tarife in der Gruppe 2 sollen palliative Patientinnen und Patienten ausgenommen werden.
2. Für Avance Care Planning, Notfallplanung und Telekonsultation sollen neue Tarifpositionen geschaffen werden.

Ich danke Ihnen für die Berücksichtigung dieser Anliegen und verbleibe mit freundlichen Grüssen

Prof. Dr. Simon Peng-Keller

---

<sup>1</sup> T. Balboni et al., Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. Cancer 2011 Dec 1;117(23):5383-91.

**Von:** \_BAG-Abteilung Leistungen  
**Gesendet:** Mittwoch, 31. Mai 2017 15:23  
**An:** Tschumi Aline BAG  
**Cc:** Füglistner Adrian BAG  
**Betreff:** WG: Stellungnahme Tarifeingriff  
**Anlagen:** Stellungnahme Jeannine.docx; Stellungnahme Jeannine.pdf

---

**Von:** Jeannine Lustenberger [mailto:janelustenberger@hotmail.com]  
**Gesendet:** Mittwoch, 31. Mai 2017 15:00  
**An:** \_BAG-Abteilung Leistungen <Abteilung-Leistungen@bag.admin.ch>  
**Cc:** \_BAG-DM <DM@bag.admin.ch>; tarife.ambulant@fmh.ch  
**Betreff:** Stellungnahme Tarifeingriff

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr

Im Anhang sende ich Ihnen meine Stellungnahme zum Tarifeingriff.

Bestend Dank und freundliche Grüsse

J. Betschart

## Stellungnahme zur TARMED-Gesundheitsreform des Bundes

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich musste von meinem Arbeitgeber und den Medien erfahren, dass der Bundesrat auf Kosten der Patienten und der Ärzte mehrere Millionen Franken im Gesundheitswesen einsparen will.

Über die Gründe dafür und was für enorme Konsequenzen das für Patient und Allgemeinheit mit sich bringt, darüber haben sich bereits Politik und Fachkreise eingehend geäußert. Die entsprechende Verantwortung zu tragen für einen solchen Systemwechsel und die damit verbundenen Nachteile obliegt denn auch diesen Mandatsträgern. Ich möchte mit diesem Schreiben nur zu meiner Person und zu den für mich zu erwartenden Konsequenzen Stellung nehmen.

Als junge Mutter mit bald schon zwei Kindern bin ich die einzige Teilzeitangestellte in unserer Facharztpraxis. Wie Bundesrat und Parlament bekannt sein dürfte, ist es heutzutage für eine junge Familie schon schwer genug, das Leben zu meistern, ohne Schulden machen zu müssen. Gerne würde ich meine Zeit vermehrt meiner heranwachsende Familie widmen, aber um die vielen anfallenden Rechnungen bezahlen zu können, arbeite ich zusätzlich 40% in einer Arztpraxis. Durch den Beschluss des Bundesrats und diese Reform steht meine Arbeitsstelle und damit eine sorgenfreie Zukunft meiner Familie auf dem Spiel. Das frustriert mich doch sehr.

Ich verstehe meinen Arbeitgeber, wenn er mir eröffnet, dass er sich mit einer Kündigung meiner Arbeitsstelle befassen muss. Auch er ist auf einen rentablen Praxisbetrieb angewiesen. So wie ich auf ein Einkommen angewiesen bin und auch Bundesrat, Bundesverwaltung und Parlament nicht auf den regelmässigen Lohn verzichten wollen.

Es kann jedoch nicht sein, dass ich wegen dieser Reformentscheidung meinen Job verlieren soll. Damit werde ich nebst den schon klar unter dem Leistungsabbau leidenden Patienten auch noch betroffen sein. Als eine junge Frau mit Kindern und einer noch nicht abgeschlossenen Familienplanung ist es ohnehin schon schwer genug, einen guten und annehmbaren Arbeitsplatz zu finden. Ich habe mehrere gute Ausbildungen abgeschlossen, Spass an meiner Arbeit und möchte eigentlich auch weiter im Gesundheitswesen tätig sein. Der Bundesrat erschwert mir diesen Wunsch jedoch erheblich.

