

Einschreiben

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

E-Mail:

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

Zürich, 08. Juni 2017

Vernehmlassung:

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

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Inneren hat mit Schreiben vom 22.3.2017 die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 21.6.2017 eröffnet. Als betroffene Fachgesellschaft lassen wir Ihnen fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

1. Präambel

Nach Art. 43 KVG muss ein Tarif betriebswirtschaftlich bemessen sein und auf eine sachgerechte Struktur geachtet werden.

Der gesamtschweizerische Tarif TARMED wurde 2004 eingeführt. Es handelt sich um einen Einzelleistungstarif, welcher zwischen ärztlichen Leistungen (AL) und technischen Leistungen (TL) unterscheidet. Ohne zu sehr in die Details einzugehen, wird gemäss Tarifmechanik die AL durch die Jahresarbeitszeit des Arztes, einem festgelegten Jahreseinkommen, dem Zeitaufwand zur Erbringung einer Leistung (Minutage) und der Produktivität in den einzelnen Sparten festgelegt. Die TL wird durch die Infrastrukturkosten und die Personaldotation der Sparten bestimmt. Den diversen Sparten, in denen Leistungen erbracht werden, wird eine Produktivität hinterlegt.

Seit 2004 konnten Tarifrevisionen wegen Blockade der Kostenträger nur unzureichend durchgeführt werden. Die Gesamtrevision des TARMEDs, welche 2016 als ats-tms zur Abstimmung gebracht wurde, scheiterte aber an der bundesrätlichen Vorgabe, die Tarifrevision "kostenneutral" durchzuführen. Dies führte bei der Ärzteschaft zur Ablehnung des revidierten Tarifs. Der Bundesrat hat in der Folge erneut seine subsidiäre Kompetenz wahrgenommen, um in den Tarif einzugreifen und Korrekturen vorzunehmen. Nach Vorstellung des Bundesrates resp. BAG sollen durch diesen Eingriff Einsparungen von ca. 700 Mio. erreicht werden, ohne dass das BAG im Kommentar zur Verordnung seriöse Berechnungen zur Sachgerechtigkeit des Eingriffs und zur Einsparungsprognose liefert.

Ziel einer Tarifrevision darf nicht nur sein, Einsparungen zu erzielen. Der Tarifeingriff des Bundesrates lässt eine volkswirtschaftliche Gesamtsicht vermissen. Der Fokus richtet sich einseitig auf einer Reduktion des Taxpunktvolumens, ohne dessen Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem (ambulant und stationär) zu kennen und aufzuzeigen. Bezüglich gesundheitspolitischer Problematik des Tarifeingriffs verweisen wir auf die Stellungnahmen der kantonalen Fachgesellschaften, der FMH und der FMCH.

Eine *Revision* muss gemäss KVG betriebswirtschaftlich und sachgerecht sein und nötigenfalls Faktoren berücksichtigen, welche den Tarif an die allgemeine Teuerung anpasst. Dies betrifft insbesondere die Infrastruktur- und Personalkosten, welche seit 2004 deutlich gestiegen sind. Das ärztliche Referenzeinkommen basiert auf dem Stand der 1990er Jahre. Seither sind sämtliche Löhne gestiegen, inkl. derjenigen der Ärzte. Die durchschnittlichen Arztlöhne liegen bei CHF 240'000 bis 250'000 und nicht, wie der Entwurf vorschlägt, bei CHF 200'000. Dem BAG sollte die Lohndatenerhebung von H+ vorliegen, welche die Lohndaten des Spital- und Klinikpersonals sowie die Grundlagen für deren Berechnung aufzeigen. Die zunehmenden Gesundheitskosten im ambulanten Bereich einseitig mit einer nicht sachgerechten Tarifstruktur erklären zu wollen, greift zu kurz. Der Bundesrat berücksichtigt weder die demographische Entwicklung (z.B. Zunahme der Bevölkerung durch die Einwanderung / Alterspyramide mit überdurchschnittlicher Morbidität / usw.) noch die Verlagerung von stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich. Dies sind alles Faktoren für eine Kostensteigerung, welche primär nichts mit einem "unsachgerechten" Tarif zu tun haben. Die Festsetzung des ärztlichen Referenzeinkommens auf CHF 200'000 ist nicht sachgerecht.

2. Spezielle Beurteilung

Wir lehnen uns an das Schema im Faktenblatt "Anpassung des Arzttarifs TARMED" an. Unsere Antwort fokussiert auf die Auswirkungen des Tarifeingriffs für die Gynäkologie und Geburtshilfe, ohne auf vulnerable Gruppen wie Kinder, psychisch Kranke oder ältere Menschen mit Demenz oder Palliativpflege einzugehen.

A) Änderungen, welche zu höheren oder tieferen Taxpunkten bei allen oder einem Teil der Tarifpositionen führen

1. Einheitlicher Dignitätsfaktor FMH 5 (quantitative Dignität)

Gemäss BAG sind die unterschiedlichen quantitativen Dignitäten nicht mehr gerechtfertigt, weil die Weiterbildungszeit gemäss Medizinalberufegesetz MedBG für alle Facharztstitel 5 oder 6 Jahre beträgt. Deshalb wird die quantitative Dignität einheitlich auf FMH 5 mit einem Faktor 0,968 festgelegt (Ausnahme med.pract. 0,94).

Die ehemaligen quantitativen Dignitäten FMH 5-12 wurden 2004 mit dem TARMED eingeführt, um die effektiven Weiterbildungszeiten zu berücksichtigen, welche zur selbstständigen Erbringung einer medizinischen Leistung notwendig sind und der Komplexität einer Leistung gerecht zu werden. Dies betrifft insbesondere operative und komplexe diagnostische Leistungen.

