



Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie
Société Suisse de Cardiologie
Società Svizzera di Cardiologia
Swiss Society of Cardiology

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

E-Mail:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 1.6.2017

Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie zur Vernehmlassung des bundesrätlichen Eingriffes im ambulanten Tarif (Tarmed 01.09.BR, ab 1.1.2018)

Die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie (SGK) nimmt mit grossem Befremden vom geplanten Eingriff Tarmed 01.09 BR Kenntnis. Die SGK beurteilt diesen Eingriff als schädlich, unsachgerecht und für die Kardiologen unverhältnismässig. Der Eingriff entspricht mittel- und langfristig nicht den offiziellen WZW-Kriterien.

Die extreme Tarifreduktion in einzelnen Fachbereichen, welche bereits durch den ersten Eingriff des Bundesrates im 2014 eine Kürzung der Taxpunkte von 8.5% hinnehmen mussten, missachtet den Weiterbildungsaufwand zum Erlangen der Kompetenz in einem wichtigen hochspezialisierten Bereich, bedroht die Versorgungsqualität und Sicherheit unserer Patienten und kompromittiert das Erreichen der durch den BR selber festgelegten Ziele einer Verschiebung der Leistungen in den ambulanten Sektor.

Allgemeines

Ein Medizinaltarif muss den Aufwand zum Erbringen einer Leistung im Gesundheitswesen abbilden und somit eine für alle Beteiligten nachvollziehbare Abrechnung und statistische Erfassung ermöglichen. Jeder Versuch, den Tarif für andere, wie aktuell politische Zwecke, zu verändern, zerstört die Sachgerechtigkeit und die Transparenz des Tarifes und macht ihn als transparentes Abrechnungsinstrument unbrauchbar.

Die SGK ist sich bewusst, dass der ambulante Tarif an die aktualisierten Kostendaten angepasst werden muss und dass der Bundesrat auf Grund des KVG Art. 53 Al 5bis die subsidiäre Kompetenz hat, eine temporäre Anpassung einiger Tarifpositionen zu verordnen. Dass der Bundesrat jedoch, in krassem Widerspruch zu den eigenen Vorgaben eines kostenneutralen Tarifeingriffs neu auf dem Rücken der Leistungserbringer (allen voran der invasiv tätigen Spezialisten) 700 Millionen pro Jahr einsparen will, zeigt, dass es ihm nicht um einen sachgerechten und zweckmässigen Eingriff, sondern um eine rein politische Intervention geht. Mit diesem Eingriff versucht der unter Druck stehende Bundesrat offensichtlich, der Politik und der Bevölkerung zu beweisen, dass er „etwas“ gegen steigende Prämien unternimmt.

Leider wird der Eingriff diese Ziele verfehlen sowie die Versorgungsqualität und Sicherheit unserer Patienten in den betroffenen Bereichen gefährden:

1. Prämien und Kosten sind nicht linear verknüpft. So verursacht zurzeit vor allem die Verschiebung von Leistungen vom Stationären ins Ambulante, zusätzlich zu einer Anzahl bei weitem nicht nur von den Ärzten abhängigen Faktoren, den Prämienanstieg.



Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie
Société Suisse de Cardiologie
Società Svizzera di Cardiologia
Swiss Society of Cardiology

2. Eine Einsparung von 700 Millionen würde wohl die betroffenen Fachärzte schmerzhaft treffen, jedoch an den Prämien wenig ändern, da es sich schlussendlich um weniger als 1 % der jährlichen Gesundheitskosten handelt.
3. Die massive Entwertung der spezialärztlichen Tätigkeit wird erhebliche Konsequenzen auf die Qualität und das Angebot in den Praxen wie auch in den spitalambulanten Sektoren haben: einzelne Leistungen werden entweder nicht mehr angeboten oder nur noch von Hilfspersonal ausgeführt werden können, sodass es zu einer radikalen Reduktion der Arzt/Patienten Kontaktzeit kommen wird (siehe Kommentare zu hochspezialisierten Sprechstunden unten).
4. Es ist zu befürchten, dass Spitäler ihr ambulantes Angebot und ihren Weiterbildungsaufwand mit diesem Eingriff nicht mehr finanzieren und das Angebot dementsprechend reduzieren müssen, was für schwer kranke Patienten und die zukünftige Versorgung durch Schweizer Ärzte schmerzende Engpässe bringen dürfte.
5. Der Druck Richtung Billigmedizin wird die Zweiklassenmedizin rasant vorantreiben, wie es Länder mit einschränkenden staatlichen Eingriffen wie England bereits sehr gut kennen.

