

An Politik und Medien

Bern, 12. September 2024

Offenes Schreiben der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) betreffend Grundvertrag TARDOC und Tarifstrukturvertrag ambulante Pauschalen

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir als praktizierende Dermatologinnen und Dermatologen machen mit diesem Schreiben zweierlei öffentlich: Einerseits die Position, welche wir an die für die obengenannte Vertrags- und Tarifarbeit zuständige FMH und an die Organisation ambulante Arzttarife OAAT gesandt haben – und andererseits unsere Haltung dazu, wie Bundesrat, früher die sts SA und die OAAT diesen Prozess steuern und dabei völlig missachten, dass hier im Falle der Pauschalen praxisuntaugliche Konzepte eingeführt werden sollen: Statt weniger werden viel mehr Kosten und Schwierigkeiten ausgelöst. Patientinnen und Patienten, nicht lediglich wir Ärztinnen und Ärzte, werden das Nachsehen haben.

Weshalb?

Ausgangslage

Es ist zu begrüßen, dass der seit vielen Jahren unter Mitarbeit der medizinischen Fachgesellschaften erarbeitete und immer wieder nach den Vorgaben des Bundesrates angepasste, nun transparente und adäquate Einzelleistungstarif TARDOC anerkannt wurde. Eine rasche Inkraftsetzung ist dringend nötig.

Dabei wurde auch ein Teil der von der sts SA Ende 2023 eingereichten ambulanten Pauschalen genehmigt. Warum dies höchst problematisch ist und weshalb die Pauschalen ungeeignet sind, legen wir im Folgenden gemeinsam mit der Tarifkommission der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) dar:

Weder medizinisch noch kostenmässig homogen

Die genehmigten Pauschalen erfüllen weder die Kriterien einer medizinischen Homogenität noch einer Kostenhomogenität. Es werden offensichtlich medizinische Leistungen – insbesondere chirurgische – unterschiedlichen Aufwandes, Qualitätsanforderungen und Komplexität zusammengefasst. Damit würden diese unterschiedlichen, in einer Pauschale zusammengefassten Leistungen mit demselben Kostengewicht für manche Eingriffe zu hoch,



für andere weit zu niedrig abgegolten werden. Dies nicht nur bezogen auf die ärztliche Leistung, sondern auch bezüglich Eingriffsdauer, Raumnutzung, Personalaufwand, Materialaufwand, Laborleistungen, Medikamente etc.

Wie sich dies auf die Gesamtkosten der ambulanten Leistungen dann letztendlich auswirken wird, ist aus Sicht der SGdV aktuell gar nicht absehbar. Es bestehen unsererseits sogar Bedenken, dass aufgrund der Tarifstruktur «ambulante Pauschalen» mit einer allgemeinen Kostensteigerung im ambulanten Bereich zu rechnen ist, zumal der Tarif aus Datensätzen von gegenüber Praxen kostenintensiveren Spitalambulanzen generiert wurde.

Es ist absehbar, was geschehen wird: Die Ärzteschaft hätte dafür mutmasslich die Verantwortung zu tragen - und es würden zusätzliche Spardrohungen erhoben. Basierend auf diesem untauglichen Pauschalwerk den Sparkurs weiterzutreiben, wäre allerdings inakzeptabel, da die Tarifstruktur ambulante Pauschalen selbst in der aktuellen Form nicht genehmigungsfähig ist. Sie wurde praxisfern, unwirtschaftlich und ohne Möglichkeit des Mitwirkens der ambulant tätigen Ärzte festgelegt. Es ist weder nachvollziehbar noch sachdienlich und aus Ärztesicht nicht akzeptabel, dass die OAAT mangelnde Zeit geltend macht und deshalb trotz gravierenden und von den ärztlichen Fachgesellschaften im Detail aufgearbeiteten und kommunizierten inhaltlichen Fehlern «keine inhaltliche Weiterentwicklung» vornehmen will. Dies entgegen der klaren Forderung der Ärzteschaft. Man werde, so die OAAT, «erstmal für eine Folgeversion der Tarifstrukturen» allfällige Anpassungen vornehmen. Konkret heisst dies: Für Behandlungen wird ab dem 1. Januar 2026 basierend auf untauglicher Datenbasis und mittels praxisuntauglicher ambulanter Pauschalen abgerechnet werden. Das wird – wie wir dies bereits im stationären Bereich bei der Einführung von Diagnosis Related Groups DRG erlebt haben – zu chaotischen Zuständen, Unzufriedenheit bei Patientinnen und Patienten und nicht zuletzt zu Klagen und schliesslich Gerichtsfällen führen. Ausser Acht gelassen wurde z.B., dass ein Patient für einen bislang kostengünstigen Eingriff in der Praxis nun aufgrund der Pauschalierung einen der medizinischen Behandlung nicht angemessenen Betrag in Rechnung gestellt bekommt, um teurere Behandlungen anderer Patienten zu subventionieren. In wie vielen Jahren dann die fehlerhaften Strukturen angepasst und faire Preise erhoben würden, bleibt heute völlig unklar.