In der Gynäkologie kennen wir einen Facharztstitel mit und ohne zusätzliche Schwerpunkttitel. Um z.B. operative oder geburtshilfliche Leistungen zu erbringen, wird ein Schwerpunkttitel "operative Gynäkologie und Geburtshilfe" benötigt, was einer Weiterbildungszeit von mindestens 7-8 Jahren entspricht. Andere Schwerpunkttitel bedeuten noch längere Weiterbildungszeiten (bis zu 9 Jahren und mehr).

Weiterbildungszeiten in der Gynäkologie und Geburtshilfe:

- **Grundausbildung Facharzt Gynäkologie & Geburtshilfe: 5 Jahre**
Hierzu muss bemerkt werden, dass im Vergleich mit anderen EU-Länder unsere Facharztausbildung deutlich strenger ist. Die zeigt zum Beispiel ein Vergleich unserer durch die SIWF anerkannten Anforderungen mit den publizierten Anforderungen deutschsprachiger Länder (Deutschland / Österreich). Die Weiterbildung zum Facharzt Gynäkologie und Geburtshilfe in anderen EU Ländern heranzuziehen, um eine Absenkung der quantitativen Dignität auf Niveau FMH 5 zu begründen, verkennt die bessere und strengere Weiterbildung in der Schweiz.
- **Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe: 5+3 Jahre**

- **Schwerpunkt gynäkologische Onkologie:** 5+3+3 Jahre = 11 Jahre
- **Schwerpunkt gynäkolog. Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin:** 5+3 Jahre
- **Schwerpunkt fetomaternale Medizin:** 5 +3 Jahre
- **Schwerpunkt Uro-Gynäkologie:** 5+3+1,5 Jahre

Desweiteren war vor der Revision des Medizinalberufegesetzes eine Dissertation gefordert, was mind. 1-2 Jahre zusätzliche Weiterbildungszeit benötigte. Zusätzlich verlangen einige Schwerpunkttitel wissenschaftliche Publikationen, was die Weiterbildungszeit ebenfalls entsprechend verlängert.

Ein Facharzt mit einer Grundausbildung von 5 Jahren (wie vom BAG mit dem einheitlichen Faktor FMH 5 impliziert) ist fachlich nicht in der Lage, selbstständig operativ tätig zu sein. Um als Belegarzt operative Leistungen (auch ambulante operative Leistungen) in einem Belegspital erbringen zu können, wird der Schwerpunkttitel "operative Gynäkologie und Geburtshilfe" verlangt oder ein anderer operativer Schwerpunkttitel. Spitäler oder Kliniken verlangen für eine Akkreditierung zusätzlich eine Oberarztstätigkeit von mind. 2 Jahren.

Es muss an dieser Stelle betont werden, dass der Trend "ambulant vor stationär" besonders gut ausgebildete operativ tätige Ärzte erfordert, damit ein Patient / eine Patientin in der Weise fachgerecht operiert wird, dass eine zeitgerechte Entlassung erfolgen kann.

Für unsere Schwerpunkttitelträger fetomaternale Medizin bedeutet der Eingriff des Bundesrates für deren hochspezialisierten Leistungen im UBR Perinatalzentrum gleich eine doppelte Einbusse:

Erstens verlieren diese Fachärztinnen / Fachärzte massiv bei der AL (wegen Reduktion der qualitativen Dignität von FMH 10-12 auf Niveau FMH 5) und zweitens wird die TL durch die Reduktion im Bereich der Sparte "Perinatalzentrum" zusätzlich gesenkt. Um solche Leistungen erbringen zu können, werden teure high-end Ultraschallgeräte benötigt. Die Reduktion des Kostensatzes ist nicht sachgerecht und zudem bringt dieser Tarifeingriff kaum eine Kosteneinsparung, weil diese Leistungen nur selten, von wenigen Spezialisten auf Zuweisung erbracht werden.

Der Bundesrat sollte viel mehr top ausgebildete Fachärzte und modern ausgerüstete Perinatalzentren fördern und deren Leistungen auch durch einen sachgerechten Tarif belohnen.

Mit der Vereinheitlichung des quantitativen Dignitätsfaktors auf FMH 5 wird der praktische Arzt oder EU-Facharzt mit Minimalausbildung auf die gleiche Stufe gesetzt, wie der gut ausgebildete Facharzt mit Schwerpunkttitel, was nicht sachgerecht ist. Die Dignitätsskala wurde bereits vor TARMED Einführung durch den Preisüberwacher anerkannt, welcher eine empirische Überprüfung gefordert hatte. Eine Abschaffung der Dignitätsskala wird von fast allen Fachgesellschaften abgelehnt. Eine hochstehende Weiterbildung muss wirtschaftlich abgegolten werden, ansonsten junge Kolleginnen und Kollegen kaum mehr motiviert werden können, die Strapazen einer verlängerten Weiterbildung auf sich zu nehmen. Dies wird sich längerfristig negativ auf die Qualität der Gesundheitsversorgung auswirken. In der Tarifrevision TARCO werden neue Modalitäten diskutiert, um den unterschiedlichen Weiterbildungszeiten gerecht zu werden.