Zu den einzelnen Massnahmen

Folgende Massnahmen haben erhebliche negative Auswirkungen auf das Einkommen der Kardiologen im ambulanten Bereich:

1. **Die «Quantitativen Dignitäten» sollen vereinheitlicht werden. Sämtlichen Dignitäten wird neu ein einheitlicher Dignitätsfaktor von 0.968 zugewiesen.**

Kommentar: Die Hinabstufung des Weiterbildungsaufwandes eines hochspezialisierten Kardiologen auf den eines Grundversorger negiert den Grundsatz einer liberalen Gesellschaft, wonach ein höherer Aufwand besser belohnt wird und verhöhnt die Forderung nach Qualität.

Die SGK akzeptiert, dass der Dignitätsfaktor differenziert und den aktuellen Umständen angepasst wird; der Abschluss des normalen Weiterbildungscurriculum (6 Jahre) ermöglicht das Durchführen von Belastungs- und Holter-EKGs, von transthorakalen und transoesophagealen Echokardiographien und einfachen Gerätekontrollen. Dementsprechend kann der Dignitätsfaktor anhand der Länge des offiziellen Curriculums angepasst werden. Bei vielen hochspezialisierten Leistungen aus der Bildgebung (CT, MRI, Nuklearkardiologie, komplexe Echokardiographie, Evaluation von komplexen strukturellen Herzkrankheiten), der invasiven und strukturellen Kardiologie (Koronarographie, Herzkatheteruntersuchung, perkutane Koronarintervention, strukturelle Interventionen wie Herzklappeneingriffe) und der invasiven Elektrophysiologie muss jedoch ein Zusatzaufwand von minimal einem bis zu mehreren Jahren geleistet werden.

Ein Grossteil der Fertigkeiten wird gar erst nach einer Tätigkeit als Oberarzt selbständig beherrscht, womit sich die Dauer der Weiterbildung auf 8-10 Jahre ausdehnt.

Diese Tätigkeiten setzen ein herausfordernde, komplexe – auch intellektuelle - Fertigkeit voraus, dies dank der rasanten Entwicklung, die im Fach der Kardiologie stattgefunden hat.

In den interventionellen Gebieten kommt dazu, dass der spezialisierte Kardiologe an schlecht honorierten Bereitschaftsdiensten teilnehmen muss, wo die Bevölkerung bei einem Notfalleingriff eine höchstmögliche Kompetenz erwartet (Versorgung von Herzinfarktpatienten, etc.).

Die Tätigkeit in diesen Gebieten ist zusätzlich mit anderen erschwerenden Faktoren verbunden: Strahlenexposition, Nacharbeit, etc.

→ Die Aufhebung des Dignitätskonzeptes entwertet die spezialisierte klinisch ärztliche, intellektuelle und technische Leistung und kompromittiert die Versorgungsqualität.

2. **Die Minutagen bei Belastungs- und Holter-EKG werden gesenkt.**

Kommentar: Die zeitlichen Anforderungen eines entsprechend Richtlinien der SGK durchgeführten Belastungs-EKG, insbesondere der nicht technische, klinische Anteil (Aktenstudium, Anamnese, klinische Befunde, Risikoeinschätzung,



Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie
Société Suisse de Cardiologie
Società Svizzera di Cardiologia
Swiss Society of Cardiology

Betreuung während dem Belastungs-Test, Beurteilung und Empfehlungen zum weiteren Prozedere) haben sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert, zudem hat der administrative Aufwand pro Patient zugenommen (Beispiel MARS). Ebenso hat sich der Aufwand zur Beurteilung eines Holter-EKG seit der Einführung von Tarmed nicht wesentlich verkürzt.

