

solutions tarifaires suisses ag
Herr Tobias Bosshard
Waisenhausplatz 25
3011 Bern

Basel, 28. März 2023

Stellungnahme zur Vernehmlassung der Fallpauschalen

Sehr geehrter Herr Bosshard

Mit grossem Interesse haben wir die Arbeit der solutions tarifaires suisses an der Entwicklung ambulanter Fallpauschalen verfolgt. In den letzten Jahren haben wir selbst aktiv an der Ablösung des veralteten Tarifsystems mitgewirkt. Insofern ist unser Interesse an den von solutions tarifaires suisses (sts) ausgearbeiteten ambulanten Pauschalen sehr gross. Wir von den Fachgesellschaften Neurologie, klinische Neurophysiologie und Neuropädiatrie sind bestrebt, unseren Beitrag an einem vernünftigen Kostenmodell zu leisten, ohne Einbussen an der hohen medizinischen Qualität des Schweizerischen Gesundheitssystems in Kauf nehmen zu müssen.

Auch wir ÄrztInnen fordern Transparenz in den Leistungsdaten und Abrechnungen. Ebenso begrüssen wir eine Vereinfachung von administrativen Prozessen. Grundsätzlich können Pauschalen für ökonomisch und medizinisch gleichartige Patientenfälle viele Vorteile mit sich bringen – es könnte den Dokumentationsaufwand vermindern und bei einer angemessenen und für alle gleichen Vergütung der Leistung sowohl PatientInnen als auch die grosse Zahl unserer seriös abrechnenden ÄrztInnen vor einer Leistungsausweitung einzelner schützen.

Daher haben wir uns seit der Publikation intensiv mit der Version 0.3 Ihres Pauschalentwurfs beschäftigt und möchten nun konkret zu einigen wesentlichen Aspekten Stellung nehmen. Dabei möchten wir zunächst auf einige allgemeine Gesichtspunkte hinweisen, die sich nicht allein auf das Fach Neurologie beschränken, und dann gezielt auf die spezifischen neurologischen Positionen eingehen.

1. Allgemeine Gesichtspunkte

In Bezug auf die allgemeinen Gesichtspunkte sind folgende Aspekte zu diskutieren:

1.1 Datengrundlage: Unterschiede zwischen Spital und Praxis nicht berücksichtigt

Die Pauschalen wurden allein auf der Grundlage von REKOLE-Daten der Spitäler erstellt. In der Schweiz erbringt etwa die Hälfte der NeurologInnen ihre Leistung in Praxen. In der Kostenstruktur unterscheiden sich Praxen und Spitäler erheblich. Dies ist zum Teil durch ein unterschiedliches Patientengut und verschiedene Ansätze in der Patientenbetreuung bedingt, aber auch in den Unterschieden in der Infrastruktur begründet: In Spitälern können z.B. Geräte und Räume von mehreren Personen genutzt und daher besser ausgelastet werden, so dass dadurch Infrastrukturkosten in den Spitälern gesenkt werden können. Gleichzeitig entstehen in den Spitälern Mehrkosten durch höhere Personalkosten, z.B. im Verwaltungsbereich. Diese unterschiedlichen Kostenansätze wurden in den Einzelleistungstarifen mit den beiden Kostenmodellen KOREG und INFRA berücksichtigt.

Die daraus resultierenden Unterschiede in den tatsächlich anfallenden Kostenspiegeln spiegeln sich exemplarisch auch in den Tabellen 1 bis 5 im Absatz 2 wider. Auch im Pauschalensystem sollte diesen Unterschieden Rechnung getragen werden.

1.2 Datengrundlage: REKOLE basiert auf nicht zeitgemässer Tarifstruktur TARMED

Problematisch ist weiterhin, dass REKOLE sich auf den TARMED abstützt. Unter Kostenträgern und Leistungserbringern besteht Einigkeit, dass TARMED schon lange nicht mehr zeitgemäss ist und Leistungen verzerrt darstellt. Insofern wird mit den Pauschalen eine Tarifstruktur vorgestellt, die dem medizinischen Fortschritt seit Einführung des TARMEDs in den vergangenen 20 Jahren bzw. seit Erstellung der dem TARMED zugrunde liegenden GRAT-Daten in 1980er Jahren nicht gerecht wird. Damit besteht die Gefahr, dass ein neuer, nicht zeitgerechter Tarif eingeführt wird. Es ist nachvollziehbar, dass es aktuell schwierig ist, einen besseren Datensatz als Grundlage zu finden – eine uns sinnvoll erscheinende Lösung wäre es, zunächst den TARDOC einzuführen und dann mit einer gewissen Latenz auf dessen Grundlage Pauschalen zu definieren.

1.3 Querfinanzierung

Zu bedenken ist weiterhin, dass eine Pauschalierung in aller Regel mit einer Querfinanzierung von nicht rentablen Einheiten durch stärkere Einheiten einhergeht. Diese Querfinanzierung kann innerhalb eines Spitals bis zu einem gewissen Grad gewährleistet werden, nicht jedoch in einem selbsttragenden kleinen Unternehmen wie einer Praxis, insbesondere dann nicht, wenn es sich wie z.B. in der Neuropädiatrie um eine per Definitionem besondere Klientel handelt (vgl. Punkt 2.6).

1.4 Dignitätsmodell

Aus unserer Sicht ist ebenfalls kritisch festzuhalten, dass es im Pauschalenmodell aktuell kein Dignitätskonzept gibt. Dieses stellt sicher, dass Leistungen nur von ÄrztInnen abgerechnet werden können, die auch eine entsprechende Qualifikation erworben haben. Für die elektrophysiologische Zusatzuntersuchungen z.B. sind von der SIWF akkreditierte Fähigkeitsausweise der SGKN notwendig, für deren Erhalt sowohl eine definierte Ausbildungsdauer, Untersuchungszahlen wie auch mündliche und praktische Prüfungen und im weiteren Verlauf Rezertifizierungen erforderlich sind. Damit wird einerseits die Versorgungsqualität der PatientInnen sichergestellt, andererseits aber auch einer Leistungsausweitung vorgebeugt.

1.5 Kein Einbezug der Fachgesellschaften

In die aktuellen Pauschalen wurde die Expertise der ÄrztInnen nur initial in einigen Fächern der FMCH berücksichtigt, in vielen Fächern, u.a. in der hier vertretenen Neurologie, in keiner Art und Weise. Einige relevante fachliche Aspekte, die exemplarisch im neurologiespezifischen Absatz beschrieben sind, sind daher gar nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt worden.

1.6 Keine Kostensenkung bei verschlechterter Patientenversorgung

Grundsätzlich sehen wir die Gefahr, dass eine Kontaktpauschale zu Mehrkosten führen könnte: Sowohl im Spital als auch in der Praxis sind wir im Sinne unserer Patientinnen bestrebt, im Rahmen einer Konsultation möglichst viele der medizinisch notwendigen Zusatzuntersuchungen anzubieten. Damit sollte der Aufwand für Patienten vermindert werden und indirekte Kosten (z.B. durch vermeidbare Arbeitsabwesenheiten) verringert werden. Die Pauschalierung, wenn nicht sinnvoll angewandt, wirkt dem entgegen und zwingt die LeistungserbringerInnen, Zusatzuntersuchungen falls ökonomisch innerhalb einer Pauschale nicht rentabel, auf mehrere Konsultationen aufzusplitten.

1.7 Ökonomische Konsequenzen für die PatientInnen

Die Pauschalen haben nicht nur für die LeistungserbringerInnen, sondern auch für die PatientInnen ökonomische Konsequenzen. Insbesondere erfolgt eine Querfinanzierung von unterschiedlichen Leistungen innerhalb einer Pauschale mit grosser Streubreite, und dies nicht nur durch die Versicherungsbeiträge an sich, sondern auch durch die Franchise.

Als Beispiel wäre ein sonst gesunder Patient mit einem einfachen Carpal-Tunnelsyndrom zu nennen, der ein Versicherungsmodell mit einer Franchise von 2000 CHF abgeschlossen hat. Im Einzelleistungstarif würde er eine Rechnung im Wert von ca. 400 CHF erhalten, im aktuellen Pauschalenmodell würde diese über 600 CHF liegen, da die Pauschale auch Leistungspakete abdeckt, die im Einzelleistungstarif Kosten von ca. 800 CHF entsprechen. Diese Mehrkosten zur Querfinanzierung eines teureren Falles innerhalb der gleichen Pauschale müsste der Patient innerhalb seines Versicherungsmodells selbst tragen.

Damit verliert eine höhere Franchise, die u.a. einer nachfrageseitigen Leistungsausweitung entgegenwirken sollte, an Attraktivität und wird mutmasslich in geringerem Masse nachgefragt werden.

1.8 Gefahr einer zunehmenden Hospitalisierungsrate

Weiterhin ist zu befürchten, dass komplexere Fälle, die bis anhin ambulant abgeklärt wurden, vermehrt hospitalisiert werden müssten.

Als Beispiel hierfür aus der Neurologie könnte man exemplarisch eine Patientin oder einen Patienten mit V.a. Multiple Sklerose anführen. Dieser benötigt für die Abklärung ein MRI des Schädels, der Brust- sowie Halswirbelsäule, evozierte Potentiale (mindestens visuell und sensibel evozierte Potentiale, evtl. auch motorisch evozierte Potentiale) sowie ausführliche Laboruntersuchungen einschliesslich Liquorpunktion. Dies alles sollte bei einer akuten Symptomatik sehr rasch erfolgen, damit eine Akuttherapie bei Bestätigung des Verdachts so schnell wie möglich eingeleitet werden kann. Im Ausland, z.B. in Deutschland, werden solche Abklärungen in der Regel stationär durchgeführt, gerade weil die dort bestehenden Abrechnungsmodelle es den niedergelassenen NeurologInnen praktisch unmöglich machen, diese Untersuchungen ambulant kostendeckend anzubieten.

Letztlich führt die Rückverlagerung in den stationären Sektor zu deutlichen Mehrkosten aufgrund der Hospitalisation, auch infolge vermeidbarer zusätzlicher Pflege- und Hotellerie Kosten, sowie zu einer Ressourcenbelastung der Spitäler, die ohnehin wegen des Fachkräftemangels unter Druck stehen. Weiter stellt eine Hospitalisation für den Patienten eine organisatorische, aber auch eine psychische Belastung dar, da eine Hospitalisation das Krankheitsbild noch zusätzlich «katastrophisiert». Prinzipiell sollten die Patienten, die Kostenträger und die Ressourcen im Gesundheitswesen durch solche medizinisch nicht notwendigen Hospitalisationen nicht belastet werden.

1.9 Unklare Kostenaufteilung unter mehreren LeistungserbringerInnen

In dem vorgelegten Entwurf 0.3 ist nicht ersichtlich, nach welchem Modus eine Aufteilung der Pauschalen erfolgen soll, wenn mehrere Leistungserbringer daran beteiligt sind (z.B. Neurologie, Labor, Radiologie). Exemplarisch führen wir dies noch genauer bei der Position Lumbalpunktion (s. Absatz 2.7) aus.

1.10 Unklare Verhandlung der Baserate

In den uns vorliegenden Dokumenten ist nicht ersichtlich, welches Konzept zur Festlegung der Baserate besteht. Trotz der grundsätzlichen Trennung von Preis und Struktur sollte zumindest ein Konzept zur Erstellung der Baserate festgelegt werden, damit es nicht ähnlich wie beim Taxpunktwert zu festgefahrenen Verhandlungen kommt. Insbesondere ist dies für die niedergelassenen KollegInnen, die nicht von H+ vertreten werden, von Bedeutung.

2. Neurologiespezifische Aspekte

Im folgenden Abschnitt betrachten wir spezifisch die für die Neurologie relevanten Pauschalen. Besonderen Fokus legen wir dabei darauf, ob das für diese Abrechnungsform relevante Kriterium «Pauschalen umfassen ökonomisch und medizinisch gleichartige Patientenfälle» erfüllt ist. Wir haben daher über NewIndex, der Datensammelstelle der in Praxen tätigen Schweizer Ärzteschaft, zu einigen relevanten Triggerpositionen eine Datenanalyse vornehmen lassen. Diese Daten enthalten sämtliche in der Datenbank vorhandene Leistungsabrechnungen, in denen die jeweilige Triggerposition enthalten ist. Zusätzlich analysieren wir die von Ihnen freundlicherweise ab dem 14. März 2023 zur Verfügung gestellten Daten aus den Spitälern, die den zu beurteilenden Pauschalen zugrunde liegen, und vergleichen sie mit denjenigen aus den Praxen.