Eine weitere Begründung für eine differenzierte Dignitätsskala findet sich bei den Lohnempfehlungen des Finanzdepartements (siehe Referenzfunktionen der

Bundesverwaltung 3. Auflage 2011, 1. Grundlagen, siehe Anhang 1). Darin wird klar festgehalten, dass

- Ausbildungsniveau
- der intellektuelle und physische Schwierigkeitsgrad
- die Tragweite der Tätigkeit
- das Mass der Gefährdungen für das Leben und die Gesundheit anderer

die Grundlage in der Bundespersonalverordnung (BPV) Art. 52 Abs. 3 für die Einteilung in die Lohnklassen 1-27 bilden und zudem in den Lohnklassen 28-38, welche teilanalytisch bewertet werden.

Was für die Bundesverwaltung gilt, muss auch für die Leistungsbewertung komplexer ärztlicher Leistung gelten.

Als Mass zur Abschätzung des Risikos für Leben und Gesundheit des Patienten können die Haftpflichtprämien als Referenz dienen. Während ein Grundversorger eine Jahresprämie um CHF 3'000 bezahlt, betragen die Haftpflichtprämien für operativ und geburtshilflich tätige Ärzte CHF 10'000 und mehr. Gerichtsentscheide im Zusammenhang mit "wrongful life" Prozessen haben dazu geführt, dass sich Gynäkologen und Geburtshelfer für Schadenansprüche bis zu 20 Millionen versichern müssen.

Durch Herabsenkung der quantitativen Dignität auf ein einheitliches Niveau FMH 5 missachtet der Bundesrat die Grundlagen für die Entlohnung einer komplexen spezialärztlichen Tätigkeit. Damit ist die Vereinheitlichung der quantitativen Dignität auf Niveau FMH 5 nicht sachgerecht und wird von gynécologie suisse abgelehnt.

2. Erhöhung der Produktivität in den operativen Sparten

Gemäss BAG ist die Produktivität in den operativen Sparten zu tief angesetzt. Diese wird deshalb bis auf 72% (OP-I) erhöht, ohne dass das BAG diese Zahl betriebswirtschaftlich untermauern würde.

Wenn das BAG die Produktivität in der Sparte OP-I (wo die Mehrheit der ambulanten operativen Leistungen erbracht werden) auf 72% erhöht, werden die tatsächlichen Gegebenheiten und der Arbeitsablauf in der Operationsabteilung völlig falsch eingeschätzt. Die bisherige Produktivität berücksichtigte die Lagerung des Patienten, die Installationen der notwendigen, immer komplexer werdenden Technik (Videoturm, Energiequellen, Roboter u.v.a.m.), die Desinfektion des OP-Gebietes, die Abdeckung, die Vorbereitung des Operateurs, das Time-out, das Sign-out, die Ausleitung usw. Die zunehmende Technik für minimalinvasive Eingriffe und die gestiegenen Sicherheitsnormen benötigen deutlich mehr Zeit als früher, was die Produktivität entsprechend senkt. Eine Produktivität von 72% zu fordern, ist deshalb völlig unrealistisch, Patienten gefährdend und torpediert die Bestrebungen für ein sicheres Operieren. In TARCO wurde die Produktivität wohl erhöht, dafür die zuvor erwähnten Vor- und Nachbereitungsschritte separat tarifiert, was sachgerechter ist.

In der Gynäkologie führt der bundesrätliche Tarifeingriff dazu, dass z.B. bei einer Abort-Kürettage (Pos. 22.1250) die AL von bisher 141.68 TP auf 82.14 TP gesenkt wird. Bei einem Taxpunktwert von rund 90Rp. heisst das für einen Belegarzt, dass er für diese Operation noch knapp CHF 74 erwirtschaftet. Mehr als eine Abort-Kürettage pro Stunde wird der Gynäkologe aber nicht vornehmen können. Weitere Beispiele wären:

Position	Text	AL bisher	AL neu ab 1.1.18	%
22.1220	Fraktionierte Curettage	120.85	70.06	-42%
22.1030	Konisation, jede Methode	206.27	119.58	-42%
22.0310	Gyn.Laparoskopie, diagnostisch	218.79	101.46	-54%
23.0110	Probeexzision der Mamma	137.52	79.72	-42%

Wo bleibt hier die Sachgerechtigkeit des Tarifs, wenn operative Leistungen um bis 54% gesenkt werden, obwohl bei diesen Leistungen kein medizinischer Fortschritt besteht, welcher eine Absenkung rechtfertigen könnte. Die bisherige AL basiert auf dem Stand von 2004 und wurde in 13 Jahren nie der Teuerung angepasst. Der Zeitaufwand zur Erbringung dieser Leistungen ist derselbe, wie bei TARMED-Einführung. Dafür ist der Zeitaufwand der Vor- und Nachbereitung gestiegen, durch die Einführung der Arbeitsschritte für ein sicheres Operieren (time-out / sign-out / elektronische Dokumentation im OP).

Bei solchen Preisen, die bei weitem nicht kostendeckend sind, gefährdet man die bisher bestens bewährte Belegarztstätigkeit mit individueller Patientenbetreuung. Zudem wird die stillgelegte Praxisinfrastruktur in diesen Preisen nicht abgegolten. Kein selbstständig tätiger Handwerker würde zu einem solchen Tarif arbeiten wollen! Ganz abgesehen davon, dass es sich um einen potentiell gefährlichen Eingriff handelt. Es ist zu befürchten, dass Belegärzte diese Operationen nicht mehr selber durchführen werden und ans öffentliche Spital überweisen, was den Ärztemangel in den Spitälern nur noch verschärfen wird.

Es macht auch wenig Sinn, wenn das BAG einerseits Arbeitsgruppen zur Besprechung "ambulant vor stationär" ins Leben ruft und gleichzeitig die ambulanten operativen Leistungen, wie in unseren Beispielen, um 42 bis 54% kürzt.