→ Für die SGK ist nicht nachvollziehbar, wieso diese Minutagen gesenkt werden sollten.

3. Erhöhung der „ärztlichen Produktivität“ in den Operationssparten (OP Sparten), was einer Senkung des Taxpunktes für die „ärztliche Leistung“ (AL) gleichkommt. U.a. 0188 Kardangiografie/kardiologische-interventionelle Radiologie (52 betroffene Tarifpositionen).

Kommentar: Die SGK kann die Veränderung weder nachvollziehen noch unterstützen. Grundsätzlich hat sich an den Abläufen und an der Tatsache, dass der invasive tätige Kardiologe vor und nach dem eigentlichen Eingriff anwesend sein muss und diese Präsenz nicht in der LieS abrechenbar ist, in den letzten 2 Jahrzehnten nicht geändert. Einzelne technische Vereinfachungen werden durch die zunehmende Komplexität der älter werdenden Patientenbevölkerung, die steigenden Erwartungen der Patienten und die bürokratischen Anforderungen seitens Versicherer und Staat mehr als zunichtegemacht. Unabänderlich trotz Digitalisierung und moderner Infrastruktur ist die Tatsache, dass es gerade bei Leistungsbereichen mit Notfallvorhalteleistungen und häufig nur kurzfristig planbaren Eingriffen unmöglich ist, von einer regelmässigen abrechenbaren Tätigkeit auszugehen.

Das Anheben der Produktivität in den kardiologischen spitalambulanten Bereichen von 45-55% auf 65-70% entspricht weniger der Realität als der Vorstellung von Bürokraten, welche offensichtlich die Abläufe dieser Leistungen und die Arbeitsbedingungen der beteiligten Spezialärzte nicht kennen. Gerne laden wir Sie ein, uns einmal im Spitalalltag zu begleiten.

→ Die vorgegebene Erhöhung der ärztlichen Produktivität entbehrt der Grundlage und ist nicht nachvollziehbar.

4. Elimination der „Leistung im engeren Sinn“ (LieS) bei CT- und MRI-Untersuchungen

Kommentar: Diese Entscheidung ist für die SGK schockierend und inakzeptabel. MRI und CT spielen eine zunehmend wichtigere Rolle in der Beurteilung komplexer Herzkrankheiten und Planung von Eingriffen (koronare Herzkrankheit, strukturelle Herzkrankheiten, Erkrankungen des Herzmuskels, usw...). Die Akquisition und Interpretation eines Koronar-CT und noch viel mehr eines kardialen MRI benötigen viel Erfahrung, eine volle kardiologische Ausbildung und eine sorgfältige Beurteilung sowohl der Qualität der Bildgebung wie der Befunde. So beinhaltet die Bearbeitung eines kardialen MRI meistens 30-45 Minuten Arbeit für den zuständigen Spezialisten, abgesehen davon dass bei einer Untersuchung mit pharmakologischer Belastung zwingend ein spezialisierter und in Reanimationsmassnahmen ausgebildeter Arzt anwesend sein muss. Die völlig willkürliche Negierung dieser spezialärztlichen Tätigkeit wird das Anbieten dieser wichtigen Leistungen praktisch verunmöglichen, oder die Verschiebung zu Institutionen auslösen, welche die Bilder im Ausland interpretieren lassen, was nicht dem Qualitätsanspruch der Schweizer Bevölkerung entspricht.

→ Die LieS für kardiale CT, MRI und Nuklearkardiologie muss zwingend wieder eingesetzt werden.

5. Die Kostensätze der Technischen Leistung (TL) von Sparten mit Investitionskosten für Anlagen, Geräte und Apparate über CHF 750'000 werden um 10% abgesenkt. Dies betrifft u.a. den Bereich Kardangiografie.