2.1 ENG, EMG nicht quantitativ und EMG quantitativ: C01.80A-C

Die elektrophysiologischen Untersuchungen, ENG (Elektroneurographie) und EMG (Elektromyographie nicht quantitativ oder quantitativ), deren Leistungserbringung an die Dignität des Fähigkeitsausweises der SGKN gebunden ist, werden Hand in Hand bei den unterschiedlichsten neurologischen Fragestellungen angewandt. Einen Auszug der häufigsten Fragestellungen findet sich in Abbildung 1 in der x-Achse. Innerhalb einer Fragestellung variiert die Anzahl an Untersuchungen, die notwendig ist, um zu einer Diagnosesicherung zu kommen: handelt es sich um ein einfaches Carpaltunnelsyndrom (CTS) einer Hand, so reichen 2 Neurographien, 1 klinische Untersuchung, die Konsultation und ein kurzer Bericht, was einem Total von circa 360 TP entspricht (untere Grenze des Balkens CTS). Handelt es sich um ein weit fortgeschrittenes CTS, wo auch die andere Gegenseite betroffen ist, und das Regenerationspotential myographisch abgeschätzt werden muss, so müssen insgesamt 4-5 Neurographien (gegebenenfalls mittels Nadelneurographie) durchgeführt werden, 1-2 EMG-Untersuchungen, sodass ein TP Total von bis 680TP (obere Grenze des Balkens CTS) erreicht wird.

Muss die Frage nach dem Vorliegen einer Polyneuropathie beantwortet werden, so reichen im einfachen Fall bei einem Patienten mit seit 15 Jahren bekanntem Diabetes eine fokussierte klinische Untersuchung, 3 Neurographien und ein Bericht, entsprechend einem Total von 456 TP. Zeigt sich jedoch eine fortgeschrittene Polyneuropathie, deren Ätiologie nicht bekannt ist, so müssen fortlaufend weitere Untersuchungen ergänzt werden. Es folgen Neurographien auch an den oberen Extremitäten sowie Myographien und Laboruntersuchungen zur Klärung der Ätiologie. Dies alles ist im ambulanten Setting in einem ersten ausgedehnten Patientenkontakt möglich. Es wird ein Total von bis 2000 TP erreicht (inkl. ausführliche klinische Untersuchung, Aktenstudium, ausführlicher Bericht, Laboruntersuchungen). Gegebenenfalls muss auch eine Lumbalpunktion ergänzt werden.

Auch bei anderen komplexen Fragestellungen im ENG/EMG Labor wie z.B. Verdacht auf Amyotrophe Lateralsklerose, Verdacht auf Myasthenie oder Abklärung einer Myopathie sind sowohl mehrere Neurographien, mehrere Myographien (quantitativ) oder gar andere elektrophysiologischen Untersuchungen notwendig, sodass es sich um eine zeitaufwendige Abklärung handelt, die nur mit der entsprechenden Expertise (Dignität) erfolgen kann. Geht es um den Nachweis respektive Ausschluss einer Myasthenie, so sind zusätzliche elektrophysiologische Untersuchungen wie die Untersuchung der motorischen Endplatte (05.0310) mittels repetitiver Stimulation oder auch eine Single Fiber EMG-Untersuchung (05.0290) notwendig. Insbesondere letztere erfordert eine ausserordentliche Expertise und Erfahrung. Darüber hinaus hat sich in den letzten 10 Jahren der neuromuskuläre Ultraschall als nicht-invasive, zweckmässige und wirtschaftliche und inhaltlich wertvolle Zusatzuntersuchung etabliert, die routinemässig bei vielen Krankheitsbildern der neuromuskulären Sprechstunde (Engpasssyndrome, Nerventraumatologie, Inflammatorische Polyneuropathien, Myopathien etc.) ergänzend zu ENG/EMG zur Anwendung kommt. Diese Untersuchungstechnik, ist im TARMED nicht abgebildet, da sie bei Erstellung des TARMED vor mehr als 20 Jahren noch nicht verfügbar war. In einem künftigen zeitgemässen Tarifmodell müsste sie berücksichtigt werden und auch in der Kalkulation einer Pauschale mit einberechnet werden.

Wie Abb. 1 zu entnehmen ist, ist sowohl innerhalb einer Fragestellung als auch zwischen den Fragestellungen eine **hohe Variabilität der Untersuchungsanzahlen und deren Kombinationen** notwendig, die sich in der breiten Streuung der generierten Taxpunktwerte widerspiegelt (blaue Balken). Im Vergleich dazu sind auch die Erlöse für die Pauschalen dargestellt (orangefarbene Punkte).

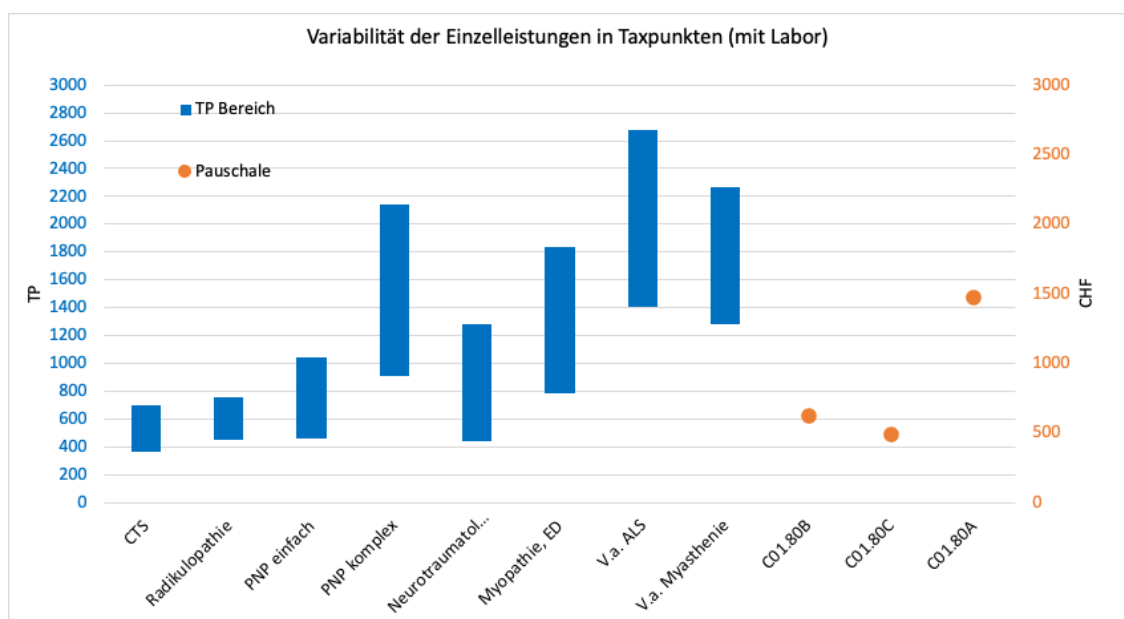


Abb. 1: Darstellung der Variabilität verschiedener Leistungskombinationen ENG/EMG in Bezug auf individuelle Fragestellungen im TARMED im Vergleich zu den Pauschalen

Die grosse Variabilität spiegelt sich auch in einer Abfrage der Streubreite der Minutagen und Umsätze aus den bei NewIndex gesammelten realen Praxisdaten (Grundlage: 46583 Konsultationen, Jahr 2021) wider, wenn alle Leistungserfassungen aufgelistet werden, in denen die TARMED-Position 05.0210 (Neurographie mit Oberflächenelektroden, 1. Nerv) enthalten ist (Abb.2, Abb. 3).

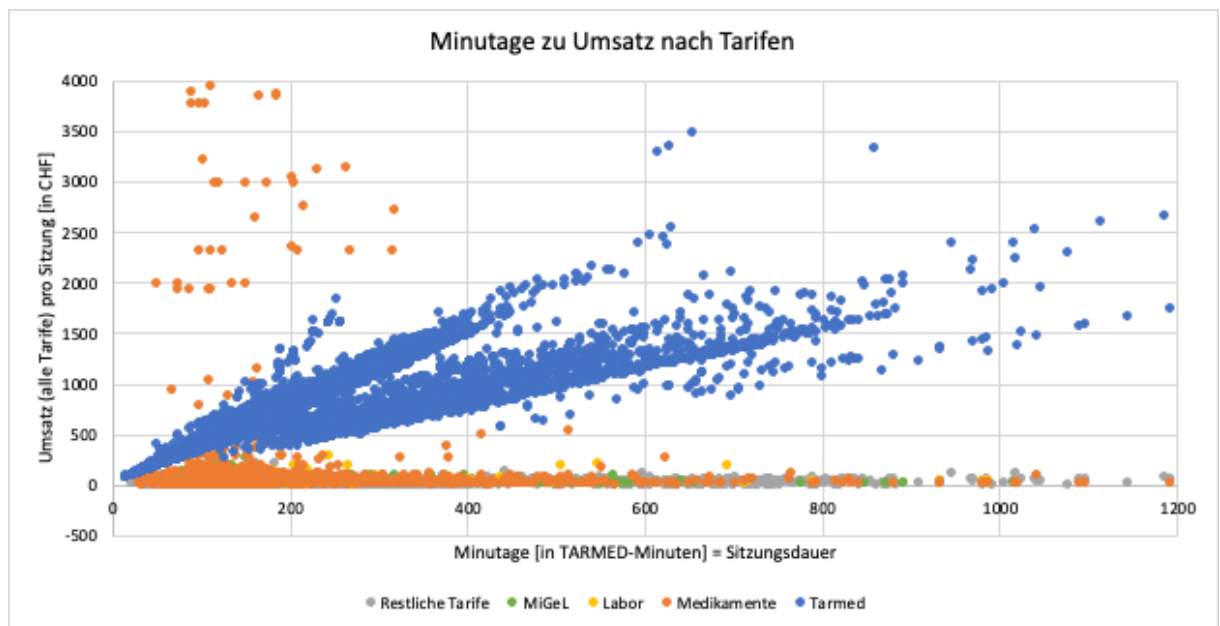


Abb. 2: Streubreite der Minutagen und des Umsatzes von Konsultationen, bei denen als Leistung die TARMED-Position 05.0210 eingegeben wurde (Jahr: 2021)

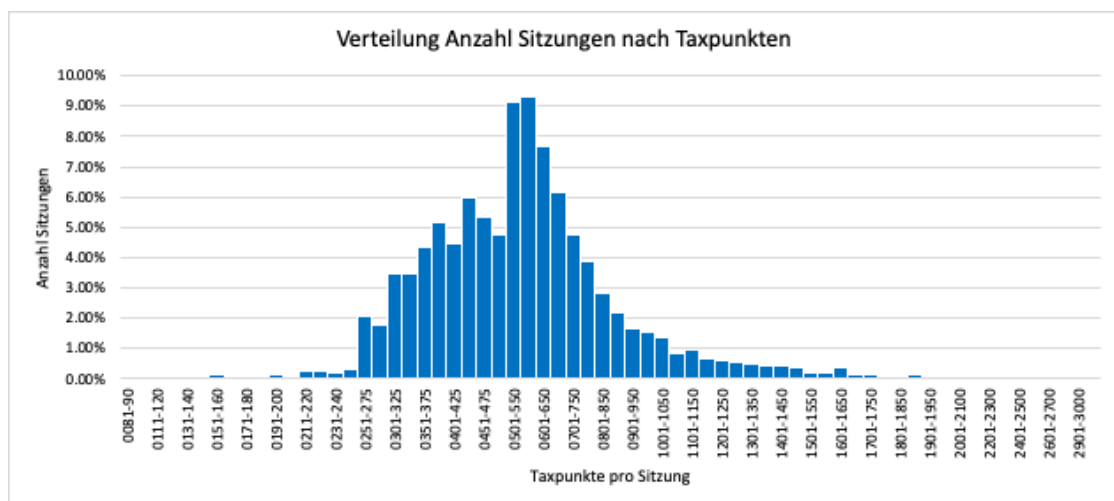


Abb. 3: Häufigkeitsverteilung der erfassten Taxpunkte bei Konsultationen, bei denen als Leistung die TARMED-Position 05.0210 (Elektroneurographie, erster Nerv) eingegeben wurde (Jahr: 2021).

