**Vernehmlassung**

zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung der Tarifstruktur für die Physiotherapie in der Krankenversicherung

**Stellungnahme von:**

Name/Organisation/Firma:

Adresse:

Kontaktperson:

Mail:

Telefon:

Datum:

|  |  |
| --- | --- |
| **Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht** | |
|  |  |
| Name/Bezug | Bemerkung/Anregung |
| Einleitung | Physioswiss bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme betr. Tarifstruktur (TS) Physiotherapie ab 1.1.2018.  Der Bundesrat (BR) bekundet die Absicht, keine „komplett neue, noch nie angewandte Tarifstruktur“ festlegen zu wollen.  Mit den gemachten Anpassungen, insbesondere der Einführung sowohl einer fixen Zeit wie auch einer Mindestbehandlungszeit führt er diese Absicht jedoch ad absurdum. Die seit 1998 gültige TS basiert auf Sitzungspauschalen mit einem entsprechenden Kostenmodell. Eine Einführung von fixen Zeiten in die TS führt de facto zu einer neuen TS und müsste entsprechend auf der Basis eines neuen Kostenmodells entstehen. Wie der BR ausführt, verfügt er jedoch über keine verlässlichen Daten, die ein neues Kostenmodell alimentieren könnten.  Die sich daraus ergebenden Unklarheiten haben physioswiss bewogen, ein Rechtsgutachten zur „Rechtskonformität des Entwurfs der bundesrätlichen TS für physiotherapeutische Leistungen“ beim renommierten Prof. Dr. jur. Tomas Poledna einzuholen. Dieses Rechtsgutachten vom 5.5.2017 ist beigelegt und es wird wo nötig darauf referenziert.  Die hier vorliegende Vermischung von zwei Systemen (Pauschaltarif vs. Zeittarif) ist unzulässig. Des Weiteren überschreitet der BR seine Kompetenzen indem er eine Mindestzeit für eine Behandlung festlegt. Weitere Erläuterungen dazu sind dem beigelegten Rechtsgutachten von Herrn Professor Dr. Tomas Poledna zu entnehmen. (nachfolgend „Gutachten Poledna“)  Zitat Gutachten Poledna:  „das Tarifmodell, das dem ursprünglichen Physiotherapietarif zugrunde lag und welches in weiten Teilen auch dem Entwurf des BR entspricht, datiert vom 5.5.1997. es wurde damals von Vertretern von H+, dem damaligen Leistungserbringerverband SPV und Vertretern der ZMT erarbeitet. Kurz zusammengefasst wurden für die Bemessung der Tarifpositionen der TS Kosten- und Leistungskomponenten zugrunde gelegt. Konkret eruierte man umfassend die durchschnittlichen Leistungszeiten für die einzelnen Physiotherapieleistungen und den entsprechenden Kostenaufwand. Schliesslich wurde so die Durchschnittsdauer einer physiotherapeutischen Leistung (32,4 Min) unter Berücksichtigung aller möglicher physiotherapeutischer Leistungen (zum Zeitpunkt der Ausarbeitung des Tarifmodells existierte die Positivliste gemäss Art.5 KLV noch nicht) berechnet und diese mit 48 Taxpunktwerten versehen (bzw. mit 51, was vom BR korrigiert worden ist). Mit anderen Worten umfasst die Tarifziffer 7301 aufgrund der Pauschalisierung gemäss der ihr zugrunde liegenden Tarifmodell sowohl physiotherapeutische Leistungen, die z.B. (im Rahmen der bekannten Bandbreite, die sich aus der Individualisierung der Behandlungen ergab) 15 Min, aber auch solche, die 45 Min dauerten. Dies bildete die grundlegende Idee hinter der Tarifierung der Sitzungspauschalen und zugleich die Voraussetzung von deren Anwendbarkeit. Zum konkreten Aufbau der TS ist auf die vorhergehenden Ausführungen zu verweisen.  