Kommentar: Diese Massnahme stösst bei der SGK auf Unverständnis: zwar hat die technologische Entwicklung eine Senkung des Preises gewisser Hauptgeräte ermöglicht, die Infrastruktur in einem Herzkatheterlabor ist jedoch mit der Digitalisierung, der Anforderung an Datensicherung und der Durchführung von viel komplexeren Behandlungsmethoden (Strukturelle Kardiologie) über die letzten 10-15 Jahren viel aufwändiger und teurer geworden. Die Schweizer Bevölkerung erwartet gerade bei Notfallbehandlungen eine qualitativ höchst stehende Infrastruktur und wird es kaum billigen, dass der Bundesrat in diesen hochsensiblen Bereichen Signale in Richtung Billigmedizin setzt.

→ Die Senkung um 10% kann nicht akzeptiert werden.



6. Wegfallen des Zuschlages von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantate

Kommentar: Die Bewirtschaftung des medizinischen Materials in den OP-Sälen und Herzkatheterlabors ist aufwändig. Zur Sicherstellung der Versorgung ist eine aufwändige Logistik nötig, deren Kosten gedeckt sein müssen. Da der Handlingaufwand nicht proportional mit dem Preis des Materials/Implantates steigt, könnte jedoch statt der Streichung des Zuschlags eine Deckelung geprüft werden.

→ Die SGK erwartet in diesem Punkt ein differenzierteres Vorgehen.

Warenkorbanalyse und Auswirkungen des bundesrätlichen Eingriffes auf einzelne Sektoren in der Praxis und in der spitalambulanten Kardiologie

In Zusammenarbeit mit der FMH hat die SGK Tariffkommission eine Warenkorbanalyse, d.h. eine Analyse der Auswirkungen der bundesrätlichen Massnahmen auf die Taxpunkt volumen für die wichtigsten Leistungen und nach Sektor durchgeführt. Die SGK Tariffkommission beurteilt die Auswirkungen des bundesrätlichen Tarifeingriffes in den einzelnen klassischen Tätigkeitsbereichen der Schweizer Kardiologen wie folgt, ohne hier auf eine detaillierte Analyse einzelner Leistungen eingehen zu wollen:

1. Kardiologische Praxis

Ein grosser Anteil der Leistungen in einer nicht hochspezialisierten Kardiologiepraxis wird als Konsultation mit Farbdopplerechokardiographie oder Belastungs-EKG oder beiden Untersuchungen erbracht.

Für diese Leistungen resultiert aus dem bundesrätlichen Eingriff ein Verlust von 11-15% Taxpunkt volumen, welcher zusätzlich zum Verlust von 8.5% im Rahmen des ersten bundesrätlichen Eingriffes von 2014 beurteilt werden muss. Damit werden die praktizierenden Kardiologen innerhalb von 4 Jahren mit einer Senkung von gut 20% ihres Umsatzes konfrontiert, dies obwohl Lohn- und Mietkosten sowie steigende Investitionen im Hard- und Softwarebereich anfielen (zB auch MARS).

→ *Diese massive Umsatzkürzung ist nicht sachgerecht, nicht nachvollziehbar, unfair und wird einige Praxen in betriebswirtschaftliche Schwierigkeiten bringen.*

Als mittel- bis langfristige Konsequenz ist zu befürchten, dass damit jüngere Schweizer Kollegen von der Tätigkeit als praktizierender Kardiologe abgeschreckt werden, womit schon in wenigen Jahren ein Engpass und eine massive Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften entstehen dürfte.

2. Spitalambulante Kardiologie

a) Invasive/interventionelle Kardiologie/Elektrophysiologie

Einerseits haben technische Fortschritte und mehr klinische Erfahrung ermöglicht, dass unkomplizierte Koronarographien und perkutane Koronarinterventionen schneller und zum Teil ambulant durchgeführt werden könnten. Dieser Entwicklung wird jedoch dadurch entgegengewirkt, dass die Patienten älter, die Eingriffe komplexer und herausfordernder werden, und der invasive Kardiologe deutlich mehr bürokratische Arbeit leisten muss.

Nichts hat sich an der Tatsache geändert, dass in einem Bereich mit Notfallsituationen und dringlichen, lebensrettenden Leistungen eine optimale Belegung der Sparten und Einplanung der ärztlichen Tätigkeit unmöglich ist, so dass Arzt und Spital auf eine angemessene Abbildung dieser Vorhalteleistungen angewiesen sind.

