

Dr. med. Yvonne Gilli  
FMH Generalsekretariat  
Elfenstrasse 18  
Postfach  
3000 Bern 16

Bern, 29. August 2024

## Mitteilung der SGDV an die Tarifkommission der FMH anlässlich der Informationssitzung vom 27.08.2024

Sehr geehrte Frau Dr. Gilli

Mit ungläubigem Erstaunen haben wir der gestrigen Sitzung der FMH beigewohnt, zu der auch die OAAAT eingeladen war. Sie sorgte – nicht nur bei uns – für grösste Irritation und lässt Teilnehmende höchst unbefriedigt zurück. Einmal mehr hat sich gezeigt, dass die vielen, von uns Fachgesellschaften in teils kürzester Frist geforderten Stellungnahmen an die sts AG, zuletzt OAAAT, kein Gehör gefunden haben und die darin von uns Anwendern aufgezeigten gravierenden Mängel keine Berücksichtigung in der Entwicklung der Tarifstruktur der ambulanten Pauschalen gefunden haben. Schlimmer noch, die Eingaben blieben unbeantwortet. Statt die konstruktiven Beiträge angesichts des mehrfach von der OAAAT betonten Zeitdrucks mit dem nötigen Engagement einzuarbeiten hat die OAAAT augenscheinlich nichts getan.

Insgesamt ist es nicht nachvollziehbar, warum ein intransparent entwickelter und ebenso intransparent weiterentwickelter Fallpauschalentarif nun auf Grund einer von der OAAAT vorgeschütztem Zeitmangel eingereicht werden soll, anstatt entweder mehr Personal oder mehr Zeit aufzuwenden. Es geht derzeit um ein einmal zu erstellendes Grundlagenwerk, als betroffene Ärzt:innen dürfen wir davon ausgehen, dass die uns vertretenden Organisationen (FMH und OAAAT) ebenfalls das Ihrige zum Gelingen beitragen (so wie wir dies seit Anbeginn tun).

Es erscheint uns ebenfalls völlig unverständlich gerade die inhomogenen Leistungen im OP plötzlich über einen Kamm scheren zu wollen. Im TARDOC wurde von verschiedenen Fachpersonen ein praktikabler, modularer Einzelleistungstarif im Konsens (!) erstellt, der nun Kraft Amtes für Operationen ausgehebelt wird. Der von uns bediente, wichtige Bereich der mikrographisch kontrollierten Chirurgie («Mohs-Chirurgie») wird somit



unbrauchbar, was für den Patienten mit höheren Rezidivraten und/oder ausgedehnteren Exzisionen (Schnittlängen) in der dermatologischen Tumorchirurgie einhergeht. Die anschliessende Diskussion zeigte, dass ambulante Pauschalen von der Ärzteschaft in der teilgenehmigten Form wie auch in der aktuell vorgeschlagenen, angeblich korrigierten und erweiterten Form aus fachlichen und praktischen Gründen nicht sinnvoll sind und abgelehnt werden.

Die in der Stellungnahme der SGDV vom 12.08.2024 dargelegten Kritikpunkte, möchten wir hier wiederholen und mit konkreten Beispielen erweitern.

Für ambulanten Pauschalen werden grundsätzlich **medizinische und Kosten-Homogenität** vorausgesetzt und gefordert, d.h.:

- Einheitliche Dauer und Umfang der Leistung
- Häufiges Vorkommen
- Einheitlicher Material- und Personalaufwand
- Keine Zwei-Faktorenleistungen (kein Labor, Bildung und mehrere Fachbereiche...)

Die vorliegenden Pauschalen verstossen in mehrfacher Hinsicht gegen dieses Postulat.

### **Multifaktorielle Leistungen - Einschluss der Pathologie in die Pauschalen**

Die Einbindung der pathologischen/histopathologischen Untersuchungen in chirurgische Pauschalen muss entfallen, da das Kriterium der Homogenität der Leistungen nicht erfüllt ist:

Beispiel 1: Entfernung einer klinisch zu vermutenden „Zyste“ am Hals eines 50-jährigen Mannes. Die Pathologie-Leistung reicht von CHF 77 bei der histologischen Diagnose einer Epidermoidzyste, über 350 CHF im Falle eines Merkelzellkarzinoms (die sich klinisch nicht selten als Zyste manifestieren können) bis zu CHF 3'500 im Falle einer Metastase eines unbekanntem Primärtumors mit ausgedehnter Immunhistochemie und einer NGS-basierten molekularen Analyse zur erweiterten Diagnostik und im Hinblick auf therapeutische Targets. Die aufwändige Diagnostik kann auch bei der Diagnose «Zyste» anfallen, wenn der maligne Tumor ausgeschlossen werden muss.