Der Entwurf des BR verändert die damalige Tarifvereinbarung nun in drei Punkten:  Die Terminologie wird an den seit dem 1.1.2010 gültigen Art.5 KLV angepasst;  Es werden verschiedene „Regeln für die Abrechnung“ aufgenommen (welche wie gesagt den bundesrätlichen Kompetenzrahmen sprengen);  Es werden zeitliche Limitierungen für die Sitzungen in dem Sinne eingeführt, dass diese erst verrechnet werden dürfen, wenn sie mind. 30 Min gedauert haben (welche ebenfalls den bundesrätlichen Kompetenzrahmen sprengen).  Durch diese Änderungen stimmt der Entwurf des BR nicht mehr mit dem alten Tarifmodell als Basis der Tarifvereinbarung überein. Im Folgenden ist nun zu prüfen, ob darin eine Verletzung der oben gelisteten tarifrechtlichen Vorgaben gesehen werden kann und der bundesrätliche Entwurf damit rechtswidrig ist.“ (Gutachten Poledna, Randziffern: 39-41) |
| Produktivität und neue Leistungen (Bericht S15) | 1998 wurde eine Produktivität von 83,1% errechnet (bei einem Arbeitstag von 8h24Min) aufgeteilt auf 7h Behandlung an Patient/-innen und 85Min in Abwesenheit der Patient/-innen. Diese Produktivität ist sehr hoch, insbesondere angesichts der Tatsache, dass Physiotherapeut/-innen (PTs) bisher ausschliessliche Leistungen in Anwesenheit der Patient/-innen verrechnen können.  Im Rahmen der Verhandlungen zu einer neuen TS sind die Tarifpartner übereingekommen, das pro Behandlung 5 Min für Wechselzeit, Dossierführung und Hygienemassnahmen notwendig sind (siehe auch Bericht S24). Dies bedeutet bei 16 Behandlungen pro Tag à je 30Min Behandlung ein Total von 90Min für die oben angesprochenen Tätigkeiten. Was nun Berichte, Austausch mit den zuweisenden Ärzt/-innen und multiprofessionelle Kontakte betrifft, sind diese in der Behandlungszeit nicht eingerechnet und müssen demzufolge in neu definierten Tarifpositionen resultieren.  Die Physiotherapie (PT) als Disziplin ist eine wichtige Säule des Gesundheitssystems. Die Anforderungen an eine Physiotherapeut/-in in diesem System haben sich seit 1998 aufgrund verschiedener Faktoren grundlegend gewandelt. Der medizinische Fortschritt, das veränderte Patientenprofil (Alter, Komorbiditäten, vermehrt chronische Krankheiten), der Grundsatz ambulant vor stationär sowie der Wunsch dass die Menschen möglichst lange in ihrem Zuhause verbleiben können, führen notwendigerweise dazu, dass Tätigkeiten, die der verbesserten Koordination der PatientInnenbetreuung dienen, transparent in der physiotherapeutischen TS ausgewiesen werden. |
|  |  |
| Behandlungs-  Dauer (Bericht S16) | Das veränderte Patient/-innenprofil bringt vermehrt aufwändige Behandlungen mit sich verlangt nach mehr Sitzungen und nach stärkerer Vernetzung. Pro Verordnung sind gemäss KLV 5 höchstens 9 Behandlungen zulässig. Es ist davon auszugehen dass jeder Rechnung die entsprechende Verordnung beizulegen ist. Die vom BR auf S16 angeführte Erhöhung der Anzahl Behandlungen pro Rechnung von 6.6 auf 7.2 liegt immer noch deutlich unter dem vom Gesetzgeber vorgesehenen Maximum und ist hier entsprechend irrelevant. Wie lange eine Behandlung dauert hängt von verschiedenen Faktoren ab: wie schwer ist eine Patient/-in betroffen, wie gut ist ihr Allgemeinzustand, wie aufnahmefähig ist sie und wie lässt sich das therapeutische Ziel am besten erreichen. Die Einführung von fixen Zeiten pro Behandlung stiftet eigentlich nur Verwirrung für die Patient/-innen, denn es ergeben sich exemplarisch folgende Fragen: wann fängt die Behandlung an? Beim Händeschütteln, wenn die Patient/-in ausgezogen auf der Behandlungsliege liegt? Wann hört die Behandlung auf? Wenn die Patient/-in aus dem Behandlungsraum tritt? Was ist mit der Zeit die die Patient/-in benötigt um sich wieder anzuziehen? Was ist mit der Zeit, die für weitere Terminvereinbarungen benötigt wird? Was ist, wenn die Patient/-in 5 Min. zu spät zur Therapie kommt?  