

Ziel ist die Tarifautonomie

Der neu festgesetzte Ärztetarif TARMED tritt im Krankenversicherungsgesetz 2018 in Kraft. Dies hat für die Unfallversicherungen folgende Auswirkungen: Die Suva ist einerseits durch den Tarifeingriff des Bundesrats mitbetroffen, da dieser in der Tarifstruktur wichtige Leistungspositionen im Zusammenhang mit der Unfallkausalität gestrichen oder gekürzt hat. In der Folge muss die Medizinaltarifkommission UVG (MTK) die UVG-relevanten Positionen mit den Leistungserbringer-Verbänden neu regeln. Dies gilt insbesondere für ärztliche Gutachten und Berichte sowie für die arbeitsmedizinischen Abklärungen. Andererseits profitiert die Suva von den Einsparungen, die der Tarifeingriff des Bundesrats mit sich bringt. Ziel der Suva ist es, dass die Tarifpartner – bestehend aus Verbänden der Leistungserbringer und Kostenträger – die Tarifautonomie zurückgewinnen, um eine für die Zukunft sachgerechte und entwicklungsfähige Tarifierung sicherzustellen.

Forst 306 pro 1000 Vollbeschäftigte, im Bauhauptgewerbe waren es 183 pro 1000 Vollbeschäftigte. Zum Vergleich: Im Gesundheitswesen verunfallen zwischen 60 und 70 Personen pro 1000 Vollbeschäftigte. «Erfreulich ist, dass das Berufsunfallrisiko seit Jahren abnimmt», sagt André Meier. Dieser Rückgang ist zum einen auf die Präventionsarbeit der Suva im Bereich der Arbeitssicherheit zurückzuführen, zum anderen nehmen die risikoreichen Tätigkeiten durch den fortwährenden Strukturwandel generell ab – «beispielsweise wegen der Zunahme von automatisierten Abläufen».

Gabriela Hübscher

Sinkendes Fallrisiko dank Prävention

Wo Arbeitnehmende den höchsten Berufsunfallrisiken ausgesetzt sind, entnimmt die Suva dem sogenannten Fall-

risiko (Anzahl Unfälle pro 1000 Vollbeschäftigte). Nach wie vor bergen die Branchen Forst und Bau die höchsten Unfallrisiken. So verunfallten 2016 im

Gabriela Hübscher ist Mediensprecherin bei der Suva

Der TARMED-Eingriff aus der Sicht der Kinderneurologie

«Kinderneurologische Arbeit ist sozialmedizinische Arbeit»

Aus Sicht der Kinderneurologie ist zu begrüßen, dass gegenüber der ursprünglichen (Vernehmlassungs-)Version einige Änderungen vorgenommen wurden. Sie sind allerdings unzureichend.



Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Peter Weber



Dr. med. Tobias Iff

Welche Ziele verfolgen wir und welche Probleme sind mit der Umsetzung des neuen TARMED ab dem 1.1.2018 in der kinderneurologischen Versorgung zu erwarten?

Ziel 1: Adäquate und fachkompetente kinderneurologische Untersuchung und Evaluation

Die kinderneurologische Untersuchung besteht wie jede andere ärztliche Untersuchung aus einer ausführlichen Anamnese, der körperlichen Untersuchung (dem sogenannten Neurostatus plus Evaluation der Haut und Erhebung des intern-pädiatrischen Status) und einer fachkompetenten Synopsis. In dem bisherigen TARMED war ein Teil dieser Untersuchungen tarifmässig durch «Handlungstarife» abgebildet, die im neuen TARMED aufgehoben werden. Dadurch entsteht die Situation, dass langsames, nicht unbedingt gründliches Untersuchen finanziell attraktiv gemacht wird – die Wirtschaftlichkeit darunter leidet. Wesentlicher in diesem Zusammenhang erscheint uns aber die Bildung eines ein-

heitlichen Dignitätsfaktors. Aus der alltagspraktischen Erfahrung heraus ist die absolute Mehrheit der ärztlichen Kollegen in der Lage, einen Neurostatus adäquat zu erheben – die Herausforderung besteht in der differentialdiagnostisch umfassenden und adäquaten Beurteilung der Befunde und Einleitung der notwendigen oder auch Verzicht auf unnötige Massnahmen. Ca. 30–50% der kinderneurologischen Patienten erfüllen die Kriterien der «Seltenen Erkrankung», für die das Bundesamt für Gesundheit (BAG) einerseits eine «Nationale Strategie zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Krankheiten» beschlossen und eingeleitet hat, andererseits die notwendige Fachkompetenz mit Schaffung eines einheitlichen Dignitätsfaktors kontrahiert.