In der vorgelegten Version der ambulanten Pauschalen würde die Mehrzahl der oben erwähnten sehr inhomogenen Abklärungen in die Pauschale C01.80B fallen. Zusätzlich gibt es die Pauschale C01.80A, deren Kostengewicht mehr als doppelt so hoch ist und die sich von der Pauschale C01.80B allein durch die Durchführung eines quantitativen EMGs als Triggerposition unterscheidet.

Angesichts der oben beschriebenen Komplexität der Diagnostik erscheint diese Unterteilung nicht sachgerecht, da andere Untersuchungen, die zeitlich aufwändig sind und zwingend eine hohe Expertise voraussetzen, nur bei Wahl eines quantitativen EMGs als solche kostendeckend abzubilden sind. Dies hätte zwei mögliche Konsequenzen: Einerseits verleitet es dazu, vermehrt quantitative EMGs durchzuführen, was angesichts der Lernfähigkeit des Pauschalensystems Auswirkungen auf das Kostengewicht der Pauschale C01.80A hätte. Andererseits wird der Anreiz vermindert, eine zeitaufwändige Ausbildung zu durchlaufen, die sich in der finanziellen Vergütung nicht wiederfinden würde. Dies würde sich mittelfristig negativ auf die Qualität der Patientenversorgung auswirken. Wir empfehlen daher unbedingt, die Zuteilung der Triggerpositionen mit Berücksichtigung der Daten aus der Praxis noch einmal zu überarbeiten und bieten gerne unsere ärztliche Expertise dafür zur Unterstützung an.

Bei der Analyse der Daten der sts, denen im Vergleich zu den praxisambulanten Daten von NewIndex allerdings nur eine deutlich niedrigere Fallzahl von Patientenkontakten aus den Spitälern zugrunde liegt, zeigt sich ebenfalls eine grosse Inhomogenität (Tab.1). Hier wird auch deutlich, dass die uns zu Verfügung gestellten Daten von NewIndex bis zu zehnmal mehr Patientenfälle umfassen als die REKOLE Daten, die zur Generierung der Pauschale C01.80B verwendet wurde. Gleichwohl möchten wir die Relevanz der von der sts berechneten Homogenitätskoeffizienten nicht nur aufgrund der relativ kleinen Datenmenge, sondern auch aufgrund der inhaltlichen Inhomogenität in Frage stellen: Die inhaltliche Inhomogenität zeigt sich in Abb. 1 (Daten basierend auf unserer klinischen Erfahrung aus dem Alltag) und bestätigt sich in der Datenauswertung von NewIndex in der Abb. 2. Die Aggregation der Datenwolke in mehrere divergente Strahlen demonstriert visuell eindrücklich die Heterogenität der Tarife, die sich jeweils zu unterschiedlicher Gewichtung aus ärztlicher Leistung (AL) und technischer Leistung (TL) zusammensetzen, wobei jeder Teilbereich seinerseits von einem Zeitfaktor abhängt.

	NewIndex (N=46.583)		C01.80B (N=4.783)	C01.80A (N=841)	C01.80C (N=255)
	Taxpunkte	CHF*	CHF**		
90-Perzentil	950	855	1015	3529	732
3.Quartil	700	630	773	1856	575
Median	550	495	578	1014	438
1. Quartil	425	382.5	394	704	326
10-Perzentil	325	292.5	292	514	248
Mittelwert			629	1483	491
Homogenität			0.65	0.57	0.62

Tab. 1: ENMG: Verteilung der Leistungen in der praxisambulanten Datensammlung von NewIndex und der spitalbasierten Datensammlung von sts; *CHF bei einem Taxpunktwert von 0.9; **CHF bei einer kalkulatorischen Baserate von 496 CHF

Gesamthaft kommen wir zu dem Schluss, dass diese Pauschalen weit davon entfernt sind, ökonomisch und medizinisch homogene Patientenfälle abzubilden. Dadurch wird der Anreiz induziert, die Abklärungen auf mehrere Patientenkontakte aufzusplitten. Für komplexe Abklärungen, die zusätzlich auch ausführliche Laboruntersuchungen erfordern, besteht zusätzlich die reale Gefahr, dass sie in den stationären Bereich verlagert werden, was dem ursprünglichen Ziel der Kosteneindämmung, diametral entgegenwirkt.

2.2 Evozierte Potentiale: C01.71Z

Die Untersuchungen der evozierten Potentiale umfassen akustische (AEP), visuelle (VEP), somatosensible (SSEP) und motorisch evozierte Potentiale (MEP). Diese werden aus methodologischen Gründen immer im Seitenvergleich durchgeführt, da auch eine zu grosse Seitendifferenz als pathologisch zu werten ist. Bei Letzteren beiden (SSEP und MEP) können sowohl die unteren wie auch die oberen Extremitäten untersucht werden, je nach klinischer Fragestellung. Ähnlich wie bei den neurographischen Untersuchungen werden diese einzelnen Untersuchungen je nach Fragestellung unterschiedlich kombiniert (s. Abb.4). Eine bzgl. des Abklärungsumfanges einfache Indikation ist z.B. eine Retrobulbärneuritis, für deren Abklärung Anamnese, Neurostatus, VEP und Bericht mit einem Leistungsumfang von ca. 500 TP erforderlich ist. Bei V.a. Multiple Sklerose werden zusätzlich zur klinischen Untersuchung elektrophysiologisch VEP, SSEP und MEP zu den Armen und Beinen durchgeführt, was etwa 1000 TP entspricht; komplizierend kommt hinzu, dass bei der Neudiagnose auch noch aufwändige Liquor- und Laboruntersuchungen hinzukommen. Ähnlich aufwändig ist eine präoperative Untersuchung vor einer neurochirurgischen Operation am Hirnstamm, z.B. bei Trigeminusneuralgie. Hierfür ist neben Anamnese und ausführlicher neurologischer Untersuchung die Durchführung von AEP, SSEP und MEP zu Armen und Beinen erforderlich (gemäss internationalen Behandlungsrichtlinien als Baseline bei intraoperativem Neuromonitoring IONM nach Janetta), ebenfalls etwa einem Leistungsvolumen von 1000 TP entsprechend. Auch die Abklärungen einer spinalen Pathologie mit SSEP und MEP zu Armen und Beinen z.B. bei Spinalkanalstenose oder Tumor ergeben ein Leistungsvolumen von ca. 800 TP.

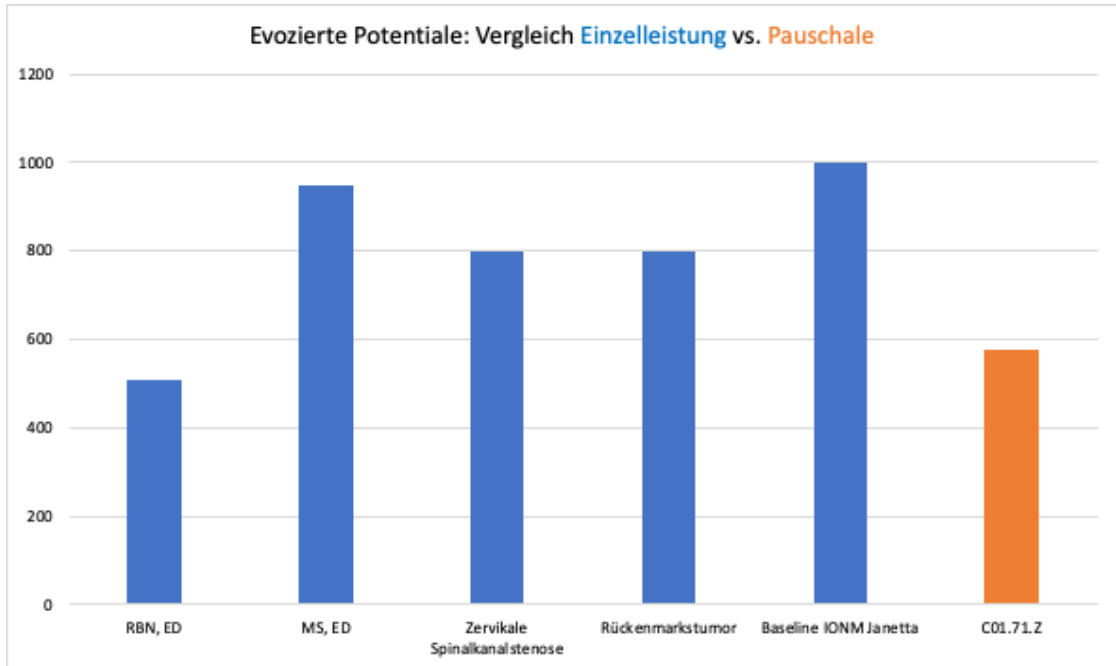


Abb. 4: Darstellung der Variabilität verschiedener Leistungskombinationen AEP/MEP/SEP/VEP in Bezug auf individuelle Fragestellungen im TARMED im Vergleich zu den Pauschalen (Jahr 2021)

Auch bei diesen Untersuchungstechniken spiegelt sich die grosse Variabilität in der Abfrage der Streubreite der Minutagen und Umsätze aus den bei NewIndex gesammelten realen Praxisdaten (Grundlage: 4728 Konsultationen, Jahr 2021) wider, wenn alle Leistungserfassungen aufgelistet werden, in denen die TARMED-Position 05.0650 (somatosensibel evozierte Potentiale) enthalten ist (Abb.5, Abb. 6).

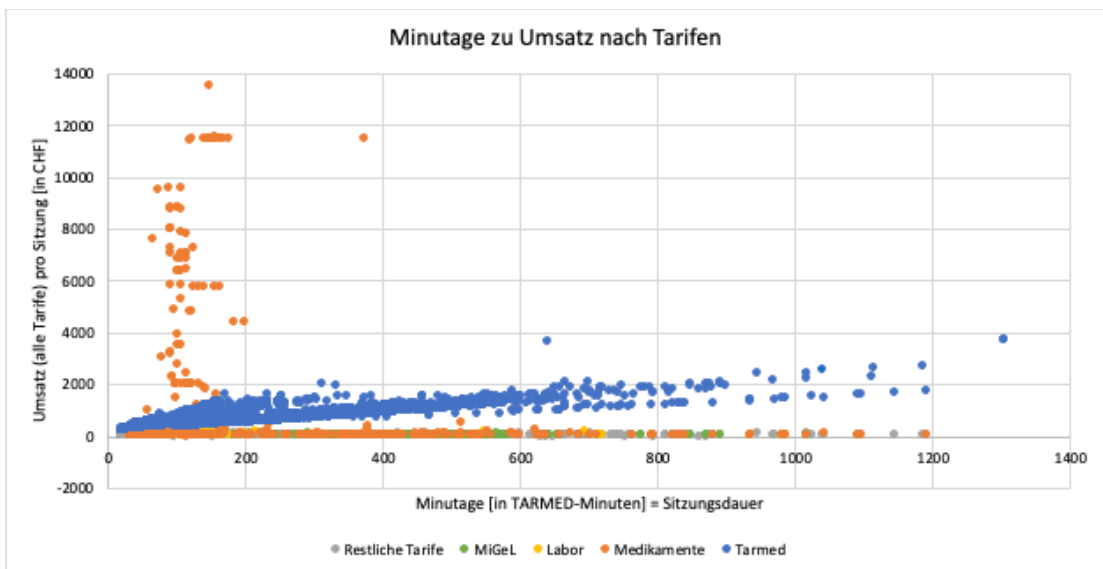


Abb. 5: Streubreite der Minutagen und des Umsatzes von Konsultationen, bei denen als Leistung die TARMED-Position 05.0650 (SSEP) eingegeben wurde (Jahr: 2021)