Bezeichnung der Pauschalen

Aus medizinischer Sicht erwartet man eine dezidierte Beschreibung einer Pauschale, welche sich an der medizinischen Leistung, sei es Diagnostik, chirurgischer und nicht chirurgischer Therapie orientiert. Dabei darf die anatomische Region wohl eine Rolle spielen, jedoch nicht der alleinige Trigger sein. Bezeichnungen wie «chirurgischer Eingriff Hals» oder «Eingriffe an der Mundhöhle» sind medizinisch nicht korrekt, da hierunter einfach völlig unterschiedliche Eingriffe in verschiedenen Indikationen und anatomischen Strukturen mit nicht vergleichbaren chirurgischen Techniken offenbar subsummiert werden.

Es entbehrt nicht einer gewissen Komik, dass die OAAT auf entsprechende Fragen schreibt, diese Bezeichnungen dienen «zur Orientierung der Anwender», aber man müsse zur genauen Abgrenzung «das Definitionshandbuch konsultieren».

Multifaktorielle Leistungen

Pathologie: Wie bereits in früheren Stellungnahmen der SGDv z.Hd. sts SA, FMH und BAG (siehe Beilage) betont, erfüllt der Einschluss der Pathologie wie auch anderer Laborleistungen das unbedingt geforderte Kriterium der Homogenität nicht. Die Kosten für eine dermatopathologische Untersuchung variieren je nach Diagnose weit. Für die korrekte Einordnung eines Hautprozesses und dessen Therapie (Tumor oder entzündliche Hauterkrankung) werden häufig kostenintensive, immunologische und molekulargenetische Zusatzuntersuchungen benötigt. Derartige Zusatzuntersuchungen werden gemäss internationaler Leitlinien auch gefordert und variieren bezüglich ihres technischen Aufwandes, der Materialkosten und der Expertise stark, was sich in einer hohen Bandbreite der Kosten für eine dermatopathologische Untersuchung zwischen einem zweistelligen und einem hohen vierstelligen Bereich widerspiegelt.

Zu bedenken ist dabei zudem, dass insbesondere im niedergelassenen Bereich in den Praxen häufig ein kostengünstiger ambulanter chirurgischer Eingriff mit einer dermatopathologischen Diagnostik einhergeht, welche die Kosten des eigentlichen Eingriffs in der Praxis um ein Vielfaches übersteigt.

Der auftraggebende Dermatologe muss gemäss Tarifstruktur ambulante Pauschalen diesen Betrag an den Dermatopathologen vergüten, was zu einem Defizit führt. Dieser Fakt ist für eine ambulante Pauschale inakzeptabel. Laut OAAT würden diese für eine Praxis defizitären Behandlungen gemäss der Spital-getriggerten Daten auch in der Praxis über das Jahr hinweg ausgeglichen werden. Eine Argumentation, die nicht akzeptiert werden kann.

Ausserdem erscheint es nicht klar, zu welchem Tarif die Labor- / Pathologieleistungen dann, den auftraggebenden Dermatologen in Rechnung gestellt werden. Auch die Rechnungsstellung und Buchhaltung dieser Vergütung scheint auf die auftraggebende Praxis und das Labor abgewälzt zu werden.

Fakt: Laborleistungen aus dem Bereich der Pathologie und Dermatopathologie dürfen keinesfalls in einer Pauschale inbegriffen sein.