Mit seiner Aussage auf S16 „diese Zunahme kann sich z.T. durch den erwähnten Anreiz zur Senkung der Sitzungsdauer verstärkt haben“ desavouiert der BR alle PTs, indem er ihnen die fachliche und professionelle Kompetenz pauschal abspricht.  Physioswiss verwahrt sich in aller Deutlichkeit gegen diese Aussage und verweist im Übrigen auf das Gutachten Poledna.  Zitat Gutachten Poledna:  „Viel gravierender ist hingegen die Einführung der Mindestdauer von 30 Minuten pro Therapiesitzung.  Dieses zusätzliche Erfordernis findet im Tarifmodell keine Grundlage und  führt die dort vorgenommenen Überlegungen bzw. die gesamte systematische Ausrichtung  des Tarifmodells ad absurdum. Die Pauschalisierung der physiotherapeutischen Leistungen  basiert auf der Grundannahme, dass gewisse Leistungen weniger lange als 30 Minuten  dauern, andere wiederum länger. Daraus resultiert die Durchschnittsdauer von 32.4  Minuten einer Physiotherapiesitzung, welche die Grundlage der Pauschalbewertung der  Leistungen mit 48 Taxpunkten bildet. Wenn man nun im Nachhinein alle Leistungen nicht  mehr vergütet, welche die Mindestdauer nicht erreichen, ist die pauschale Bewertung nicht  mehr korrekt. Das Tarifmodell und die darauf basierende Tarifstruktur fallen auseinander.  Schliesslich führt die Mindestdauer auch dazu, dass unter 30-minütige Leistungen nicht  mehr vergütet werden. Dadurch kann von einer angemessenen Leistungsvergütung keine  Rede mehr sein“. (vgl.Gutachten Poledna Randziffern 59 und 60) |
| Kosten der PT (Bericht S16) | Zunächst ist festzuhalten, dass der Anteil der PT-Kosten an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens seit 1998 stabil bei etwa 1,4% verharrt, Basierend auf den Statistiken des Bundesamtes für Statistik (BfS) verlief die Kostensteigerung in der PT im Vergleich mit der Kostensteigerung im ambulanten Sektor im betrachteten Zeitraum 2011-2015 folgendermassen: in den Jahren 2011 bis und mit 2013 lag sie im Durchschnitt unter der Kostensteigerung des ambulanten Sektors (11,1% vs 12,5%), wie übrigens immer seit 1996.  Die ausnahmsweise überdurchschnittliche Kostensteigerung in den Jahren 2014 und 2015 hat einen einfachen Hintergrund:   1. Wie der BR erwähnt, haben die Verordnungen insgesamt um 34% zugenommen, zudem ist fraglich, welchen Einfluss die Einführung der swiss DRGs per 1.1.2012 auf die Verordnungspraxis der Ärzt/-innen hatte und hat. 2. Per 1.4.2014 konnte mit santésuisse nach 16 Jahren endlich eine Vereinbarung über eine Erhöhung des Taxpunktwertes um 8Rp. geschlossen werden. Diese Taxpunktwerterhöhung um rund 8,45 trug ab 2014 im Wesentlichen zur Kostensteigerung bei, ist jedoch begrenzt und kohärent.   physioswiss verwahrt sich in aller Deutlichkeit gegen die aus dem Kontext gerissenen tendenziösen Äusserungen hierzu auf S16 des Berichts. |