In der Sparte Kardangiographie und elektrophysiologischem Laborplatz kumulieren sich die Eingriffe am Tarif in einem inakzeptablen Ausmass. Durch den Wegfall der Dignitäten und des Intransparenzabzuges von 10% werden die effektiven Vergütungen im Durchschnitt um 19% gekürzt. Die interventionelle Behebung einer Stenose der Herzkranzgefässe sogar zwischen 30 und 52%, im Falle der invasiven elektrophysiologischen Eingriffe (Ablation) ebenfalls zwischen 37 und 52%. Dazu kommt der Wegfall des Zuschlages von 10 % für die Verbrauchsmaterialien und Implantate.



→ Diese massiven Tarifeingriffe im kardangiographischen und elektrophysiologischen Laborbereich gefährden die Gesundheitsversorgung, da die Behandlungen nicht mehr kostendeckend erbracht werden können. Die Versorgung der Bevölkerung hat die Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten zwischen 1995 und 2014 um 20% reduziert (Zahlenbroschüre 2016 der Schweizerischen Herzstiftung, Datenquelle BFS, Statistik der Todesfälle und Todesursachen 1995-2014). Es liegt nicht im Interesse der Schweizer Bevölkerung, das hochqualitative Angebot im Bereich der invasiven Kardiologie zu zerstören.

b) (Hoch)spezialisierte Bildgebung

(Hoch)spezialisierte Bildgebungsverfahren wie die transthorakale und transoesophageale Echokardiographie mit 3D Rekonstruktion, zum Beispiel der Abklärung eines komplexen strukturellen Herzleidens, aber auch das Herz/Angio-CT mit 3D Rekonstruktion und die kardiale Kernspintomographie mit oder ohne pharmakologischer Belastung wie auch die Nuklearkardiologie sind heute integrierter Bestandteil einer modernen richtlinienfolgenden Kardiologie. Diese Leistungen sind nur mit einem hohen Weiter- und Fortbildungsaufwand erbring- und mit einer genügenden Qualität durchführbar.

→ Es ist für die SGK vollständig unverständlich und nur durch schwere Informationslücken im BAG erklärbar, dass die ärztlichen Leistungen in diesem Bereich mit massiven Einbussen oder sogar Weglassen der ärztlichen Leistung im engeren Sinne offensichtlich nicht ernst genommen werden. Mit massiven Reduktionen der ärztlichen Leistung (Transoesophageale Echokardiographie – 21%, Stress Echokardiographie – 22%, MRI und CT sogar - 57%) werden sich kaum noch Schweizer Spezialisten finden, welche sich die Kompetenz aneignen und sich die Zeit nehmen (beim MRI und dem spezialisierten Echo meistens 1 Stunde Arbeit) um diese Leistungen anzubieten. Die anbietenden Institution werden die Wahl haben zwischen Einstellen der jetzigen Programme oder Ausweichen auf ausländische Leistungen (schon jetzt werden zum Beispiel in den USA MRI und CT Bilder über Nacht nach Indien geschickt und dort billig befundet!). Zudem wird es bei solch absurd tiefen Taxpunktvolumen für die ärztliche Leistung für die Weiterbildungsstätten nicht mehr möglich sein, genügend Schweizer Spezialisten auszubilden.

3. (Spezialisierte) kardiologische Spitalsprechstunden

Alle Universitätskliniken sowie einige der grösseren Kantons- und Privatspitäler betreuen ambulant hochkomplexe und mehrheitlich schwer kranke Patienten mit einer chronischen Krankheit in hochspezialisierten Sprechstunden, z.B. Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz, Patienten vor oder nach Herztransplantation, Patienten mit einem „Kunstherz“, Patienten mit komplexen angeborenen Herzleiden, komplexen Rhythmusproblemen, Überlebende nach Herzstillstand, oder auch komplexen Hypertonie- oder Fettstoffwechselerkrankungen.