Beispiel 2: Entfernung einer leicht geröteten 5 mm grossen papulösen HV an der Wange einer 17-Jährigen. Die Pathologie-Leistung reicht von CHF 77 bei der histologischen Diagnose einer follikulären Keratose, über 200 bis 250 CHF im Falle eines Naevus Spitz, CHF 2'500 im Falle einer Metastase eines atypischen Spitztumors vs. spitzendem malignem Melanom (mit ausgedehnter Immunhistochemie und einer NGS-basierten molekularen Analyse zur erweiterten Diagnostik und im Hinblick auf therapeutische Targets). Die aufwändige Diagnostik kann auch bei der Diagnose «follikuläre Diagnose» anfallen, wenn der maligne Tumor ausgeschlossen werden muss.

Es bleibt also *fallbezogen* – und überhaupt nicht *pauschal* – was beim einzelnen Patienten an histopathologischen Untersuchungen anfällt.

Zu bedenken ist dabei zudem, dass insbesondere im niedergelassenen Bereich in den Praxen häufig ein kostengünstiger ambulanter chirurgischer Eingriff zur Klärung eines Befundes mit der in der ambulanten Pauschale inbegriffenen dermatopathologischen Diagnostik einhergeht, welche die Kosten des Eingriffs um ein Vielfaches übersteigt.

Daraus ergeben sich gravierende Folgen:

- ➔ Werden leitliniengerechte und evidenzbasierte (aber teure) histopathologische Untersuchungen, welche für eine adäquate Diagnose und Therapie - d.h. Heilung, u.U. lebensrettend, nötig sind, wegen fehlender betriebswirtschaftlicher Rentabilität nicht mehr gemacht, gar nicht mehr angeboten? -> Patientensicherheit und Qualität nicht mehr gewährleistet: ethisch nicht vertretbar!
- ➔ Kostenintensive Primärdiagnosen werden häufiger in den niedergelassenen Praxen gestellt, was betriebswirtschaftlich unter diesen Bedingungen nicht mehr tragbar sein kann. Werden potenziell mit hohen Pathologiekosten verbundene Eingriffe dann primär ins Spital überwiesen? Wird das eine oder andere Exzidat gar nicht mehr zur histologischen Untersuchung eingeschendet? -> Patientensicherheit und Qualität gefährdet!
- ➔ Werden Forschung und der Wissenszuwachs in der Medizin ausgebremst?
- ➔ Wird der Nachwuchs sowohl in chirurgischen Disziplinen als auch in der Pathologie bald fehlen?

Notabene: Keines der anderen europäischen Länder hat die Pathologie- und Dermatopathologie-Leistungen in übergeordneten Pauschalen eingeführt.

### **Inhomogenität innerhalb der Fallgruppen**

#### Beispiel 1: C03.30B Eingriff an der Lippe genehmigt am 19.06.24:

Die hier hinterlegten TARMED-Trigger zeigen eine breite Varianz in der medizinischen Komplexität wie auch korrespondierend der Kosten: Das Spektrum reicht von der Entfernung einer kleinen gutartigen Veränderung bis zu einem grossen und tiefen malignen Tumor. Für sich allein und auch unter Berücksichtigung des offenbar ja gegebenen Einschlusses der Pathologie sind solche Pauschalen nicht anwendbar.

#### Beispiel 2: C09.60Z Narben- und Weichteilkorrektur (noch nicht genehmigt)

Diese Eingriffe werden häufig ambulant durchgeführt, sie variieren Grösse und Komplexität, sodass eine Pauschale ungeeignet ist. Bei dieser und ähnlichen Positionen besteht mittelfristig die Gefahr eines Shifts von Eingriffen in der Praxis zu den Spitalambulanzen: In den Praxen werden die eher kleineren Narbenkorrekturen vorgenommen (Vergütung dann im Verhältnis möglicherweise zu hoch), komplexere Korrekturen werden ins Spital überwiesen.

Generell ergibt es bei solch grossen Varianzen in einer Fallgruppe die Frage, ob dies nicht nur gegenüber Ärzten, sondern auch gegenüber den Patienten zu rechtfertigen ist: Patienten mit weniger komplexen Eingriffen subventionieren die Eingriffe der Patienten

mit komplexen und kostenintensiven Eingriffen. Angesichts der Selbstbeteiligung der Patienten und der Franchisen ist dies rechtlich anfechtbar.