Ziel 2: Die Versorgung muss alters-, entwicklungs- und behindertenangepasst möglich sein.

Als Reaktion auf die Vernehmlassung zur ursprünglichen TARMED-Version des Bundesrats wurde die zeitliche Limitation

Die kinderneurologische Versorgung betroffener Patienten und ihrer Familien findet in einigen wenigen Praxen sowie in den Spezialambulanzen der Kinderkliniken statt. Der Zugang zur kinderneurologischen Untersuchung und Betreuung erfolgt nahezu ausschliesslich auf Zuweisung durch die Praxispädiater und Hausärzte und im Fall von Entwicklungsproblemen, die einer kinderneurologischen Beurteilung bedürfen, gelegentlich durch Fachstellen wie Schulpsychologische Dienste oder Frühförderstellen in Information mit den betreuenden Ärzten.

für die Grundkonsultation von generell 20 Minuten bei Kindern unter 6 Jahren (und Personen über 75 Jahre) auf 30 Minuten angehoben. Man kann darüber diskutieren, ob diese Erhöhung ausreichend ist oder nicht (das BAG verweist darauf, dass diese Zeit ja mit anderen Tarifpositionen kombinierbar sei und deshalb nicht von einer Begrenzung der Behandlungszeit auf 30 Minuten gesprochen werden könne). Unabhängig davon ignoriert auch die zugestandene Änderung, dass es nicht nur das chronologische Alter ist, das sich in dem Zeitfaktor bemerkbar macht, der für die Konsultation und Untersuchung eines Kindes notwendig ist, sondern sein Entwicklungsalter. Ein Grossteil der in der Kinderneurologie betreuten Patienten sind körperlich und/oder mental schwer behindert, so dass kein *Entwicklungsalter* von 6 Jahren vorliegt und deshalb ein mindestens so grosser Mehraufwand notwendig ist, wie wenn chronologisch jüngere Kinder untersucht werden. Der Hinweis, dass in Absprache mit dem Versicherer bei einzelnen Patienten ein erhöhter Behandlungsbedarf ausgewiesen und die Limitation verdoppelt werden kann, verkennt völlig die Realität, in der die Versicherer bereit sind, Mehrkosten zu bewilligen, und verkennt völlig den damit verbundenen administrativen Mehraufwand und die damit verbundenen Mehrkosten.

Ziel 3: Kinderneurologische Arbeit ist interdisziplinär.

Die komplexe Symptomatik kinderneurologischer Erkrankungen begründet die Indikation einer engen Zusammenarbeit mit den betroffenen Kindern/Jugendlichen, aber auch ihren Familien, den verschiedenen involvierten Therapeuten und den mit dem Kind beschäftigten Pädagogen. Die Integration in das Regelschulsystem ist die durch die Schweizerische Erziehungsdirektorenkonferenz mit dem Beschluss des Sonderpädagogik-Konkordats politisch favorisierte Strategie. Dazu bedarf es allerdings eines intensiven Austauschs seitens der Kinderneurologen mit den betreuenden Pädagogen, um ein für den pädagogischen Alltag notwendiges Know-how über die medizinischen Probleme des Kindes zu vermitteln. Die Limitation der

Leistungen in Abwesenheit (Telefonate und E-Mails mit den Therapeuten und Lehrpersonen des Kindes, Rundtischgespräche in Analogie zu den Tumorboards in der Onkologie) ist integraler Bestandteil unserer täglichen Arbeit bei einem Grossteil unserer Patienten, ebenso wie regelmässige ausführliche Besprechungen mit den Eltern – kinderneurologische Arbeit ist sozialmedizinische Arbeit. Hierfür lässt auch die revidierte Version unter ausschliesslicher Berücksichtigung des chronologischen Alters der Kinder, statt des Schweregrades ihrer Behinderung und Beeinträchtigung, keinen Raum. Die TARMED-Revision des BR erschwert die medizinisch notwendige Begleitung der Integration behinderter Kinder und Jugendlicher in Schule und Arbeitswelt.