Mit diesem Schreiben möchte ich aufzeigen, dass die Kleinen unter uns (also Patienten und Angestellte) am meisten unter dieser Reform leiden müssen. Ich bin enttäuscht und zweifle schwer an diesem eingeschlagenen Weg.

Freundliche Grüsse

**Von:** Margot Dennler <m.dennler@gmx.ch>  
**Gesendet:** Mittwoch, 14. Juni 2017 16:07  
**An:** \_BAG-Abteilung Leistungen  
**Betreff:** Vernehmlassungsantwort zur Änderung der Verordnung für ärztliche Leistungen

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset, sehr geehrte Damen und Herren!

Unser 12-jähriger Sohn leidet an Duchenne Muskeldystrophie. Diese Diagnose fordert eine umfassende, komplexe und langanhaltende Betreuung, die nur von unserem Kinderarzt leider nicht gewährleistet werden kann. Es sind regelmässige Herz- und Lungenuntersuchungen, Untersuchungen der Physiotherapeuten im Inselspital, Gespräche der Ärzte mit uns Eltern und auch der Therapeuten und der Schule nötig.

Um die Konsultationszeit in der Muskelsprechstunde zu koordinieren und zu verkürzen, schreibe ich als Mutter auch öfter e-mails an die Ärzte.

Aber auch das wäre ja nach der Änderung der Verordnung nicht mehr möglich.

Darum können wir aus unserer Sicht die Entscheidung der Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung absolut nicht gutheissen.

Vielen Dank für die Kenntnisnahme unserer Argumentation aus Elternsicht.

Mit freundlichen Grüßen

Margot und Samuel Dennler

**CHRISTOPH EGLI**  
RECHTSANWALT  
SCHÜLLEN 19  
9442 BERNECK

TEL P. 071 740 13 60  
TEL G. 071 727 08 01  
FAX G. 071 727 08 00  
raegli@me.com

Vorab per E-Mail an: [abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)

Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern

Berneck, 21. Juni 2017

## **Vernehmlassung zum Aenderungsvorschlag der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset  
Sehr geehrte Damen und Herren

Als ehemaliger Verwaltungssekretär der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft (SOG) benutze ich die Gelegenheit zur fristgerechten Stellungnahme. Auch wenn ich nicht mehr im Amt bin, erlaube ich mir eine rein persönliche Stellungnahme als Bürger abzugeben, weil ich während meiner Tätigkeit für die SOG bis April 2016 intensiv auch an der Revision des Tarifs Tarvision mitgearbeitet habe.

### **Revisionsbedarf unbestritten – Augenärzte haben ihre Hausaufgaben gemacht**

Es ist unbestritten, dass der gegenwärtige Tarmed einer Revision bedarf. Ich darf feststellen, dass die Augenärzte bei der Revision der Tarifstrukturen (Tarvision) ihre Hausaufgaben gemacht haben und eine differenziert abgebildete Tarifstruktur geschaffen haben, welche die Leistungen korrekt abgebildet hat. Die Bundesratsvorlage wird dem Ansinnen eine aktualisierte Tarifstruktur zu schaffen in keiner Art und Weise gerecht.

Schon die erste Revisionsvorlage (Tarvision) ist an der übermässigen Straffung der quantitativen Dignität gescheitert. Diese fiel derart aus, dass sogar die Hausärzte in der Urabstimmung die Vorlage verworfen haben. Ich weiss, dass die FMH mit Hochdruck an der Revision des Tarifs arbeitet und mit den übrigen Tarifpartnern verhandelt. Im jetzigen Zeitpunkt könnte es – unabhängig von der nachfolgenden Kritik – zu einer Verhärtung der Fronten führen, welche die weiteren Verhandlungen blockieren wird. Der Eingriff des Bundesrats wird auf lange Frist und auf kurze Frist aber mehr Schaden anrichten als Nutzen. Im Einzelnen:

### **Die Abschaffung der quantitativen Dignität ist unrichtig und sachlich nicht zu begründen**

Der Vorschlag des Bundesrates will die Dignität vereinheitlichen. Dies führt zur Anwendung des Prinzips gleicher Lohn für alle, ungeachtet der Leistungen, die dahinterstehen. Dieses Prinzip widerspricht diametral dem Prinzip der Entlohnung bzw. Abgeltung nach Leistung und Verantwortung. Weil sich dann jeder Medizinstudent überlegen muss, ob er sich einer invasiven Tätigkeit (chirurgischen Tätigkeit) zuwenden soll oder nicht, wird er wahrscheinlich die naheliegende Lösung wählen und sich dort etablieren, wo er wenig Verantwortung tragen muss und trotzdem "gerecht" entlohnt wird. Die Spezialisten werden nicht mehr zur Verfügung stehen. Dies kann sogar sehr rasch passieren, wenn ausländische Aerzte sich mit den Fakten des neuen Tarifs konfrontiert sehen. Die Rückwanderung setzt verstärkt ein, insbesondere nachdem Süddeutschland (Bayern und Baden-Württemberg) im Gegensatz zu den jetzigen Bestrebungen des Bundesrates die finanziellen Bedingungen für Aerzte aufgebessert hat. Die Rückwanderung passiert relativ rasch. Die Ausdünnung der Spezialisten wird schleichend geschehen. Es ist so gut wie sicher, dass Versorgungsgänge entstehen.

Eine Steigerung der Produktivität in Operationssälen ist überhaupt nicht möglich. Bei der technischen Leistung soll unter anderem die Produktivität des OP1 von 45 % auf 72 % erhöht werden. Diese Absicht ist gleich tauglich wie der Wunsch, Schulküchen 24 Stunden am Tag betreiben zu können. Das ist schlicht nicht möglich. Es sind Studien bekannt, die beweisen, dass eine Produktivität von 45 % für kürzere Eingriffe, wie in der Ophthalmologie üblich, nicht erreichbar ist. Im Bereich Ophthalmologie ist schon eine Produktivität von 45 % kaum erreichbar.

### **Kürzung der Minutagen ungerechtfertigt**

Ich stelle ich fest, dass die Minutagen für die häufigste Operation, die Kataraktoperation in einer Art und Weise gesenkt worden sind, dass sie nicht mehr Realität abzubilden vermögen. Die SOG verfügt über eigene Erhebungen von 2'000 Eingriffen, mit denen die tatsächliche Dauer einer Kataraktoperation erhoben wurde. Dies notabene bei äusserst erfahrenen Operateuren. Die Spitze der Gausschen Kurve liegt bei 50 bis 60 Minuten. Die Senkung der Minutagen – wie sie im vorliegenden Fall passieren – sind nicht realistisch. Die SOG hat ihre Minutagen bei der Tarvision klar untermauert und diese sind ausgewiesen. Eine Senkung oder Kürzung beruht auf überhaupt keinen wirtschaftlichen Ueberlegungen, sondern führt die interventionellen Praxen in den Ruin.

## **Verschiebung der ambulanten Leistungen in die Spitäler?**

Als Konsequenz des Tarifeingriffs: Die defizitären ambulanten Leistungen werden sich in die Spitäler verlagern, weil kein Arzt in der freien Praxis mehr bereit ist, Einkommenseinbussen hinzunehmen. Spitaldefizite deckt der Steuerzahler. Schlimmer: Wenn die Lage dann zur Realität kommt, ist es zu spät um Gegensteuer zu geben. Mit den neuen Tarifen werden über kurz oder lang Versorgungsengpässe entstehen, welche nicht einmal mehr durch Wartelisten beseitigt werden können. Ich muss daher den Bundesrat inständig bitten, die Lage nochmals zu überdenken und vor allem die Grundlagen des Tarvision-Projekts zu Rate zu ziehen.