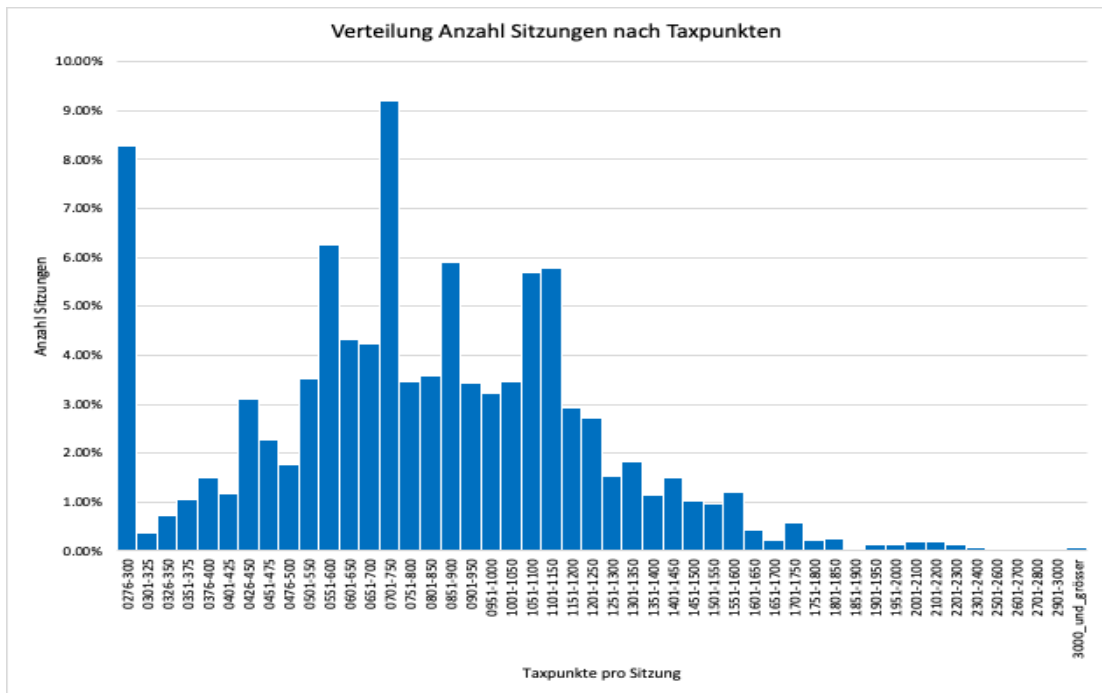


Abb. 6: Häufigkeitsverteilung der erfassten Taxpunkte bei Konsultationen, bei denen als Leistung die TARMED-Position 05.0650 (SSEP) eingegeben wurde (Jahr 2021).

Auch für die evozierten Potentiale haben wir die im Spital erhobenen Daten von sts analysiert und mit denen von NewIndex verglichen (Tab. 2). Hierbei zeigt sich einerseits, dass die Zahlen von sts eine sehr geringe Homogenität aufweisen. Zusätzlich unterscheiden sich Daten in ihrer Verteilung sehr stark voneinander: In den Praxen fallen für Konsultationen mit SEP durchschnittlich höhere Kosten als in den Spitälern an. Dies erhöht die Inhomogenität weiter und müsste genauer analysiert werden, bevor diese Untersuchungen einer Pauschale zugeordnet werden.

	NewIndex (N=4.728)	CHF*	C0171.Z (N=1.251)
	Taxpunkte	CHF*	CHF**
90-Perzentil	1300	1170	945
3.Quartil	1050	945	678
Median	750	675	494
1. Quartil	560	504	339
10-Perzentil	350	315	234
Mittelwert			580
Homogenität			0.58

Tab. 2: Pauschale evozierte Potentiale: Verteilung der Leistungen in der praxisambulanten Datensammlung von NewIndex und der spitalbasierten Datensammlung von sts; *CHF bei einem Taxpunktwert von 0.9; **CHF bei einer kalkulatorischen Baserate von 496 CHF

Neben der Variabilität der klinischen Indikationen mit unterschiedlichen Abklärungskombinationen ist auch noch anzuführen, dass die Investitionen sehr variabel sind: Während SSEP meist mit dem Kauf von Zusatzsoftware an demselben Gerät durchgeführt werden können wie die ENG-Untersuchungen, sind für die Durchführung von AEP und VEP gewisse Zusatzgeräte erforderlich. Am grössten sind die Kosten für die Geräte für MEP, wo allein der Preis für einen Magnetstimulator um 20.000 CHF liegt.

Die Schaffung einer einzigen Pauschale, deren Erlös voraussichtlich deutlich unterhalb des Durchschnitts der Erlöse der o.g. Untersuchungen liegt und denen stark divergierende Leistungskombinationen mit unterschiedlichen Investitionskosten zugrunde liegen, erhöht das Risiko, dass aus ökonomischen Gründen nur noch ein eingeschränktes Leistungsspektrum im ambulanten Setting angeboten wird. Alternativ könnte aber wiederum eine Aufspaltung der Untersuchungen auf mehrere Termine erfolgen. Bei medizinischer Notwendigkeit einer zügigen Abklärung ist eine Verschiebung in den stationären Bereich zu erwarten, mit den damit assoziierten Kosten für eine Hospitalisation, wie weiter oben ausgeführt.

Gesamthaft kommen wir zu dem Schluss, dass ähnlich wie im Absatz 2.1 zum Thema ENG und EMG die Leistungen zu heterogen sind, um in dieser Form in einer einzigen Pauschale dargestellt zu werden, und dass dies dazu führen könnte, dass aus ökonomischen Gründen das Leistungsangebot reduziert werden müsste.

2.3 EEG-Untersuchungen C01.70A-D

Die ambulante Elektroenzephalographie (EEG)-Untersuchungen umfassen in erster Linie Wach-EEG, Schlaf-Entzugs-EEG und Langzeit-EEG. Eher selten wird ambulant ein telemetrisches EEG eingesetzt, da die Telemetrie eine Untersuchung mit kontinuierlicher Überwachung über mehrere Stunden beinhaltet; dies kann in aller Regel in Kombination mit einer nächtlichen Untersuchung stationär besser durchgeführt werden. Entsprechend sind bei NewIndex im Jahr 2021 in der Schweiz nur 15 dieser Untersuchungen dokumentiert, im Vergleich zu >19000 Wach-EEGs.

Im Vergleich mit den Neurographien sind die technischen Leistungen homogener; dennoch gibt es eine sehr grosse Breite in den Minutagen der Untersuchungen. Hierzu verweisen wir auf die von NewIndex gesammelten Praxisdaten (N>19000), die alle Leistungserfassungen aus dem Jahr 2021 darstellen, die die TARMED-Position 05.0410 (Wach-EEG) enthalten (Abb.7), sowie auf Häufigkeitsverteilung der erfassten Taxpunkte dieser Sitzungen (Abb. 8).

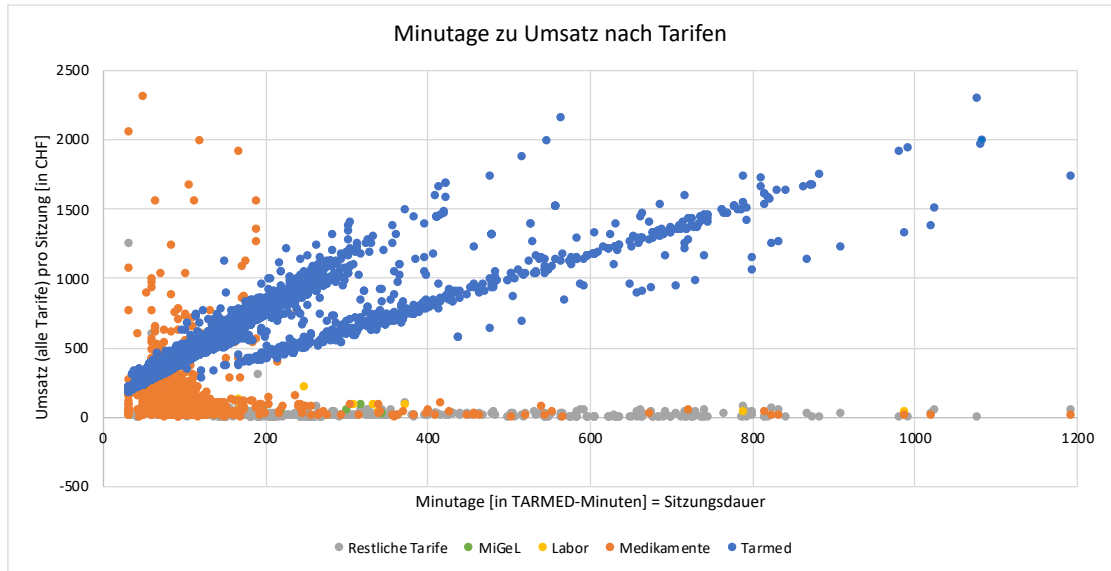


Abb. 7: Streubreite der Minutagen und des Umsatzes von Konsultationen, bei denen als Leistung die TARMED-Position 05.0410 eingegeben wurde (Jahr: 2021)

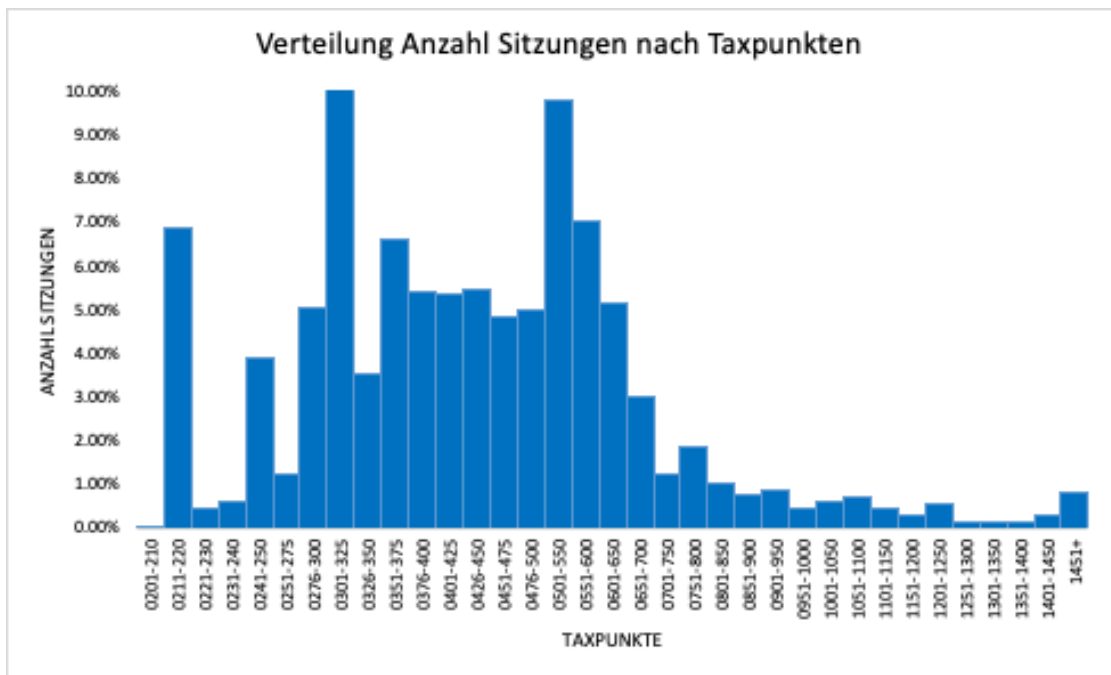


Abb. 8: Häufigkeitsverteilung der erfassten Taxpunkte bei Konsultationen, bei denen als Leistung die TARMED-Position 05.0410 eingegeben wurde (Jahr: 2021).

Der genaueren Aufschlüsselung nach Sitzungsdauer (Abb. 9) ist zu entnehmen, dass selbst in der Breite der Sitzungsdauer von 51-150 Minuten nur etwas mehr als 50% der Konsultationen enthalten sind.