B) Einführung von Zeitleistungen und Änderungen von Abrechnungsregeln

1. Umwandlung der Handlungsleistung «Untersuchung durch den Facharzt» in Zeitleistungen (in der Gynäkologie Pos. 22.0010)

Das BAG ist der Meinung, dass die Behandlungszeiten dieser Handlungsleistungen zu unterschiedlich seien und deshalb in eine Zeitleistung umgewandelt werden müssen.

Bei der Pos. 22.0010 "Umfassende Untersuchung durch den Facharzt Gynäkologie und Geburtshilfe" ist in der medizinischen Interpretation genau definiert, welche Leistungen erbracht werden müssen, um diese Position abzurechnen. Addiert man die Minutagen der einzelnen verlangten Leistungen, ergibt dies ein Total von über 20 Min. Die fachärztliche Untersuchung wurde aber lediglich mit 20 Min. tarifiert. In 5 Min. könnte nur ein kleiner Teil des geforderten Leistungsinhalts erbracht werden.

Die Umwandlung der Pos. 22.0010 in eine Zeitleistung macht deshalb keinen Sinn und ist dementsprechend nicht sachgerecht.

2. Mehr Transparenz bei der bisherigen Pos. 00.0140 "Arbeit in Abwesenheit des Patienten" durch Einführung von differenzierten Positionen

Um einem Missbrauch der bisherigen Pos. 00.0140 zu verhindern und um mehr Transparenz zu schaffen, soll die Leistung in Abwesenheit des Patienten durch genau umschriebene Positionen ersetzt und die Anwendung eingeschränkt werden.

Gynécologie suisse unterstützt grundsätzlich die bessere Transparenz durch Einführung der Positionen 00.0141 bis 00.0147. Eine Limitierung lehnen wir jedoch ab.

Die Limitierung der einzelnen Positionen auf 6x pro 3 Monaten dürfte für einige Gynäkologen nicht wesentlich praxisrelevant werden. Es gibt jedoch Fachgesellschaften (z.B. Onkologen / Internisten / Psychiater / Grundversorger) bei denen das Aktenstudium zeitaufwendig und bei denen die Rationierung einschneidend ist. Analoges gilt für Gynäkologinnen und Gynäkologen mit vielen Zuweisungen, insbesondere Träger(-innen) von Schwerpunkttiteln (operative Gynäkologie und Geburtshilfe / gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin / gynäkologische Onkologie / Urogynäkologie / foetomaternale Medizin). Die teils umfangreichen Unterlagen der zuweisenden Ärzte zu studieren (frühere OP-Berichte / Bildgebung / Labor / Anforderung von fehlenden

Berichten oder Laboruntersuchungen usw.) benötigt Zeit und sollte – ohne dem Vorwurf ausgesetzt zu sein, unwirtschaftlich zu arbeiten – entsprechend verrechnet werden können.

Seit der TARMED-Einführung 2004 hat auch der Mailverkehr mit Patientinnen massiv zugenommen und ist aus einer modernen Praxisführung nicht mehr wegzudenken. Diese ärztlichen Leistungen können bei kürzeren Mails nur über eine Position "in Abwesenheit des Patienten" abgerechnet werden oder bei längeren Mails >11 Zeilen über die Pos. 00.2285. In vielen Fällen ist die Limitierung von 30 Min. pro 3 Monaten nicht ausreichend. Der Zeitaufwand wird durch die Fragestellungen der Patientin definiert und nicht von ärztlicher Seite. Hier den Ärzten eine ungerechtfertigte Mengenausweitung zu unterstellen, ist geradezu zynisch.

Das leichte Mengenwachstum der Leistung in Abwesenheit Pos. 00.0140 ist auch durch die Einführung der Tumorboards (prä- und postoperativ!), welche heute bei onkologischen Fällen Standard sind, erklärbar. Wir schlagen deshalb vor, für die Besprechung anlässlich eines Tumorboards eine separate Position zu schaffen (z.B. "Tumorboardbesprechung in Abwesenheit des Patienten" Pos. 00.0149) und hier auf eine Limitierung zu verzichten. Zudem findet eine Tumorboardbesprechung nicht im Sprechzimmer statt, sondern in einem eigens dafür eingerichteten Raum mit der Möglichkeit für Videokonferenzen. Anlässlich der Tumorboards ist auch nicht ärztliches Personal anwesend. Dies bedingt eine neu zu schaffende Sparte, bei der die notwendige Technik und das nicht-ärztliche Personal entsprechend in der TL eingerechnet werden.

Jeder vom Staat bezahlte Pflichtverteidiger wird seinen Zeitaufwand ohne Limitierung peinlichst genau aufschreiben und verrechnen. Die Limitierung auf 30 Min. pro 3 Monate oder 10 Min. pro Monat reicht bei komplexen Fällen niemals aus. Wir sehen das Missbrauchspotential ebenfalls ein, aber der Bundesrat sollte bei diesen Positionen mehr Zeit einräumen oder besser auf die Limitierungen ganz verzichten. Die Differenzierung der "Leistung in Abwesenheit des Patienten" sollte genügen, um Missbräuche zu verhindern.

Das BAG hat zudem vergessen, den "kleinen Bericht <11 Zeilen" zu tarifieren, welcher bisher mittels 00.00140 verrechnet wurde. Der Bericht 00.2285 umfasst mind. 11 Zeilen, so dass kleinere Berichte oder kurze Mails nicht mehr abgerechnet werden könnten. Analoges gilt für das Ausfüllen kleiner Berichte z.H. der Kostenträger (z.B. Ausfüllen Formular Mutterschaft mit Festlegung des Beginns der 13. SSW).