## **Ambulante Medizin ist die kostengünstigste und patientennächste**

Der Tarifeingriff gefährdet die ambulante Versorgung im höchsten Masse die bis heute recht kostengünstige und bevölkerungsnah ambulante Medizin, da zahlreiche Praxen und ambulante Einrichtungen von Spezialisten auf privater Basis schliessen werden. Es wird die Versorgung auf die Spitäler reduziert, auf Spitäler, die schon unter den zurzeit geltenden tarifären Bedingungen kaum in der Lage sind, ambulante Medizin kostendeckend zu betreiben. Kliniken sind für andere Aufgaben vorgesehen, insbesondere die stationäre Behandlung von Patienten, die der stationären Behandlungen bedürfen. Hier liegen die Stärken in den Kliniken und nicht in der ambulanten Medizin.

## **Führt der Tarif zu materieller Enteignung?**

Schliesslich sei die Frage aufgeworfen, ob der Tarifeingriff des Bundesrates, der unter Verstoß gegen die Verhandlungsautonomie der Parteien dekretiert wurde, nicht per se ein Sonderopfer darstellt, welches als materielle Enteignung gewisser Aerztegruppen zu betrachten ist. Die Frage wird sich vor allem bei jenen Aerzten und Ambulatorien stellen, die ihre Praxis wegen des Tarifeingriffs nicht mehr kostendeckend betreiben können. Abzusehen ist dann, dass z.B. der Bund die verwaisten Praxen übernehmen darf. Angestellte Aerzte werden diese Praxen mit der 50-Stunden-Woche weiterführen. Das Gesundheitswesen steht dann vor einem weiteren Kostenschub, dem es nicht entinnen kann. Die Entwicklung ist nicht reversibel.

Die unsachlichen und durch nichts gerechtfertigten dekretierten Tarifeingriffe zeugen von einem kurzfristigen Denken, welches auf kurzfristige Kosteneinsparung ausgerichtet ist, auf unsachlichen Grundlagen beruht und langfristig dem Gesundheitswesen mehr Schaden zufügt als Nutzen bringt.

Ich ersuche also den Bundesrat die Situation nochmals zu überdenken, namentlich auf Grundlage der bereits geleisteten Vorarbeit der Fachgesellschaften und auf Grundlage einer (durchaus auch anpassbaren) Berücksichtigung der bisherigen Dignitätsabstufung im Tarif.

Freundliche Grüsse

Fürsprecher Christoph Egli

**Von:** Familie Imhof <imhof-nobs@bluewin.ch>  
**Gesendet:** Donnerstag, 22. Juni 2017 15:32  
**An:** \_BAG-Abteilung Leistungen  
**Betreff:** Anpassung von Tarifstrukturen

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset  
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstruktur in der Krankenkasse trifft wieder einmal jene, die sich nicht selber zur Wehr setzen können.

Als Eltern eines mehrfach-behinderten Jungen, schauen wir mit grosser Angst in die Zukunft. Wie kann unser Sohn optimal betreut werden, wenn die Konsultation neu beschränkt wird? Wir sind auf die Zeit der Fachärzte angewiesen - und sie beschränken uns diese kostbare Zeit.

Wir bitten Sie, diese Änderungen nochmals zu überdenken und die Konsequenzen der Betroffenen dabei zu berücksichtigen!

Vielen Dank.

Freundliche Grüsse  
Familie Imhof

Von meinem iPhone gesendet

## Stellungnahme Tarifeingriff

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit möchte ich sehr gerne meine Meinung zum bundesrätlichen Eingriff in die TARMED-Struktur kundtun.

Ich habe das Glück, dass mein Chef sehr offen mit uns Angestellten über die Thematik spricht. Man merkt, dass es ihn sehr belastet! Was absolut verständlich ist, denn schliesslich wird sich dieser Tarifeingriff direkt auf sein Einkommen auswirken und somit muss auch ich Angst um meine Lohnsicherheit haben!

Es erfolgte bereits 2014 ein Tarifeingriff von Seite des Bundesrates, was sicherlich gerechtfertigt war. Doch jetzt ist es um einiges umfangreicher! Es ist unbestritten so, dass die Fachärzte für gewisse Leistungen mehr und für andere sehr viel weniger Geld erhalten! Nun will der Bundesrat aber 700 Millionen Franken jährlich einsparen, auf Kosten des Lohnes der Fachärzte?! Das Volk ist sowieso der Meinung, dass die Ärzte schon genug verdienen! Ist aber allen bewusst, welchen Studienweg die Ärzte absolvieren mussten? Dass die ganzen Betriebs- und Personalkosten von diesen Einnahmen bezahlt werden müssen? Ich denke, Alain Berset würde auch nicht weniger Lohn wollen!