| Qualität (Bericht S16 und 24)  Forderungen | Nennung der erwarteten Zeitdauer der Konsultationen:  Die im Bericht gemachte Äusserung, dass die Festsetzung einer Mindestdauer zur Steigerung der Behandlungsqualität beiträgt, ist nicht nachvollziehbar. Erneut wird dadurch die professionelle Kompetenz der PTs pauschal infrage gestellt. Zudem stellt diese Einführung einer Mindestdauer einen unzulässigen Eingriff in die Tätigkeit einer Physiotherapeut/-in dar.  Zitat Poledna:  „Der Bundesrat hat die Mindestdauer der Sitzungen also einerseits mit dem Ziel eingeführt,  eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung zu gewährleisten und andererseits  die Zahl der Konsultationen zu reduzieren, um dadurch Kosten zu sparen. Beide Ziele können durchaus als im öffentlichen Interesse liegend bezeichnet werden. Allerdings ist zu  berücksichtigen, dass hierfür im KVG bereits Instrumente bestehen, die auf der Ebene des  Tarifvertrages (und nicht der Tarifstruktur) angesiedelt sind: In Tarifverträgen werden Massnahmen  zur Qualitätssicherung eingeführt und das KVG kennt zahlreiche Regeln zur Kontrolle  der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Diese Instrumente greifen denn auch  wesentlich feiner als eine vergröbernde Pauschalierung auf der Stufe einer Tarifstruktur“. (vgl. Gutachten Poledna, Randziffer 66)  Zudem ist der Eingriff unverhältnismässig (vgl. Gutachten Poledna, Randziffer 67ff)  physioswiss ist die Hochhaltung der Qualität ein grosses Anliegen. Die Qualitätsmassnahmen müssen transparent und nachvollziehbar für Patient7-innen und Kostenträger sein. die Fixierung einer Mindestbehandlungszeit ist in diesem Zusammenhang keine geeignete Massnahme.  Aus den obigen Bemerkungen ergeben sich folgende Forderungen:   * Streichung der fixen Behandlungsdauer * Streichung der Mindestbehandlungsdauer * Anpassung der Position 7354 an die demographische und medizinische Entwicklung * Einführung der Positionen für Berichte, Ausstausch mit Zuweiser/-innen und multiprofessionelle Vernetzung. |
|  | Physioswiss hat sich zu Ihrer Arbeitserleichterung darauf beschränkt, nachfolgend nur diejenigen Positionen aufzuführen, zu denen konkrete Änderungen erforderlich sind.  Für die TS ergibt sich folgender Anpassungsbedarf (jeweils Position und Vorschlag):   * Einleitende Bemerkungen:   Eingangs ist der vor 1.10.2016 in der TS vorhandene Absatz 1 wieder aufzunehmen:  „Die Physiotherapeutin ist im Rahmen der ärztlichen Verordnung, der gesetzlichen Bestimmungen und seines Fachwissens frei in der Wahl ihrer Behandlungsmethode. Gestützt darauf wählt die Physiotherapeutin die Therapie ach den Aspekten der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit.“   * Der Absatz 5 ist zu streichen |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und deren Erläuterungen** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Name/Firma | Pos: | Bemerkung/Anregung | Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag) | | |
|  | 7301 | Zeithinterlegung streichen; Absatz 2 streichen | Zu dieser Tarifziffer gehören alle Einzel- oder Kombinations-Behandlungen, die nicht ausdrücklich unter den Tarifziffern 7311 bis 7340 aufgeführt werden.  Unter allg. PT sind gemäss KLV 5 zu verstehen:   1. Massnahmen der physiotherapeutischen Untersuchung und der Abklärung, 2. Massnahmen der Behandlung, Beratung und Instruktion.   Die Tarifziffer beinhaltet auch:   * Kombinationen von allg. PT und Elektro- oder Thermotherapie * Kombinationen von allg. PT und Instruktion bei Gerätevermietung. | | |