Diese Patienten haben meistens nicht nur komplexe medizinische Probleme sondern schwierige psychosoziale Situationen zu meistern und können nicht ausreichend in der normalen Sprechstunde behandelt werden. Die hochspezialisierten Sprechstunden sind aufwändig, nicht nur weil sie eine Vorhalteleistung mit sehr viel Wissen und Erfahrung anbieten müssen sondern weil sich auch eine zentrale Rolle in der Weiterbildung von zukünftigen Kardiologen spielen.

Jede Besprechung benötigt eine sorgfältige Vorbereitung mit Aktenstudium, eine Planung des weiteren Vorgehens und eine aufwändige Besprechung mit dem Patienten und seinen Angehörigen.

→ Mit der Limitation der Konsultationszeit auf 15-20 Minuten pro 6 Monate und den Limitationen der ärztlichen Leistung in Abwesenheit des Patienten können diese Leistungen nicht mehr kostendeckend angeboten werden, so dass eine ungenügenden Versorgung gerade bei schwer kranken und belasteten Patienten droht. Weiter dürfte dieser Zeitrahmen für die betroffenen Patienten äusserst unbefriedigend sein und Ihre umfassende Betreuung gefährden.

Zusammenfassend

Die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie lehnt den aktuell in der Vernehmlassung vorgeschlagenen bundesrätlichen Eingriff im TARMED entschieden ab.



Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie
Société Suisse de Cardiologie
Società Svizzera di Cardiologia
Swiss Society of Cardiology

Dies, weil er unsachgerecht ist und die Versorgungsqualität und –sicherheit von Herzpatienten, insbesondere denjenigen mit komplexen Krankheitsbildern bedroht.

Der Eingriff bedroht die Ausbildung von genügend Schweizer Kardiologen. Indem einzelne Fachspezialisten unverhältnismässig betroffen sind, verstösst dieser Eingriff gegen das Prinzip der Gleichbehandlung.

→ *Die SGK fordert den Bundesrat auf, auf den Eingriff in der aktuellen Form zu verzichten oder so anzupassen, dass unverhältnismässige, die Versorgungsqualität und –Sicherheit kompromittierende Senkungen vermieden werden.*

Die SGK erinnert daran, dass zurzeit innerhalb der FMH weiterhin intensiv an der Ausarbeitung einer konsensfähigen, den aktualisierten betriebswirtschaftlichen und den Entwicklungen in der Medizin angepassten Revision des Tarmed (TARCO) gearbeitet wird.

Die SGK hat seit Jahren offen und engagiert an dieser Revision teilgenommen und fordert den Bundesrat auf, die Anstrengungen der Tarifpartner zu unterstützen und nicht durch laufende Veränderung der Spielregeln (Kostenneutralität?) zu erschweren.

→ *Den TARCO – Bemühungen soll eine Chance gegeben werden*

Die SGK ist sich wohl bewusst, dass eine negative Kostenentwicklung durch alle Exponenten im Gesundheitswesen bekämpft werden muss, wehrt sich jedoch dagegen, dass die Ärzte isoliert betroffen sind.

Solange nicht alle Exponenten des Gesundheitswesens durch effiziente Massnahmen zum sparsamen Umgang mit den verfügbaren Ressourcen motiviert werden, verkommen Eingriffe wie die willkürliche, politisch motivierte Senkung einzelner ärztlichen Einkommen zu einer gefährlichen Schaumschlägerei, welche schlussendlich nur den Weg zur Einführung der Staatsmedizin öffnet. Die Schweizer Bevölkerung hat wiederholt bezeugt, dass sie diesen Systemwechsel, der einer massiven Qualitätseinbusse gleichkäme, ablehnt und somit nicht auf eine qualitativ hochstehende Medizin und hochqualifizierte Schweizer Ärzte verzichten will.

Bern, 1.6.17

Prof. Dr. med. Michael Zellweger, Präsident SGK

Prof. Dr. med. Giovanni Pedrazzini, Vizepräsident SGK und Präsident Tarifkommission SGK

Dr. med. Urs Kaufmann, Past-Präsident SGK

Kopien: FMH, fmCh