Zudem ist dieser Spareingriff absolut nicht gerecht, denn dies würde bedeuten, dass die zu hoch tarifierten Leistungen zwar gesenkt, die zu tief tarifierten Leistungen dann aber auch angehoben werden müssen! Logischerweise freuen sich die Krankenkassen über die Kostenreduktion, diese verursachen aber ständig vermeidbare Kosten durch unnötige Anfragen bezüglich Rechnungen, etc.! Dort könnte man definitiv im Gesundheitswesen sehr viel Geld einsparen!

Um die Auswirkungen für die Zukunft in der Praxis auf den Punkt zu bringen: Wenn die Ärzte weniger Einnahmen haben, müssen sie bei den Ausgaben sparen! Dies bedeutet, dass die Personalkosten gesenkt werden müssen, was die Entlassung von MPA's zur Folge hat! Patienten werden Qualitätseinbussen in Kauf nehmen müssen, da dann Zeit Geld bedeutet! Zudem wird keine Zeit mehr für Vertreterbesuche der Pharmaindustrie übrig sein, was zu weniger Wissen über Neuheiten führen wird!

Bis zuletzt steigen dann viele Fachärzte auf private Leistungen um, um die Einnahmequellen zu garantieren! Was passiert wenn z.B. alle Dermatologen auf kosmetische Behandlungen wechseln?

Man kann nur hoffen, dass danach die Ärzte als Mangelware wieder mehr geschätzt werden!

Carola Stalder  
MPA von Dr. med. Dimiter Iliev  
Dermatologische Praxis  
Haldenstrasse 11  
6006 Luzern

Robert Stern  
Brunnenweg 13a  
2572 Sutz  
P 032 342 53 81  
N 079 275 04 35  
nrstern@bluewin.ch

Biel, 13.6.2017

Herrn  
Bundesrat A. Berset  
Abteilungen-leistungen@bag.admin.ch

**Betreff Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung: Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,

Die Änderung beinhaltet neu den

- Skalierungsfaktor AL (Bsp. 00.0010: 1 / 0.94 (med.pract.).

Dieser Faktor ist für **wiedereinsteigende Mütter**, wie es meine Frau gemacht hat, sehr problematisch. Mit 4 Kindern, die doch noch Betreuung benötigen und der Ehemann, der für einiges eingesprungen ist, ist das Nachholen einer vollen FMH-Fachausweises (zB Allgemeine Innere Medizin) nicht möglich gewesen. Gefehlt hätten 1 ½ Jahre Assistenzzeit (50h/Woche mit mögliche 140 Überstunden pro Jahr).

Somit stand nur der Facharzttitel Praktische Ärztin (von Ihnen als «med. pract.» bezeichnet) zur Verfügung. Auch stand ein schneller Einstieg mit optimalen Coach-Bedingungen in einem Medizinischen Zentrum zur Verfügung.

**Das Eröffnen einer Praxis**, was meine Frau im medizinischen Zentrum gemacht hat, **wird durch den Skalierungsfaktor benachteiligt, da die Fixkosten bei Teilzeitarbeit (ca. 70%) sehr hoch sind.**

Ich beantrage,

- Den Skalierungsfaktor für Praktische Ärzte/Äztinnen wegzulassen oder
- Für Wiedereinsteiger, wohnhaft in der Schweiz, nach Familienurlaub mit dem Titel Praktischer Arzt / Ärztin nicht gelten zu lassen.