|  | 7311 | Zeithinterlegung streichen; in Kohärenz mit 7301 Beschreibung was aufwändige PT ist, einfügen.  Absatz 2 streichen | Unter aufwändiger PT sind gemäss KLV 5 zu verstehen:   1. Massnahmen der physiotherapeutischen Untersuchung und Abklärung 2. Massnahmen der Behandlung, Beratung und Instruktion bei folgenden Krankheitsbildern oder Situationen, welche die Behandlung erschweren:  * Beeinträchtigung des Nervensystems * Kinder bis zu Vollendung des achten Lebensjahres * Lungenventilationsstörungen * Bei Störungen des Lymphgefässsystems * Bei einer palliativen Situation * Bei sensomotorischer Verlangsamung oder kognitivem Defizit * Behandlung von zwei oder mehr Körperregionen * Behandlung von zwei nicht benachbarten Gelenken (kann in derselben Körperregion sein) * Bei einer Erkrankung, die eine aufwändige Hilfestellung benötigt (z.B. Verbrennung) * Bei behandlungsnotwendiger Instruktion von Pflege- oder Betreuungspersonen   Nach Gesuchstellung kann der Versicherer die Verrechnung der Position 7311 für weitere Indikationen bewilligen. | | |
|  | 7313 | Zeithinterlegung streichen | Hippotherapie durch speziell in dieser Therapie ausgebildete PTs.  Bei dieser Ziffer kann keine Weg- Zeitentschädigung (7354) verrechnet werden  Zuschlagposition für die Benutzung der Infrastruktur: siehe Ziffer 7353 | | |
|  | 7330 | Grundsätzlich einverstanden, in Kohärenz zu den Positionen 7301 und 7311 minime sprachliche Anpassung | (Gruppengrösse ca. 5 Patient/-innen)  Bei der Gruppentherapie handelt es sich um physiotherapeutische Massnahmen nach KLV 5 im Therapieraum oder –bad.  Die Ziffer 7330 kann pro Patient/-in verrechnet werden.  Mit der Gruppentherapie kann keine Weg- Zeitentschädigung (7354) verrechnet werden. | | |
|  | 7340 | Zeithinterlegung streichen, da trainingsphysiologisch unsinnig. Wie soll in 15Min. ein adäquater Trainingsreiz gesetzt, bzw. ein Trainingseffekt erzielt werden können?  Absatz 2 streichen | Zur notwendigen Instruktion eines MTT-Programms kann die PT unabhängig der Anzahl Sitzungen zwei Sitzungen innerhalb des gesamten MTT-Programms pro Patient/-in auf der Basis der Ziffer 7301 anstelle der Ziffer 7340 verrechnen.  Die von den Patient/-innen durchgeführte medizinische Trainingstherapie wird durch die PT überwacht und kontrolliert.  MTT wird nur im Sinne von Rehabilitation vergütet.  Für MTT als diagnostische oder präventive Leistung besteht keine Leistungspflicht, ebenso gehen Tests und deren Auswertung nicht zu Lasten der Versicherung.  Mit der MTT kann keine Weg-Zeitentschädigung (7354) verrechnet werden. | | |
|  | 7350 | Grundsätzlich einverstanden, Absätze a und c gemäss Einigkeit der Tarifpartner hierzu ändern. | Dieser Zuschlag gilt als Pauschale für den zusätzlichen Aufwand bei einer ersten Behandlung und bei der Standortbestimmung im Verlauf der Therapie. Der zusätzliche Aufwand besteht im Aktenstudium, in der Problemerfassung, der Problembeurteilung, der Zielfestlegung und der Behandlungsplanung.  Diese Tarifziffer kann nur zusammen mit einer der Sitzungspauschalen 7301 bis 7320 verrechnet werden.  Diese Tarifziffer darf pro Krankheitsfall/Unfall und Institut   * Zweimal innerhalb von 36 Sitzungen, oder * in einem Rezidivfall, wenn sich das Krankheitsbild grundlegend verändert hat, oder * wenn die letzte Behandlung mehr als drei Monate zurück liegt, verrechnet werden. | | |