Wir schlagen vor, die Pos. 00.0146 (Rezepte / Verordnungen) mit einem Zusatz "gilt auch für kleine Berichte <11 Zeilen, Mailverkehr oder Ausfüllen von Formularen" zu ergänzen oder eine separate Tarifposition für die kleinen Berichte / Mails /Formulare zu schaffen (z.B. 00.0148 Kleiner Bericht oder e-Mail < 11 Zeilen oder Ausfüllen von Formularen).

3. Anwendung von Abrechnungslimitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte

Gemäss BAG soll der Vermerk „Diese Limitierung entfällt für elektronisch abrechnende Fachärzte“ bei aktuell 20 Tarifpositionen gelöscht werden. Die Leistungsabrechnung werde dadurch wirtschaftlicher.

Das BAG führt damit eine stille Rationierung ein! Die Konsultationszeit resp. das Patientengespräch wird bei der Grundkonsultation auf 20 Min. limitiert. Das steht im Widerspruch zur früheren Erklärung des Bundesrates, intellektuelle Leistungen auf Kosten technischer Leistungen aufzubessern. Bei Erstkonsultationen oder bei komplexen Problemen ist eine Konsultationszeit von 20 Min. bei weitem nicht ausreichend. Dies hat nichts mit "unwirtschaftlicher" Praxisführung zu tun, sondern mit

sorgfältiger Medizin und den Bedürfnissen der Patientinnen sowie dem tatsächlichen Zeitaufwand bei schwierigen medizinischen Problemstellungen oder bei Notfällen. Zudem umfassen die Grundleistungen 00.0010 bis 00.0030 auch den Zeitaufwand für eine korrekte Dokumentation. Die Limitierung würde unweigerlich dazu führen, dass diese Grundleistungen zu einem grossen Teil umsonst erbracht werden müssten. Im Speziellen sind die Limitierungen bei nachfolgenden Positionen für uns nicht akzeptabel:

- **Pos. 00.0020 weitere 5 Min** (max. 2x/Sitzung)
Erstkonsultationen, Notfälle und komplexe medizinische Probleme benötigen mehr als 20 Min. für Gespräche und Anamnese-Erhebung. Durch Zunahme der Immigration steigt auch der Zeitaufwand für Übersetzungen infolge der Sprachbarriere. Ebenso sind die Anforderungen an die medizinische Dokumentation sowohl zeitlich als auch finanziell gestiegen, insbesondere bei der Führung der elektronischen Patienten-Dossiers.
- **Pos. 00.0050 Vorbereitende diagnostischer / therapeutischer Eingriffe**
max. 6x = 30 Min. / Fall (was bedeutet "Fall"? → wenn schon pro Sitzung)

Als Fachgesellschaft mit vielen operativ tätigen Mitgliedern, ist diese Limitierung nicht akzeptabel und gefährlich. Kleinere Eingriffe mögen noch knapp in 30 Min. erklärt werden, aber bei komplexen Operationen reichen 30 Min. niemals aus! Einer an Mammakarzinom erkrankten Patientin die diagnostischen Schritte und therapeutischen Optionen inkl. Nachbehandlung sowie mittels Skizzen zu erklären, dauert mind. 45-60 Min.! Analoges gilt für andere onkologische Fälle. Die Operationsaufklärung ist aus medico-legalen Gründen äusserst wichtig geworden und wird auch durch die Patientenorganisationen gefordert. Unsere Qualitätssicherungskommission hat zu diesem Zweck diverse Aufklärungsprotokolle erstellt, welche wir im Vorfeld einer Operation mit einer Patientin besprechen müssen. Es macht auch keinen Sinn, eine Patientin mehrfach einzubestellen, um den Eingriff "fraktioniert" zu besprechen. Diese Limitierung widerspricht einer "good clinical practice" und hat auch wenig Einsparungspotential. Das BAG sollte im Gegenteil die Aufklärung fördern und keine Limitierung vorsehen.

- **Pos. 00.0530 Genetische u./o. pränatale Beratung durch den Facharzt**
Limitierung auf 9x / Jahr = 45 Min.
Sowohl die genetische Beratung als auch die pränatale Beratung ist in den letzten Jahren durch den medizinischen Fortschritt viel komplexer und zeitaufwendig geworden. Die umfassende Beratung hat auch eine wichtige juristische Bedeutung. Ungenügende Beratung kann in einen "wrongful life" Prozess münden, welcher Millionen-Forderungen nach sich ziehen könnte. Bereits die KLV 13 verlangt eine umfassende Beratung der Schwangeren im Vorfeld der zwei Screening-Ultraschalluntersuchungen. Neu müssen wir zusätzlich über den Ersttrimester-Test und den NIPT beraten. Falls nötig auch über invasive Untersuchungen oder weiterführende Abklärungen. Zusätzlich muss eine Schwangere über das AFP-Screening, den Gestationsdiabetes und über die Serologie-Resultate beraten werden. Später in der Schwangerschaft müssen diagnostische Ultraschalluntersuchungen, Doppler-Messungen, CTG, allfällige Geburtseinleitung u.w.m. mit der Schwangeren diskutiert werden. Die vorgesehenen 45 Min. reichen niemals aus, um während einer Schwangerschaft alle oben genannten Aspekte zu besprechen.