Begründung:

- Der Wiedereinstieg für in der Schweiz wohnhafte Frauen als Grundversorger soll erleichtert werden (dies beinhaltet finanzielle Anreize);
- Wiedereinsteiger arbeiten meist in der Wohnumgebung und kennen das Gesundheitswesen vor Ort gut;
- Die Qualität durch die durchgemachte Ausbildung in der Schweiz, auch wenn nur mit dem Praktischen Arzt belegt, ist sichergestellt;
- Die Mehrsprachigkeit ist (zum Beispiel bei uns in Biel Deutsch und Französisch) gegeben

Mit freundlichen Grüßen



Robert Stern

**Von:** Franziska Straub [mailto:straub.fran@gmail.com]  
**Gesendet:** Montag, 27. März 2017 14:25  
**An:** Berset Alain GS-EDI <alain.berset@gs-edi.admin.ch>  
**Betreff:** Tarmed-Revision

Sehr geehrter Herr Berset

Endlich ein Schritt vorwärts - zögerlich zwar und wenig raumgreifend, aber immerhin...

Angesichts der exorbitanten Kosten für medizinische Leistungen in der Schweiz und der m.E. oft inkompetenten Betreuung durch die Ärzte / Ärztinnen sind weitergehende Massnahmen erforderlich. Neben der grundlegenden Revision des Tarmed (resp. der Einführung eines neuen Abrechnungssystems) ist zu prüfen, ob und wie eine Qualitätssicherung ärztlicher Arbeit erfolgen kann. Unverständlich, dass bis heute "für die Beurteilung der Arbeit der Schweizer Ärzte keine Qualitätsmessungen mit entsprechenden Indikatoren vorliegen" (so Paul Rhyh von *santésuisse* in seiner E-Mail vom 15.03.2017).

Mir scheint, dass bereits bei der Zulassung zum Medizinstudium ein Paradigmenwechsel stattfinden müsste. Wie das Studium selbst ist sie als *Survival of the (intellectual) Fittest* ausgestaltet. Ein guter Arzt aber zeichnet sich nicht nur durch profunde medizinische Kenntnisse, sondern mehr noch durch seine menschlichen Qualitäten aus - seine Haltung der Offenheit und Wertschätzung, sein unbedingtes Engagement für das (psychische und physische) Wohlergehen

---

seiner Patienten / Patientinnen, seine Fähigkeit zur kritischen (Selbst-)Reflexion, seine Bereitschaft, sich mit den grossen Fragen um Leben, Leiden und Sterben auseinanderzusetzen.

Im Hinblick auf eine vertretbare Kostenentwicklung ist zu erwägen, ob seitens der Krankenversicherungen auch Behandlungen durch ausländische Ärzte / Ärztinnen zuzulassen sind. Zumindest Konsultationen bei Ärzten / Ärztinnen in Grenznähe wären für manchen Patienten / für manche Patientin eine echte Option, durch die langfristig eine erhebliche Kostenreduktion möglich wäre. Grundsätzlich müsste aber auch der Arztbesuch im ferneren Ausland zulässig sein.

Gerne erwarte ich Ihre Rückmeldung. Besten Dank!

Viel Kraft, Mut und Ausdauer wünscht Ihnen, freundlich grüssend

Franziska Straub  
Am Pfisterhölzli 54  
8606 Greifensee

## admin.ch - Ihre Anfrage

You've received a new form based mail from <https://www.admin.ch/content/gov/de/start/services/kontakt.html>

**Name:** Vos

**Vorname:** Bert

**PLZ:** 8180

**Ort:** Bülach

**E-Mail:** [b.vos@sunrise.ch](mailto:b.vos@sunrise.ch)

**Nachricht:** Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset, ihre heutige Meldung betreffend tarmed ist einen Lob wert. Bravo und bitte Orientieren sie sich an Holland betreffend unseres System weil die Regierung dort mehr Einfluss und dementsprechend kostensparend sich für die Bevölkerung engagiert. Das KVG von Frau Dreifuss hat sich als Selbstbedienungsladen für Nehmergruppe entwickelt. Viele Dienstleistungen und Güter sind die letzte Jahren günstiger geworden nur die medizinische Versorgung nicht! Das hat nichts mehr mit freie Marktwirtschaft zu tun weil das KVG wie einen Selbstbedienungsladen betrachtet wird. Ich bin überzeugt das Sie problemlos mehr als 700 Millionen diese Gruppe belasten können weil diese sich seit Jahren schamlos bedient. Sie haben sich mit diesen Entscheid viel Kredit bei der Schweizer Bevölkerung geschafft