|  | 7354 | Absatz 4 ändern da im Widerspruch zu demografischer Entwicklung und gesellschaftlicher Veränderung | Anrecht auf die Weg-/Zeitentschädigung hat die PT bei einer notwendigen Behandlung ausserhalb des Institutes, wenn der behandelnde Arzt ausdrücklich Domizilbehandlung verordnet.  Mit der Pauschale sind sowohl der Zeitaufwand für die Wegstrecke als auch die Fahrzeugkosten, resp. Die Kosten für die Benutzung des öffentlichen Verkehrsmittels abgegolten.  Ungeachtet der Wegstrecke kann bei Domiziltherapie immer nur der obige Ansatz in Rechnung gestellt werden.  Für Hippotherapie, Gruppentherapie, MTT und Therapie im Gehbad/Schwimmbad kann die Ziffer 7354 nicht verrechnet werden. | | |
|  | 7401 | Neu: Fallbezogener klinischer Austausch in Abwesenheit der Patient/-in entspricht einer notwendigen Anpassung an die aktuelle Realität, darüber herrschte in den Tarifstruktur-verhandlungen Einigkeit aller Tarifpartner.  24 Taxpunkte | Fallbezogene mündliche und /oder schriftliche Kommunikation mit behandelnden Leistungserbringern.  Gilt nicht als Sitzung.  Muss im Zusammenhang mit einer Serie stehen.  Kommunikation mit Leistungserbringern gemäss Art.35 KVG.  Maximal 2 mal pro Serie. | | |
|  | 7402 | Neu: Multidisziplinäre Fallbesprechung entspricht einer notwendigen Anpassung an die aktuelle Realität, darüber herrschte in den Tarifstruktur-verhandlungen Einigkeit aller Tarifpartner.  96 Taxpunkte | Fallbezogene multidisziplinäre Besprechung mit oder ohne Anwesenheit des Patienten, (physische Anwesenheit des PT erforderlich), inklusive Dossierführung und Terminvereinbarung.  Die Verantwortung für die multidisziplinäre Fallbesprechung obliegt der behandelnden Ärztin.  Nur anwendbar bei mind. Drei involvierten Leistungserbringern (im Sinne von Art.35 KVG).  Gilt nicht als Sitzung.  Muss im Zusammenhang mit einer Serie stehen.  Nicht abrechenbar am Austrittstag eines Spitalaufenthaltes.  Die allfällige Berichterstattung an die behandelnde Ärztin ist in der Position enthalten.  Maximal 4 Besprechungen pro Kalenderjahr pro Patient abrechenbar. | | |
|  | 7500 | Neu: Bericht 1  Formalisierter Bericht entspricht einer notwendigen Anpassung an die aktuelle Realität, darüber herrschte in den Tarifstruktur-verhandlungen Einigkeit aller Tarifpartner.  25 Taxpunkte | Berichtsumfang:   * Eine A4 Seite   Berichtsinhalt:   * Enthält in der Regel die Antworten auf gezielte Fragen des Versicherers (formalisierter Bericht) | | |
|  | 7501 | Neu: Bericht 2  Formalisierter oder nichtformalisierter Bericht entspricht einer notwendigen Anpassung an die aktuelle Realität, darüber herrschte in den Tarifstrukturverhandlungen Einigkeit aller Tarifpartner.  50 Taxpunkte | Berichtsumfang:   * Formalisierter Bericht zwei A4 Seiten * oder nicht formalisierter Bericht eine A4 Seite freier Text.   Berichtsinhalt:   * enthält Anamnese/Verlauf, Therapieziele und Prognose (wahrscheinlicher Grad der Funktionsverbesserung).   Wird ein einfacher, „normaler“ Zwischen- oder Verlaufsbericht (ohne spezifischen, umfangreichen Fragekatalog) verlangt, gilt dies in jedem Fall höchstens als Bericht 2. | | |
|  | 7502 | Neu: Bericht 3  Formalisierter oder nichtformalisierter Bericht entspricht einer notwendigen Anpassung an die aktuelle Realität, darüber herrschte in den Tarifstrukturverhandlungen Einigkeit aller Tarifpartner.  100 Taxpunkte | Berichtsumfang:  formalisierter oder nichtformalisierter Bericht.   * Formalisierte Berichte im Umfang von mind. Drei A4 Seiten * Nichtformalisierte Berichte mit mind. Zwei A4 Seiten freiem Text.   Berichtsinhalt:   * Enthält neben Anamnese/Verlauf, Therapiezielen und Prognose noch weitere von den Versicherern verlangte Informationen. | | |
|  |  |  |  | | |