Eine genetische Beratung bei familiär erhöhten Mammakarzinom Risiko im Hinblick auf BRCA-1 oder BRCA-2 Testung und die Implikationen lassen sich

ebenfalls nicht in 45 Min. pro Jahr besprechen.

Im Sinne der Transparenz ist es wichtig, diese spezifischen Beratungen auch als solche abzurechnen. In TARCO schlagen wir dementsprechend vor, zwei Positionen zu schaffen: eine genetische Beratung und eine pränatale Beratung. Die Limitierung muss gestrichen werden!

- **Pos. 22.0040 Sterilitätsberatung**

4x / Sitzung 16x pro Fall (→ was bedeutet "pro Fall"?)

Eine Sterilitätsberatung ist zeitaufwendig, weil die heutigen therapeutischen Optionen und die ethischen Aspekte bei einem Paar mit unerfülltem Kinderwunsch eingehend diskutiert werden müssen. Seit 2004 haben sich die Möglichkeiten einer assistierten Fertilitätstherapie deutlich erweitert. Frustrante Therapiezyklen sind für das Paar mit grossem seelischen Schmerz verbunden, weshalb der Sterilitätsberatung in solchen Situationen eine wichtige Bedeutung zukommt.

Auch bei dieser Position müssen die Limitationen deshalb gestrichen werden!

- **Pos. 22.0030 Spezielle gynäkologische Beratung durch Facharzt**

Limitierung 6x /Jahr

Der Wegfall der bisher nicht limitierten Abrechnung durch elektronisch abrechnende Fachärzte ist nicht akzeptabel. Dies entspricht wiederum einer stillen Rationierung! Für einen Teil der Patientinnen dürften 30 Min. pro Jahr ausreichen. Aber z.B. bei endokrinologischen Problemstellungen und Behandlungen, bei welchen eine Patientin mehrmals pro Jahr einbestellt werden muss oder bei onkologischen Fällen, die alle 3 Monate eine Kontrolle und Beratung benötigen, reichen 30 Min. p.a. nicht aus. Dasselbe gilt für die jugendgynäkologischen Beratungen, welche zeitaufwendig sind und häufig 60 Min. oder länger dauern, ohne damit dem Vorwurf ausgesetzt zu sein, unwirtschaftlich zu praktizieren. Aus Gründen der Transparenz und nicht zuletzt wegen WZW-Verfahren ist eine differenzierte Tarifierung des Beratungsaufwandes mittels dieser Position essentiell, was bei einer Kumulation mit Grundkonsultationen Pos. 00.0010-00.0030 (um die Limitierung auf 30 Min. pro Jahr zu überbrücken) nicht mehr der Fall ist.

4. **Aufhebung der Zuschläge für Notfall-Inkonvenienz-Pauschalen für Einrichtungen nach Art. 36a KVG**

Begründung des EDI: Bei den Tarifpositionen mit der Bezeichnung „Notfall-Inkonvenienz-Pauschale“ wird die Interpretation präzisiert, so dass diese nicht mehr von Einrichtungen nach Artikel 36a KVG (Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen), die ihr Angebot explizit auf Notfälle und Konsultation ohne Voranmeldung ausgerichtet haben, abgerechnet werden können. Für die Einrichtungen, die ihr Angebot explizit auf Notfälle und Konsultation ohne Voranmeldung ausgerichtet haben, stellt ein Notfall keine Inkonvenienz (im Sinne einer Unbequemlichkeit, Ungelegenheit) dar.

Das EDI erkennt, dass eine Permanence oder eine Spital-Notfallstation, welche Notfälle und Patienten ohne Voranmeldung empfängt, eine ganz andere Praxisorganisation mit höherer Personaldotation benötigt, als eine Praxis mit Voranmeldung. Zudem muss das Personal am Abend und an den Wochenenden besser entlohnt werden. Dies bedeutet höhere Praxisunkosten, welche bei einem sachgerechten Tarif auch entsprechend abgegolten werden müssen. Bereits mit dem bisherigen Tarif werden Vorhalteleistungen der Spitäler nur ungenügend abgedeckt, was sich mit der Streichung der Notfallzuschläge noch weiter akzentuiert.

Durch die Streichung der Notfallzuschläge wird auch der Notfalldienst, z.B. durch SOS Ärzte oder Notfall-Praxen in Spitälern, in denen Grundversorger Notfalldienst leisten, in ihrer Existenz gefährdet. Die Bemühungen der Ärztesgesellschaften, zusammen mit den kantonalen Gesundheitsdirektionen, die Notfallversorgung sicher zu stellen, werden durch diesen unsachgerechten Tarifeingriff torpediert.

C) Verpasste Tarifierungen

Ein sachgerechter Tarif bedingt auch die Einteilung ärztlicher Leistungen in die korrekte Sparte. Das BAG hat den Fokus einseitig auf die operativen Sparten gelegt und auf die Sparten mit hohem Investitionsbedarf. Zusätzlich wurden gewisse Leistungen vom UBR Grundversorger in die Sparte Sprechzimmer umgeteilt. Mehrere gynäkologische Leistungen sind jedoch seit Einführung von TARMED in der falschen Sparte aufgelistet und diverse Anläufe von gynécologie suisse, diese Leistungen in die korrekte Sparte UBR Gyn-Geb einzuteilen, wurden leider immer wieder blockiert. Erst mit Tarvision resp. TARCO konnten wir unsere gynäkologischen Positionen korrekt einteilen. Der Tarifeingriff des Bundesrates müsste dies berücksichtigen, um den gewünschten sachgerechten Tarif zu erreichen.

