**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 | Ich bedanke mich 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 hinterlegten 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 steht mir als Mitglied zur Verfügung)  .  Gemäss KVG hat der BR die Kompetenz eine nationale Tarifstruktur im Bereich Einzelleistungstarif zu beschliessen, nicht aber Pauschal-, Zeittarife oder Mischtarife. Die vorliegende Fassung des BR ist eine ganz neue Tarifstruktur ohne ein dafür notwendiges hinterlegtes Tarifmodell aufgebaut auf konkreten Daten. Die zwischen 1987 bis 1997 ausgehandelte TS wurde aufgrund eines ausgeklügelten Tarifmodells und aufgrund von damaligen Daten zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt und erarbeitet. Der jetzt vorliegende Vorschlag des BR stützt sich auf veraltete, über 30jährige Daten!  Die Anforderungen an die Ausbildung und den Beruf haben sich seither massgeblich erhöht, was die Tarifstruktur des BR in keiner Art und Weise berücksichtigt.  Der Entwurf des BR verändert die damalige Tarifvereinbarung nun in drei Punkten:   * Nur die Terminologie wird in der TS des BR an der seit dem 1.1.2010 gültigen Art.5 KLV angepasst; die dazu entsprechenden Tarifpositionen passt er aber nicht an! Die in der gültigen KLV 5 bestehende Positivliste und die unter Art. 5 a aufgeführte Leistungen „ Massnahmen der physiotherapeutischen Untersuchung und der Abklärung“ sind in keiner Tarifposition der BR TS abgebildet. * Es werden verschiedene „Regeln für die Abrechnung“ aufgenommen * Es werden zeitliche Limitierungen für die Sitzungen in dem Sinne eingeführt, dass diese erst verrechnet werden dürfen, wenn sie mind. 30 Min. gedauert haben   Durch diese Änderungen stimmt der Entwurf des BR nicht mehr mit dem alten Tarifmodell als Basis der Tarifvereinbarung überein. |
| Produktivität und neue Leistungen (Bericht S.15) | 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, dass pro Behandlung 5 Min für Wechselzeit, Dossierführung und Hygienemassnahmen notwendig sind (siehe auch Bericht S. 24). Dies bedeutet bei 16 Behandlungen pro Tag à je 30Min Behandlung ein Total von 8 h 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.müssen! |
| 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 zeigt das wirtschaftliche Denken der Physiotherapeuten in Bezug auf Kosteneinsparung. 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?  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. |
| 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.  Der Eingriff ist unverhältnismässig (vgl. Gutachten Poledna, Randziffer 67ff)  Mir ist die Hochhaltung der Qualität ein grosses Anliegen und gehört in meinen Ehrenkodex.  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, Austausch mit Zuweiser/-innen und multiprofessionelle Vernetzung. |
| Anpassungen | 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 nach den Aspekten der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit.“  Die Effizienz und Qualität der physiotherapeutischen Arbeit kann nur gewährleistet werden, wenn die Physiotherapeutin die Wahl der Behandlungsmethode gemäss ihrem Kompetenzprofil selber wählen kann (s. Wirksamkeit / Zweckmässigkeit der Methoden KVG).   * 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?  Die Definition dieser Position zeigt das fachliche und medizinische Unwissen des Autors " neue " Tarifstruktur BR  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  Ohne Weg-/Zeitentschädigung für Pflegeheime werde ich keine Behandlungen mehr in AHP durchführen. Hat ein AHP keine interne Physiotherapie, werden die Patienten wohl in Zukunft kaum mehr behandelt werden.. | 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  Analog Suva/IV, besteht schon | 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  Analog Suva/IV, besteht schon | 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  Analog Suva/IV, besteht schon | 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. | | |
|  |  |  |  | | |

Allgemeine Bemerkungen:

- Die Physiotherapie kann in der OKP ihre Arbeit nur aufgrund von ärztlicher Verordnung ausführen, was bedeutet, dass sie die Arbeitsmenge nicht steuern und verantworten muss. Wie im Bericht vom BR S. 16 erläutert, schöpft die Physiotherapie die gesetzmässig möglichen 9 Behandlungen / Verordnung durchschnittlich nicht aus (7,2) .

- Die Kommunikation mit den Zuweisern oder Versicherer ist absolut notwendig und muss vergütet werden. Die Berichte sind gemäss Positionen 7500, 7501 und 7501 begrenzt bzgl. Kostenaufwand und nur aufgrund von ausdrücklichem Verlangen durchzuführen.

- Das Thema Migel ist ungelöst in der vorliegenden Fassung (s. einleitende Bemerkungen S.2 unter 4.)

Unterschrift:

…………………………………………..