Ziel 4: Kind- und behindertengerechte Untersuchungs- inkl. technischer und personeller Rahmenbedingungen

Die Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten hat eine Verminderung der technischen Leistungen zur Folge. Auch hier wird z.B. für die Anwendung der EEG-Untersuchung lediglich aufgrund des chronologischen Alters der Kinder die Notwendigkeit anerkannt, dass eine zweite Person bei der EEG-Ableitung aktiv mitarbeiten muss, z.B. bei erregten oder hyperaktiven Patienten mit einem Autismus, um eine auswertbare Ableitung überhaupt zu ermöglichen. Der neue Tarif trägt dieser Notwendigkeit des Mehraufwandes bei einem Grossteil unserer Patienten nicht Rechnung. Dass die Kostensätze der Untersuchungs- und Behandlungsräume in der revidierten Version nicht gesenkt werden, ist zu begrüssen, bildet die zunehmenden Unkosten kinderneurologischer Praxen bei steigenden Mieten für rollstuhlgängige, ausreichend grossräumige Praxen v.a. in den Städten allerdings nicht ab.

Ziel 5: Die Kinderneurologie als Fach muss attraktiv bleiben, damit der Nachwuchs gesichert werden kann.

Die Weiterbildung im Schwerpunktfach «Kinderneurologie – FMH» beträgt 4 Jahre, wovon 1 Jahr in der pädiatrischen Weiterbildungszeit integriert sein kann. Auf die damit fehlende Nachvollziehbarkeit der Begründung für die Einfüh-

rung eines einheitlichen Dignitätsfaktors haben wir bereits hingewiesen. Unabhängig davon ist der Entscheid eines jungen Kollegen, sich für eine Weiterbildung in der Kinderneurologie zu entscheiden, vielfältig – sicher nicht ganz ausser Betracht gelassen werden kann aber die Frage der Rentabilität. Aufgrund des neuen TARMED ist mit finanziellen Mindereinnahmen von 7–11% zu rechnen (für Einzelpositionen mehr). Welche Auswirkungen dies auf die Bereitschaft junger Kollegen hat, sich dieser Weiterbildung zu stellen, wird abzuwarten sein – wir befürchten, dass mittelfristig bei unattraktiven Tarifen der Nachwuchs in der Kinderneurologie schwieriger zu rekrutieren und die kinderneurologische Versorgung beeinträchtigt sein wird. Die gute Versorgung braucht auch die Weiterbildung von Spezialisten.

Ziel 6: Sicherung des dualen Versorgungssystems

Neben den Kinderneurologen in den Praxen sind durch die neue TARMED-Revision auch die kinderneurologischen Ambulanzen in den Spitälern, v.a. auch in den selbständigen Kinderspitälern, gefährdet. Die strukturell defizitäre Finanzierung der Spezialambulanzen in den Kinderkliniken lässt Investitionen und eine notwendige personelle Ausstattung nicht zu, es sei denn man akzeptiert stillschweigend Wege der Quersubventionierung. Die hochspezialisierte kinderneurologische Versorgung ist bei einer strukturellen Unterdeckung der Kosten im Rahmen der TARMED-Revision gefährdet.

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Peter Weber
und Dr. med. Tobias Iff*

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Peter Weber, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderneurologie (SGNP) und Präsident der Prüfungskommission der SGNP; Leiter der Abteilung Neuro- und Entwicklungspädiatrie – Universitäts-Kinderspital beider Basel

Dr. med. Tobias Iff, Tarifdelegierter der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderneurologie (SGNP); Kinderneurologe in freier Praxis in Zürich