Es existieren auch diverse Leistungen, bei denen der medizinische Fortschritt seit 2004 einen deutlich höheren Zeitaufwand nach sich zieht. Für unsere Fachgesellschaft betrifft dies die Screening- und die weiterführenden Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft.

1. Korrekte Einteilung gynäkologischer Leistungen in die Sparte UBR Gynäkologie

Die nachfolgenden typischen gynäkologischen Leistungen im Kapitel 22 bedingen ein gynäkologisches Untersuchungszimmer und sind in der falschen Sparte UBR Grundversorger anstatt in der Sparte UBR Gyn-Geb eingeteilt:

- 22.0020 Gynäkologisch präventive Untersuchung
- 22.0050 Spekularuntersuchung
- 22.0060 + Vaginalsekretentnahme
- 22.0070 + Entnahme für Zytologie
- 22.0090 Kolposkopie
- 22.0080 + Bestimmung Maturationsindex
- 22.0100 +Biopsie bei Kolposkopie
- 22.0110 +Chemische Behandlung bei Portioläsion
- 22.0120 Lokalbehandlung der Portio/Vagina/Vulva
- 22.1010 Kryotherapie der Portio
- 22.1020 Polypabtragung im Portiobereich
- 22.1130 Anpassung eines Diaphragma / Pessars
- 22.1140 Wechsel eines Diaphragma / Pessars
- 22.1150 Einlage/Wechsel/Entfernung eines IUD
- 22.1270 Schwangerschaftsabbruch medikamentös vor 16 SSW
- 22.1280 Schwangerschaftsabbruch medikamentös nach 16 SSW
- 22.1910 Erste Schwangerschaftskontrolle
- 22.1920 Schwangerschaftskontrolle, nachfolgende
- 22.1930 Schwangerschaftskontrolle, weitere
- 22.1990 Geburtsnachkontrolle

Die aufgelisteten Leistungen müssen in den UBR Gynäkologie und Geburtshilfe eingeteilt werden, weil zur Erbringung dieser Leistungen die entsprechende gynäkologische Infrastruktur benötigt wird.

2. Anpassung der Minutagen bei der ersten und zweiten Screening-Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft Pos. 39.3000 und 39.3005

Die erste Screening-Ultraschalluntersuchung Pos. 39.3000 wurde im TARMED seit 2004 mit einer Leistungszeit von 18 Min. tarifiert. Beim zweiten Screening 39.3005 sind es 25 Min. Diese Daten basieren auf dem medizinischen Stand vor mehr als 20 Jahren. Seither sind die Anforderungen an eine Screening-Ultraschalluntersuchung, auch Dank den immer präziseren, hochauflösenden Ultraschallgeräten, jedoch deutlich gestiegen. Parallel dazu hat die SGGG sehr viel in die Ultraschallausbildung der Fachärzte investiert (Stichwort: hohe Anforderungen für den Fähigkeitsausweis Schwangerschafts-ultraschall, Kommunikationskurs und periodische Re-Zertifizierung!) Dies ist ein Paradebeispiel, dass ein medizinisch-diagnostischer Fortschritt nicht nur zu einer Zeitersparnis führt, sondern einen höheren Zeitbedarf zur Erbringung einer Leistung bedingen kann.

Beim ersten Screening in der Schwangerschaft (Pos. 39.3000) wird seit geraumer Zeit die Nackentransparenz ausgemessen. Es findet zudem ein erstes Organscreening statt, was bei TARMED-Einführung noch nicht der Fall war. In Tarvision resp. in TARCO wurde deshalb die Leistungszeit, in Anlehnung an die Literatur, auf 25 Min. erhöht.

Analoges gilt für die zweite Screeninguntersuchung (Organscreening) Pos. 39.3005 zwischen 20-23 SSW. Das fetale Hirn, das Herz, die ableitenden grossen Gefässe und die anderen Organe können (und müssen) heute mit den hochauflösenden Ultraschallgeräten differenzierter dargestellt werden, als noch vor 20 Jahren. Die höheren Anforderungen lassen sich auch in den periodisch angepassten Versionen der Broschüre "Empfehlungen zum Schwangerschafts-ultraschall" nachlesen, welche von der Schweizerischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin, Arbeitsgruppe Gynäkologie und Geburtshilfe (SGUMGG), publiziert wird.

In Tarvision resp. TARCO wurde die Minutagen von Pos. 39.3005 entsprechend auf 30 Min. erhöht.

Die Minutagen von 25 resp. 30 Minuten wurden zudem mittels Literatur plausibilisiert. Sie stimmen auch mit einer betriebswirtschaftlichen Untersuchung im Universitätsspitals Bern überein (Ultraschallabteilung von Prof. Luigi Raio). Eine Umfrage aus dem Jahr 2015 unter unseren SGGG Mitgliedern, bei welcher wir >400 Antworten erhielten, hat aufgezeigt, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen heutzutage mind. 30-45 Minuten für die Screening-Ultraschalluntersuchungen benötigen.

Die Screening-Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft sind, wie eingangs erwähnt, ein klassisches Beispiel, dass der diagnostische Fortschritt mit einer höheren Leistungszeit verbunden ist. Das BAG darf daher den Fokus nicht nur auf eine Absenkung der Minutagen legen (wie z.B für die Ophthalmologie immer wieder betont wird), sondern das BAG muss auch akzeptieren, dass ein sachgerechter, revidierter Tarif höhere Leistungszeiten beinhalten kann.

Gynécologie suisse fordert deshalb das BAG auf, die Leistungszeit der Pos. 39.3000 und 39.3005 den gestiegenen Anforderungen anzupassen.