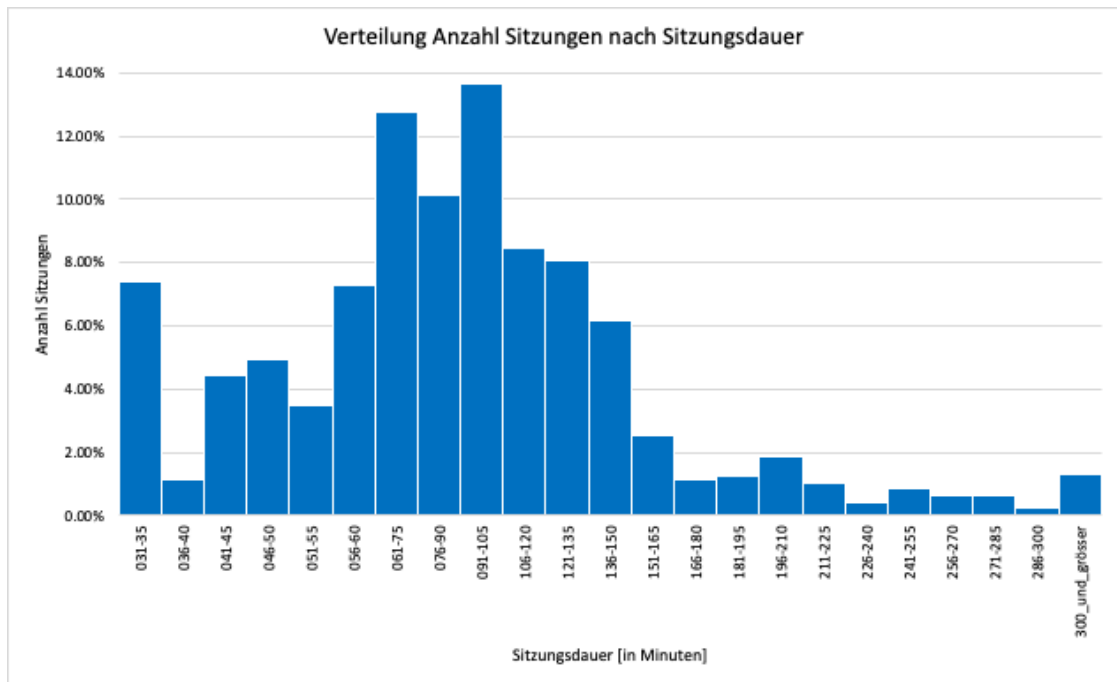


Abb. 9: Häufigkeitsverteilung der Sitzungsdauern bei Konsultationen, bei denen als Leistung die TARMED-Position 05.0410 eingegeben wurde (Jahr: 2021).

Zu erklären ist die Inhomogenität der mit einer Wach-EEG verbundenen Konsultation durch die sehr variablen klinischen Untersuchungen, die in Kombination mit dieser Untersuchung durchgeführt werden. Dabei ist einerseits zu beachten, dass mit 20-30% der Anteil der PatientInnen mit einer einfachen oder komplexen Behinderung recht hoch ist, was sich auf die Untersuchungsdauer auswirkt. Gleichzeitig stellt eine Epilepsie auch oft die Fahreignung oder Arbeitsfähigkeit in Frage, so dass zusätzlich zur «normalen» Konsultation (Aktenstudium, Konsultation, Neurostatus, EEG, Bericht) auch z.B. ein Mentalstatus oder eine umfassende verhaltensneurologische Untersuchung erfolgt. Weiterhin ist gerade bei der Abklärung von epileptischen Anfällen eine Fremdanamnese von grosser Bedeutung, die oftmals noch zusätzlich Zeit in Anspruch nimmt.

Die oben erwähnte grosse Streubreite zeigt sich nicht nur in den praxisambulanten Daten von NewIndex, auch die Homogenitätskoeffizient der Aufstellung der sts ist mit 0.52 sehr gering (Tab. 3). Die Inhomogenität der Pauschale vergrössert sich noch zusätzlich, wenn man beachtet, dass grosse Unterschiede zwischen den beiden Datenmengen bestehen – in diesem Fall sind die Kosten aus den Praxen durchschnittlich geringer.

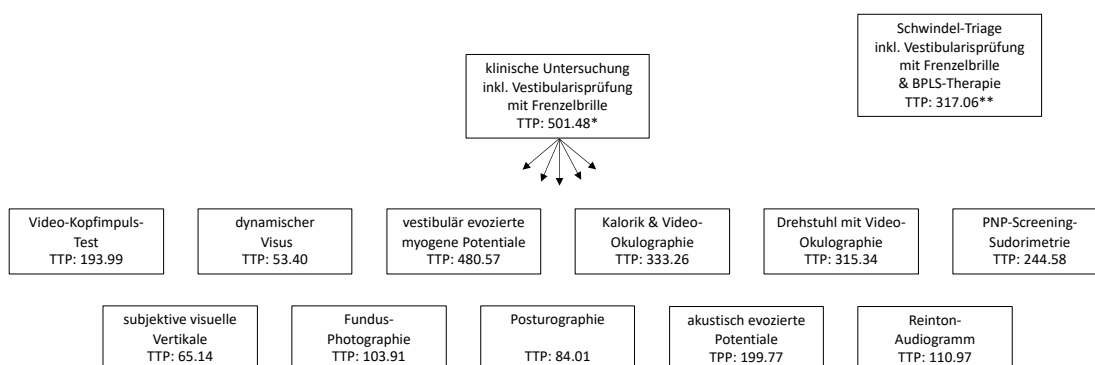
	NewIndex (N=19.081)		C0170D (N=4.721)
	Taxpunkte	CHF*	CHF**
90-Perzentil	700	630	1412
3.Quartil	550	495	659
Median	425	382	441
1. Quartil	310	279	287
10-Perzentil	245	220	236
Mittelwert			639
Homogenität			0.52

Tab. 3: Pauschale Wach-EEG: Verteilung der Leistungen in der praxisambulanten Datensammlung von NewIndex und der spitalbasierten Datensammlung von sts; *CHF bei einem Taxpunktwert von 0.9; **CHF bei einer kalkulatorischen Baserate von 496 CHF

Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass auch für diese Pauschale keine Dignität vorgesehen wurde. Da sich aus der Auswertung des EEGs nicht nur unmittelbare medikamentös-therapeutische, sondern auch sozialmedizinische bis juristisch relevante Konsequenzen ergeben, muss zu deren Sicherstellung auch den Pauschalen ein Dignitätskonzept zugrunde gelegt werden. Gleichzeitig wird dadurch einer das Gesundheitssystem ökonomisch belastenden Leistungsausweitung entgegengewirkt. Gesamthaft zeigt sich auch hier, dass eine einzelne Pauschale die Variabilität der Leistungen nicht ausreichend abbildet und dass ein Dignitätskonzept fehlt.

2.4 C03.80A-B: Prüfung der vestibulären Positionen:

Die Diagnostik von Schwindel und Gleichgewichtsstörungen ist ein sequentieller personalisiert-medizinischer Prozess mit multiplen Varianten der Abklärungsschritte in Abhängigkeit von der initialen klinischen Beurteilung. Die verschiedenen diagnostischen Tools sind in folgender Abbildung (Abb. 10) aufgeführt.



* Tarmed-Codes: 1 x 00.0010; 2 x 00.0020; 1 x 00.0030; 10 x 00.0141; 1 x 05.0010; 1 x 00.2285; 1 x 00.2295; 1 x 09.0610

** Tarmed-Codes: 1 x 00.0010; 2 x 00.0020; 1 x 00.0030; 5 x 00.0141; 1 x 05.0030; 1 x 00.2285; 1 x 09.0610

Abb. 10: Spektrum verschiedener Untersuchungsmodulen, die in die Diagnostik bei verschiedenen Erkrankungen mit dem Symptom Schwindel eingesetzt werden, mit Benennung der jeweiligen Taxpunktwerte.

Je nach Fragestellung werden diese Tools individuell kombiniert und gehen mit einem sehr unterschiedlichen Aufwand einher, der im TARMED entsprechend mit einer Variabilität von 317.06 bis 2686.42 Taxpunkten abgebildet ist.

Dies zeigt sich auch in einer Abfrage der Streubreite der Minutagen und Umsätze aus den bei NewIndex gesammelten Praxisdaten (Grundlage: >27.000 Konsultationen, Jahr 2021) wieder, wenn alle Leistungserfassungen aufgelistet werden, in denen die TARMED-Position 09.0610 (Klinische Vestibularisprüfung mit Frenzelbrille) enthalten ist (s. Abb. 11, Abb12).

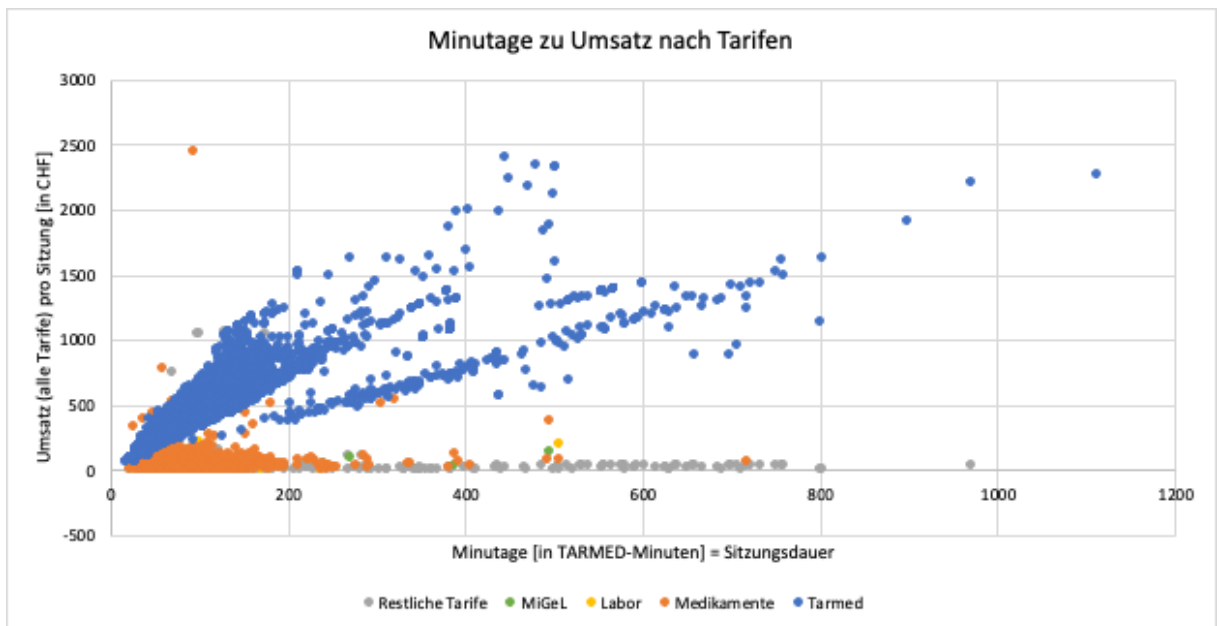


Abb. 11: Streubreite der Minutagen und des Umsatzes von Konsultationen, bei denen als Leistung die TARMED-Position 09.0610 (Klinische Vestibularisprüfung mit Frenzelbrille) eingegeben wurde

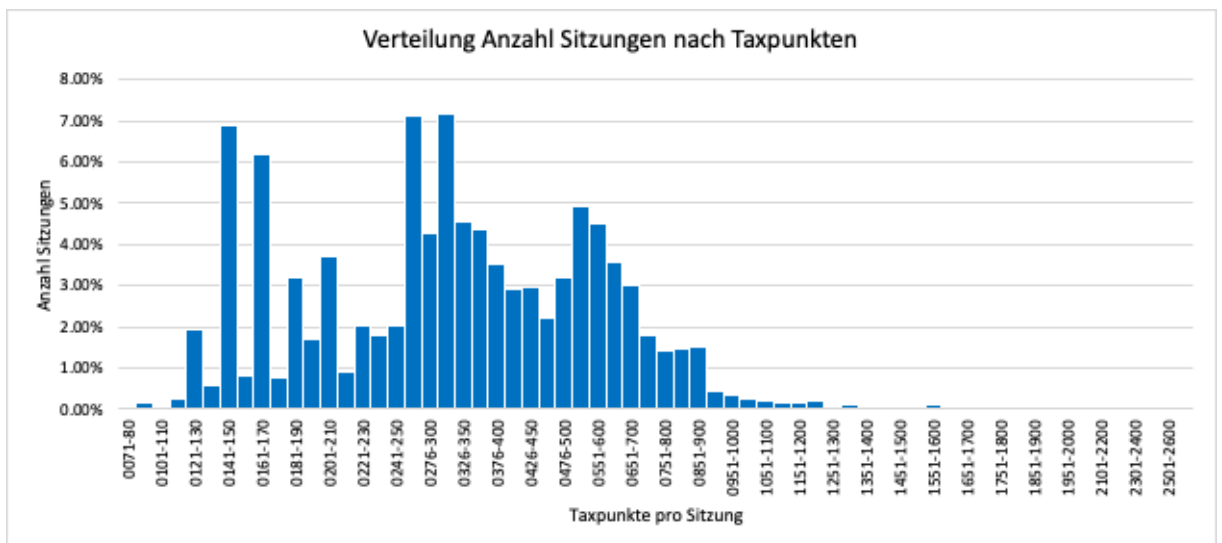


Abb. 12: Häufigkeitsverteilung der erfassten Taxpunkte bei Konsultationen, bei denen als Leistung die TARMED-Position 09.0610 eingegeben wurde.