### **Untaugliche und falsche Bezeichnungen**

Wie im Schreiben vom 12.08. bemerkt, ist die Nomenklatur der Pauschalen nicht nachvollziehbar und nicht übertragbar auf dermatochirurgische Eingriffe. Die Bezeichnungen entbehren jeglichen praktischen Bezugs.

#### Beispiele

*V1.0 C09.11D: Haut-Lappenhebung und sonstige Eingriffe an Hautlappen*

Was ist unter Eingriffe an Hautlappen zu verstehen? Noch dazu ohne vorherige Exzision? Soll dies einer Exzision mit Defektdeckung durch eine Lappenplastik entsprechen?

*V1.0 C09.12D Chir. Massnahmen an Haut, grossfl. od. Wundversorgung mit CT/MRI, mit Plexus-Anästhesie.*

Was ist unter chirurgische Massnahmen an Haut zu verstehen? Was, wenn es in örtlicher Betäubung (ohne Plexus-Anästhesie) operiert wird?

Es scheinen hier auch wie bei den Positionen «Eingriffe an der Mundhöhle» und «chirurgischer Eingriff Hals» Operationen völlig unterschiedlicher Ausdehnung, Komplexität und Schwierigkeit eingeschlossen zu sein, was der Homogenitätsvorgabe widerspricht.

### **Kombinierbarkeit von Leistungen**

Wie in unseren Stellungnahmen wiederholt dargelegt, sind Pauschalen aus unserer Sicht nur anwendbar, wenn Zusatzleistungen in gleicher Sitzung möglich sind.

**Beispiel 1** - häufiges Szenario in der dermatologischen Praxis: Betagter Patient hat einen OP-Termin zur Exzision von 2 malignen Hauttumoren am Kopf und einem malignen Hauttumor am Unterschenkel: Heute ist dies in einer Op-Sitzung möglich, kosteneffizient, einfach, zeit- und material- und personalsparend, effizient für die Praxis, den Patienten und dessen Begleitung/Betreuung. Geringe Ausfallszeiten für berufstätige Patienten.

**Beispiel 2** – häufiges Szenario: Pat hat einen Op-Termin zur Exzision eines Hauttumors im Gesicht. Gleichzeitig erfolgt die kryochirurgische Behandlung von mehreren Hautkrebsvorstufen sowie die Abklärung und Therapie eines Ekzems -> Heute effizient für die Praxis und Patient an einem Termin problemlos zu behandeln.

Müssen mit Einführung ambulanter Pauschalen nun mehrere Termine, womöglich in grösseren Zeitabständen vereinbart werden, um für die aufgeführten Kombinationen von chirurgischen und konventionell dermatologischen Leistungen eine adäquate Vergütung gewährleisten?

- Folgen: Verzögerung von Diagnose und Therapie (u.U. für den Patienten fatal), Kostensteigerung. Angesichts der eh schon langen Wartezeiten in den Praxen würde dies in Problem für die Qualität der Patientenversorgung und die Patientensicherheit münden, was ethisch nicht vertretbar ist.

Noch einmal soll auch erwähnt werden: TARDOC bildet u.E. die ambulant erbrachten dermatologischen und dermatochirurgischen Leistungen – vorbehaltlich einiger bereits an FMH und OAA mitgeteilter Fehler und Korrekturvorgaben – adäquat ab.

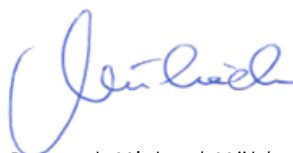
Für die Entwicklung eines neuen Ansatzes für einen praxistauglichen Pauschalentarif bieten wir gerne Hand.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



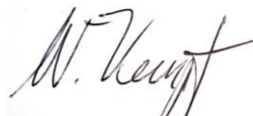
Dr. med. Bettina Schlagenhauß  
Tarifdelegierte der SGDV



Dr. med. Michael Mühlstädt  
Tarifdelegierter SGDV



Dr. med. Michael Geiges  
Präsident der SGDV



Prof. Dr. med. Werner Kempf  
Tarifdelegierter der SGDP

### Beilage

Stellungnahme vom 12.08.2024 der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) zum Bundesratsentscheid zur Teilgenehmigung des Grundvertrags TARDOC sowie des Tarifstrukturvertrags über den ambulanten ärztlichen Pauschalentarif vom 19.06.2024