Desweiteren verweisen wir an dieser Stelle nochmals auf die geplante Absenkung der quantitativen Dignitäten (siehe Abschnitt A Punkt 1). Eine Reduktion der quantitativen Dignität bei den geburtshilflichen Ultraschall Leistungen (Pos. 39.3000 bis 39.3070) sowie der fetalen Echokardiographie (Pos. 17.0310) ist wegen der benötigten Weiterbildungszeit, der Komplexität und der Tragweite dieser Leistungen nicht sachgerecht. Insbesondere werden die erweiterten Ultraschalluntersuchungen und die Echokardiographie nur auf spezielle Indikation und Zuweisung selten erbracht. Sie

spielen mengenmässig kaum eine Rolle (z.B. Pos. 39.3030 gemäss NAKO Tool 2014: 8x oder 3'990 TP). Es muss auch betont werden, dass die Ultraschall-Ausbildung der deutschen Fachärzte für Screeninguntersuchungen in der Schwangerschaft (DEGUM Stufe I) nicht mit dem Fähigkeitsausweis der SGGG / SGUMGG verglichen werden kann, weshalb die DEGUM-I Zertifizierung bei uns nicht anerkannt wird. Analoges gilt für Ultraschall Zertifizierungen in anderen europäischen Ländern. Die Weiterbildungszeit für eine Fachärztin / einen Facharzt Gynäkologie und Geburtshilfe mit Erwerb des Fähigkeitsausweises Schwangerschafts-ultraschall liegt deutlich über 5 Jahre. Deshalb war die bisherige quantitative Dignität FMH 6 und höher sachgerechter.

D) Weitere Änderungen

1. Löschen des Zuschlags von 10% auf Verbrauchsmaterialien

Das EDI ist der Ansicht, dass die Änderung der GI-20 und die Streichung des 10% - Zuschlags auf Verbrauchsmaterialien die Wirtschaftlichkeit verbessert.

Man kann tatsächlich darüber diskutieren, ob ein prozentualer Zuschlag sinnvoll ist oder wie dieser ausgestaltet sein sollte, vor allem bei teuren Verbrauchsmaterialien. Andererseits bedeuten der Einkauf, die Lagerhaltung, die Kontrolle der Verfalldaten und die Aussonderung verfallener Materialien einen Kostenaufwand, welcher durch die Streichung des Zuschlags nicht mehr vergütet würde. Die Streichung ist deshalb nicht sachgerecht.

Wenn das BAG vom bisherigen prozentualen Zuschlag wegkommen möchte, so mussten andere Modalitäten in Betracht gezogen werden. Denkbar wäre den Arbeitsaufwand pauschal mittels separater Position zu entschädigen. Oder ein abgestufter prozentualer Zuschlag analog der Spezialitätenliste für Medikamente.

Die gynécologie suisse / SGGG unterstützt eine Tarifrevision im Sinne eines betriebswirtschaftlichen, sachgerechten Tarifs. Wir lehnen jedoch einen nicht sachgerechten Eingriff mit Kürzungen nach dem "Giesskannen-Prinzip" ab.

Die Ärzteschaft hat viel Geld und unzählige Arbeitsstunden in die Erarbeitung eines sachgerechten Tarifs investiert, welche durch den Bundesrats-Eingriff zunichte gemacht werden. Wir haben in den letzten Jahren auch immer wieder versucht, den Tarif zu revidieren, was aber leider wegen der Struktur und Zusammensetzung von Tarmed Suisse von den Kostenträgern konsequent blockiert wurde.

Die FMH hatte mit Tarvision (ats-tms) eine sachgerechte revidierte Tarifstruktur erarbeitet. Der *revidierte* Tarif, welcher die Ärzteschaft nicht als *neuen* Tarif betrachtete, wurde bekanntlich abgelehnt, u.a. weil die Forderung des Bundesrates, eine kostenneutrale Revision des TARMED vorzunehmen, keinen *betriebswirtschaftlichen, sachgerechten* Tarif ermöglichte und der Quadratur eines Kreises glich.

Der Bundesrat sollte die subsidiäre Kompetenz für einen Tarifeingriff nur sehr zurückhaltend wahrnehmen und den Verhandlungspartnern mehr Zeit für eine umfassende Tarifrevision geben, wie dies derzeit mit TARCO erfolgt. Der Bundesrat sollte sich deshalb bei den geforderten Vorgaben für eine umfassende Tarifrevision entweder zu einem *betriebswirtschaftlichen, sachgerechten* Tarif bekennen, welcher Ergebnis offen sein muss und niemals kostenneutral ausfallen kann oder zu einem politisch gesteuerten Amtstarif. Gesetzlich wird jedoch ein betriebswirtschaftlicher und sachgerechter Tarif gefordert! Der geplante Tarifeingriff ist weder das eine, noch das andere und er verstärkt nur die Unwucht im Tarifgefüge. Zudem orientiert sich das BAG einseitig an gewisse Forderungen der Versicherer. Nur eine Gesamtrevision des Tarifs unter Mitwirkung der Leistungserbringer

und der Kostenträger, so wie in TARCO geplant, wird die gesetzlichen Vorgaben erfüllen und einen sachgerechten Tarif ermöglichen.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Einwände und ersuchen Sie höflich, auf den Tarifeingriff zu verzichten und die Gesamtrevision TARCO abzuwarten.

Freundliche Grüsse

Dr. med. David Ehm
Präsident SGGG

Dr. med. Pierre Villars
Tarifverantwortlicher SGGG