Die Inhomogenität der Pauschalen zeigt sich auch in den Daten der sts, denen erneut deutlich niedrigere Fallzahlen als denen von NewIndex zugrunde liegen (vgl. Tab. 4). Auch bei dieser Position unterscheiden sich die Zahlen aus den Praxen und denen aus den Spitälern teilweise.

	NewIndex (N=27.609)		C0170D (N=7.730)
	Taxpunkte	CHF*	CHF**
90-Perzentil	650	595	693
3.Quartil	475	427.5	494
Median	300	270	265
1. Quartil	200	180	125
10-Perzentil	150	135	108
Mittelwert			345
Homogenität			0.55

Tab. 4: Pauschale Prüfung der vestibulären Funktion: Verteilung der Leistungen in der praxisambulanten Datensammlung von NewIndex und der spitalbasierten Datensammlung von sts; *CHF bei einem Taxpunktwert von 0.9; **CHF bei einer kalkulatorischen Baserate von 496 CHF

Ebenfalls sehr hoch ist die Variabilität der Investitionskosten, die in dieses Spektrum an Abklärungen einfließen, letztlich aber alle in die gleiche Pauschale münden würden: Während eine Frenzelbrille für ca. 400 CHF erhältlich ist, kostet ein Rotundum mit Video-Brille um die 100'000 CHF.

Eine ausführliche Darstellung häufiger Krankheitsbilder und die für die Abklärung verwandten Untersuchungsmethoden finden Sie in der beiliegenden ausführlichen Stellungnahme von Prof. Dr. med. D. Straumann.

Gesamthaft zeigt sich auch bei dieser Position, dass angesichts der Heterogenität der Diagnostik und der damit verbundenen Investitionskosten hierdurch in keiner Weise ökonomisch und medizinisch gleichartige Patientenfälle abgebildet sind.

2.5 Schlafdiagnostik (C04.61-C, C04.70E, C01.75Z)

Bei der Beurteilung der Homogenität verweisen wir primär auf die Daten der sts, da diese Untersuchungen überwiegend in Spitälern durchgeführt werden. Dabei zeigt sich bei den Pauschalen, für die es höhere Fallzahlen gab, eine etwas grössere Homogenität als bei den anderen neurologischen Pauschalen (Tab. 5)

	C04.61A (N=736)	C04.61B (N=424)	C04.61C (N=1538)	C04.70E (N=33)	C01.75Z (N=65)
90-Perzentil	3355	847	652	860	1531
3.Quartil	2854	684	499	429	1065
Median	1714	514	399	252	555
1. Quartil	1385	412	324	185	416
10-Perzentil	1146	347	209	180	270
Mittelwert	2045	569	429	388	731
Homogenität	0.69	0.71	0.66	0.52	0.61

Tab. 5: Pauschalen Schlafmedizin Verteilung der Leistungen in der spitalbasierten Datensammlung von sts; CHF bei einer kalkulatorischen Baserate von 496 CHF

Bei der schlafmedizinischen Diagnostik bestehen Unklarheiten somit weniger in Bezug auf die Heterogenität der einzelnen Pauschalen als in Bezug auf Unklarheiten bzgl. der Zusammenfassung verschiedener Pauschalen, die sequentiell über mehrere Tage und Nächte durchgeführt werden:

- Schlafmedizinische Untersuchungen sind sequenziell organisiert, weil sie Zusammenhänge zwischen gestörtem Schlaf und gesundheitlichen Tageskonsequenzen (z.B. Arbeitsfähigkeit; Fahreignung) untersuchen. Entsprechend sind nächtliche Untersuchungen (Polysomnographie; PSG) zwangsläufig an Untersuchungen am darauffolgenden Tag gekoppelt (z.B. MSLT/MWT) und die Abfolge international standardisiert worden (AASM 2015). Analog sind zirkadiane Erkrankungen als Störungen über 24 Std definiert und beinhalten Untersuchungen am Tag und in der Nacht (unabhängig vom Schlaf).
- Schlafmedizinische und/oder zirkadiane Untersuchungen über Nacht gelten als ambulante Untersuchungen, der Mitternachtszensus als Kriterium eines stationären Aufenthaltes ist hier nicht gültig. Auch im TARMED gelten polysomnographische Untersuchungen über Nacht nicht als stationäre, sondern als ambulante Leistungen.

Aus diesen beiden Punkten ergibt sich, dass standardisierte Untersuchungssequenzen nicht in Kontaktpauschalen zusammengefasst werden können. Dies würde eine erhebliche Verzerrung des bisherigen Tarifkonzepts bedeuten. Der Anreiz, die Untersuchungen auf zwei oder mehrere Patientenkontakte aufzuteilen, bedeutet die Aufgabe des Qualitätsprinzips, Kausalzusammenhänge zu diagnostizieren und zu therapieren.

- Für den Standard «Polysomnographie-Tagesvigilanztests (MSLT/MWT)» sind daher Einzelpositionen zu verrechnen, auch wenn sie im gleichen Patientenkontakt über 24 Std stattfinden. Dies muss weiterhin im ambulanten Setting möglich sein, um die Verschiebung in den stationären Bereich zu vermeiden.

- Analog sind für den Standard «Aktimetrie vor Polysomnographie» beide Untersuchungen als Einzelpositionen zu verrechnen und nicht in einer Pauschale zusammenzufassen.
- Für den Standard «Zirkadiane Störungen» sind Polysomnographie und die Bestimmung des DLMO (dim light melatonin onset) als Einzelleistungen abzurechnen und nicht in einer Pauschale zusammenzufassen.
- Aufgrund der Heterogenität der schlafmedizinischen Erkrankungen ist Diagnostik und Therapie häufig fachübergreifend multidisziplinär, wobei unklar ist, wie die Pauschale dann unter den verschiedenen Fachdisziplinen aufgeteilt wird. Gleiches gilt für interdisziplinäre Therapien bei fachübergreifenden komplexen Fällen, die neben der neurologischen schlafmedizinischen Diagnostik therapeutisch z.B. bei Insomnie mit kognitiver Verhaltenstherapie (CBT-I) behandelt werden.
- Die Diagnostik von Schlafstörungen bei bestimmten Patientengruppen (z.B. Parasomnien, Parkinson-Patienten) erfordern in der Regel eine Erweiterung der Standard-Diagnostik (z.B. durch Erhebung der Fremdanamnese) oder wiederholte Untersuchungen mit Hinzunahme von Elektroden («erweiterter Elektodensatz»), was zu einer Inhomogenität der Leistungen führt. Angesichts der hohen Komplexität dieser Untersuchungen, deren Indikationsstellung und Auswertung ein hohes Mass an Expertise erfordert, ist auch hierfür wie bei den oben erwähnten diagnostischen Untersuchungsmethoden die Einführung eines Dignitätskonzeptes zur Sicherung der Qualität erforderlich.

2.6 Neuropädiatrie

Allgemein ist die Vorgehensweise beim Umgang mit PatientInnen in der Neuropädiatrie im ambulanten Bereich in Bezug auf klinische Untersuchung und elektrophysiologische Zusatzuntersuchungen vergleichbar zur Erwachsenen-neurologie, sodass die obigen Ausführungen prinzipiell auch für die Neuropädiatrie gelten.

Die ambulanten Pauschalen werden aktuell nur durch die Durchführung von technischen Zusatzuntersuchungen in der Neurologie/Neuropädiatrie «getriggert». Diese Zusatzuntersuchungen werden von vielen, insbesondere jüngeren oder verhaltensauffälligen Kindern als invasiv bis bedrohend wahrgenommen, sodass die Indikation dafür immer erst nach reiflichen differentialdiagnostischen Abwägungen gezielt und für schmerzhaftere Untersuchungen prinzipiell restriktiv gestellt wird.

Unterschied Erwachsenenneurologie - Neuropädiatrie

Trotz vergleichbarer Vorgehensweisen in beiden Bereichen gibt es aber in der Neuropädiatrie folgende, wesentliche Unterschiede:

- **Alter und Kooperation:**

- Aus Erfahrung besteht bis zum Alter von 7 Jahren eine mässige bis hohe Variabilität, von 7-12 Jahren eine mässige und ab 12 J. eine relativ konstante Variabilität hinsichtlich der Kooperationsfähigkeit im Untersuchungsablauf, was direkten Einfluss auf die Konsultationszeiten hat. Dies gilt sowohl für die klinische Untersuchung als auch für die Zusatzuntersuchungen, was sich zeitlich dann summiert.

Im Alltag mit Kindern und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren betrifft dies durchschnittlich 30-40%, kann tagesabhängig auch einmal bis 50% Zeitzuschlag bedeuten.

- Dies kann auch anhand der Zahlen im Newindex der Jahre 2019 und 2021 belegt werden: So beträgt der Anteil an Untersuchungen über 195 Min. bei Kindern von 0-13 Jahren 27%, was bedeutend höher als im Erwachsenenalter liegt, und tarifrelevant ist.

- **Anteil Kinder und Jugendliche mit Mehraufwand**

- Die Epidemiologie in der Schweiz (Bundesamtdaten 2017) zeigt, dass 6.1% der Kinder von 0-14 Jahren in der Schweiz «behindert» resp. mit besonderen Bedürfnissen sind, zusätzlich zeigten weitere offizielle Daten von 2012 eine Prävalenz entwicklungsauffälliger Kinder («Autismus» u.a. Entwicklungsauffälligkeiten) von ca. 1%.
- Diese Kinder weisen unabhängig vom Alter aufgrund ihrer Entwicklungsschwierigkeiten eine verminderte Kooperationsfähigkeit auf, was die Konsultationszeiten erhöht.
- Zusammen mit den Kindern mit altersbedingter Kooperationseinschränkung ist in der Pädiatrie und noch mehr in der Neuropädiatrie mit einer Varianz der Konsultationszeit von mind. 35%, aus Erfahrung wie oben erwähnt von 30-40% auszugehen.

Aus obgenannten Gründen wird eine Pauschale der im Vergleich zu den Erwachsenen noch einmal grösseren Variabilität bei Kindern vom Säuglings- bis zum Jugendalter kaum sachgerecht, da bei den Pauschalen eine grosse Homogenität der Leistung einschliesslich der Konsultationsdauer vorausgesetzt wird.

Der Anteil von Patienten mit seltenen Erkrankungen ist insbesondere in der Neuropädiatrie sehr hoch, was den Betreuungsaufwand erheblich steigert.

- **Krankheitsbilder mit multidisziplinärer Behandlung: Auswirkung auf Konsultation und Betreuung**

Etwa 1/3 der Krankheitsbilder in der Neuropädiatrie sind durch genetische Ursachen bedingt. Bei genetisch vermittelten Erkrankungen sehen wir häufig Auswirkungen auf verschiedene Organsysteme, sodass die neurologische Symptomatik nur ein Teil der Problematik dieser Patienten darstellt. Diese Patienten benötigen eine multidisziplinäre Betreuung, da z.B. auch wegen gleichzeitig vorliegenden Herzfehlern Kinderkardiologen, wegen Schluckschwierigkeiten mit Mangelernährung auch pädiatrische Gastroenterologen oder andere Fachdisziplinen mitbeteiligt sind. Eine qualitativ gute und multidisziplinäre Betreuung hat einen deutlichen administrativen und zeitlichen Mehraufwand zur Folge, der weder imTARMED und schon gar nicht in den Pauschalen repräsentiert ist.