Lutry, ce 7 mai 2017

**EINGEGANGEN**

11 Mai 2017

Registatur: GS EDI

**Monsieur le Conseiller Fédéral,**

**Vous avez mis en consultation votre projet de révision du tarif médical. Votre détermination est motivée par le fait que ce tarif est dépassé, que certaines positions sont surévaluées et que les différents acteurs du système de santé n'ont pas réussi à se mettre d'accord sur les mesures à prendre pour remettre tarmed au goût du jour.**

**Je précise que je ne suis pas médecin et que, certainement comme vous, je ne connais rien à l'acte médical. Mais j'observe :**

**Pour une simple consultation chez mon généraliste, je consulte la facture, souvent modeste, avant de l'adresser à la caisse maladie. Le détail des gestes effectués consignés ligne par ligne sur deux feuilles A4 me hérisse le poil ! Nos médecins, généralistes ou spécialistes, sont-ils formés et rémunérés pour soigner ou pour remplir des tâches administratives ?**

**Je m'informe aussi sur ce que comprend une facture d'environ trois mille francs pour l'opération de la cataracte. Si j'en crois les informations reçues, il ne resterait guère plus de 10% de cette somme pour l'ophtalmologue qui a effectué l'opération, déduction faite du loyer de la salle d'opération, du salaire des infirmières et anesthésiste, du matériel et j'en passe. A ce prix, l'ophtalmologue devrait refuser de prendre la responsabilité d'opérer.**

**Non, Monsieur le Conseiller Fédéral, le coût des prestations médicales ambulatoires n'est en général pas surévalué. Certainement que, comme dans bien d'autres domaines tels que l'assurance, ou le social, il y a des abus. Il sied de punir sévèrement tous les auteurs d'abus mais éviter de pénaliser l'ensemble des spécialistes pour, peut-être, éradiquer les abus.**

**On oublie trop facilement dans toute cette discussion sur le coût des prestations médicales ambulatoires, le long parcours du spécialiste pour enfin**

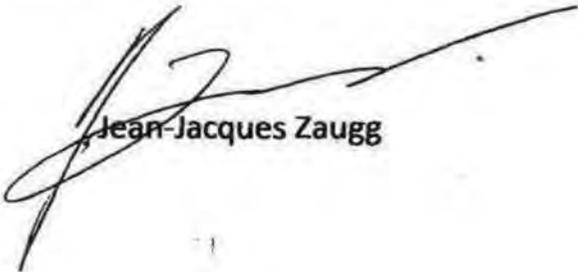
être à même d'exercer pleinement son métier. On passe aussi comme chat sur braises sur les coûts très élevés des équipements nécessaires au fonctionnement optimal d'un cabinet. Equipements qu'il s'agit d'entretenir et surtout d'amortir.

Non, compte tenu de tous ces éléments, la valeur des prestations médicales ambulatoires n'est pas surévaluée. Ce n'est d'ailleurs pas le salaire du médecin, même celui du spécialiste, qui est à l'origine de l'augmentation des coûts de la santé. Le vieillissement de la population, l'évolution technologique et la structure hospitalière redondante en sont les causes principales.

En conclusion, ce n'est pas tant qu'il faut réviser mais la LAMAL dans son ensemble, notamment en supprimant ce fardeau administratif. Les caisses maladie pourraient être légalement mandatées de dénicher les facturations surévaluées et combattre ainsi les abus.

Monsieur le Conseiller Fédéral, évitez je vous prie de promouvoir une politique de la santé qui confinerait le médecin, spécialiste ou non, dans un rôle de fonctionnaire. Les générations futures ne bénéficieraient plus d'une médecine de haute qualité telle que nous la connaissons encore aujourd'hui.

Je vous prie de croire, Monsieur le Conseiller Fédéral, à l'expression de mes sentiments respectueux.



Jean-Jacques Zaugg