Leistungen müssen kombinierbar sein

Die Pauschalen sind nur anwendbar, wenn Zusatzleistungen in gleicher Sitzung möglich sind, sei es durch Einzelleistungen oder weiteren Pauschalleistungen. Oftmals werden z.B. in einer Sitzung unterschiedliche dermatologische Diagnosen, z.B. mehrere Hautkrebs, deren Vorstufen oder auch andere Diagnosen effizient, ohne Doppelspurigkeit und mit geringem Aufwand für die oft betagten und nicht mobilen Patienten behandelt werden. Patienten können nicht für diese verschiedenen Eingriffe mehrmals einbestellt werden. Der Aufwand für die Praxis und den Patienten würde dadurch deutlich höher und kostspieliger. Zudem lässt dies die Sprechstundenplanung kaum zu, da in den meisten Praxen lange

Wartezeiten auf Termine bestehen. Nicht zuletzt besteht durch erforderliche Zusatzkonsultationen bei mehreren notwendigen Eingriffen / Therapien das Risiko eine Verzögerung von Diagnose und Therapie.

Fazit

- Die vom Bundesrat gesetzte Einreichungsfrist des 1. November 2024 ist unrealistisch und lässt vermuten, dass der Bundesrat vorzugsweise einen Amtstarif verhängen möchte, statt den Fachgesellschaften eine reale Chance zu geben, zu anwendbaren und fairen ambulanten Pauschalen beitragen zu können.
- Das Konzept der aktuellen Tarifstruktur «ambulante Pauschalen» muss zwingend überarbeitet werden, um eine wirtschaftliche und qualitativ hochstehende ambulante medizinische Versorgung zu gewährleisten. Hierbei sind u.a. die oben dargelegten Punkte zentral.
- Es ist nicht akzeptabel, dass sich die zuständige Organisation ambulante Arzttarife weigert, die Arbeiten zeitnah an die Hand zu nehmen. Die FMH ist hier ebenfalls gefordert, mit ihrem Fachwissen und den Input der Fachgesellschaften koordinierend, entsprechend mitzuwirken. Wie kann ein medizinischer Tarif gültig für Ärztinnen und Ärzte und ein Abbild der medizinischen Leistungen sein, wenn die an erster Stelle involvierten Fachpersonen nicht daran mitarbeiten können?
- Als Organisation, die für uns Ärztinnen und Ärzte die Tarifkonzepte und Tarife auszuarbeiten hat, ist die OAAT Verpflichtungen eingegangen. Der laufende und direkte Einbezug und das Sicherstellen der steten Mitwirkung der medizinischen Fachgesellschaften ist dabei zentral. Diese Grundsatzforderung muss auch in der Frist bis zum 1. November erfüllt werden.
- Es ist an der OAAT, nun sicherzustellen, dass der politische Wille nach mehr Pauschalabgeltungen in Einklang gebracht wird mit der Notwendigkeit, den veralteten TARMED mit dem nun vorliegenden praxistauglichen Einzelleistungstarif TARDOC zu ersetzen. Dabei gehen wir als medizinische Fachgesellschaft davon aus, dass die Fachleute in der OAAT – und hier im Besonderen auch die Vertreterinnen und Vertreter der FMH – beurteilen können, welche Leistungen auch künftig einen Einzelleistungstarif erfordern und welche in Pauschalen verrechnet werden könnten.
- Die vorliegenden ambulanten Pauschalen erfüllen die Kriterien von Bewilligungsreife, Anwendbarkeit, Fairness und Wirtschaftlichkeit nicht – und sie entbehren in den meisten Fällen auch jeglicher medizinischer Sachgerechtigkeit und Logik. Es ist somit inakzeptabel, dass über Jahre hinweg geschlossene Kompromisse im TARDOC nun auf einmal ausgehebelt werden und in völlig undurchsichtige und unhandliche Pauschaltarife überführt werden.
- Aus Sicht hauptbetroffener Ärzte mangelt es der OAAT nicht nur an materiellen und medizinischen Kompetenzen, sondern fatalerweise gleichzeitig an Arbeitstechnik und Respekt.

Gerne rufen wir in Erinnerung: ohne Ärztinnen und Ärzte gibt es keine medizinische Gesundheitsversorgung.

Mit freundlichen Grüßen

für die SGDV:



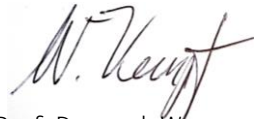
Dr. med. Bettina Schlagenhauß
Tarifdelegierte der SGDV



Dr. med. Michael Mühlstädt
Tarifdelegierter SGDV



Dr. med. Michael Geiges
Präsident der SGDV



Prof. Dr. med. Werner Kempf
Tarifdelegierter der SGDP