- **«Querfinanzierung» von aufwändigen Untersuchungen in der Neuropädiatrie erschwert**

In der Neuropädiatrie gibt es somit aufgrund obgenannter Ausführungen zusammengefasst einen bedeutend kleineren Anteil «normal» resp. homogen oder konstant gleich lang verlaufender Zusatzuntersuchungen, welche eine Querfinanzierung der erwähnten, zeit- und kostenaufwändigen Untersuchungen erlauben würde.

- **Unterschiede in der Anwendung relevanter Zusatzuntersuchungen:**

- **EEG:**

Wach- und Schlaf-EEG sind in der Neuropädiatrie die wichtigsten Untersuchungen überhaupt und repräsentieren quantitativ um 90-95%. Das Wach- und Schlaf-EEG stellt im Altersbereich von 0-7 Jahren und bei entwicklungsauffälligen Kindern dabei eine besondere Herausforderung dar: Aufgrund deutlich verminderter Kooperationsfähigkeit werden diese Untersuchungen im Spital in der Regel mit 2 EEG-AssistentInnen durchgeführt. Diese Personalressourcen stehen in der Praxis so nicht zur Verfügung, so dass die EEG-Assistentin mit einem höheren Zeitaufwand, oft auch mit Instruktion der Eltern in einer Hilfestellung und vermehrter Präsenz des Arztes während des EEGs die Untersuchung durchführt. Dadurch wird auch die Konsultationszeit, teils in erheblichem Umfang, verlängert. Mitunter ist es trotz aller Bemühungen z.B. bei Kindern mit Autismus gar nicht möglich, eine EEG-Untersuchung abzuschliessen. In diesen Fällen kann die Untersuchung trotz des grossen geleisteten Personalaufwands gar nicht abgerechnet werden.

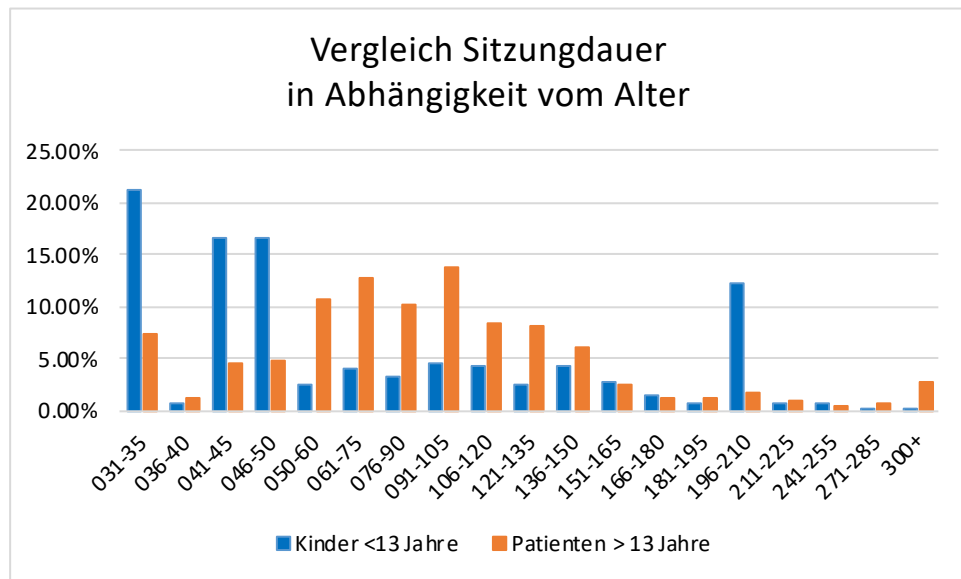


Abb. 13: Vergleich der Sitzungsdauer bei Konsultationen, bei denen als Leistung die TARMED-Position 05.0410 eingegeben wurde, Kindern mit einem Alter von <13 im Vergleich zu Patienten > 13 Jahre eingegeben wurde.

Die Verteilung der Konsultationen in der Abb. 13 zeigt die entsprechend inhomogene Verteilung der Leistungen. Dabei gibt es eine grössere Gruppe von Konsultationen mit einer kurzen Sitzungsdauer, die sich daraus begründet, dass bei diesen Kindern EEGs ohne vollständige unmittelbar anschliessende Konsultation durchgeführt wurden (<50 Minuten)). Dies kann auch darauf zurückgeführt werden, dass die jüngeren Kinder aufgrund verminderter Kooperationsfähigkeit und Belastung durch diese Untersuchung häufig nicht am gleichen Tag mit EEG und zusätzlicher anschliessender klinischer Untersuchung, sondern in 2 getrennten Konsultationen untersucht werden. Daraus resultiert auch eine Reduktion der medianen Untersuchungskosten im NewIndex pro Fall. Die Verteilung der Sitzungen, in der EEG und Konsultation zusammen durchgeführt wurden, entsprechend einer Sitzungsdauer von > 60 Minuten, sind sehr breit gestreut und noch weniger homogen als bei Erwachsenen.

Bei unter 7-jährigen oder entwicklungsauffälligen Kindern ist mit einem zeitlichen Mehraufwand von durchschnittlich 30% zu rechnen, was im TARMED bei den unter 7-jährigen Kindern auch durch den Zeitzuschlag von 10 Min. mehr Raumbelagung nicht adäquat abgebildet ist. Im TARDOC wurde dieser personelle Mehraufwand bei den EEG-Ableitungen deshalb auch mit 51% mehr Anteil an den pflegerischen Leistungen berücksichtigt. Während die Pauschalen C01.70C dem etwas erhöhtem Aufwand von älteren Kindern im Vergleich zu Erwachsenen gerecht wird, ist der grössere Mehraufwand für Kinder <7 Jahre oder entwicklungsauffälligen Kindern nicht genügend berücksichtigt und nicht kostendeckend.

- **ENMG:** Diese Untersuchungen empfinden viele Kinder als «invasiv», so dass einerseits eine besondere fachliche Kompetenz vorliegen muss, um mit möglichst wenigen und möglichst wenig invasiven Untersuchungen einen möglichst grossen Informationsgewinn zu erhalten. Andererseits bedarf es zur Vorbereitung der Kinder auf diese Untersuchung mehr Zeit, um die Kooperativität zu erhalten. Aus diesem Grund werden sie überwiegend durch Spezialambulanzen an Kindern und Jugendlichen mit neuromuskulären Erkrankungen in dafür spezialisierten Unikliniken oder grösseren A-Kliniken durchgeführt.

Unter dem Gesichtspunkt der Pauschalen ist neben dem erhöhten Zeitaufwand zu bedenken, dass gerade das quantitative EMG, welches als Pauschale der erforderlichen Qualifikation und dem Aufwand am ehesten Rechnung tragen würde, aufgrund der höheren Invasivität und damit verbundenen Schmerzhaftigkeit kaum eingesetzt wird. Eher wird eine besser verträgliche Elektroneurographie zusammen mit einer Sonographie durchgeführt. Im TARMED gibt es keinen Zuschlag für eine elektroneurographische oder elektromyographische Untersuchung bei Kindern. Dieses Defizit wurde im TARDOC erkannt und entsprechend abgebildet. Die beiden Pauschalen C01.80B (Elektroneurogramm und Elektromyogramm) und C01.80C (Elektromyographie, nicht quantitativ) bilden den kinderspezifischen Mehraufwand wiederum nicht ab.

- Schlafdiagnostik: Auch in den Spezialambulanzen der Schlafmedizin besteht bei den Ableitungen ein personeller Mehrbedarf im Vergleich zur Erwachsenenneurologie, welcher in den Pauschalen nicht berücksichtigt ist.

Abschliessende Bemerkungen zu den Pauschalen in Bezug auf Kinder- und Jugendmedizin, auch aus standespolitischer Sicht

Leider ist festzustellen, dass sich im v0.3-Katalog nur bei den EEG-Untersuchungen kinderspezifische Pauschalen finden. Dabei ist zumindest das Wach-EEG mit mehr als 900 Fällen aus den Spitälern berechnet, die aufzeigen, dass für die Kinder und Jugendlichen < 13 Jahre im Vergleich zu Erwachsenen 25% mehr Leistungen verrechnet wurden. Da diese Daten auf dem TARMED beruhen, in dem der Mehraufwand für die Handlungsleistung EEG mit lediglich 10 Minuten zusätzlicher Raumbelegung nur unzureichend abgebildet ist, dürfte der reale Mehraufwand höher liegen. Ähnliches ist bei den anderen neurophysiologischen Leistungen anzunehmen, die in dem aktuellen Pauschalenwerk nicht abgebildet sind.

Aufgrund der fehlenden Abdeckung der tatsächlichen Kosten in der Kinder-/Jugendmedizin wie auch in der Neuropädiatrie wie oben ausgeführt besteht die Gefahr dieser Pauschalen darin, dass sie einen Anreiz schaffen, die Leistungen und die Qualität zu reduzieren, um mehr Konsultationen in kürzerer Zeit zu erbringen, oder die Frequenz der Untersuchungen bei den einzelnen Patienten zu erhöhen. Beides würde nicht zu einer Kostenminderung führen, aber die Patientenversorgung verschlechtern.

Darüber hinaus ist eine unzureichende Leistungsabgeltung gerade im Bereich der Pädiatrie insofern problematisch, als bereits jetzt eine relevante Unterversorgung besteht. Mit einem neuen Tarif muss eine leistungsgerechte Vergütung sichergestellt werden, um einer Zunahme der Unterversorgung entgegenzuwirken. Dank intensiver Recherchen für den TARDOC ist dort die Neuropädiatrie adäquat abgebildet. Auch bei Einführung von Pauschalen muss dies angemessen analysiert werden. Die aktuellen Pauschalen sind diesbezüglich keineswegs ausgereift, wir stehen aber zur Verfügung, um dies gemeinsam zu verbessern.

2.7 Kostenmix bei gleichzeitigen Laborkosten

Nebst den bereits oben aufgeführten Positionen, die zu einer grossen Inhomogenität in den Leistungen führen, wird diese Streubreite zusätzlich erhöht durch die Notwendigkeit von Laborbestimmungen und/oder Medikamentengaben.

Beispielhaft hierfür möchten wir die Variabilität von Laborkosten bei verschiedenen Indikationen für eine Liquorpunktion aufführen. Die von NeurologInnen erbrachten Leistungen unterscheiden sich jeweils in einem gewissen Ausmass durch die Länge der die Lumbalpunktion begleitende Konsultation. Z.B. erfolgt mit der Indikation eines Blutungsnachweises eine Liquorpunktion in aller Regel am gleichen Tag wie die Erstkonsultation mit vollständiger Anamnese und Neurostatus Typ A. Bei einem dementiellen Krankheitsbild hingegen wird eine Liquorpunktion bei einer Erstkonsultation eher die Ausnahme sein, so dass die begleitende Konsultation fokussiert und kürzer ist.

Eine grössere Variabilität besteht jedoch bei den Laborkosten, die in der Pauschale inkludiert wären. In Tab. 6 sind jeweils die Kosten für einzelne Parameter aufgeführt, die in Abb. 13 dann als Summe verschiedener Kombinationen dieser Parameter in Abhängigkeit von der Fragestellung aufgeführt werden.

Parameter	Kosten (CHF)
Zellzahl im Liquor	26.10
Lactat im Liquor	20.70
Glucose im Liquor/Serum	4.60
Protein gesamt im Liquor	7.80
Oligoklonale Banden mit Reiberschema	254.00
Borrelien Liquor/Serum	185.60
Treponema pallidum im Liquor/Serum	69.30
Alzheimer Demenz	194.40
Creutzfeld-Jakob Erkrankung (Protein 14-3-3)	252.00
Ferritin im Liquor	7.10
Differentialzellbild im Liquor	23.40
MRZ-Reaktion	235.40

Tab. 6: Laborkosten für die Bestimmung einzelner in der Liquordiagnostik neurologischer Erkrankung relevanter Parameter

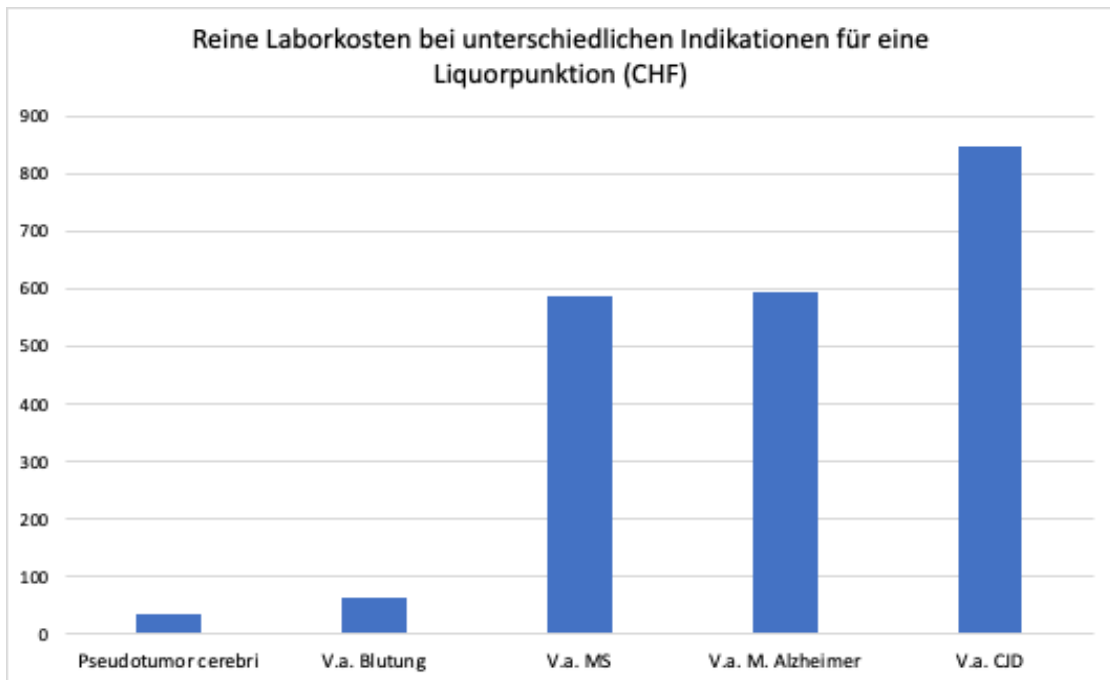


Abb. 13: Kombinationen von Laborkosten zusätzlich zur neurologischen Leistung bei typischen Indikationen für eine ambulante Liquoruntersuchung

Nebst dem, dass diese Daten zeigen, dass somit auch eine Liquorpunktion keine homogene Leistung ist, ist für uns derzeit unklar, wie solche schwankenden Kosten von zwei Leistungserbringern (in diesem Fall Neurologe und Labor) in einer Pauschale aufgeteilt werden sollen.

8. **Kostenmix bei gleichzeitiger Medikamentengabe**

Ähnlich problematisch wie die Kombination von klinischer Leistung und Laborkosten ist die Kombination von klinischer Leistung und Medikamentenkosten.

Als Beispiele hierfür möchten wir drei verschiedene Medikamente aufführen, die in der Neurologie verwendet werden, und deren Verabreichung im Sinne des Patienten möglichst in einer Konsultation mit den anfallenden neurophysiologischen Verlaufskontrollen kombiniert werden.

Das Medikament Ocrevus wird Patienten mit Multipler Sklerose zweimal pro Jahr verabreicht, das Medikament Tysabri einmal pro Monat. Sporadisch werden in Abhängigkeit vom klinischen Verlauf auch evozierte Potentiale durchgeführt. Um den PatientInnen zusätzliche Termine zu ersparen, die zu organisieren für die oft noch jungen, berufstätigen PatientInnen mit familiären Verpflichtungen nicht immer einfach ist, versuchen die behandelnden NeurologInnen, diese möglichst während der Infusion durchzuführen. Dies zeigt sich auch in den Abbildungen 2 und 5, in denen bei eher kürzeren Konsultationen auffallend häufig neben den TARMED-Leistungen recht hohe Medikamentenkosten anfallen.

Die Pauschalen hätten jedoch zur Folge, dass die Durchführung einer Untersuchung mit evozierten Potentialen dazu führen würde, dass die gesamte Konsultation einschliesslich der Kosten für die Medikamente darunter verrechnet würde, was nicht annähernd kostendeckend sein würde (s. Abb. 14: Kosten für Tysabri/Ocrevus alleine, Erstattung in CHF für Medikament, Konsultation mit Infusion und SSEP/VEP nach TARMED und Erstattung der gleichen Leistung durch eine Pauschale). Somit ist es abzusehen, dass künftig die PatientInnen für Zusatzuntersuchungen zusätzlich an anderen Tagen aufgeboten werden würden, was die Versorgungsqualität verschlechtern würde.

Ein ähnliches Beispiel in der Neurologie sind PatientInnen mit inflammatorischen Neuropathien, die mit Immunglobulinen behandelt werden. Auch diese benötigen sporadisch neurographische Verlaufskontrollen. Bei Durchführung während der Immunglobulin-Infusion würde dies jedoch dazu führen, dass die Immunglobuline jeweils mit der Pauschale für Neurographien abgegolten sein würden, die deutlich geringer ist als der Preis für die Immunglobuline alleine (Abb. 14)

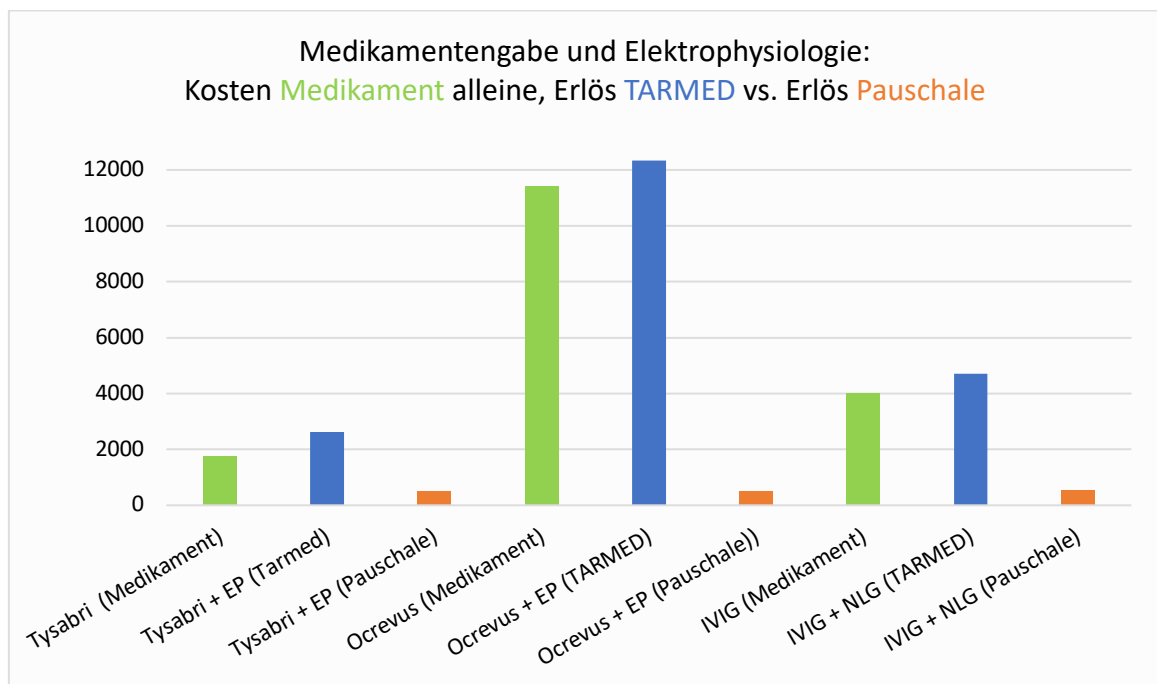


Abb. 14: Kosten in CHF für Medikament jeweils für das Medikament alleine sowie Erlös bei Abrechnung nach TARMED bzw. als Pauschale für Verlaufskonsultation, Medikament, Infusion und elektrophysiologischer Untersuchung (EP: SEP und VEP, NLG: vier Neurographien mit Oberflächenelektroden)

Zusammengefasst kommen wir zu dem Schluss, dass fast alle die Neurologie betreffenden Pauschalen das Kriterium der medizinischen und ökonomischen Homogenität nicht erfüllen. Dies ist sowohl der praxisambulanten Datensammlung der NewIndex als auch den spitalbasierten Zahlen der sts zu entnehmen. Zusätzlich zeigt der Vergleich zwischen den Spital- und den Praxisdaten auf, dass die Zahlen aus den Spitälern nicht ohne weiteres auf die Praxen zu übertragen sind.

Zu erwähnen ist auch, dass Schwerpunktpraxen mit einer Patientenklientel, deren Diagnostik und Betreuung aufwändiger ist, und bei denen die Möglichkeit zur «Querfinanzierung» durch einfachere Fälle begrenzt ist, unzureichend abgebildet wären. Exemplarisch haben wir das insbesondere am Beispiel der Neuropädiatrie, aber auch an einer Schwindelsprechstunde mit komplexer Diagnostik und kostenintensiver Infrastruktur dargestellt.

Eine zu grosse Inhomogenität bzw. unzureichende Abbildung würde den Anreiz zu einer Aufspaltung der Untersuchungen auf mehrere einzelne Konsultationen oder einer Verlagerung von Leistungen in den stationären Bereich mit sich bringen, was wiederum zu deutlich höheren Kosten bzw. dann zu einer Entwertung der Pauschalen führen würde. Die Entwertung der Pauschalen wiederum hätte zur Folge, dass sich die Untersuchungsabläufe in den Konsultationen zunehmend danach orientieren würden, was ökonomisch rentabel ist, statt danach, was die zur Konsultation führende Fragestellung beantwortet. Dies verleitet dann zur Konsultation weiterer Ärzte, was wiederum der Kosteneindämmung entgegenwirkt, ohne die Qualität zu verbessern, und gleichzeitig zu einem Mehraufwand bei den PatientInnen führt.

Gesamthaft befürchten wir, dass primär aufgrund der Inhomogenität, der im Pauschalensystem gebündelten Leistungen die Behandlungsqualität verringert wird, das Ziel einer Kostenreduktion jedoch nicht oder nicht hinreichend erreicht wird. Einige weitere, oben ausführlich dargestellte Mängel kompromittieren die Konsistenz des Pauschalensystems mit der sonstigen, neurologischen Leistungserbringung.

Wir sehen allerdings durchaus Ansätze, das Pauschalensystem so zu optimieren, dass sie zumindest zum Teil in der neurologischen Versorgung sinnvoll anwendbar sind.

Gerne möchten wir bei der Erstellung einer neuen Version unsere fachlich-neurologische Expertise bei der Mitgestaltung der ambulanten Fallpauschalen zur Verfügung stellen und bieten dafür gerne unsere Mitarbeit an.

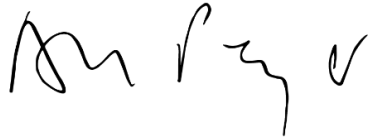
Freundliche Grüsse



Dr. med. Silke Biethahn, MHBA
Tarifdelegierte Schweizerische Neurologische Gesellschaft



Prof. Dr. med. Peter Sandor
Präsident Schweizerische Neurologische Gesellschaft



Dr. med. et phil. Anne Kathrin Peyer Kauffmann
Tarifdelegierte Schweizerische Gesellschaft für klinische Neurophysiologie



PD Dr. med. Andrea Humm
Präsidentin Schweizerische Gesellschaft für klinische Neurophysiologie



Dr. med. Tobias Iff
Tarifdelegierter Neuropädiatrie



Dr. Annette Hackenberg
Präsidentin Schweizerische Gesellschaft für Neuropädiatrie

Kopien an:

- BAG
- FMH
- *KlinikleiterInnen zur Weiterleitung an die Spitaldirektionen*